

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA JIHOČESKÉ UNIVERZITY V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH**

KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE

Bakalářská práce

**Psychoterapeutický vliv abreakce
v regresní terapii**

vypracovala: Nika Neubertová

vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jiří Bauer, Ph.D.

České Budějovice, duben 2011

Prohlašuji,

že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Praze – 13. dubna 2011

Nika Neubertová

Ráda bych poděkovala PhDr. Jiřímu Bauerovi, Ph.D. za vedení bakalářské práce, Mgr. Janě Vlčkové za překlad anotace, rodičům za poskytnutí prostředků a prostoru k napsání této práce a v neposlední řadě všem, kteří mi pomohli s výběrem a poskytnutím potřebné literatury.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá možným psychoterapeutickým vlivem abreakce v regresní terapii. Autorka vysvětluje z dostupných pramenů klíčové pojmy a jejich nahlížení různými autory. V praktické části volí kvalitativní přístup formou případové studie k ověření účinnosti abreakce v praxi. Na základě kladného výsledku případové studie a také výsledků v uvedené literatuře doporučuje další psychologický a psychoterapeutický výzkum této metody.

Klíčová slova:

abreakce

regrese

krize

trauma

obranné mechanismy

Annotation

This Bachelor Thesis deals with issues related to possible psychotherapeutic influence of abreaction in regressive therapy. The author utilizing accessible sources explains key terms and points of view of various authors at this terms. In the project part there she takes way of qualitative access in the form of the case study in order to verify the efficiency of the abreaction in the therapy practice. According to the positive results of the case study and the results published in the mentioned literature the author recommends to pursue the psychological and psychotherapeutic survey of this method.

Keywords:

Abreaktion

Regression

Crisis

Trauma

Defense gadgetry

Obsah

| | |
|--|-----------|
| I. LITERÁRNĚ TEORETICKÁ ČÁST..... | 8 |
| Úvodem | 9 |
| 1 Abreakce v psychoterapii | 10 |
| 2 Náročné životní situace | 11 |
| 2.1 Druhy náročných situací..... | 11 |
| 2.2 Krize a trauma..... | 12 |
| 2.3 Vyrovnávání se s náročnými situacemi | 16 |
| 2.3.1. Obranné mechanismy ega | 16 |
| 3 Regresní terapie..... | 20 |
| 3.1 Princip regresní terapie..... | 20 |
| 3.2 Abreakce v regresní terapii | 21 |
| 3.3 Uvedení do stavu regrese..... | 23 |
| 3.4 Záznam krizové nebo traumatické události v lidské psychice | 24 |
| 3.5 Vybavování traumatických vzpomínek | 25 |
| 3.6 Role emocí při prožívání..... | 26 |
| 3.7 Úrovně regrese..... | 27 |
| 3.8 Druhy regresní terapie | 27 |
| 3.8.1 Věková regrese..... | 28 |
| 3.8.2 Prenatální, perinatální regrese, porod | 30 |
| 3.8.3 Regrese do minulých životů | 32 |
| 3.8.4 Prožívané představy jako imaginace a fantazie..... | 34 |
| 3.8.5 Zážitky předchozích generací | 34 |
| 3.8.6 Psychopatologie zážitků v regresi..... | 36 |
| 3.8.7 Grofovo pojetí transpersonálních zážitků v regresi..... | 36 |
| 3.9 Formy regresní terapie..... | 36 |
| 4 Doprovodné techniky regrese..... | 37 |

| | |
|--|-----------|
| II. PRAKTICKÁ ČÁST | 38 |
| 5 Osobní zkušenost s regresní terapií | 40 |
| Předmluva | 40 |
| 5.1 Cíle výzkumné části | 40 |
| 6 Případová studie | 41 |
| 6.1 Charakteristika osoby | 41 |
| 6.2 Charakteristika případu | 42 |
| 6.3 Provedení a průběh abreakce v regresní terapii | 42 |
| 6.3.1 První sezení | 43 |
| 6.3.2 Výsledek prvního sezení | 46 |
| 6.3.3 Druhé sezení..... | 46 |
| 6.3.4 Výsledek druhého sezení..... | 50 |
| 6.3.5 Třetí sezení | 51 |
| 6.3.6 Výsledek třetího sezení | 53 |
| 6.3.7 Čtvrté sezení..... | 54 |
| 6.3.8 Výsledek čtvrtého sezení..... | 58 |
| 6.4 Písemné hodnocení účinků abreakce Veronikou | 59 |
| Závěr | 61 |
| Použitá literatura | 63 |

I. LITERÁRNĚ TEORETICKÁ ČÁST

Úvodem

V současné době nabývá na popularitě mnoho alternativních léčebných směrů, které lidi využívají k řešení životních problémů, poruch a nemocí. Jedním z nich je regresní terapie. Protože mě zajímalo, proč se regresní terapii podrobují tolik lidí, sama jsem ji experimentálně podstoupila. Technika regresní terapie mě zaujala, a tak jsem jeden druh kurzu regresní terapie absolvovala s cílem zjistit, do jaké míry mohou prvky z této terapie ovlivnit duševní zdraví člověka. Cílem této práce je sledovat účinnost abreakce jako terapeutické techniky v rámci regresní terapie a to za účelem odstranění psychických i fyzických potíží či poruch.

V teoretické části jsem vyhledala dostupné prameny především v odborné psychologické literatuře, které o abreakci a o regresi pojednávají. Zároveň uvádím literaturu alternativních zdrojů, která pojednává přímo o regresní terapii. Účelem je porovnat a získat přehled o pochopení klíčových pojmů různými autory. V praktické části jsem zvolila kvalitativní přístup k ověření této terapie v praxi pomocí případové studie.

„Můžeš se uzdravit pouze z toho, co dokážeš prožít.“

John Bradshaw

1 Abreakce v psychoterapii

Léčivá síla katarze a abreakce je lidem známa od nepaměti. Ve starověkém Řecku občané pravidelně navštěvovali divadelní tragédie s cílem dosáhnout katarze prostřednictvím zážitku (řec. katharsis – očištění, usmíření). Věděli, že na základě setkání s analogií toho, co je jejich problémem a spoluprožitím dojde k uvolnění a odstranění nepříjemných pocitů.

V soudobé psychologii se setkáme spíše již s pojmem *abreakce* (odreagování), který do psychologie zavedl Freud a Breuer (Bauer, 2000; Rattner, 2001). Účinnost katarzní či abreaktivní metody spočívá ve znovuprožití patologických emočních zážitků s odpovídajícím, ale původně potlačeným citovým doprovodem, který nemohl být dříve prožit. Cílem je uvolnění emoční tenze, úzkosti, výčitek svědomí a pocitů viny (Kratochvíl, 1997). Aristoteles byl „autorem prvního tvrzení, že plné procítění a uvolnění potlačovaných emocí je účinným prostředkem léčení duševních nemocí“ (Grof, 1992, s. 182).

Důraz na prožitek v terapii položila v polovině 19. stol. humanistická psychologie v čele s Abrahamem Maslowem, čímž se mimo jiné začala odlišovat od pojetí behavioristického a psychoanalytického. Uvedené téma dále rozvíjela zvláště Gestaltpsychologie vedená Fritzem Perlem. Gestalterapie se přímo zabývala prací s tělem, ale pořád převládala verbální projev v terapii. Zprvu se se terapie odehrávala za stavu lucidního vědomí, později experimentovala s psychedelickými látkami, nejčastěji MDMA a LSD. Pokusy se prováděli i se spánkovou deprivací a holotropním dýcháním ve snaze o změnu vědomí.

S léčebnou silou abreakce se setkáme u všech prožitkově zaměřených terapií, kde se klade důraz na uvědomování, prožívání a vyjadřování emocí (Vybíral, Roubal, 2010). Zakladatelka na emoce zaměřené terapie Leslie Greenbergová se domnívá, že „základem procesu změny v psychoterapii je odkrytí emočně nabitých osobních příběhů.... Terapeut klienta podporuje, aby si cíleně uvědomoval tělesné ukotvené prožitky a emoce“ (Greenberg, 2004, s. 336). Mezi prožitkové terapie se řadí např. hudební, literární, výtvarné, pohybově-expresivní.

Cílem abreakce je odžití emočních traumat, která vznikají v náročných životních situacích, které se vymykají běžné vývojové zkušenosti jedince. Atkinsnová (2002) tyto zátěžové situace nazývá traumatickými událostmi. Čím více jsou takové situace námi

neovlivnitelné, tím více je vnímáme jako stresové. Mají vliv na naše myšlení a chování, který si mnohdy ani neuvědomujeme.

Oproti verbálním technikám nejde jen o vzpomínání, ale o znovuprožití traumatické události a díky emočnímu náboji i k lepšímu vybavování události. Osoba se tak rychleji dostane k jádru problému. Každý nepříjemný zážitek se odreagovává použitím stejných emocí, jaké s ním byly spojeny. Jde tedy o zesílení existujících symptomů.

2 Náročné životní situace

Náročné situace, se kterými se v životě setkáváme, přinášejí zvýšené nároky na adaptaci. Adaptace představuje cestu, jak se vyrovnat se zátěží. Paulík (2010) o zátěži mluví ve smyslu přesáhnutí únosné meze adaptačních možností jedince. Zátěž lze diferenciovat podle různých hledisek a kritérií. Mezi ně patří např. délka působení, vyvolané emoční odezvy nebo intenzita. Zátěž se může objevit na sensorické, emocionální nebo mentální úrovni. Pokud náročná situace přesáhne tuto únosnou míru, zpravidla dochází k nezvládnutému stresu, který je pro náročné životní situace charakteristický. Nakonečný (1997) definuje stres jako silnou frustraci ve smyslu frustrace silné motivace, která trvá delší dobu.

2.1 Druhy náročných situací

Pokud je znemožněno uspokojení aktuální potřeby nebo dosažení určitého cíle, vzniká **frustrace** (lat. frustrá = marně). S naléhavostí potřeby a subjektivní důležitostí se míra frustrace zvyšuje. Frustrace vyvolána vnější překážkou se nazývá exogenní. Může být fyzická nebo psychická. Endogenní frustrace je vyvolána vnitřní překážkou, která může např. morální charakter. Pokud neuspokojování potřeb přetrvává delší dobu, dochází k deprivaci.

Za stresující události považujeme též **konfliktní** situace (lat. *conflictus* = srážka, střet, hádka). Jsou to situace, kde dochází ke střetu dvou nebo více protikladných názorů, zájmů nebo cílů. K. Lewin (Drapela, 1997) a později Paulík (2010) rozdělili konflikty na intrapersonální, které se odehrávají v nitru osoby, a na interpersonální, tedy konflikty mezi lidmi. Interpersonální konflikty se dějí na třech možných úrovních. Prvním je konflikt mezi

přibližně stejnými nežádoucími hodnotami, kde víme, že nejméně jedné se nevyhneme. Snažíme se vybrat tu nejméně negativní. Stejně tak stresující může být střet dvou nebo více pozitivních hodnot a následné rozhodování pro tu nejvýhodnější, protože uplatnění všech se vzájemně vylučuje. Náročnější konfliktní životní situace jsou ty, které v sobě nesou prvky jak negativní, tak i pozitivní současně. Tyto konflikty Paulík (2010) označuje jako ambivalentní. Konfliktní situace často vedou ke **změně** dosavadní situace, která sama o sobě je také stresující.

Nemoc, zvláště pokud se jedná o vážné onemocnění ať u ž naše, nebo někoho blízkého je další zátěžovou situací. Nemoc lze těžko definovat, protože pohled na ni je ovlivněn kulturními a sociálními podmínkami, ale obecně lze říci, že jde o subjektivní pocit narušení tělesného a duševního zdraví. S nemocí zpravidla souvisí prožívání **bolesti**, která představuje signál, že je něco v nepořádku, a tím se stává sama stresorem, zvláště pokud jde o silnou bolest nebo bolest chronickou. Ta může vést k pocitům strádání.

Výše zmíněné náročné či ohrožující životní situace vyvolávají strach a úzkost. Ty mohou vést k mnoha úzkostným poruchám. Teorií příčin úzkosti je několik. K. Horneyová (2000) spatřuje v úzkosti důsledek nedostatku uznání a lásky v dětství. E. Fromm (1997) pojímá úzkost jako odtržení jedince od přírody a lidské společnosti. Podle F. Perle (1996) úzkost vyvolává pohled do budoucnosti, která znamená změnu. E. Berne (1997) vidí v úzkosti reakci ega na hrozbu trestu za nerespektování pravidel a řádů rodičů. V behavioristickém pojetí představuje úzkost a strach naučenou reakci na určitou situaci. V. Frankl (1999) spojuje vznik úzkosti se ztrátou životního smyslu, které vede k existenciální frustraci. Humanističtí psychologové považují úzkost za doprovodný jev osobního růstu, individuace a sebeaktualizace (in Paulík, 2010).

2.2 Krize a trauma

Krize (lat. *crisis* = rozhodný obrat, soud) je známá již ze starořeckého dramatu, kde představovala vyvrcholení děje či rozhodující okamžik před rozuzlením a závěrem hry (Knoppová et al., 1997). Krizových rozměrů nabývají stresové situace, jejichž intenzita dosahuje hraničních hodnot a dochází k selhávání dosavadních obvyklých regulativních strategií. Kastová (2010) charakterizuje krizi jako stav ohrožení identity a schopnosti formulovat život. Jedinec na něj reaguje úzkostí nebo strachem, který způsobuje, že dotyčný

nevidí už žádné východisko ze své problematické a naléhavé situace. Zároveň na krizi nahlíží jako na tvořivý proces. Krize je vymezena jedincem, a to znamená, že jednu a tu samou událost, může každý vnímat jinak.

Krizi mohou podle Baštecké a Goldmanna (2001) zapříčinit **podněty situační** pramenící z náhlých aktuálních podmínek; **životní události**, které lze sice předvídat, ale vyžadují určitou změnu; náhlé **traumatizující stresory**, které podle MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) přesahují běžnou lidskou zkušenost a vyvolaly by strach a úzkost téměř v každém; podněty, které by mohly zhoršit stav u **zvýšeně citlivých a zranitelných lidí** a **vývojové otázky** související s ontogenetickými změnami během života, protože některé etapy života jsou spojeny se zvýšenými nároky, a které Paulík (2010) označuje jako krize tranzitorní. Bauer (2001) a Paulík (2010) zmiňují též krizi **psychospirituální**, která se týká krize duševního vývoje člověka a pocitů přesahující běžné dimenze našeho vědomí a vymezení vlastního já. Dále lze krize dělit podle jejich charakteru na očekávané a neočekávané (Bauer, 2001).

Průběh krize lze rozčlenit na několik fází. Fáze reakce na krizi se liší podle různých autorů, ale většinou zůstává stejná, že prvotní reakce na krizovou situaci je otupělost a nevíra dané situace, kterou si jedinec postupem času plně uvědomí, a tím do hry vstoupí emocionální reakce s krizí spojené. Nalezením řešení krizová situace končí. Akutní průběh krize trvá přibližně šest týdnů, pak se situace stává chronickou (Baštecká, Goldmann, 2001).

Přehled fází reakce na krizové situace podle některých autorů (Dragomirecký 2007; Kastová, 2010; Paulík, 2010)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------|--|---|---|---|---|
| H. Selye | Poplachová reakce (šok, zmatek, útlum, mobilizace, obrana) | Rezistence (zklidnění, obranné aktivity) | Vyčerpání (napětí, zhroucení) | | |
| G. Caplan | Mírné zvýšení napětí (nevědomé, automatické mechanismy řešení) | Pokračující zvyšování napětí (uvědomění problému, zmatek, řešení pokus o myl) | Další nárůst napětí (úzkost, snaha o nová řešení) | Další nárůst napětí (psych. změny, dezorganizace) | |
| J. Cullberg | Šok (mobilizace) | Odezva (mobilizace) | Zpracování (adaptace či | | |

| | | | | | |
|-------------------|--|---|--|---|---|
| | energie, pozornost emocím) | ověřených mechanismů) | zhroucení, psychopatologie) | | |
| M. J. Horowitz | Výkřik (silná emocionální odezva, zmátek, deprese, panika) | Popření (odmítání traumatizující události, snaha ji vytěsnit) | Intruze (vtíravé myšlenky, poruchy afektivity, vyčerpání) | Vyrovnění (zvažování možností) | Smíření (přijetí události bez negat. emocí) |
| E. Kübler-Rossová | Šok (odmítání reality) | Agrese (odpor k realitě, výbuchy) | Smlouvání (vyjednávání o možnostech negat. vývoj zvrátit) | Deprese (marnost snahy o změnu, smutek) | Přijetí (smíření se s danou situací) |
| V. Kastová | Přípravná fáze (nahlížení na krizi z různých aspektů) | Inkubační fáze (zpracování problému v nevědomí) | Fáze vhledu (záblesky řešení, pochopení, vyhocení) | Fáze verifikace (shoda prožitků s výsledky) | |
| A. Dragomirecký | Latentní fáze (traumatizující událost sama o sobě) | Restimulační fáze (restimulace události) | Symptomatická fáze (dopad na myšlení, chování a prožívání) | Letální fáze (selhání psych. i fyz. regulace, při nekompenzování smrti) | |

Pokud situace přesahuje běžnou lidskou zkušenost a má v sobě prvky nepředvídatelnosti a neovladatelnosti, jedná se o **trauma** (lat. trauma = zranění, úraz). Traumatická událost proto vyvolává pocity tísně téměř v každém. Trauma na rozdíl od krize je definováno nějakým podnětem, který působí tak silně na osobnost jedince, že dochází k narušení ochranné vrstvy obranných mechanismů. To způsobují složky traumatické reakce, které Baštecká a Goldmann (2001) řadí do čtyř skupin: vracející se živá představa události, nadměrná ostražitost pramenící ze ztráty jistoty, stažení se do sebe a znečitlivění a vyhýbání se místům, předmětům nebo situacím, které připomínají tu, kde se traumatizující událost stala. Psychické trauma Paulíček (2010) definuje jako intenzivní dlouhotrvající stres, který na jedince působí.

Pokud reakce na silnou zátěž nastane opožděně (po několika týdnech nebo i měsících) a má dlouhotrvající charakter (i několik let), může být součástí vyvolané posttraumatické stresové poruchy. Taková dlouhotrvající reakce, přináší pocity viny a může dojít i ke změně nebo narušení některých vzorců chování, jako je např. spánek, stravovací návyky nebo sociální vztahy. Většinou jsou tyto traumatické nebo posttraumatické reakce běžné a nepředstavují žádnou poruchu. Jen u někoho se z těchto reakcí může vyvinout diagnostikovatelná posttraumatická stresová porucha, která je charakteristická zpožděnou a

protahovanou odezvou na silně stresující událost či situaci (MKN, 1992). Tento pojem se poprvé objevuje již před sto lety v anglosaské literatuře. Její existence byla ale již známá z doby ponapoleonské, kdy lidé přeživší válku pociťovali psychosomatické potíže, ačkoliv neutrpěli tělesné újmy (Baštecká, Goldmann, 2001; Heller et al., 2002, Paulík, 2010).

Sandry van Eyssen (in Baštecká, Goldmann, 2001) rozčleňuje reakci na traumatickou událost podle časového průběhu na **fázi omámení a šoku**, která trvá přibližně jeden den po události; **fázi výkřiku**, která se projevuje netečností, pocitem derealizace nebo naopak přehnanou čilostí a setrvává po dobu tří dnů od události; **hledání smyslu**, kdy jedinec zhruba po následující dva týdny potřebuje o události opakovaně s někým mluvit; **popření a znovuprožívání** objevující se od dvou týdnů do měsíce po události a **posttraumatickou fázi** projevující se od jednoho měsíce do tří měsíců dále po události. V této poslední fázi se ukáže, zda člověk najde způsob, jakým se s traumatickou událostí vyrovná, nebo v posttraumatické reakci uvízne.

Posttraumatická stresová porucha je často doprovázena úzkostí, depresí, agresivním nebo impulzivním jednáním. Symptomy se mohou objevit i několik měsíců po traumatické události a přetrvávat i řadu let (Knoppová et al., 1997).

Traumatické události mohou poznamenat nejen samu osobu účastnou této události ale i příbuzné a přátele této osoby, dále např. záchranáře, kteří při stresově traumatických událostech zasahují a obyvatele lokality, kde se neštěstí událo (Baštecká, Goldmann, 2001; MKN, 1992). Podle Dragomireckého (2007) traumatickou událostí je situace, kdy se nepříjemná věc děje přímo nám samotným, nepříjemnost způsobujeme někomu jinému nebo jsme svědky toho, jak někdo působí bolest někomu dalšímu.

Vymětal definuje dopad traumatické události na psychiku takto: „Za normálních podmínek dochází k tomu, že naše psychika do sebe plynule integruje každý nový dílek, každou skutečnost, jež se stala minulostí, a vytváří tak příběh. Je-li však tento proces narušen (např. traumatickým charakterem zážitku), nedojde k začlenění tohoto dílku a ten se nemůže stát minulostí. Lidé trpící posttraumatickými obtížemi jsou jakoby chyceni v časové smyčce, která způsobuje, že jsou (subjektivně) neustále v okamžiku traumatu... jejich úzkost je tedy důsledkem aktuální hrozby“ (Vymětal, 2000, s. 198).

To, co negativně působí na naši psychiku a duševní stabilitu není traumatizující událost sama o sobě, ale naše trvalá emocionální reakce na tuto zkušenost, která je pro nás překážkou, abychom šli dál. Významné situace v našem životě jsou základním zdrojem našich emocí (Nakonečný, 2000).

Podle Grofa (2007) se emočně nabitě vzpomínky shlukují podle určitých témat a stojí v pozadí našeho dalšího prožívání a psychosomatiky a ovlivňují tak každou oblast našeho života. Jde jak o negativní a traumatizující vzpomínky, tak i o velmi příjemné. Nazývá je systémy kondenzovaných zážitků neboli systémy COEX.

2.3 Vyrovnávání se s náročnými situacemi

Protože stresové situace a traumatické události v nás vyvolávají úzkost a pocit ohrožení, snažíme se tyto pocity eliminovat v rámci zachování integrity naší osobnosti chováním, myšlením a pocity, které Freud nazval obrannými mechanismy ega. Ego je „označení pro já, prožívání jedince“ (Hartl, 2004, s. 133). Podle Nakonečného (1990) je hlavním úkolem obranných mechanismů chránit vnitřní rovnováhu ega. Hilgard uvádí, že dalším úkolem obranných mechanismů je chránit pocit vlastní hodnoty a tím se bránit pocitům úzkosti (1962 in Bauer, 2002).

2.3.1. Obranné mechanismy ega

Na Freuda navázala jeho dcera, Anna Freudová, která je autorkou prvního samostatného díla o obranných mechanismech. Freudová na rozdíl od svého otce předpokládá, že nevědomé obranné mechanismy umístěné v našem egu nejsou vždy ve své podstatě patologické a mají nejen maladaptivní ale i adaptivní následky obrany ega (Sayersová, 1999 in Bauer, 2002). Podle Freudové jsou obranné mechanismy do pohybu uváděny třemi typy úzkostí – pudovou úzkostí, reálnou úzkostí a úzkostí svědomí (1936, in Bauer 2002).

Pojetí obranných mechanismů je v současnosti několik. Všem je ale společné, že se jedná buď o pasivní projev, nebo o aktivitu, která spočívá v ataku či úniku.

Americký psychiatr Vaillant, navázal na dílo Anny Freudové a obranné mechanismy rozdělil do čtyř skupin podle zralosti jejich projevu. Popisuje celkem osmnáct obranných mechanismů.

Do skupiny **psychotických obran** spadají patologické obrany, které můžeme pozorovat u psychotických klientů. Za zdravé je považujeme u dětí do pěti let. Patří sem subjektivní zkreslení reality, které Vaillant nazývá **psychotické popření** a **bludná projekce**, která spočívá v promítnutí naší myšlenky či emoce na objekty vnějšího světa, protože je to pro nás přijatelnější představa.

Obrany u **poruch osobnosti** lze považovat za běžné u dětí od 3 do 15 let. Jsou stále nezralé a jejich původ najdeme v narušených mezilidských vztazích v dětství. Vyskytují se jako **projekce**, které se projevují tím, že promítáme své pocity bezcennosti do druhých lidí. Pokud docházelo k agresivním pocitům, nebo pocitu osamělosti vůči blízkým lidem, může se objevit fyzická bolest, nebo jakékoliv psychosomatické onemocnění, a tuto obranu nazýváme **hypochondrií**. Agresi lze vyjádřit i pasivně. V tom tkví podstata **pasivně-agresivního chování**, jehož cílem je upoutat pozornost druhých prostřednictvím provokativního chování, jako je například nezodpovězení otázky, nesplnění určité práce v daném termínu apod. **Agování** je přímé vyjádření nevědomého přání a vyskytuje se nejčastěji v situacích, kdy je nějak ohrožen intimní vztah, nebo hrozí jeho ztráta. Jako obranu agováním lze považovat např. užívání drog, sebepoškozování nebo delikvenci.

Neurotické obrany vyskytující se u neurotických jedinců, jsou považovány za zcela běžné i u zdravých lidí, kteří překonávají nějakou akutní současnou zátěž. Podle Vaillanta slouží především ke změně vnitřních pocitů. Při **represi** se pro nás nepřijatelné impulzy transformují na symbolickou úroveň chování. V praxi se tento typ vytěsnění projevuje například opomenutím něčeho, co symbolicky koreluje s nepřijatelným obsahem. Dále může dojít k **přemístění** našich intenzivních citů z jednoho podnětu na jiný. Pokud o svých přáních a pudech uvažujeme s nadhledem, někdy až ironicky, využíváme obrany zvané **intelektualizace**.

S mechanismy **zralé obrany** se setkáváme u všech zdravých osob s věkovou hranicí nad dvanáct let. Pomáhají k integraci podnětů z vnějšího světa. Patří sem **sublimace**, kterou Vaillant na rozdíl od Freuda považuje za již oslabené vyjádření pudového impulzu, které nemá vedlejší nepříjemné důsledky a projevuje se např. formou her, sportu a našich zájmů a

koníčků. Vnitřní uspokojení může přinést i obranný mechanismus v podobě **altruismu**, kdy se snažíme maximálně uspokojit potřeby druhých v očekávání, že se nám obětování pro druhé vrátí. Přínosným mechanismem je **suprese** neboli potlačení, kdy nepříjemnou událost odsuneme na čas z vědomí a vrátíme se k ní až ve chvíli, kdy je vhodné, ji řešit. **Humor** nejenže navozuje příznivou odezvu okolí, ale také jeho prostřednictvím máme možnost vyjádřit negativní emoce bez přítomného afektu. Pokud teprve očekáváme možný problém a na jeho řešení se už připravujeme, do hry vstupuje mechanismus zvaný **anticipace** (1977, in Plháková, 2007)

Pogády a Nociar (1990, in Bauer, 2002) člení obranné mechanismy podle stupně jejich vyzrálosti na narcistické, neurotické, nezralé a zralé.

Narcistické obranné mechanismy zahrnují **projekci** našich citů a emocí vůči jiným, která na patologické úrovni představuje paranoidní bludy, popření vnější reality, **regresi** neboli návrat k dřívějším vývojovým stavům, abychom se vyhnuli úzkosti, **schizoidní fantazie** charakterizovaný útekem od reality do vlastního svět, **distorzi** čili překroucení a přetvoření vnější reality, aby vyhovovala vnitřním potřebám a **somatizaci**, která představuje přetransformování psychické nepohody do tělesných symptomů.

Mezi *neurotické mechanismy*, které vedou k duševním poruchám, řadí nadměrné **kontrolování** svého prožívání nebo prožívání jiné osoby, nevědomé **přemístění** z jednoho objektu na druhý s nepozměněným cílem, **disociaci** jako rozštěp psychických funkcí s cílem uniknout situaci, **externalizaci** což je tendence přenášet do vnějšího světa složky své osobnosti, **inhibici** neboli zřeknutí se funkcí ega, jenom abychom se vyhnuli úzkosti z konfliktních situací, **intelektualizaci** kdy raději za cílem udržení kontroly o afektech přemýšlíme, než abychom je prožili, izolaci charakteristickou oddělením afektu od obsahu a tím jeho potlačení, **racionalizaci** čili snahu vysvětlit a ospravedlnit nepřijatelné postoje, **formování** reakcí které jsou nepřijatelné do protikladné podoby, **represi** neboli potlačení myšlení a emocí z vědomí a **sexualizaci**, která složí k odvrácení úzkosti z určitých objektů či situací představováním si jich v sexuálním významu.

K *nezralým mechanismům* patří **odreagování**, tedy přímé vyjádření přání a impulzů činností, **blokování** neboli dočasné uzavření emocí a myšlení, **hypochondrie**, při které své pocity viny a hanby transformujeme do tělesné nemoci či bolesti, **introjekce**, na jejímž základě se vcítíme do objektu a přisuzujeme si jeho vlastnosti, **pasivně – agresivní chování**

neboli autoagresivita a **projekce**, při níž přisuzujeme vlastní city, přání a motivy jiným osobám.

Zralé mechanismy zahrnují **altruismus**, který se projevuje nepodmíněnou láskou a vřelostí k druhým lidem, předvídání situací a připravování se na ně, které se nazývá **anticipace**, **asketismus**, který spočívá v odříkávání s požitkem vnitřního uspokojení, **humor** při kterém vyjadřujeme své emoce bez toho, abychom jiné lidi poškodili, **sublimaci**, která zde představuje nejen transformaci našeho psychického napětí z nedosaženého cíle na jiné, vyšší cíle, ale také transformaci agresivity do určitých výkonů, uspokojení čili maximální požitek z podnětu, ve kterém je zahrnutý i cíl, **supresi** neboli potlačení ve smyslu snížení účinku a **religiozitu** – uznání existence bytosti nebo nějaké síly, která lidi přesahuje a v rámci své všemohoucnosti tak může zasahovat do dění ve světě.

Nakonečný (1990) popisuje další přehled obranných mechanismů Costella a Zalkinda, kteří kromě již výše zmíněné **projekce**, **racionalizace**, **regrese**, **represe** a **přemístění** zařazují do obranných mechanismů **kompenzaci** (reakce na nedostatečnost v určitém směru a tím i na vzniklou frustraci změnou cíle s vysokých osobním nasazením), **útek do fantazie** (k úniku z tíživé situace napomáhá denní snění a imaginace), **identifikaci** (napodobování jiné osoby či skupiny, přijetí jejích hodnot a názorů za cílem zvýšení sebehodnoty a úspěšnosti), **záminkovou reakci** (sklony, které jsou akceptovány jedincem a jsou potlačeny a na jejich místo nastoupí protikladné postoje a způsoby chování), **fixaci** (lpění, ustrnutí na určitém způsobu chování, i když již není žádoucí a nedosahuje svého cíle), **útek** (ústup z nepříjemné situace), **reznanci** a **apatii** (přerušování osobního i emočního kontaktu s nepříjemným okolím, situací), **agresi** (napadání překážky, zdroj frustrace ať přímo nebo obkličkou, skrytě) a **sebeobviňování** (agrese obrácená na sebe, sebetrestání s cílem vyrovnání se s pocity viny a zajištěním si pomoci lítosti okolí).

Lazarův přehled obranných mechanismů, jak uvádí Nakonečný (1972, in Bauer, 2002), popisuje jako další způsob obrany **popření reality**, která chrání před nepříjemnou situací tak, že ji přestaneme vnímat, **introjekci** neboli zvnitřnění externích podnětů tak, aby nás již neohrožovaly, **odčinění** nemorálních přání a chování, **izolaci** při které dochází k oddělení afektivního náboje od krizové a traumatické situace, **emoční izolaci**, která chrání před negativním působením situace útekem do pasivity a **sublimaci**, kterou Lazarus pojímá jako uspokojování nedosažitelných sexuálních sklónů v náhradních (nesexuálních) aktivitách.

Jak se vypořádat s náročnými životními událostmi se učíme napodobováním již v raném dětství. Inklinujeme k takovým obranným mechanismům, které nás nejúčinněji zbavují úzkosti a vedou k úspěchu. Maladaptivní mechanismy pomáhají sice uniknout traumatické situaci, ale na úkor psychické zdraví a někdy až automutilace (sebepoškozování). Hranice mezi maladaptivní stránkou a aktivní stránkou obranných mechanismů není jednoznačná. Jeden mechanismus může obsahovat i obě tyto stránky. Podstatné ale je, „do jaké míry chrání psychickou stabilitu ega a napomáhá integritě osobnosti jako celku s ohledem na sociální přijatelnost projevu“ (Bauer, 2002, s. 33).

Důležitost zkoumání obranných mechanismů má v terapeutické práci své nezastupitelné místo, neboť psychická traumata vznikají často v důsledku maladaptivních způsobů jednání a projevují se do tělesných symptomů, které se souhrně označují termínem psychosomatické. Již Aristoteles napsal: „...s tělem souvisí všechny duševní změny, odvaha, klid, strach, soustrast, smělost, stejně i radost, láska a nenávisť; neboť při nich jest nějak zúčastněno i tělo“ (O duši, 1942, s. 26). Křivohlavý (2009) zmiňuje Cannonovy pokusy (1932), které prokázaly, že emoce nejen doprovázejí ale i způsobují tělesné změny. Psychosomatické potíže často vznikají nahromaděním nevyjádřených emocí. „Psychosomatici nemají méně pocitů než ostatní lidé, je však pro ně obtížné připustit je a vyjádřit.“ (Kastová, 2010, s. 135).

3 Regresní terapie

3.1 Princip regresní terapie

Slovo regrese (lat. regressus) znamená doslova „obrat, návrat, ústup“ (Šenková, 2005, s. 104). Terapií (lat. therapia = léčba) rozumíme proces vedoucí k uzdravení jedince. Regresní terapie je léčebná metoda, která hledá příčiny současných fyzických i duševních obtíží v minulosti. Postupuje od důsledku k příčině. Regresní terapie je též známá jako hlubinně abreaktivní terapie (Dragomirecký, 2005).

Historické prameny uvádějí nejstarší používání regresních technik spolu s praktikami buddhismu, kde pomocí meditace hledali uvědomění prvotních příčin současného stavu

(Zadlo, 2000). Regresní terapie jsou známé již desítky let také v západních zemích, v Evropě se regresní terapie začala vědomě využívat při experimentech s hypnózou.

Hypnóza je „uměle navozený stav změněného vědomí vyznačující se zvýšenou sugestibilitou a hyperkoncentrací pozornosti“ (Hartl, 2004, s. 202). Hypnotickými regresemi se zabýval Sigmund Freud, který čerpal inspiraci u Jeana Charcota v Paříži, Hyppoliteho Bernheima a Ambroise Liébaulta v Nancy. V současné době se regresních technik využívá převážně v hlubinné psychoterapii. Regresní terapie jako samostatná terapeutická metoda je zatím ve většině odborné české psychologické literatury zařazována do okrajových, komplementárních a alternativních přístupů nebo do terapií New Age, které jsou v dnešní době velmi rozšířené (Vybíral, Roubal, 2010).

3.2 Abreakce v regresní terapii

Při traumatické události zpravidla dochází k zablokování emoční reakce. Tento mechanismus slouží k ochraně, sebezáchově jedince, protože jinak by ho silné emoce mohly paralyzovat a blokovat sebezáchovné jednání. To ovšem vede k tomu, že situace zůstává zakonzervována a člověk ji nemůže integrovat a tím i zařadit do kontextu svého životního příběhu (Vymětal, 2000). Nakonečný (2000) tento stav označuje jako *afektivní útlum*, při kterém bývá potlačen i vliv fyzicky bolestných podnětů. To způsobuje, že po takové traumatické události, si nemusíme vybavit, co se při ní dělo. Tato amnézie se může vztahovat na celou traumatickou událost nebo jen na části traumatu, kde byla bolest fyzická nebo i psychická nejintenzivnější.

Aby se nevyjádřené pocity uvolnily, musí se znovu prožít. Jde o proces vzpomínání, navracení a znovuprožívání (Hubbard, 2007). Traumatickou událost jedinec prochází od začátku do konce, popořadě, jak se udála a převypravuje ji, tak, jako by ji právě prožíval v přítomnosti. Důležité je prožít každou emoci a situaci, která se vynoří, včetně fyzických symptomů. Cokoli přijde na mysl, je důležité říci, neanalyzovat a neupravovat. Tím, že osoba traumatickou vzpomínku plně prožívá v přítomném okamžiku, vnímá situaci ze dvou úhlů pohledu. Jeden je z doby události, ten druhý z přítomné doby již s věkovým i zkušenostním odstupem a nadhledem. Někdy je to první příležitost danou událost prožít, protože v době kdy se odehrála, nebylo možné ji dovolit prožít a až nyní je možnost ji plně prožít s odpovídajícím emočním doprovodem v již bezpečném prostředí. Doposud potlačované emoce a pocity je

možné vyjádřit expresivně – pláčem, křikem, hněvem, smíchem nebo tlučením do podlahy. Dojde tím k uvolnění jak emocionálnímu, tak fyzickému. Potlačené se stane vědomým a integruje se do našeho životního příběhu. Jde sice o chvilkové zvíření, ale pak se dostaví odreagování. „Terapeutický proces spojený s očišťováním mysli lze srovnat s loupáním cibule. K dosažení středu je třeba oloupat jednu slupku po druhé. A jak se při tom musí plakat!“ (Zadlo, 2000, s. 36).

Odreagování nepřichází po jednom prožití traumatické události. Událostí je důležité projít několikrát. Když klient prožívá vzpomínku na událost poprvé, nevybaví si většinou tolik podrobností, tápe, událost tolik neprožívá. Při druhém průchodu si již vybavuje více podrobností, údajů a pocitů. Při dalším procházení emoční prožitky a případně i fyzické bolesti kulminují, při čtvrtém nebo pátém procházení pomalu somatiky i negativní emoce ustupují, s dalším procházením mizí a nakonec se mohou objevit i příjemné a pozitivní pocity a hodnocení situace, protože každá emoce má svůj protiklad a často mohou přecházet ve svůj pravý opak (Nešpor, 2002, s. 36). Pokud osoba vzpomínku na událost prožije několikrát za sebou, vnímá ji již s určitým odstupem a nadhledem (Dragomirecký, 2007). Opakování znovuprožívání události by se mělo opakovat tak dlouho, dokud se klient nezbaví nepříjemných pocitů a napětí, o kterých by měl být terapeut v průběhu regrese a po ní informován. Z tohoto důvodu se doporučuje vyhradit si na sezení regresní terapie dostatek času, protože nikdy nevíme, co všechno se vynoří. Změnu emocí při regresi je možné pozorovat i na vnějších projevech, jako je výraz obličeje, chování, tón hlasu, změna dýchání, svalové napětí aj.

Podle Dragomireckého (2007) nespočívá podstata abreakce jenom v prožití potlačených emocí a uvědomění si příčin současných problémů. Během traumatické události je pozornost vědomí upřena na nějaký určitý jev a tím ostatní vnímané jevy nejsou zcela uvědomovány – to je stav zúženého vědomí. Negativní vliv této události spočívá v tom, že není díky zúženému vědomí, kdy se ukládala do paměti, úplná. Cílem abreakce je vytvořit korektivní událost tím, že si jedinec snaží z paměti vybavit všechno, co v události kdysi opravdu prožil, ale v jiném čase. Tím vzniká událost nová, velmi blízká té původní, ale není už emočně tak intenzivní, tudíž nedochází k zúženému vědomí a osoba je schopna si vybavit a uvědomit řadu informací, které jí původně v zúženém stavu vědomí unikly. Při restimulaci (vybavení si dřívější prožité události na základě asociací) původní traumatické události se bude restimulovat i tato nově vytvořená korektivní událost, která je doplněna o chybějící

informace. Navíc při restimulaci dojde především k vybavení korektivní událost, protože je blíže přítomnosti. Tím mizí negativní vliv traumatické události. „Podstata abreakce spočívá ve vytvoření korektivní události“ (Dragomirecký, 2005, s. 104)

3.3 Uvedení do stavu regrese

Abychom klientovi usnadnili návrat do okamžiku, kdy v něm něco poprvé vyvolalo určité emoce, pomůže nám relaxace za účelem dosažení určitého stupně stavu změněného vědomí. Současná neurofyziologie vysvětluje změněné stavy vědomí na základě elektromagnetických vln, které mozek vysílá v rozmezí přibližně 0,5 – 40Hz. Optimální frekvence vln při regresi je přibližně 6 – 13Hz, protože v tomto pásmu dochází k živější představitivosti, intuici, mimosmyslovému percepčnímu vnímání, kreativitě a tím i k přístupu ke vzpomínkám a informacím, které se nacházejí mimo stav běžného vědomí. To je dáno elektromagnetickou harmonizací pravé a levé hemisféry, která se označuje jako *efekt tzv. jednotného mozku* (Kantor, 2009). Jiným synonymem pro změněný stav vědomí je také stav mimořádného nebo rozšířeného vědomí.

V takovémto lehce změněném stavu vědomí je vliv ega zmenšen, a tak dochází k spontánnějšímu vynořování vzpomínek a emocí. Nejvhodnější je pohodlná poloha vsedě nebo leže se zavřenými očima, protože nejvíce procent informací z okolí získáváme zrakem. Minimalizujeme rušivé elementy kolem na všech vjemových modalitách. Přestože jsou vzpomínky na traumatizující události vytěsňeny do podvědomí, protože jsou stresující, lze si je záměrně vybavit. A to buď přes somatickou stránku k pocitům až ke vzpomínce na událost, nebo od verbálního projevu přes vzpomínky k pocitům (Edward, 2007).

Pokud klient řeší fyzický nebo psychický problém (a vyloučili jsme organické poškození) a není si vědom, jaká traumatická událost současný stav vyvolala, vrátíme ho do okamžiku, kdy se se stejnou bolestí, emocí, pocitem nebo myšlenkou setkal poprvé, jaké pocity u toho měl, kdy a kde to bylo. Tím se vzpomínka na událost vybaví. Tuto událost pak procházíme v přítomném čase, protože původní událost se odehrávala také v přítomném čase, a tak se klient do události lépe vžijeme (Tolle, 2001; Dragomirecký, 2007).

3.4 Záznam krizové nebo traumatické události v lidské psychice

Za základní jednotku paměti byla považována paměťová stopa, nazývaná engramem. Tento pojem zavedl Semon (1921, in Bauer, 2011) pro mechanismus, jímž jsou v paměti uchovány informace. Na Semonu navázal Lashly (1950, in Bauer, 2011), který na základě provedeného experimentu dospěl k názoru, že paměťová stopa není v mozku lokalizována na jenom místě, ale nachází se ve více strukturách. Výzkumem paměťových stop pokračovali behavioristé a zabývala se jimi také kognitivní psychologie.

V regresní terapii pojmu engram užívá Dragomirecký, který tento pojem převzal od Hubbarda, zakladatele dianetiky (vědy o duševním zdraví). Engram Dragomirecký (2005, 2007) v regresi pojímá jako paměťový záznam traumatické události. Rozlišuje mezi engramy primárními neboli prvotními a engramy sekundárními tedy druhotnými. Primární engram je původní traumatická událost, kde došlo k fyzické, nebo psychické bolesti. „Jestliže člověk prožívá událost, která restimuluje nějakou starší engramickou událost, mohou se dostávat prvky staré (restimulované) engramické události i do události právě prožívané. Znamená to, že prožitek, který by byl jinak neutrální, nebo i příjemný, může najednou obsahovat prvky negativní. ... A tak i v paměťovém zápisu této události... se kromě informací, které mají svůj původ v události právě prožívané, objeví i prvky z oné starší, touto událostí restimulované, engramické události.“ (Dragomirecký, 2007, s. 31.) Z toho vyplývá, že i restimulovaná událost se sama stává engramem – sekundární engram. Pokud chceme vyřešit nějaký současný problém, zaměříme se na primární engram a ten zpracujeme. Sekundární engramy nám poslouží jako vodítko k primární události. Primární engram je doporučeno procházet znovu a znovu, dokud nedojde k abreakci (Willistone, 1992; Dragomirecký, 2005, 2007).

Centrum paměti doposud nebylo lokalizováno. Přestože „pro paměť mají klíčový význam vymezené mozkové oblasti a v důsledku poškození těchto oblastí vznikají těžké poruchy tvorby paměti, nelze říci, ... že by paměť v těchto strukturách spočívala“ (Sternberg, 2002, s. 206). K těmto paměťovým strukturám patří např. hippocampus pro ukládání explicitní paměti a mozková kůra, která má podle Sterberga (2002) význam při ukládání informací do dlouhodobé paměti. Protože mozková kůra a hippocampus u novorozence jsou ještě nezralé, neurofyziologie popírá možnost porodních vzpomínek. Grof (1992b) naproti tomu uvádí, že paměť mají i jednobuněční živočichové a ti kůru mozkovou postrádají. Říká, že citlivost plodu během prenatální existence je dokázána.

Na to jakou kapacitu má paměť nejsou doposud jednotné názory. Faktem je, že „v současnosti důkaz pro možnost existence absolutní horní meze dlouhodobého uchování informace neexistuje“ (Sternberg, 2002, s. 191). S tím, jak dlouho paměť uchovává informace je to obdobné. Někteří autoři zastávají názor, že je téměř jisté, že ke ztrátě informací z paměti dochází (Atkinson, 2002). Z pohledu teorie principu regresní terapie jsou všechny informace, které prošly senzomotorickým vnímáním byť i nevědomě, chronologicky uloženy v paměti a trvale tam zůstávají (Wambach, 1993).

3.5 Vybavování traumatických vzpomínek

Kolem silně emočně nabytého traumatu z minulosti se koncentruje pozornost a energie a vždy když se objeví nová a podobná situace, do hry vstupuje stará reakce. Opakuje se tak starý způsob chování, což v nové situaci znamená mnohdy iracionální reakci, která v současné situaci už nedosahuje svého cíle (Zadlo, 2000).

K vybavení jedné události nebo její části událostí jinou dochází **asociací**, kdy „jeden duševní obsah vybaví jiný v podobě představy nebo myšlenky...“ (Dragomirecký, 2007, s. 133). Pro tento uvedený proces používá Dragomirecký ve své literatuře pojem restimulace. K restimulaci dochází ve všech vjemových modalitách, to znamená prostřednictvím sluchových, zrakových, čichových, hmatových a chuťových asociací.

Asociace se vybavují podle **skutečné podobnosti** /housle – violoncello/, **fonetické podobnosti** /kočka – čočka/, **logické podobnosti** /slepice – vejce/, **metaforické podobnosti** /psí zima/, **zákonu kontrastu** /černá – bílá/, **současnosti** /zima – Vánoce/, **výskytu v prostoru** /Slunce – Měsíc/, **doplňujícího se vztahu** (kočka – pes), **zákona příčinnosti** (kláda – nařezané dříví), nebo **následnosti** /podzim – zima/ (Vondráček, 1993; Plháková, 2007; Křivohlavý, 2009).

Do paměti se zapisuje všechno, co danou událost doprovázelo – a to nejenom vnější okolnosti, ale i vnitřní stav jedince. Znovu vybavení traumatické události může podpořit i stejné emoční rozpoložení jedince jako při prvotním prožívání tohoto traumatu.

Dragomirecký (2007) uvádí, že naše myšlení, prožívání a chování ovlivňují též *postuláty* (lat. postulatium = požadavek, předpoklad přijímaný bez důkazů), což jsou výroky, které jsou obsaženy v paměťovém záznamu traumatické události a působí podle svého obsahu

jako posthypnotické sugesce, kterými se osoba řídí, aniž by si toho byla vědoma. Například takový výrok rozčileného pedagoga na žáka: „Stejně to nikdy nebudeš umět“, povede k tomu, že kdykoliv se žák dostane do situace, které asociuje tu původní, vynoří se i tento postulat a to bude mít za následek např. snížené učené schopnosti, nízkou motivaci k učení nebo pocity méněcennosti a marnosti.

Bauer (2011) postuláty charakterizuje jako verbální formulace samotného traumatu. Tyto verbální formulace se utvářejí pod vlivem opakovaného působení konkrétních osob na traumatizovaném jedinci, formují v něm negativní postoje a stávají se často součástí maladaptivních obranných mechanismů. Protože obsahují v sobě silný emoční náboj, vyvolávají spontánně vždy znovu stejné způsoby jednání a chování, ačkoli tomuto jedinci psychicky a mnohdy i psychosomaticky ubližují.

3.6 Role emocí při prožívání

At' již pozitivní nebo negativní emoce působí podpůrně na zapamatování včetně asociovaného materiálu. Silně emočně nabitě vzpomínky si zapamatováváme a vybavujeme lépe, než ty málo emočně nabitě. Příjemné vzpomínky na šťastné chvíle si vybavuje snadněji, než ty nepříjemné, které máme tendence potlačovat. Autobiografické vzpomínky si zapamatováváme nejlépe, protože jsou pro nás emočně významné. Zapamatování těchto subjektivních emocionálních zážitků umožňuje tzv. emoční paměť (Nakonečný, 2000).

Ze studie zaměřené na biologický podklad paměti se zjistilo, že emoční materiál je uchováván jiným mechanismem než neutrální materiál – na zapamatování emočně nabitých vzpomínek se podílí amygdala (Atkinson, 2002). Do amygdaly proudí nervové impulzy jak z bezprostředních, tak imaginativních a zapamatovaných situací. Je to tzv. *emoční počítač*, kde se integrují signály z vnějšího prostředí a z nitra organismu a dochází zde i primárnímu hodnocení stimulace. Má funkci sebezáchovy. K jemnější analýze stimulace dochází v mozkové kůře. Centrem emocionální paměti je hippokampus, který umožňuje rozlišování citového významu situací. Při jeho poškození nejsme schopni zapamatovat si nové podněty. Z hlediska psychologie pro pochopení emocí však není podstatné, co se odehrává na neurofyziologické úrovni, ale to, co se odehrává v mysli (Nakonečný, 2000).

3.7 Úrovně regrese

Willistone (1992) rozlišuje pět úrovní regrese, do kterých je možné se dostat. V první úrovni regrese není dosaženo změněného vědomí a relaxovaného stavu natolik, aby představy byly jasné. Pozornost je stále ještě z 80% v přítomnosti sezení a jen malá část v prožitku obsahu regrese. Druhé úrovně je schopno dosáhnout přibližně 75% lidí a je charakteristická jasnými obrazy a dojmy, ale není tu úplná identifikace s tělem, klient je spíše v roli diváka. Pozornost do přítomnosti sezení klesá na 60%. Pokud dochází k vnímání smyslovými vjemy (např. vůně květin, hukot vodopádu), ale stále je tu dojem pozorovaného filmu, jedná se o třetí stupeň regrese. Pozornost je již z 60% obrácená do prožitku minulosti. Tohoto stupně dosahuje zhruba 50% lidí, kteří do regrese vstupují. Velkou angažovaností je charakteristický čtvrtý stupeň regrese. Osoba nacházející se na úrovni tohoto stupně méně pozoruje a je více účastna děje, který vědomě minimálně analyzuje a upravuje. Bez dlouhého váhání si vybavuje data, jména a jiné podrobné informace. V přítomnosti se nachází jen 20% pozornosti. Do páté úrovně je schopno se dostat 10% lidí. Veškeré vědomí je přesunuto z přítomnosti do minulosti. Klient je tak angažován do děje, že ztrácí pojem o čase.

I na nižších úrovních lze dosáhnout dobrých výsledků. Avšak čím intenzivněji jedinec svoji vzpomínku prožívá a nejenom pozoruje, tím k abreakci dochází lépe a rychleji. V průběhu regrese je možné přecházet z jedné úrovně do druhé.

Po uvolnění emocí v průběhu regrese je vhodné daný materiál následovně zpracovat v rozhovoru v závěru sezení. Pokud se určitý problém pojí s prožitky z dětství, porodu a ještě například se vzpomínkami kolektivního nevědomí, je důležité do života integrovat všechny prožitky. Myšlenky, fantazie nebo sny, které se mohou objevovat v následujících dnech po regresi, je dobré si zapisovat a na dalším sezení se k nim vrátit a zanalyzovat je. „Nestáčí ránu jen vyčistit, ale i uzavřít“ (Bauer, 2001, s. 78). Důležité je nenechat po odreagování prázdné místo a nahradit odstraněný negativní vzorec myslí pozitivním.

3.8 Druhy regresní terapie

S regresí můžeme pracovat na úrovni dětství (neboli věkové regrese), perinatální, ale i na transpersonální (Grof, 2007). Často se stává, že se během regrese ocitneme v prostředí, které neodpovídá naší životní historii a ani současnému historickému období, nacházíme se v těle úplně jiném, než jsme doposud měli, jsme v kultuře, o které nic nevíme, a podněbí

neodpovídá našemu zeměpisnému pásmu. Tyto „vzpomínky“ jsou předmětem mnoha diskuzí a názorů. Nejčastějšími vysvětleními jsou vzpomínky na minulé životy, vzpomínky našich předků dědičných přes DNA, vzpomínky z kolektivního nevědomí, jako imaginativní projekce našich snů, nesplněných přání nebo také jako duševní poruchy.

3.8.1 Věková regrese

Věkovou regresí rozumíme, když klienta vracíme do určitého dřívějšího období jeho života. Klient během stavu hlubokého prožívání projevuje chování odpovídající příslušnému věku, které můžeme pozorovat v mimice, ve slovní zásobě, tónu hlasu apod. Zajímavé výsledky z minulých období života jedince přinesly experimenty hypnotické regrese, kde se určitý věk klientovi vsugeruje. Kromě Freuda hypnotickou regresí prováděli Erikson a Eysenk, kteří u dospělých vyvolávali hypnotické regrese do věku nemluvněte.

Kratochvíl (1999) uvádí výzkum Trofferové (1977), ze kterého vyplývá, že čím více terapeut podporuje klientovu dětskou roli během regrese, tím výraznější ony dětské projevy klient má. Pokud tedy chceme, aby se účinnost vsugerování věkové regrese zvýšila, budeme se ke klientovi chovat tak, jak to odpovídá sugerovanému věku. Kratochvíl (1999) rovněž cituje Laurence a Perryho (1981), že vyvolaný zážitek věkové regrese může mít dvě formy – v prvním případě se jedinec plně nachází v dětském zážitku, v druhém tento zážitek prožívá, ale zároveň si uvědomuje současnou přítomnost a realitu. Tento druhý zážitek Laurence a Perry nazvali *zážitek duality*, který se vyskytuje zhruba u 50% regredovaných osob. V experimentálních regresích do věku dvou až tří měsíců se objevovali fyziologické reflexy odpovídající tomuto období jako např. Babinského reflex. Rajkov tento reflex zaznamenal u pěti z deseti studentů hypnoticky uvedených v regresi do novorozeneckého věku.

Kratochvíl (1999) také zmiňuje Horvaie a Hoskovce (1962), kteří v České republice zkoumali fyziologické reakce (reflex, pulz, EEG) u osmi osob uvedených do hypnotické věkové regrese, ale neobjevili žádné změny, které by ukazovaly na návrat na danou dětskou úroveň a dále výzkum Lozanova (1971), který se zaměřil ve věkové regresi na oční pohyby u pěti osob a zjistil, že u tří z nich se během regrese do dvou dní věku života objevili nekoordinované, šilhající a ujíždějící pohyby očí přecházející ve strabismus jako u novorozenců, ačkoliv tyto osoby v bdělém stavu měli normální oftalmologický nález.

Kratochvíl (1999) uvádí, že i intonace, forma a obsah řeči se při hypnotické regresi přizpůsobuje prožívanému věku, i když tyto řečové projevy mají zároveň dospělejší charakter. Totéž dokazují výzkumy rukopisů a kreseb, kde jsou smíchány rysy dospělé i dětské. Ve věkových regresích také dochází ke znovu vybavení jazyka používaného v dětství, který jedinec již zapomněl.

Hned po druhé světové válce byly zkoumány poznávací činnosti v regredovaném věku a srovnávány s výkony v příslušném skutečném věku. Používalo se psychologických testů jako např. test Benderové, Binet-Simonův, Wechsler-Bellevue aj. Výsledky výzkumů prováděných v této kognitivní oblasti se ale lišily, proto nebylo možné vyvodit jednotný závěr ze všech těchto pokusů. Například experimenty Reiffa a Scheerera podaly závěr (mimo jiné) o tom, že osoby, které byly uvedeny hypnózou do věkové regrese, kognitivní úrovni odpovídali sugerovanému věku, popřípadě nižšímu věku, kdežto osoby, které jen úroveň daného dětského věku napodobovali v bdělém stavu, nepodávaly tak přesné kognitivní výkony příslušnému věku a měli tendence spíše k napodobení věku vyššímu. Oproti tomu O'Connell, Shor a Orne, kteří experiment Reiffa a Scheerera zopakovali a přidali několik dalších kontrolních skupin, které na rozdíl od předešlého experimentu byli v utajení, takže ani experimentátor nevěděl, kteří jednotlivci se nacházejí ve věkové regresí a kteří jen daný věk simulují, došli k závěru, že mezi výsledky regredovaných osob a osob simulujících není žádný významný rozdíl. Jednoznačných výsledků bylo u regresí do dětství dosaženo u emočních procesů. Zjistilo se, že zde dochází k oživení minulých afektivních stavů a zvyšuje se dostupnost emočního materiálu a to podstatně více než u kontrolní skupiny simulujících osob. Ovšem s věrohodností vybavených vzpomínek na tom byla podstatně lépe kontrolní simulující skupina (Kratochvíl, 1999).

S tématem věkových regresí vyvstává otázka, zda jde o převzetí dětské role na základě představ dospělé osoby, nebo o skutečný psychofyzilogický návrat a obnovení dřívějšího prožívání a chování. Weitzenhoffer (1953, in Kratochvíl, 1999) uvádí i možnost kombinace obou těchto hypotéz. Zatím se předpokládá, že pravé mohou být subjektivní emoční zážitky, ale fyziologické a psychické procesy pravděpodobně nikoli. Skutečné prožívání regredované osoby do dětství může být směsí skutečných vzpomínek, představ o tom, jak se dítě v příslušném věku chová a konfabulací. Do regrese často pronikají i znalosti a dovednosti z vyšších věkových úrovní jedince.

Kromě věkově progresse lze využívat i věkové progresse a to jak hypnotické, tak i bez využití hypnózy. Umožní nám imaginativně prožít budoucí situace a tím eliminuje možné napětí z určitých situací, kterých se obáváme a tím i prožitek budoucí situace mění (Kratochvíl, 1999; Zadlo, 2000; Dragomirecký, 2007).

3.8.2 Prenatální, perinatální regrese, porod

Vzpomínky z prenatálního a perinatálního období jsou uloženy v naší paměti. Plod je již v prvních týdnech schopen vnímat podněty z vnějšího okolí. Vnik určitých životních témat souvisejících právě s perinatálním obdobím rozpracoval podrobně Grof (1993, 2007). Zážitky perinatálního období, které v nás nechávají nevědomé otisky a ovlivňují nás celý život, nazval *banálními perinatálními matricemi (BPM)* a rozdělil je do čtyř dynamických vzorců.

První perinatální matrice (BPM I.) je období posledních měsíců před porodem. Je to stav symbiózy, kdy dítě a matka jsou spolu spjati emočně i fyzicky. Pupeční šňůrou proudí k dítěti kyslík a výživa, plodová voda chrání plod před nárazy a zvuky z okolí. Všechny potřeby plodu jsou ihned uspokojovány. Symbolika takového dobrého lůna se může projevit jako hluboký pocit kosmické jednoty, čiré existence, oceánské atmosféry, jako obrazy hvězdné oblohy, vesmíru. To dále do života přináší pocit zdraví, pohody a takový pohled na krásu podmořského světa v nás může vyvolat pocit bezpečí a extáze. K narušení BPM I. může dojít např. konzumací špatné stravy matky, alkoholem, hlučným prostředím, jízdou autem po nerovném povrchu vozovky, negativními pocity matky a také tím, když matka dítě nechce. „...většina nitroděložních ohrožení se zakládá na chemických změnách...“ (Grof, 1993, s. 46) proto už jen pohled později na znečištěnou vodu, odpadní stoku, mlhu, toxické skládky a setkání s tématem znečištění, může u jedince vyvolat pocit nevolnosti. Může dojít až ke ztotožnění např. s umírajícími v plynových komorách koncentračních táborů. Grof tento stav pojmenovává jako analogie „špatného lůna“ (Grof, 1993, s. 46) a jako možné následky se mohou objevit schizofrenní psychózy a hypochondrie (Grof, 2007).

Chvilé kdy je pobyt v lůně ukončen a začínají děložní stahy, Grof nazývá BPM II. Je zde omezeno proudění krve mezi matkou a plodem a tím se přerušuje proudění kyslíku, výživy a tepla. Symbolika porodních cest se může prolínat s některými situacemi v dospělosti jako např. tíseň, fyzické nepohodlí. Vzpomínka na tento stav je v budoucnu příčinou např. klaustrofobie, strach z nehostinného prostředí jako mráz, sníh. Může dojít ke ztotožnění

s mučením, vězni v kobkách či věznicích. Když se setkáme se situací, kdy se cítíme ohroženi a bezmocní jako např. operace nebo autonehoda reagujeme nejenom na tuto současnou událost, ale zároveň na porodní trauma s podobnými pocity. Setkáme se zde se sklonem k myšlenkám, že život postrádá smysl, protože všechno je pomíjivé, ke strachu ze smrti, depresím, apatii, pocitům osamocení a méněcennosti či alkoholismu. Toto emocionální a fyzické utrpení se na symbolické úrovni může objevit jako např. peklo, podsvětí, ohnivá jezera, bažiny, jedovaté plody, škrcení, předměty, které způsobují prudkou bolest jako dýka, oštěp nebo kopí. V uměleckých projevech se s tematikou BPM II. setkáme např. v povídkách a románech Franze Kafky, v pověsti o Bludném Holanďanovi, v obrazech válečných hrůz Francaiska Goyi, výjevech malíře Hieronyma Bosche apod. (Grof, 1993).

BPM III. představuje samotný porod. Dítě zažívá fyzickou bolest a také kontakt s pohlavními orgány a biologickým materiálem jako je krev, sliz, moč. V budoucnu tento prožitek může mít podobu sexuální poruch a deviací, sadomasochismus, nutkavé neurózy, astma, tiky, koktání, neurastenie, migrény, enurézy, deprese, násilné chování, hysterické projevy apod. Prožitky BPM III. se mohou spojovat s výbuchy sopky, zemětřeseními a jinými živelnými katastrofami jako např. hurikány, bouřemi, vesmírnými pohromami, s prožíváním zničení Atlantidy nebo Sodomy a Gomory, ztotožnění se s útočníkem, obětí. Objevují se scény rozkladu, hnutí, revoluce. Jde o scény kde je tématem smrt a zároveň vysvobození, o zážitky vzrušení spojené s nebezpečím jako např. seskoky padákem, rychlá jízda, závody, agresivními sporty. Téma smrti, vykoupení a vzkříšení najdeme v příběhu Ježíše Krista nebo v románech F. Dostojevského a hrách W. Shakespeara (Grof, 2007).

BPM IV. je okamžik zrození a to je moment, kdy se dítě poprvé nadechne. Odřízne se pupeční šňůra, která dítě s matkou spojovala. Dítě už nic nechrání před vnějšími vlivy hluku, kolísáním teplot, intenzitou světla a hmatovými vjemy, což v budoucnu může přinášet pocit ztráty opory v životě. Jedná se o obrazy znovuzrození nebo také pádu na samé dno, vidiny andělů nebo jiných světelných bytostí a duchovních průvodců. Grof (2007) zde vidí původ schizofrenních psychóz (mesiášské bludy, ztotožnění s Kristem), manické projevy a exhibicionismus. Císařský řez je chladným emocionální přivítání plodu, protože matka je pod narkózou a to může mít u dítěte za následek problém navazování mezilidských vztahů (Zadlo, 2000).

Grof uvádí, že sebevražedné sklony, alkoholismu a jiné formy drogové závislosti, mají kořeny v perinatálním období. Zkušenost, že látky měnící stav vědomí pomáhají od psychické

i fyzické bolesti, může pocházet z užití anestetik při porodu s cílem ulevit matce bolesti. „Klinické studie našly korelace mezi různými formami sebevražd a konkrétními aspekty porodu – např. volba prášků k provedení sebevraždy korelovala s anestetiky použitými při porodu, volba sebevraždy oběšením se škrcením při porodu...“ (1993, s. 197).

3.8.3 Regrese do minulých životů

Terapeutická technika regrese se do minulých životů pracuje s myšlenkou, že člověk se neustále inkarnuje, což znamená, že když zemře, jeho duše (duch, energie, životní síla – záleží na překladu) odchází z těla se všemi zkušenostmi, které nabyla v hmotném těle a po určitém čase se opět narodí, aby mohla dodělat nedokončený úkol z minulého života, spirituálně povyrůst a pokračovat ve vývoji. Každý se při inkarnaci rozhoduje pro určitý čas a místo, aby se mohl naučit určité lekci, kterou v minulém životě nezvládl, nedokončil a chce ji dořešit. Tato teorie je založena na principu zachování hmoty a energie. Vše funguje na principu karmy – každý čin má své důsledky. Co bylo uvedeno do pohybu v minulosti, má své následky v přítomnosti. Odtud pramení myšlenka vracení se do doby před narozením za účelem nalezení kořenů problémů v současném životě. To, že si spontánně nevybavujeme minulé životy, je dar, protože bychom nesly velkou zátěž vzpomínek. To co bylo uvedeno do pohybu v minulém životě, působí na tělesný, citový i mentální a duchovní stav jedince v přítomnosti (Zadlo, 2000; Hallová, 2001).

Koncepce reinkarnace a karmy tvoří základ mnoha asijských náboženství jako je například buddhismus, hinduismus, džinismus a taoismus. Setkáme se s ní ale i v jiných kulturách jako jsou různé africké kmeny, předkolumbovské kultury, Galové a druidové. Ve starověkém Řecku reinkarnaci uznávali platonici a pythagorejci. Odtud se rozšířila i mezi židovské skupiny. Pro současná východní náboženství a filosofické směry to není otázka pouhé víry, ale skutečností vědecky doloženou Newtonovým zákonem zachování hmoty, kvantovou fyzikou aj. (Grof, 2007).

Příčiny pramenící v minulém životě můžeme hledat např. u fobií - strach z hadů kvůli uštknutí, poruchy příjmu potravy jako důsledek smrti hladem v minulosti, nebo naopak přejídáním, nedostatkem lásky, anorexie jako móda dané doby, nebo z pocitů, že tělo je špatné, astma coby následek úrazu hrudníku. „Terapeutická práce prokázala, že mnohé emoční a psychosomatické poruchy mají kořeny spíše v prožitcích minulých životů než v

životě současném a že symptomy vyplývající z těchto poruch zmizí nebo poleví, jakmile dotyčná osoba může prožít epizody z minulých životů, které tvoří jejich základ“ (Grof, 1993, s. 130).

Vzpomínky z minulých životů se objevují spontánně a i v případech, kdy ani lékař, ani klient na reinkarnaci nevěří (Grof, 1993). Výzkumem výpovědí zážitků z minulých životů se zabývala psychoterapeutka Wambachová (1993), která se opírala o výpovědi 1088 osob. Během své desetileté studie s regresemi v hypnóze se zaměřila na věrohodnost oblečení, stravy, nádobí a zvyků ze vzpomínek svých klientů na minulé životy a zjistila, že průměr mylných výpovědí historických faktů z „minulých životů“ je 1,1% ze 100 případů. Zjistila, že 20 – 35% klientů se hlásilo ke střední sociální vrstvě, do 10% k vyšší sociální vrstvě a převážná většina popisovala chudé poměry. Šťastnější život vykazovali spíše lidé z chudších poměrů, než bohatí. Žádná z 1088 zkoumaných osob neuvedla, že byla významnou osobou. Wambachová sledovala i četnost výskytu pohlaví v minulých životech - ať vytvořila jakoukoliv smíšenou skupinu, vždy vyšlo, že počet jednoho pohlaví v minulých životech se pohyboval v rozmezí 45 – 55%. Wambachová dále zjistila, že rasa klienta v minulém životě často neodpovídá jeho rodokmenu.

Willistone (1992) se zaměřuje na výzkum porovnávání slov v regresi do minulých životů a slov použitých v bdělém stavu. Zjistil, že klienti v regresi často používají slova a příměří, která odpovídají prožívané době. Často se jedná o místní názvy, jednotky míry apod. Klienti také disponují vědomostmi, které v bdělém stavu nemají. Willistone uvádí příklad z terapie, kdy klient říká, že se nachází v roce 1890. Na terapeutovu otázku kdo vládne, klient odpovídá: Viktorie přece.“ Když se ho terapeut ptá již v bdělém stavu: „Kdo vládl v Anglii v roce 1890?“ Klient odpovídá: „Nějaký Edward myslím“ (1992, s. 121).

Přesto se v regresích do minulosti objevují i nepřesnosti. Nepřesnost věrohodnosti historických faktů minulých životů může být dána klientovým zkombinováním událostí více let nebo životů do jednoho krátkého časového úseku. Některé podrobnosti z minulosti, které klient vypovídá, nenajdeme ani v učebnicích dějepisu, a tak některé informace ani ověřit nemůžeme (Willistone, 1992). Musíme si být také vědomy toho, že historie může sama klamat. Například „Lieselotte, vévodkyně z Orléansu, četla dějiny Ludvíka XIV., na jehož dvoře žila, a napsala své přítelkyni, že píše-li se takové lži o tom, čeho jsou pamětnice, jak to asi vypadá se vzdálenou minulostí“ (Vondráček, 1993, s. 131).

Z psychologického hlediska víra v reinkarnaci pomáhá člověku lépe se vyrovnávat se životem a se smrtí. Životní problémy nepovažuje za tak závažné a vidí ve smrti jen přechodnou stanicí do dalšího života, kde může dále rozvíjet své nabitě zkušenosti a opět se shledat se svými nejbližšími (Moody, 1992).

3.8.4 Prožívané představy jako imaginace a fantazie

Kromě teorie minulých životů existují i jiná vysvětlení toho, proč si lidé v regresi vybavují události a osoby, které nemohly během svého života prožít a poznat. Vzpomínku na minulý život je možno brát jako naše fantazie, neboli představy, do kterých projekujeme svá přání, strachy, touhy, sny a tvůrčí schopnosti. „Představy jsou mentální reprezentace těch věcí, které v okamžiku reprezentace nejsou vnímány smyslovými orgány... Představivost může reprezentovat i věci, s nimiž jste se smyslově nikdy a nikde nesetkali... Týká se mentálních reprezentací ve všech sensorických modalitách (sluchu, čichu, chuti, atd.)“ (Sternberg, 2002, s. 246). Kastová (2010) mluví o představách vjemových a pocitových, které vypovídají o našem okamžitém vnitřním stavu. Aktuální rozpoložení ukazuje, v jakém jsme stupni vývoje, s jakými problémy bojuje, jaké máme životní zkušenosti, jak vidíme sami sebe a svět.

Součástí fantazie je imaginace. Imaginace jsou vizuální představy, jimiž prostřednictvím se v regresí dosud „neintegrováný a smysl postrádající prvek stal součástí životního příběhu“ a byl tak snáze uchopitelný a lehce zpracovatelný a zvládnutelný (Vymětal, 2000, s. 282). Jinými slovy přestože jde jen o představy, které nejsou historicky podložené, má příběh „svůj význam a svou užitečnost prokazuje tím, že se podobá životu, že rezonuje s jedincovou zkušeností a nese v sobě užitečné poselství“ (Vybíral, Roubal, 2010, s. 562). I když tyto příběhy nejsou pravdivé, jsou pravdivé pro osobu, která je prožívá, protože tvoří část jejího životního příběhu, a proto mají terapeutickou hodnotu. (Hallová, 2001).

3.8.5 Zážitky předchozích generací

Tento náhled vysvětluje události zasahující do období před naším početím, které se nám vybaví v průběhu regresní terapie, jako významné prožitky našich předků. Tyto události se přenášejí přes DNA z generace na generaci. Zastánci teorie minulých životů argumentují, že kdyby se informace ze života našich předků předávaly pouze genetickým kódem, chyběly

by údaje ze života předka od zplození potomka do jeho smrti. Prožitek například smrti svého předka však jeho potomek může zaznamenat tím, je svědkem této události a tím tuto informaci předává svým potomkům (Grof, 1993; Kratochvíl, 1997; Vybíral, 2010; Bauer, 2011). Zážitky zasahující do období před naším počítáním jsou předány genetickou cestou a mohou navazovat na kolektivní vzpomínky, vycházející z kolektivního nevědomí.

Kolektivní vzpomínky se mohou týkat kterékoli země a jakéhokoli historického období, jakékoli rasy a kultury. Zásobárnou vzpomínek celého lidstva je *kolektivní nevědomí*. Je to „...nezměrná zásobárna informací o lidských dějinách a kultuře, která je dostupná nám všem v hlubinách naší psyché“ (Grof, 1993, s. 18). Grof (1993) kolektivní nevědomí přirovnává k nekonečnému oceánu poznání, z kterého může kdokoliv čerpat a to prostřednictvím snů nebo fantazií. Tento pojem zavedl do psychologie Jung a sám ho definuje takto: „Kolektivní nevědomí je část psyché, již lze od osobního nevědomí odlišit tím, že za svou existenci nevděčí osobní zkušenosti a není proto osobním ziskem. Zatímco osobní nevědomí se skládá hlavně z obsahů, jež byly svého času vědomé, avšak z vědomí zmizely tak, že byly buď zapomenuty, nebo vytěsněny, obsahy kolektivního nevědomí ve vědomí nikdy nebyly a nebyly tudíž nikdy získány individuálně, nýbrž vděčí za svou existenci výhradně dědičnosti“ (Jung, 1996a, s. 148). Kolektivní nevědomí je vše, na čem se dohodli lidé jako na obecném, nevyvíjí se individuálně na rozdíl od osobního nevědomí. Tím Jung předčil Freuda, protože podle Freuda je nevědomí jen osobní povahy.

Kolektivní nevědomí obsahuje *archetypy* – kolektivní všudypřítomné představy. Jung definuje archetypy jako „...typické formy chování, které se, když se stanou vědomými, projevují jako představa, stejně jako všechno, co se stává obsahem vědomí. Protože jde o charakteristicky lidské mody, pak neudivuje, že v individuu můžeme zjistit psychické formy, které se nevyskytují pouze u protinožců, ale i v jiných tisíciletích, a s nimiž nás archeologie spojuje“ (Jung, 1996a, s. 87). „Je tolik archetypů, kolik je typických situací v životě“ (Jung, 1994, s. 155). Jung dále archetypy dělí na univerzální, které nacházíme ve všech kulturách světa jako např. archetyp matky, otce aj. a na archetypy, které jsou individualizovány jako např. dobrý otec, hrozná matka aj. Například ztotožnění se v regresi s archetypem Jidáše, rezonuje se zrádcem (Grof, 1993; Hallová, 2001).

V dnešních alternativních terapeutických směrech New Age se Jungův pojem kolektivního nevědomí nahrazuje termíny *Akašická kronika*, *Kniha života*, *Univerzální duch* nebo *informační pole*. Je to univerzální systém archivování všech myšlenek, slov a událostí,

nazývaný též jako *duchovní knihovna* fungující na energetické úrovni. Vstup do takového pole může znamenat ztotožnění se čímkoli, co odpovídá momentálnímu stavu mysli jedince, což může být i patologické, protože se může jednat o bludné myšlenky duševně nemocných.

3.8.6 Psychopatologie zážitků v regresi

Další z možností vzpomínek mimo současný život jedince mohou být **mozkové poruchy**, neúmyslné zkreslení vzpomínek zvané **paramnézie**, porucha paměti **kryptomnézie**, při které jedinec nevědomě vydává cizí myšlenky za své vlastní, **psychické choroby**, dálková interakce mezi živými i neživými předměty známá jako **psychotronické schopnosti**, **konfabulace**, při které dotyčný se snaží vyplnit bílá místa vzpomínek tím, že si je domyslí ve snaze zabránit tomu, aby okolí nepoznalo, že si celou událost nepamatuje, nebo **obsedantně-kompulzivní** porucha vyvolávající nutkavé myšlenky s opakujícími se vtíravými obsahy. Může jít i o **kompenzaci**, např. někdo potřebuje přesvědčení, že byl v minulosti důležitou osobou a tím vyvažuje současný pocit méněcennosti **náboženské přesvědčení** a moc **sugesce** (Vondráček, 1993; Hallová, 2001).

3.8.7 Grofovo pojetí transpersonálních zážitků v regresi

Grof podává možnost komplexního vysvětlení zážitků z regresní terapie. Kromě věkové a perinatální regrese rozpracovává prožitky z minulých životů, kolektivního nevědomí a zážitky našich předků aniž by tím vylučoval jedno nebo druhé. Zážitky z minulých životů charakterizuje jako velmi autentické, mají silný citový náboj, je zde pocit identity. Zážitky ze života předků vždy souvisí s rasovým a kulturním původem prožívající osoby. Kolektivní vzpomínky nejsou vázány na kulturu a rasu a chybí zde prvek osobního rozpomínání, jsme jen svědky scén (Grof, 1992).

3.9 Formy regresní terapie

Předností **individuální** formy regrese je konformita a rychlejší navození pocitu důvěry, který usnadňuje vyjadřování. Mnohdy větší efekt má **skupinová** regrese, protože skupina mobilizuje, povzbuzuje se navzájem k vybití negativních emocí. Ve skupině se pracuje ve dvojicích, kdy jeden člověk je v roli terapeuta a druhý v roli klienta. Role si vyměňují podle potřeby. **Autoregresi** lze provádět za pomoci nahrávek, které regresi vedou,

ale nevýhodou této formy je, že zde není terapeut jako druhá osoba, která by převzala odpovědnost za sezení, a tak nedochází k plnému uvolnění a odreagování, protože zodpovědnost na situaci je na nás samotných (Zadlo, 2000).

4 Doprovodné techniky regrese

Cílem doprovodných technik regrese je především uvolnění, protože zesiluje intenzitu afektivních reakcí, prožívání je živější a emocionálnější (Kastová, 2010). K uvolnění fyzického i duševního napětí klienta dosáhneme snadno pomocí krátké **relaxace** před začátkem samotné regrese. K navození změněného stavu vědomí si můžeme dopomoci také **vizuálně stimulačními metodami** jako např. pozorování plamene svíčky nebo nazíráním do stojaté vody. U optické stimulace je důležité dlouhé trvání a neměnnost stimulace. Jako nástroje měnící vědomí byla už od pradávna využívána i **hudba**. Jejím vlivu na fyziologickou aktivitu mozku využívali například šamani při monotónním bubnování za cílem dosáhnout změněného stavu vědomí. Čím pomalejší jsou mozkové vlny, tím větší uvolnění, spokojenost a klid cítíme. Hudba též ovlivňuje srdeční frekvenci, tep a krevní tlak, zmírňuje svalové napětí, v některých případech pozitivně ovlivňuje pozornost a paměť. Správný výběr hudby a její vhodné užití usnadní vynošení určitých konkrétních projevů, proto je nutné vyhnout se skladbám, ke kterým má klient konkrétní asociace, což může být dáno kulturou. Vhodné je jen podpoření určitých témat hudbou (Grof, 1992a; Campbell, 2008; Kantor, 2009). **Dechové techniky** slouží nejen k navození změněného stavu vědomí, ale také k relaxaci, odreagování a ke zmírnění bolesti, protože se zvyšuje průtok krve v těle. V 50. letech prováděl v USA experimenty s dýcháním rakouský psychiatr Wilhem Reich a zjistil, že vdechovaný vzduch uvolňuje napětí svalů a tím i nahromaděnou energii ve stresujících situacích, a že výdechem tato energie odchází. Negativní vlivy okolí i fyzická bolest vedou k omezenému a nepravidelnému dýchání nebo k zadržování dechu a tím dochází ke svalovému napětí s pocity úzkosti a ke špatnému okysličení krve a tím i k únavě nebo naopak nespavosti. Správným dýcháním tak lze docílit odplavení těchto negativních symptomů (Zadlo, 2000; Campbell, Lee, 2010). **Fyzického kontaktu** je možné použít, když klient znovuprožívá např. citovou deprivaci v dětství a tím vyplnit emoční vakuum (Grof, 1992a). **Hypnotické techniky** napomáhají k vyvolání i samotnému odreagování potlačených emocí a reakcí. Rušivé elementy během regrese pomáhá eliminovat **sugesce**. Využít ji můžeme, i pokud chceme klienta dostat do požadované situace, která se má odreagovat (Kratochvíl, 2001). Podobně

fungují **afirmace**. Afirmace jsou „pozitivní myšlenky formulované ve větách, které užíváme k vědomé a záměrné autosugesci“ (Zadlo, 2000, s. 81). Díky sugesci získá jedinec víru v uskutečnění daných pozitivních myšlenek. Navíc můžeme sledovat i reakci na vyslovenou afirmaci, což je dalším materiálem na zpracování. Když si místo vět v relaxaci klient vizualizuje už hotový cíl, ke kterému směřuje, hovoříme o **vizualizaci**. Rozšířené jsou také techniky **práce s tělem**, kam spadá například přehrávání scénářů, které abreakci podpoří, nebo masáže, které stimulují místa spjatá s emocionálními reakcemi. Navození změněného stavu vědomí umožňují také **drogy** a v mnoha kulturách se psychedelických látek využívá, ale při použití těchto látek se nedaří emoce odreagovat a vědomě je integrovat. Dochází k snížení emocionální reaktivity jak na úrovni mentální, tak i fyziologické (Nakonečný, 2000). Vzrůst fantazijní produkce nepodporují jen drogy, ale lze ji dosáhnout i obyčejným **hladověním**. Závěr regrese je možné podpořit **meditací** – celkovým rozjímáním, uklidněním emocí, záměrnou relaxací.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 Osobní zkušenost s regresní terapií

Předmluva

Hlavním cílem tohoto výzkumu je sledování vlivu abreakce v regresní terapii za účelem ověření účinnosti této metody ve smyslu zlepšení duševního a případně fyzického zdraví jedince. Z těchto důvodů jsem se rozhodla absolvovat výcvik jednoho typu regresní terapie a následně se pokusit na základě osobní zkušenosti zjistit možnosti uvedeného vlivu u konkrétních výzkumných osob. Zvolila jsem kvalitativní výzkum, protože je ve své podstatě nenumerický (Smékal, 1999 in Miovský, 2006) a je vhodný pro výzkum jedinečných a neopakovatelných fenoménů, které lidé mohou vnímat odlišně a v různých kvalitách a rovinách v komplexním pojetí. Kvalitativní způsob výzkumu také je vhodnou metodou pro zkoumaný fenomén, který podléhá určité dynamice a procesuálnosti – jinými slovy který nějakým způsobem vznikl a neustále se rozvíjí nebo zaniká. Tyto vlastnosti kvalitativního výzkumu právě vyhovují pro sledování jednotlivých případů každého jedince. Protože se výzkumník podílí (přímo nebo nepřímo) na procesech, které zkoumá, určitým způsobem je tím ovlivňuje a je jimi sám ovlivňován. Proto je důležité popsat, jak k tomuto vlivu dochází, a jakým způsobem ovlivňuje zkoumaný fenomén.

Jako samostatný typ výzkumu v rámci kvalitativního přístupu jsem použila případovou studii, neboť vysvětluje případy v jejich komplexnosti a tím může dospět do hloubky jdoucím výsledkům. Případová studie je vhodná k zodpovězení výzkumných otázek *proč* a *jak*. V centru pozornosti zde uvedeného výzkumu, je vždy konkrétní osoba (Mioviský, 2006).

5.1 Cíle výzkumné části

Prvním cílem tohoto výzkumu je zjistit, zda po provedené abreakci v regresní terapii dojde k prokazatelnému zlepšení psychického stavu zkoumané osoby z hlediska jejích subjektivních pocitů (celkové zlepšení nálady, uvolnění napětí).

Druhým cílem je zjistit, zda dojde ke zmírnění, popřípadě eliminování fyzických potíží u zkoumané osoby po provedené abreakci v regresní terapii.

V případě prokázání pozitivních výsledků předchozích dvou cílů navazuje **cíl třetí**, který ověřuje časovou trvalost terapeutických účinků regresní terapie.

6 Případová studie

Praktická část bakalářské práce se zabývá jednopřípadovou studií na konkrétní osobě, kterou budeme nazývat Veronikou.

6.1 Charakteristika osoby

Veronika je pětadvacetiletá studentka vysoké školy hudebního zaměření. Má dvě sestry, Veronika je prostřední. Silný vztah má ke své mladší sestře, která se ale před dvěma lety odstěhovala a založila vlastní rodinu. Veronika stále bydlí u svého otce. Když jí bylo sedmnáct, rodiče se rozvedli, mamka odešla a Veronika zůstala i se svojí mladší sestrou u táty. Ke svému tátovi má už od dětství velmi silný emocionální vztah, cítí u něj pocit jistoty, může se na něj spolehnout na rozdíl od mamky, u které Veronika pocity jistoty postrádá a má k ní spíše kamarádský vztah. Veronika má ke svému tátovi naprostou důvěru, všechno mu říká. Tím, že mamka odešla a nakonec i sestra a Veronika s tátou zůstali sami, se jejich vztah ještě více upevnil. Udržují spolu různé rituály, jako např. pití kávy v jejich oblíbené kavárně, aby udrželi pocit rodiny. Veronika je jeho první dcera, protože její starší sestra má jiného otce.

Jako malá byla Veronika ráda středem pozornosti. Neměla pocit, že by rodiče nějaké své dítě upřednostňovali, přístup k nim byl podle Veroniky vyrovnaný a spravedlivý. Mamka mezi sestrami nedělala rozdíly, ani co se trestů týkalo, kolikrát když něco jedna sestra provedla, mamka potrestala obě sestry, přestože věděla, že vina je pouze jedna.

Veronika je člověk s pevnou vůlí, který si jde za svými cíli. Zároveň je velmi křehká a vztahovačná, což se u ní projevuje nejistotou a uzavřeností vůči širšímu okolí. Sebehodnocení má spíše nízké, zvláště pokud jí o něco důležitého jde. Její expresivní vyjadřování na veřejnosti působí vždy velmi optimisticky, často se sklony k přehánění. S učením na zkoušky ve škole začíná velmi brzy a většinou je dělá v prvním termínu, na koncertní vystoupení se připravuje také vždy se značným předstihem a pečlivostí, protože mívá strach, že situaci nestihne nebo nezvládne, přestože má stále vyznamenání. Sportu a cestování není Veronika nakloněna. Nejraději tráví čas doma a čte si, nebo trénuje na svůj hudební nástroj.

6.2 Charakteristika případu

Když bylo Veronice dvacet dva let a začala studovat vysokou školu, začaly se u ní objevovat zdravotní problémy, které trvají již tři roky. Začaly se objevovat stavy nevolnosti od žaludku, pocity na zvracení, které se zprvu vyskytovaly jen v noci. Situace se začala postupně zhoršovat. Přidal se pocit „kamení v žaludku“, jak ho Veronika sama nazvala. Nepříjemné pocity v žaludku se začaly vyskytovat i v denních hodinách, bez příčin a bez možnosti jim předejít.

Lékařská vyšetření tyto obtíže diagnostikovala jako reflux jícnu psychogenního původu, jelikož fyziologická příčina nebyla nalezena, a proto by operace neměla smysl. Po dobu užívání léků na reflux, které jí byly předepsány, nastalo zlepšení. Po návštěvě své mamky došlo k částečnému navrácení nepříjemných pocitů v žaludku. Podle doktorů mají Veroničiny stavy chronický průběh.

Po nějaké době užívání léků na reflux a částečného zlepšení nepříjemných pocitů v žaludku, docházelo ke zhoršení psychického stavu. Předepsaná psychofarmaka situaci zlepšila a přinesla dočasnou úlevu, ale asi po dvou měsících došlo k prudkému rozvratu psychiky a k pocitům úzkosti. Následovně v září 2010 byla Veronice diagnostikována smíšená úzkostná porucha, která se podle lékařů projevuje nejen na psychickém prožívání, ale i somatickými symptomy - refluxem jícnu, nevolností a bolestí žaludku. Dostala nové léky, po kterých se dostavilo zlepšení do té doby, než jela navštívit svoji mamku. Po návštěvě mamky se Veronice opět trochu přitížilo. Po podání nových psychofarmak došlo začátkem listopadu 2010 ke zlepšení.

Protože se u Veroniky nepříjemné psychické i fyzické stavy dějí nahodile, neumí je regulovat, a tudíž nad nimi ztrácí kontrolu, bojí se cokoliv plánovat a slibovat svému blízkému okolí. To má za následek, že jí přátelé už přestávají zvat na různé akce a Veronika se tak cítí více sama, odtržená od svého okolí a na pocitu sebehodnoty jí to nepřidává.

6.3 Provedení a průběh abreakce v regresní terapii

Cílem v regresní terapii je dosáhnout abreakce, tedy odžití patogenních emočních zážitků. Tím, že dojde k jejich uvolnění a začlenění do životního příběhu dané osoby,

přestávají mít na jedince negativní vliv. Regresní terapie probíhá formou jednotlivých sezení podle potřeb klienta.

Na začátku každého sezení je vhodné, aby se klient uvedl do pohodlné polohy. Za nejvhodnější se uvádí poloha vsedě v hlubokém křesle. Stejně důležité je zajistit klidné prostředí a dostatek času, abychom sezení nepřerušovali a klient se mohl lépe soustředit a nebyl ve stresu. Pokud je dosaženo těchto podmínek a klient se cítí uvolněně, zjistíme, jaký problém ho trápí, co by chtěl v terapii řešit. Důležité je, aby sám svůj problém uměl pojmenovat. Poté osobu vyzveme k tomu, aby zavřela oči a vybavila si konkrétní událost, kde pociťovala stejné symptomy. Snažíme se prostřednictvím asociací dostat k situaci, kde se negativní symptom objevil poprvé. Důležité je, aby se osoba přenesla v čase a prostoru, kde se vzpomínka odehrála. K tomu pomáhá, když osoba vzpomínku prožívá a vypráví v přítomném čase. Pokud je vzpomínka nějakým způsobem významná a pojí se s řešeným problémem, je vhodné, aby klient tuto vzpomínku prožíval se stejnými emocemi, které s ní byly spojeny stále dokola a to do té doby, než negativní vnímání vzpomínky vymizí a klient se na prožívanou situaci dívá již s nadhledem.

6.3.1 První sezení

Veronika se rozhodla, že se chce v tomto sezení pokusit řešit svůj dlouhodobý problém se žaludkem. Sdělila, že po jídle má pocit na zvracení, žaludek se jí stahuje ke krku nahoru, nemůže se nadechnout, jídlo se jí vrací zpátky do krku, ale nikdy v životě nezvracela. Tento stav uklidňuje spánek nebo trocha alkoholu, který jí žaludek uvolní. Stává se jí to nahodile a bez příčiny. Veronika sama říká, že má pocit, že tyto nepříjemné stavy nejsou způsobeny samotným jídlem, ale spíše psychikou. Žádnou fyziologickou patologii kromě refluxu jícnu nemocniční vyšetření nepotvrdily. V tomto sezení jsem nechala Veroniku si prožít pouze poslední událost, při které došlo ke stažení a napětí žaludku s pocitem na zvracení. Důvodem byl omezený čas sezení dvěma hodinami, Veronika neměla doposud žádné zkušenosti s regresní terapií a já jsem si nebyla jista, jak rychle a hluboko se do svého zážitku dokáže vžít a také kolik času bude na prožívání minulých událostí potřebovat.

Bylo to den před sezením v noci, když usínala. Cítila obrovské napětí, pocit že nemůže dýchat, a že bude zvracet. Cítila tlak na žaludek a jícen. Objevily se pocity strachu, že tyto nepříjemné stavy nemůže ovlivnit, i když je prožívá opakovaně. Tento stav trval asi hodinu a

půl. Nakonec si Veronika vzala Diazepam a usnula. Vyzvala jsem Veroniku, aby se do této situace vrátila a vyprávěla mi, co se děje. V průběhu sezení jsem se jí neustále dotazovala na její emoční i fyzické pocity.

Veronika leží v posteli po příjemně stráveném večeru. Začíná být nervóznější, že nemůže usnout. Když zavře oči, je jí nevolno, má pocit staženého krku a brady. Snaží se uklidnit slovy: „To bude dobrý.“ Má pocit, že se něco děje. Cítí větší stahování žaludku, jako by něco šlo do krku. Má otevřené oči, protože když je zavře, je to horší. Vezme si Diazepam, hladí si žaludek: „To bude dobrý. To nebude dobrý“ a bere si půlku Diazepamu. Poté cítí uklidnění, že si prášek vzala. Má potřebu dělat něco s rukama, myslí si, že tomu můžou zabránit. Po užití Diazepamu cítí Veronika úlevu, únavu a usíná.

Povzbuzuji Veroniku, ať se teď zaměří více na to, co se děje při její včerejší události na fyzické úrovni a pokusí se to dát do slov. Veronika mi odpovídá, že má stažený žaludek a tělo má v křeči. Prožívá střídání horka a zimy, pocení s pocitem chladu, při čemž chlad je podle ní lepší. Cítí napětí, žaludek jí vibruje a cuká. Má strach jíst a pít, objevuje se pak pocit, jakoby se jí jídlo dralo krku, jakoby měla knedlík v krku. Buší ji rychle srdce a sděluje, že je to něco hrozného. Má strach, že bude zvracet a děje se tu něco mimo vůli. Ví, že je to psychické. Má tendence si vzít Diazepam nebo se napít trochu alkoholu. Tím svoje první vyprávění ukončila.

V této fázi terapie se doporučuje, abreakci daného zážitku opakovat. Proto jsem vybídla Veroniku, aby se vrátila znovu na začátek této včerejší události a prožila si ji znovu. Své pocity doprovází vzdycháním, komentuje to, že je něco špatně. Cítí hrozné napětí, sevření, napětí od krku do žaludku, má ztuhlé svaly. Bojí se stavu nevolnosti, otáčí se na bok, ale je to horší. Dále Veronika popisuje přibližně stejné prožitky jako v předchozím prožívání. Když popisuje sevření v žaludku a nevolnost, hladí si žaludek a pokrčuje nohy.

Při třetím znovuprožívání události zmiňuje Veronika kromě již zmíněných stavů a pocitů další podrobnosti. Zajímavé je i opakování některých motivů. Líčí, že se jí trochu motá hlava, má strnulou bradu, nemůže pořádně dýchat ani mluvit, protože její pozornost je zaměstnaná napětím. Sténá: „Ať už to přejde, už to přešlo milionkrát. Ach jo.“ Na otázku jaké emoce přitom prožívá, udává bezmoc, pravdivost, upřímnost se světem, je vydána na pospas. Když nevolnost přejde, cítí se očištěná, více si pak věcí váží, má je ráda. Z toho co prožila, se cítí „více sjednocená“. Na moji otázku jestli se toto poslední znovuprožití události lišilo od

předchozích a popřípadě jak, uvedla Veronika, že se jí to teď napotřetí prožívalo „hezky“ a že se cítila už „uvolněná“ oproti předchozím prožíváním. Z její mimiky, gestikulace a tónu hlasu při třetím opakování prožitku jsem změnu v prožívání Veroniky vypožorovala, a proto jsem jí položila výše uvedenou otázku, abych zjistila, jestli rozdíl vnímá i ona.

Při čtvrté abreakci této události si Veronika kromě již uvedeného rozpomíná, že ten večer se vrátila od kamarádů, kde společně shlédli horor. Popisuje, jak se vrací domů a uléhá do postele. U kamarádů vypila pivo a tak se cítí unavená. Usíná, asi hodinu spí, ale pak se probouzí s pocitem, že je něco v nepořádku. Dává si toho více pod hlavu, ale stejně má pocit sevřeného žaludku, a že bude zvracet. Netěší se na druhý den. Má obavy. Ptám se z čeho. Odpověď zní: „Emoční smutek“, smutek z toho, na jaké úrovni člověk žije. Něco chybí. V těchto stavech si prý uvědomuje věci, které si normálně neuvědomuje. „Je mi hůř a hůř... Bojím se polknout i moji slinu.“ Veronika se rozpomíná, že po užití půlce Diazepamu si po chvíli bere ještě druhou půlku. Během prožívání dělala Veronika více pomlk, rozpomínala se na další okolnosti včerejšího nepříjemného stavu. Sama uvádí, že oproti předchozímu procházení událostí si vybavovala více detailů, pocitů a myšlenek.

Páté opakování události pomáhá Veronice k vybavení si dalších detailů předchozího večera jako například rozsvícení lampičky, odlíčení make-upu nebo přesný čas probuzení v noci. Situaci nejen popisuje, ale daleko více oproti minulým prožíváním nechává volně plynout svoje myšlenky a pocity: „Mně se chce tak hrozně spát.“ „A je to jasný, mně není zase dobře.“ „Ach jo, co budu dělat.“ Veronika zmiňuje svírání a cukání srdce. Všimá si více odeznívání nepříjemných pocitů po Diazepamu. Popisuje i ranní probuzení, vstávání a popíjení šálku kávy. Ráno jí je „hezky fyzicky“, ale cítí duševní prázdnotu. Když Veronika popisovala únavu a to, že si jde lehnout, opakovaně během regrese zívala, rukama si zakrývala obličej a i její verbální projev se zpomalil. Při tomto opakování Veronika říká, že si více uvědomovala myšlenkové pochody, pocity, souvislosti a duševno než fyzično, kde cítila již menší napětí a stažení.

Když vybízím Veroniku k šestému znovuprožití události, směje se. Rozpomíná se, že jí není dobře už na návštěvě u kamarádů, ale říká si, že to musí překonat a dává si pivo a chipsy. Protože se do Veroniky pouští zima, dává si ještě svařené víno na zahřátí. V abreakci si více všimá pocitů únavy a nejistoty v tom, co bude dělat. Popisuje bušení srdce, vedro, studené nohy, tlak na žaludku a další již zmíněné pocity v předchozích prožitcích. S usínáním

se objevuje pocit úlevy. Oproti minulému prožívání této situace, Veronika říká, že si všímá více lidí kolem sebe a do fyzické bolesti se jí už těžko vžívá.

Tuto událost prožívala Veronika s přehledem, i mimika a gestikulace byla uvolněná. Zaobírala se spíše volně plynoucími myšlenkami a doplňujícími informacemi. Závěr sezení jsem ponechala krátké diskuzi.

6.3.2 Výsledek prvního sezení

Práce s Veronikou mi byla příjemná. Do stavu plného prožívání předchozího večera se dostala velmi rychle, po pár minutách. Veronika si zvolila polohu vleže na pohovce. Během tohoto prvního sezení, které trvalo hodinu, se opakovaly určité motivy. Veronika několikrát mluvila o napětí a stažení v žaludku, o pocitu že nemůže dýchat, o strachu z jídla a ze zvracení (přestože nikdy v životě nezvracela). Opakoval se strach z toho, že se to děje mimo její vůli, že nad věcí ztrácí kontrolu a její obava z emočního smutku. Během regrese bylo zajímavé sledovat shodu verbálního projevu a expresivního vyjádření (vzdychání, zívání, hlazení břicha, krčení kolen...). Síla emotivního prožívání kulminovala během třetí abreakce, potom postupně slábla a začínala převažovat myšlenková analýza dané situace.

Po skončení abreaktivního prožívání jsem se Veroniky doptávala na některé věci, které mě během regrese zaujaly. Zajímalo mě například, proč se tolik bojí zvracení, když ještě nikdy v životě nezvracela a odkud tedy tento strach pramení. Zvracení měla Veronika spojené se svou sestrou, která žaludeční nevolností trpěla velmi často.

Veronika uvedla, že největší změnou, která následovala po prvním sezení, bylo obnovení menstruačního cyklu.

6.3.3 Druhé sezení

Protože předpokladem pro zmírnění či odstranění negativních fyzických a psychických symptomů je abreakce události, kde se tyto symptomy objevily poprvé, domluvily jsme se s Veronikou na druhém sezení. Podle poslední zkušenosti s nepříjemnými pocity v žaludku z prvního sezení, jsme se pokoušely najít původní spouštěč tohoto problému. Pokračovaly jsme symptomem staženého žaludku.

Zeptala jsem se Veroniky, kdy si vzpomíná, že by v minulosti měla podobný pocit staženého žaludku. Vypráví asi dva roky starou situaci, kdy s kamarádem hraje na kytaru a začíná jí provázet tíha v žaludku, která se zhoršuje, když jí. Táta jí a jejímu kamarádovi peče amolety. Veronice ale není dobře, a tak kamarád jí amolety i za ní. Veronika doufá, že se jí udělá lépe, protože se chystá za chvíli na ples. Jede autem na ples, tam si dává skleničku vína, po které cítí okamžitou úlevu.

Ptala jsem se Veroniky, jestli si vzpomíná na podobnou dřívější událost, ale vybavila si situaci novější, kdy před rokem cestovala vlakem a opět jí nebylo dobře, měla pocit kamení v žaludku. To polevilo po vypití kávy na místě, kam cestovala.

Dala jsem Veronice pokyn, aby si vybavila další podobnou událost se stejnými nepříjemnými pocity v žaludku, ale ještě starší. Veronice se vybavil moment, kdy ve věku svých patnácti let sedí s rodiči u stolu. Celou situaci uvádí tím, že přichází domů a mamka dělá k obědu koprovku. Veronika je ráda, ale jakmile jí sní, na emoční úrovni, jak sama říká, jí není dobře. Jde si lehnout. Cítí strach, neklid, prázdno. Není to poprvé, co něco takového cítí a přeje si, aby tento stav už skončil. Trvá přibližně hodinu. Veronika uvádí, že podobné stavy se objevují většinou večer.

Další podobná událost, na kterou si Veronika vzpomíná, je z přibližně stejného věkového období, když jedla k večeři párky. Říká: „Zase mi je špatně, říkám si, že už je nebudu jíst... jídlo rovná se bolest“.

Jako další živou vzpomínku na podobnou situaci líčí Veronika svatební hostinu, které se účastnila ve svých osmi letech. Jako první si vybavila okamžik, kdy říká tátovi, že se přejedla, a že nebude už nic jíst, protože to vnímá jako špatné pro své tělo. Protože si už nevybavovala žádné jiné podobné dřívější situace, požádala jsem Veroniku, aby si tuto událost celou prožila.

Při prvním prožívání této situace Veronika popisuje, jak jde s tátou ze svatební oslavy a není jí dobře z jídla (z poháru a dortu). Uklidňuje jí krajina kolem. Uvědomuje si, jak má ráda tátu. Říká mu: „Tati, mně je tak špatně.“ Sama si pro sebe říká, že už dneska nebude nic jíst a cítí svobodu, že už jíst nemusí. Během cesty domů špatný pocit mizí, ví, že to už nebude do nekonečna, cítí úlevu. Smráká se a Veronika se těší domu. Během tohoto prožívání si Veronika, jak říká, uvědomuje podporu táty a to, že ji chození vždycky uklidňuje.

Vybízím Veroniku k druhému znovuprožití události. Tu doplňuje o pocit plnosti, ze kterého jí je špatně a pocity prázdnoty a strachu. Při této abreakci si Veronika vybavovala více technických detailů a situací kolem svatby, objevil se zde opět pocit prázdnoty. Když Veronika popisovala cestu domů ze svatby, přešla z vyprávění v přítomném čase do času minulého a ze změny tónu hlasu a neodpovídající mimice obsahu vyprávěného jsem měla pocit, že situaci začíná spíše jen popisovat než prožívat. Zeptala jsem se proto Veroniky, kde se nachází v tomto příběhu, jak ho prožívá a vnímá. Veronika odpověděla, že se na celou událost dívá jakoby ze shora, jako divák a cestu domů tak neprožívá, ale sleduje jako ve filmu. Po uvedení do stavu plného prožívání, se opět začaly více vyskytovat fyzické emoční symptomy namísto místních popisů okolí. Veronika druhé opakování charakterizuje jako více detailní, živé.

Protože se v událostech spojené s nevolností žaludku začínaly objevovat čím dál tím více pocity prázdnoty a smutku, vyzvala Veroniku, aby si rozpomněla na dřívější událost, která ji utkvěla v paměti nejen s výše uvedenými fyzickými symptomy, ale i těmito stejnými emočními pocity.

Veronika si vzpomněla na situaci, kterou zažila přibližně v osmi letech, a kterou pojmenovala jako „smutek, stýskání, prázdnota“. Ve škole neobědvala, chodila na jídlo domů, protože bydlela kousek od základní školy, kam chodila.

Veronika mi líčí, jak se vrací ze školy domů na oběd, který ji tam připravila a nechala mamka, která je tou dobou ještě v práci. Doma je Veronika sama, dává si připravený oběd. Po obědě si bere knížku a disko-sušenky, které jí chutnají. Zjišťuje, že je jí špatně od žaludku, cítí úzkost. Cítí se přeplněná, je jí na zvracení. „Nemůžu to ani vidět“, říká. Už jen samotná myšlenka na jídlo jí vadí. Má potřebu někam jít, jít se projít, pryč od sušenek. Obléká si šustáky a jde za mámou. Už jak za ní jde, má dobrý pocit. Když se vrací spolu domů, je jí dobře. Večer jí topinky, fyzicky je Veronice dobře, jen se objevuje pocit stýskání, který se občas objevuje od doby, kdy se přestěhovali.

Při druhém prožívání Veronika udává pocit velkého hladu, když se ze školy vrací na oběd domů. Na jídlo se těší. Odkrývá pokličku a nandává si velkou porci šunkofleků. Po jídle cítí uspokojení. Má radost, když si na stole všimá sušenek. Bere si jednu po druhé, ale pak si uvědomuje, kolik toho snědla a dělá se jí špatně, zvedá se jí žaludek. Pociťuje úzkost a smutek. Klade si otázku, proč je jí tak špatně. Má pocit nevyplněného prostoru odpoledne.

Jídlo vnímá jako nutnost. Aby se cítila dobře, jde za mámou do práce. Když jdou spolu domů, cítí se Veronika lépe. Doma je už čeká táta. Veronika si pak ještě dává topinku. Sušenky jsou pro ni minulost, říká, že je odnesl čas.

Při této druhé abreakci v porovnání s první, jak Veronika říká, si vzpomněla na daleko více věcí. Uvědomila si, že rodina pohromadě pomáhá, a že lidé Veroniku uklidňují. Také si více prožila bolest žaludku.

Během třetí abreakce si Veronika vzpomíná, že když přichází mezi jednou a druhou hodinou domů na oběd, pomazlí se s kocourem Matýskem, a až pak jde obědovat. Po obědě je Veronice dobře, má pocit zaplnění. Dostává chuť na kokosové disko-sušenky. Veronika se začte do knížky a postupně ujídá jednu po druhé s pocitem, že je jich v balení ještě hodně. Najednou se jí udělá špatně a uvědomuje si, že jich snědla celý pytlík. Říká, že ublížila tělu, že jich tolik snědla. Už jen jak si usmyslela, že půjde za mamkou, je jí lépe. Má pocit, že s mámou je byt jiný, zaplněný.

Veronika si při třetím prožití vybavovala více podrobností a detailů. Detailně prožívala první, druhou, třetí a čtvrtou sušenku, co jedla, z čehož vyplývá, že se do situace plně vžila. Veronika říká, že si během třetí abreakce více vybavovala oproti druhé.

Po čtvrté pobídce k prožití kromě již zmíněného děje Veronika popisuje, že se domů těší, protože se jí ve škole nelíbí a nechce tam jíst. Strašně moc se těší, jak se doma nají. Doma má dobrý pocit, protože je tam pro ni nachystané ještě teplé jídlo a může si číst, má tam knížku. Když dojí sušenky, má pocit, že jí něco chybí. Z pocitu, že jich tolik snědla je jí na zvracení. Z toho se objevuje pocit, že není už co na práci. Objevuje se pocit smutku. Ví, že tohle se už nemůže stát.

V porovnání s třetím prožíváním Veronika uvádí, že situace se jí počtvrté líčila těžko, jak jí už několikrát prožívala dokola, ale na události si vzpomínala snadněji. Cítí uspokojení z toho, že objevuje příčiny a souvislosti nepříjemných pocitů v žaludku. Všimla jsem si, že když Veronika líčila, že se na jídlo domů těší, usmívala se a tuto větu opakovala několikrát za sebou. Také negativních fyzických projevů po sněžení sušenek ubylo.

Vybízím Veroniku k pátému prožití události. Veronika se směje a říká, že jí je opravdu dobře. Prožívá situaci znovu. Vzpomíná si na to, co jí a jejím sourozencům vždycky říkával táta: „Nesmíte jíst a u toho číst.“ Užívá si proto času, kdy může jíst a u toho si číst, protože

táta není doma. Všimá si, že doma je prázdné. Přemýšlí, co bude dělat, protože v jejím novém místě bydliště není žádný les, kam by mohla jít na procházku. Veronika si všimá pocitů prázdnoty a smutku, který ustává, když vyráží za mamkou do práce. Ví, že má kam jít. Po topinkách, které později jí s rodiči doma je jí dobře, žádná nevolnost se nedostavuje. Od té doby, Veronika říká, že si dává pozor, aby po obědě nejedla nic sladkého.

Veronika mi dává zpětnou vazbu, že při pátém prožívání cítila zprvu negativní emoce, protože jí tato situace připadala už moc omletá, ale při opakování byly emoce živější. Také uvedla, že má ale stále pocit nevyřešeného problému, který se ukrývá ještě někde jinde.

Při páté abreakci se Veronika spíše sžívala s pocity samoty, smutku a prázdnoty. O nevolnosti od žaludku z přejedení tolik nemluvila. Celou událost prožívala s větším nadhledem a uvolněností.

6.3.4 Výsledek druhého sezení

Během druhého sezení Veronika několikrát uváděla pocity strachu, stýskání, smutku, prázdnoty, neklidu, které se objevují, když je doma sama a které mizí, když přichází do kontaktu s rodiči. Opakuje se tu i myšlenka, že už nebude nic jíst. Veronice se nedělá špatně z jídla samotného, ale z množství jídla a pocitu, kolik toho snědla. Stav nevolnosti od žaludku se zmírňuje chozením. S nevolností se objevuje úzkost.

Veronika se zprvu rozpomínala na danou situaci a zaměřovala se na fyzické prožívání události, které postupně více nahrazovalo emoční prožívání. Při druhém a třetím opakování si vybavovala více detailů situace a dějovou linii prožívaného. Při čtvrté a hlavně páté abreakci Veronika prožívala situaci jako zcela běžnou s více neutrálními až pozitivními emocemi a již méně negativními emocemi a s větším nadhledem oproti prvním třem abreakcím.

Po tomto druhém sezení, které následovalo pět týdnů od prvního, Veronika uvedla, že nepříjemná bolest žaludku zmizela na pět dní, ale po té se opět vracela. Symptom nevyzizel, ale změnilo se prožívání, méně se nepříjemných pocitů v žaludku bojí a snáší je lépe.

6.3.5 *Třetí sezení*

Na třetí sezení, týden po předchozím sezení, přišla Veronika s prosbou, zda bychom mohly řešit jednu nepříjemnou obraznou představu, která se jí objevuje několikrát do týdne. Přestože jsem měla v plánu navázat na minulé sezení s cílem pokračovat v hledání příčiny Veroničiných nevolností a úzkostí, souhlasila jsem.

Vyzvala jsem Veroniku, aby mi svoji představu popsala, od kdy se jí objevuje a při jakých příležitostech. Veronika svoji představu popsala jako fantazii, jako něco více, než si může pamatovat a jako obraz, který se jí většinou před usnutím vkrádá na mysl. Opakuje se jí stále scéna, kdy na ni vystřelí puška, ona se skácí na zem, umírá a cítí při tom úlevu, dobrý pocit. Představa se většinou objevuje, když se Veronice něco nepovede nebo je negativně naladěná. Trvá téměř dva roky. Na moji otázku kdy se toto představa odehrála, Veronika odpovídá, že během druhé světové války.

Vybízím Veroniku, aby si svoji představu prožila. Vypráví, že stojí na prašné cestě a ruce má podél těla. Nějaký člověk na ni míří puškou, vystřelí a ona cítí, jak kulka projíždí přímo srdcem. Pak se vidí, jak se kácí na zem se srdcem prorvaným skrz na skrz. Poté cítí úlevu. Tím událost končí.

Při druhém prožívání podněcuji Veroniku k tomu, aby si vybavila, co se dělo ještě pár hodin před tím, než padne výstřel. Veronika zprvu říká, že vidí jen záblesky, ale poté vypovídá, že ji někdo drží, nějaký muž. Ptám se Veroniky, zda je sama muž nebo žena a kolik je jí let a ona odpovídá, že je žena, ale stáří neví. Popisuje, jak s ní někdo smýká a hází o zed'. Žádnou bolest necítí, necítí nic. Pak už se jí vybavuje sluncem zalitá prašná cesta, a jak na ni někdo míří. Na moji otázku jestli je tam s tím člověkem sama nebo tam ještě někdo je, odpovídá, že tam asi někdo je, že má pocit, jakoby se na to ještě někdo díval. Popisuje, že má pocit, jakoby ji předtím někdo uhodil tváře, mlátil ji, ale fyzickou bolest necítí. Těší se, až ji zastřelí. Ptám se Veroniky, jestli už viděla, že by někoho zastřelili. Odpovídá mi s naprostou samozřejmostí, klidným a téměř veselým hlasem, že ano. Pak popisuje míření pušky na své srdce. Člověk, který na ni chladnokrevně míří, má uniformu. Zmáčkne spoušť. Kulka projíždí Veronice srdcem a ona klesá do písku. Má dobrý pocit, že je vše u konce, že je po všem. Zajímá mě, co má Veronika na sobě, jak je oblečená. Odpovídá, že neví. Ví sice, že je to ona, ale neví, jak vypadá. Odmlčí se, a pak říká, že možná něco šedivého, neurčitého. Pobízím Veroniku, aby prožívala co se děje dál, po té, co ji zastřelí. Líčí, jak s úlevnými pocity klesá

do písku. Vidí se v krvi, ale má krásný pocit vysvobození, úlevy. Vrací se k výstřelu. Popisuje, jaká je to pecka, když kulka projede tělem. Doptávám se jí, co cítí v momentu výstřelu na fyzické úrovni. Cítí zaskočení dechu, jakoby polonadechnutí. Má vytřeštěné oči. Zabíjí ji jeden výstřel. Na moji otázku, proč ji zabili, jestli to bylo právem a co případně provedla, odpovídá, že právem. Cítí, že si to zasloužila, i když neví, co provedla. Prostě to tak mělo být. Zastřelena je sama, ale hodně lidí kouká.

Druhou abreakci prožívá Veronika velmi živě. Při líčení toho, jak s ní házejí o zeď, pohyb předvádí gesty. Předvádí i nedonadechnutí při výstřelu. Celou dobu se choulí v křesle přikrytá šátkem.

Během třetího opakování vzpomínky se v ději objevují včetně již popsaného pocitu bezmoci a odevzdanosti situaci, kdy je házena na zeď. Vůbec se tomu nebrání, má pocit, že nemůže nic dělat. Připadá si jak loutka. Ani utéci se nepokouší. Psychická bolest přehlušuje tu fyzickou, dává jí na tu fyzickou zapomenout. To že do ní kopají a házejí s ní, očišťuje podle Veroniky její duši. Jenom se na ně dívá, ani nemluví. Ten, kdo ji zabíjí, je jí povědomý. Má tmavě zelenou uniformu a pevné a jisté ruce. Ona ho odněkud již zná, ale neví odkud. Je to profík v zabíjení lidí. Během scény, kdy ji mlátili a házeli s ní o zeď a tou, kdy na ni míří muž v zelené uniformě puškou, má Veronika pocit, že ztratila vědomí a omdlela. Uvádí, že ty, kteří jí způsobovali tuto bolest, jako by je měla ráda, nemá pocit, že by byli špatní. Doptávám se, v které zemi se vzpomínka odehrává. Veronika odpovídá, že asi v Polsku. Zabíjejí ji venku na prašné cestě u dřevěné budovy. Poté tělo někam táhnou a vlečou. Veronika cítí stav odhmotnění a velké úlevy, že už není, a zároveň splynutí s okolím.

Veronika třetí odžití události oproti prvním a druhému hodnotí jako událost a příběh s chronologickou posloupností. Nevnímá již jen jednu sekundu zastřelení, ale prožívala city a emoce okolo. Říká, že ji začíná bolet hlava. Všimla jsem si, že si během třetí abreakce rozpomínala na více podrobností události a uvědomovala si i daleko více svoje emoce, které popisovala již bez mého vybízení. Veronika živě gesty líčila, jak s ní házejí o zeď, ukazovala, jak se nemůže donadechnout.

V průběhu čtvrtého prožívání události detailně popisuje nárazy o zeď a to převážně do hlavy. Popisuje bolest hlavy. Musí to ale odevzdaně vydržet, nemá prý žádnou odpovědnost. Když vedou Veroniku na místo zastřelení, je tam účastno více osob. Cítí mezi nimi přítomnost někoho známého. Je to muž. Její smrt si sice přeje, ale je mu to líto. Veronika

k němu má citovou vazbu, zná ho velmi dobře. Tento muž je mocný, může její smrt zastavit, má nad tím vším kontrolu. To ale Veronika nechce, chce, aby její smrt viděl. Sebe samu nemá ráda, je přesvědčena, že smrt je oprávněná za život, co žila. Říká, že se chovala jinak, než měla a nesplňovala očekávání lidí kolem sebe. Doptávám se Veroniky, jaká očekávání nesplňovala. Odpovídá, že neměla ty vlastnosti, co měla mít a to hlavně odvahu jako ti, co byli kolem ní. Myslí si, že za nic nestojí, nic nedokáže, že je již od narození jiná a nic nedokáže, a tak si nezaslouží žít. Všichni jí prý dávají najevo, že ji nemají rádi. Ptám se Veroniky znovu, kolik je jí let a zajímá mě, jestli má možnost ještě před svou smrtí mluvit s tím mužem, ke kterému má tak blízko, a který má nad situací kontrolu. Říká, že je jí sedmnáct nebo osmnáct. A na rozmluvu s tímto mužem není prostor.

Protože se ve všech dosavadních sezeních s Veronikou objevují pocity bezmoci, odevzdanosti a neschopnosti se situací něco dělat, chci, aby si zažila situaci, která z tohoto konceptu vybočuje a pokusila se v ní angažovat a popřípadě ji i změnit. Vybízím ji, aby si představila, že má prostor k tomu, aby mohla mluvit s tím mužem, který k ní má citově blízko a je v jeho moci rozsudek smrti zrušit. Veronika si situaci představuje. Omlouvá se tomu člověku, že k němu kdysi nebyla upřímná, že mu lhala a zklamala ho. On nic neříká, pohladí ji po vlasech a Veronika cítí velkou úlevu, říká, že ji odpustil. Uvědomuje si, že ho miluje a už nechce zemřít, ale ví, že je to jediné řešení a rozhoduje se pro smrt, nechce žádat o milost. Následně Veronika prožívá svoji smrt, po které sleduje událost děje dále. Proto jsme dále pracovali s fantazijní představou, že po své smrti mluví s oním mužem. I zde se objevovaly pocity samoty a stesku.

Čtvrté znovuprožití pomohlo Veronice se posunout od pocitů naprosté bezmoci k uvědomění si svých možností a rozhodnutí a také okolností události. Na konci abreakce se Veronika směje.

6.3.6 Výsledek třetího sezení

Ve všech vzpomínkách se objevují pocity bezmoci a zároveň vysvobození a úlevy po zastřelení. Opakují se i pocity polonadechnutí a pocity, že za nic nestojí, že nic nedokáže. Přestože se jednalo o představu, kterou Veronika během svého života neprožila, objevovala se zde některá témata z předchozích sezení. Byly to pocity bezmoci, nekontrolovatelnosti nad

situací. Stejně jako u bolestí žaludku tu fyzická bolest přehlušovala tu psychickou. Bolest a následovně smrt očisťuje její duši a přináší úlevu stejně jako u nevolností.

Vidím zde i podobnost nesplněného očekávání lidí kolem sebe – kvůli nepředvídatelným bolestem žaludku, jak sama Veronika uvedla, nemůže lidem kolem sebe nic slibovat a často musí své plány měnit a tím i plány a očekávání ostatních.

Bezprostředně po tomto sezení mi Veronika sděluje, že se bojí, protože po abreakci zjistila, že nemá strach ze smrti. Také ještě cítí bolest hlavy, ale ta po chvíli odeznívá. Výsledkem třetího sezení bylo, že se tato téměř dva roky trvající představa doposud ani jednou neobjevila.

6.3.7 Čtvrté sezení

Protože se stavy úzkosti objevily za nedlouho poté, co Veronika začala brát léky na reflux jícnu a psychofarmaka, věnovaly jsme čtvrté sezení (s měsíčním odstupem od třetího) pocitům úzkosti, protože jsme předpokládaly, že s nepříjemnými pocitu v žaludku souvisejí.

Požádala jsem Veroniku, aby mi něco o svých úzkostných stavech řekla. Pocity úzkosti se u Veroniky objevily na jaře 2010. Na podzim téhož roku ustaly, ale začaly se nedávno objevovat znovu. Stavy úzkosti prožívá Veronika nejčastěji ráno, krátce po probuzení (oproti pocitům smutku a samoty, které se objevují převážně večer). Zároveň cítí po probuzení únavu a jako by to nebyla ona. Veronika uvádí, že tyto stavy úzkosti na ni působí hrozně, ale nedokáže je popsat. Snaží se na ně nemyslet. Alkohol tyto stavy zklidňuje, jídlo naopak zhoršuje, protože se po něm objevují střevní potíže. Doktor Veronice řekl, že bolest žaludku jí chrání před úzkostí. Myšlenka, že fyzická bolest Veroniku chrání před psychickou, se objevila i na našich sezeních.

Vyzvu Veroniku, aby prožila okamžik, kdy naposledy úzkost pociťovala. Veronika líčí sobotní ráno (tři dny před tímto sezením), kdy se ráno vzbudí, žaludek nebolí, ale pociťuje úzkost, která je jí nepříjemná. Úzkost není už tak hrozná jako v létě, kdy zažívala i stavy paniky. Ještě před úplným probuzením má Veronika pocit neklidu a nebezpečí. Když otevře oči, nepříjemné pocity mizí, ale jakmile je zase zavře, objeví se znovu. Všechno je jí cizí, i důvěrné věci. Má pocit, že musí spěchat, že musí něco dělat. Vstává a jde si udělat kávu, která je pro Veroniku záchytným bodem. Potom rychle uklízí. Zjišťuje, že ale nestíhá a je v napětí.

Objevuje se pocit nebezpečí, jako by ji měli odvést z bytu pryč. Veronika se musí uklidňovat vnitřním hlasem: „To bude dobrý.“ V ránu je podle Veroniky něco ohrožujícího, má pocit, že se něco stane. Říká, že svět rovná se hroznému nebezpečí, nedá se tu být. Dále Veronika popisuje stáhnutý žaludek. Cítí tíhu, bojí se, i když není čeho. Potí se, cítí „rozkočení“. Jde si znovu lehnout, aby nepříjemný stav zaspala, většinou to pomáhá. Bojí se každého rána. Říká, že tyto stavy jsou nesdělitelné druhým lidem.

Pobízím Veroniku, aby si vzpomněla na dřívější jinou událost, kde prožívala stejné pocity a fyzické symptomy. Vrací se vzpomínkami do zářijového rána, kde se ráno budí s bolestí břicha. Cítí se jako malé dítě, které se má někam odvézt, třeba do nemocnice. „Dělej něco, aby ses uklidnila“, říká. Záchytný bod je káva. Cítí chaos, zmatek a má hrozný psychický pocit, kterého se účastní tělo. Jde do kuchyně, uklízí. Chybí jí ranní klidné spočinutí u kávy, ale to nepřipadá v úvahu, protože má potřebu pořád něco dělat a řešit, aby na nepříjemné stavy zapomněla. Veronika popisuje pocity smutku a samoty, které se dějí, i když je u mámy, a které zase samy odplynou. Pomáhá jí tyhle stavy zaspát. Když vstává až kolem desáté, jedenácté hodiny, úzkost už tolik nepocituje. Samotné vědomí toho, že se probudila do poledne a ne do rána ji uklidňuje. Když pocituje úzkosti, je jí všechno jedno, je schoulená, uvědomuje si, že není žádné opory. Po ránu cítí „divnou“ únavu.

Ptám se Veroniky, kdy a kde všude prožívala pocity samoty a strachu. Veronice se vybavují pocity z dětství, když měla někam odjet, např. do ozdravovny, nemocnice, na tábory nebo když měla být Veronika na noc sama mimo domov. Dokonce i školní výlety vyvolávaly ve Veronice pocity ztráty bezpečí. Její mladší sestra odloučení od domova nesla ještě hůře. Často jezdily na podobné pobyty spolu. Největší úzkost, pocit trémy a pocení ji přinášelo loučení. Veronika si na změnu prostředí nakonec zvykla, ale její sestra to nesla vždy velmi těžce po celou dobu trvání pobytu. Veronika na podobných pobytech prožívala stejné pocity úzkosti jako v současnosti.

Protože si Veronika vzpomněla na mnoho zážitků ze svého dětství, kde pocítovala samotu, úzkost a strach, vybídla jsem ji, aby si prožila ten nejranější, který se jí vybaví.

Veronika se vrací do věku přibližně svých jedenácti let. Část prázdnin má strávit na křesťanském táboře. Její maminka je v té době pro křesťanskou víru velmi zapálená. Na tábor má jet i Veroniky kamarádka, se kterou chodí na náboženství. V den odjezdu se Veronika dozvídá, že kamarádka nejde. V tom momentu se Veronice zbožil svět. Přestože brečí, mamka

jí na tábor nutí jet. Největší problém je pro Veroniku rozloučení s rodinou. Čtyři hodiny v kuse brečí. Mamka jí na tábor odváží. Veronika má strach. Mamka odjíždí zpátky domů. Veronika sedí na lavičce a přichází k ní nějaká holka. Obě tam nikoho neznají a Veronika je ráda, má pocit, že už tam není tak sama. Tím Veroniky vzpomínka končí.

Na základě této vzpomínky si Veronika vzápětí spontánně vybavuje ještě ranější událost ze svého dětství s podobnými symptomy. Je to událost z lázní, kam odjela, když jí bylo sedm let. Byl to ozdravný pobyt na astma a alergie, kterými od dětství trpí. Vedu Veroniku k tomu, aby si tento pobyt znovu prožila.

Veronika si rozpomíná na situaci, kdy je se svoji mladší sestrou na zahradě, která patří k lázním. Vše se jí tam zdá smutné, vychovatelé jsou zlí. Musí tam zůstat čtrnáct dní. Jeden kluk ale odjíždí ten den domů a Veronika si uvědomuje, jak se jí stýská a domov je daleko. Ten kluk věděl, že právě teď – dneska jede domů. Podle Veroniky právě to, že dneska jede domů, ztělesňuje její samotný pocit, to co by sama chtěla – jet dneska domů. Ten kluk to ví s určitostí, ale ona ne. Nakonec po pár dnech ozdravovna posílá telegram pro Veroničiny rodiče kvůli její sestře, která tam pobyt snáší velmi těžko. Rodiče přijíždějí pro ni i její sestru. O telegramu holky ale nic neví a příjezd rodičů je pro ně nečekaný. Pobyt v ozdravovně zanechává nepříznivý vliv na Veroniky sestru, které je v té době pět let.

Ptám se Veroniky, jak prožívá loučení, když odjíždějí do lázní. Říká, že těžko, ale nejhorším okamžikem je, když se na rozloučení čeká. Nejhorší je pocit, že to přijde. Stejně je tomu u úzkostných stavů – nejhorší je pocit, že to přijde. Pocit úzkosti vyvolává i neohraničená a nejistá doba pobytu.

Pobízím Veroniku, aby si vybavila ještě starší situaci, kdy jí úzkost a pocit samoty způsobila právě ona nejistá doba či nedodržení stanoveného termínu. Vrací se do věku deseti let a prožívá průběh pracovního vyučování, kde vyrábí nějakou krabičku a Veronika ji nestíhá včas dodělat. Učitel ji nechává ve škole tak dlouho, dokud krabičku nedodělá. Domů se vrací s brekem, protože už tam dávno měla být. Tím Veronika vzpomínku končí.

Veronika si uvědomuje, že má dodnes úzkosti z času, nebo když dojde k nějaké změně událostí a je tím narušen čas.

Vyzvu Veroniku, aby si celou událost z pracovního vyučování prožila po druhé. Veronika líčí práci v dílnách. Je to pro ni kalamita. Řeže krabičku, ale nějak jí to nevychází, a

tak se jí snaží ještě slepit. Chce už jít domů. Stresuje ji, že už to všichni mají hotové. Stresuje jí čas. Prožívá úzkost, bezmoc. Když jí učitel pustí, jde s pláčem domů a všechno říká mámě. Ptám se Veroniky, co cítí na fyzické úrovni, když musí v dílnách zůstat, dokud to nedodělá. Odpovídá, že srdce. Cítí také nespravedlnost a neschopnost se situací něco dělat.

Tato událost se mi zdá klíčová vzhledem k Verončiným symptomům, a proto jí vybízím ke třetímu znovuprožití vzpomínky na událost. Při třetím rozpomínání podává Veronika více doplňujících informací. Uvádí, že každý žák pracuje na svém stole, popisuje postup výroby dřevěné krabičky a práci s potřebným náradím. Když musí krabičku dodělat a zůstává v dílnách už sama, protože spolužáci už jsou dávno hotovi a jdou domů, Veronika dostává strach, bojí se, že už nikdy nepříjde domů, že tam bude až do večera. Učitel není hodný člověk, je zlý, křičí na ni. Podle Veroniky ho rozčiluje její přítomnost.

Prožívání emocí při čtvrté abreakci kulminuje. Ptám se Veroniky, jak se při této abreakci cítila. Popisuje záblesk pocitu úzkosti, jaký prožívá v současnosti. Dále říká, že stejný pocit neohraničenosti mívá ráno, když se vzbudí s úzkostí.

Páté prožívání vzpomínky Veronika obohatila o dobrý pocit před odpoledním vyučováním, protože vše se odehrávalo podle určitého plánu. Až odpolední vyučování jí zúzkostňuje. Veronika prožívá smutek, pláč, hrůzu, když musí ve škole zůstat a krabičku dodělat.

Vedu Veroniku k tomu, aby moment, kdy prožívá tyto negativní emoce, tedy část celé vzpomínky, prožila po šesté.

Pozoruji, že intenzita negativních emocí s pátou a šestou abreakcí klesá, objevují se i pozitivní momenty prožívané vzpomínky.

Veronika po šesté abreakci vzpomíná, že tyto úzkostné stavy se objevovaly i na střední škole, když měla mít odpolední vyučování. Stejně pocity také má, když by neměla stihnout vlak nebo autobus domů. To už se jednou stalo, a přestože jel za chvíli další, Veronika zpanikařila. Klade si otázku co doma v současné době vlastně má. Ukazuje se, že i doma je to nejisté, protože i tam se postupem času jistota vytratila odstěhováním mamky, nakonec i mladší sestry a rozpadem kapely, kterou založila se svými kamarády na střední škole. Veronika má pocit, že nemá nikoho na stejné lodi kromě svého tatky, u kterého stále bydlí a ráda by ještě nějaký čas bydlela.

Po této závěrečné Veroničině úvaze následoval rozhovor. Během sezení mě zaujalo několik událostí, a tak jsem se Veroniky doptala na jejich souvislosti. Úzkost trochu polevila na podzim, kdy Veronika zrušila ubytování v místě studia a začala do školy každý den dojíždět, přestože má školu daleko. Vyhovuje jí, že se večer vrací domů a nemusí se balit. Na koleji cítila smutek, necítila tam základ bezpečí a vnitřní domov. Do školky chodila Veronika ráda. Trávila tam tři hodiny denně, ráno ji tam odvedla mamka a v poledne se pro ni vracel taťka. To se ale změnilo s nástupem na základní školu. Pozitivní naladění se během pár měsíců vytratilo. Ve škole musela zprvu chodit na obědy a být tam déle než ve školce. Od čtvrté třídy měla pocit, že jí spolužáci ani třídní učitelka nemají rádi, a že ve třídě nejsou dobré vztahy. Měla strach, že se tam s ní nikdo nebude bavit. Ve třídě měla jednu kamarádku, ale když bylo třeba, Veroniky se nikdy nezastala. Veronika ulpívala na víkendech. V pondělí ráno a někdy i v neděli večer cítila napětí, které vyvěralo z pocitu „než to přijde“, než půjde do školy. Pozitivní vztah ke škole se vrátil až na střední škole. Dodnes, když Veronika koukne na hodinky a je na nich více hodin, než si myslí, je spokojenější a klidnější.

6.3.8 Výsledek čtvrtého sezení

Veronika byla v průběhu čtvrtého sezení velmi živá, často přebíhala od myšlenky k myšlence a od jednoho prožitku k druhému a bylo těžké udržovat její pozornost ke konkrétní právě prožívané události. Měla tendence své prožitky analyzovat a dávat do kontextu se svým současným životem.

Během čtvrtého sezení se opakovala témata napětí, sklonu zaplňování volného času prací či jinými úkony, bezmoci situaci ovládat. Objevovaly se pocity únavy, strach ze separace, samoty a nečekaných událostí, stáhnutý žaludek, úzkost, tréma.

Velmi mě zaujaly úzkosti před polednem v souvislosti s Veroniky výrokem, že v ránu je něco ohrožujícího. Často se ve svých vzpomínkách musí se uklidňovat slovy: „To bude dobrý.“ Z předchozích rozhovorů s Veronikou vím, že poslední dobou zhoršení úzkostí nastává, když jede na návštěvu k mamce, nebo mamka k ní. K úzkostem také dochází těsně před loučením, separací, protože se objevuje pocit ztráty bezpečí.

Ve všech sezení se opakuje, že musí čekat, že s tím nejde nic dělat. Ve čtvrtém sezení Veronika nazvala dokonce svět jako hrozné nebezpečí. Během třetího sezení ji mrzí, že nesplnila očekávání svého okolí. Několikrát se také zmínila a pocitu polonadechnutí. Tato

výše zmíněná témata opakující se v dosavadním sezení mě vedla k tomu, abych se Veroniky doptala na to, jak probíhalo těhotenství a její porod. Z toho, co Veronika zná z vyprávění od své mamky, se narodila tři týdny po termínu porodu. Několikrát se snažili doktoři porod vyvolat, ale nikdy se to nepovedlo. Když se Veronika narodila, její táta byl zklamaný, protože si přál kluka. Přišel se na Veroniku podívat až třetí den po porodu. Mamka se těšila stejně na holku i kluka. Veronika se narodila několik minut před polednem středoevropského času a podle její mamky probíhal porod bez komplikací. V prvních týdnech těhotenství si mamka Veroniky nebyla jista tím, jestli s ní Veroniky otec zůstane, až se dozví, že je těhotná. Těhotenství snášela dobře, netrpěla žádnými nevolnostmi.

Na základě těchto souvislostí mě napadlo, že bychom další setkání mohly věnovat znovuprožití Veroniky porodu. Protože následující měsíc Veronika odjela v rámci studií do zahraničí, další sezení se doposud neuskutečnilo.

Po čtvrtém sezení stavy úzkosti a nevolnosti na týden vymizely úplně, po té se vrátily, ale již v menší intenzitě a v delších časových odstupech.

6.4 Písemné hodnocení účinků abreakce Veronikou

Pět měsíců od prvního sezení a dva měsíce od posledního sezení jsem Veroniku požádala o zpětnou vazbu vycházející ze všech sezení formou krátké (přibližně jednostránkové) sebereflexe. Zajímalo mě, jestli došlo ke zmírnění, vymizení problému, nebo jestli problém přetrvává, dále jsem chtěla zjistit, jak vnímá specifika ve stavu regrese oproti normálnímu stavu, pozitiva a negativa regresní terapie a také vlastní postřehy Veroniky.

Bezprostředně po regresi Veronika cítila úlevu. Uvedla, že měla pocit „vymytého mozku“ a málem ztratila hlasivky z dlouhého povídání, ale měla „dobřej vždy očištnéj pocit“. Problémy se žaludkem po prvních třech sezení vymizely na několik dní, ale poté se vrátily. Prožívání se změnilo, a to tím, že danou situaci několikrát líčila a mluvila o ní, a tak se jí méně bála, protože věděla, jak jí dlouho a pořád dokola řešila. Když se potom znovu problémy objevily, tak je snášela lépe – „něco jako že už s tím nejsem sama se sebou“. Tělo na regresi podle Veroniky zareagovalo tak, že se jí po dvou letech obnovil menstruační cyklus, a to poprvé a po druhé bezprostředně po skončení regrese. Obraz, který se Veronice vkrádal na mysl již téměř dva roky, a který jsme řešily během třetího setkání, se od té doby už

nikdy neobjevil. Vysvětluje to: „Tento obraz byla vlastně událost, které jsme tam na té regresi daly tvar.“

Co se týkalo poslední regrese na téma úzkost, vnímala Veronika ten večer cestou domů „extrémně rychle ubíhající čas“. Druhý den k ránu zažívala sen a následovně stav polobdění s hroznou úzkostí. Pak se probudila už bez stavů úzkosti, jen dopoledne měla lehoučkou trému, která se dala překonat. Dva dny po čtvrtém setkání teprve cítila, že k abreakci za ta všechna sezení došlo. Řešený problém si odžila, osvobodila se a cítí, že už není její součástí, že už je venku, samostatně bez ní. Úzkost se během následujícího týdnu po čtvrté regresí neobjevila, ani když přijela na návštěvu mamka. Zprvu tomu ani nevěřila, ale ráno se vzbudila a měla klid, cítila se normálně, bez hrozby, která tam byla. Po týdnu se úzkostné stavy vrátily, ale již s menší intenzitou než před posledním sezením. Veronika si uvědomuje, že po abreakci nad těmito stavy získala větší kontrolu, kterou postrádala. Vidí změnu, ve které hraje roli i její vztah ke mně, to že mě zná. Uvědomuje si pocit prázdnoty, z kterého všechno pramení a ten až zaplní, bude všechno pořádku.

Když si chtěla Veronika projít všechny poznámky a nahrávky ze sezení, které jsme pořizovaly, aby mi mohla, tuto zpětnou vazbu poskytnou, měla pocit, že v nich leží něco těžkého. Zmocnil se jí zatěžkávací pocit. Když záznamy projela a sepsala zpětnou vazbu jak pro mě tak i pro sebe, dostavila se úleva a pocit, že tomu tak mělo být.

Po regresních terapiích měla Veronika vždy dojem „odpočinutí“. Někdy byla do regrese tak „hluboce ponořená“, že byla duchem v minulosti a ani si nevšímalá současně přítomných podnětů kolem sebe. Opakované vzpomínání hodnotí jako někdy „otravné“, ale tím opakováním dokola si zase uvědomila více detailů, pocitů a myšlenek. Mezi pozitiva regresí udává: uvědomění, že negativní pocity z jídla (především z jeho množství) měla už jako malá a uvědomění, že v jejích „popisech čehokoliv se objevují stejné motivy“ a to hlavně „prázdnota, osamění, nebezpečí, že s tím nejde nic dělat, napětí, stesk, rozloučení, domov, rodina atd.“ Negativa této terapie žádná nevidí, jen při poslední terapii hlasitou hudbu venku, která pronikala do místnosti a strhávala Veroniky pozornost.

Závěr

Významné situace v životě jedince jsou vždy doprovázeny pod vlivem emocí. Stres a náročné životní události vyvolávají úzkost, pocity ohrožení a ovlivňují tak negativně další psychický vývoj člověka. Pro udržení vnitřní rovnováhy a zachování naší integrity osobnosti se snažíme tyto negativní následky eliminovat prostřednictvím obranných mechanismů, které nemusí být pro daného jedince prospěšné. Užití maladaptivních mechanismů sice pomáhá uniknout traumatické situaci, ale na úkor psychického zdraví.

Psychická traumata vznikají často v důsledku maladaptivních způsobů jednání a mohou se projevit do tělesných symptomů. Cílem abreakce je odžití emočních traumat, která vznikají v náročných životních situacích. Podstatou abreakce v regresivní terapii je navrácení se k těmto situacím ve vzpomínce a jejich znovuprožití s odpovídajícím emočním doprovodem. Mnohdy je to první příležitost traumatickou událost prožít, protože při traumatické události zpravidla dochází k zablokování emoční reakce, která slouží k ochraně naší osobnostní struktury. Odreagování neboli odžití emočního napětí přichází během opakovaného prožívání vzpomínky, po kterém se na celou situaci díváme již s nadhledem a emočním odstupem.

Abreakci v regresní terapii lze také podpořit jinými terapeutickými technikami. Patří mezi ně např. relaxace, imaginace, hudba, dechové techniky, fyzický kontakt, hypnotické techniky, sugesce, afirmace nebo práce s tělem.

Praktická část této práce sledovala účinnost abreakce v regresní terapii. Cílem výzkumu bylo sledovat za prvé možné zlepšení psychického stavu zkoumané osoby a za druhé případné zmírnění nebo eliminování fyzických symptomů po provedené abreakci. K úplnému vymizení negativních psychických stavů a fyzických potíží a jejich symptomů nedošlo, ale výsledkem bylo zmírnění jejich intenzity a četnosti. Dále u zkoumané osoby došlo k posílení kontroly nad negativními psychickými i somatickými stavy. Třetí cíl výzkumu, který sledoval časovou trvalost terapeutických účinků regresní terapie vzhledem k pouhému několikaměsíčnímu odstupem, potvrzen nebyl. Z této případové studie nelze predikovat konkrétní trvalost účinků regresní terapie, přesto dostupné prameny (Willistone 1992; Wambach, 1993; Zadlo, 2000; Hallová 2001; Dragomirecký, 2007) uvádí, že výsledky regresní terapie mají trvalou účinnost.

V literatuře se uvádí, že abreakce v regresní terapii má úspěch jako léčebná technika při fobiích, stresu, tělesných problémech, vztahové či pracovní nespokojenosti, poruchách příjmu potravy, koktání, ticích, obsesích, neurózách, depresích, alergiích aj. potížích. Osvědčila se i jako dobrý nástroj pro rychlejší rehabilitaci nedávných úrazů nebo operací (Willistone, 1992; Foučková, 1996; Zadlo, 2000; Dragomirecký, 2007). Abreakce v regresní terapii se naopak podle Wambachové (1993), Foučkové (1996) a Dragomireckého (2007) neosvědčuje u klientů, kteří mají za sebou elektrokonvulzivní terapii, protože zážitky si vybavují chaoticky a neuspořádaně, a tak ztrácejí význam.

Na základě výsledků uvedené případové studie se domnívám, že opakovaná abreakce v regresní terapii může mít významný psychoterapeutický účinek. Uvědomuji si, že na základě jedné kazuistiky nelze vyvozovat žádné závěry, které bych mohla generalizovat na celou populaci. Přesto tato metoda si zasluhuje pozornost z psychologického a zvláště psychoterapeutického hlediska a bylo by vhodné tento jev dále zkoumat.

Použitá literatura

- Aristotelés: *Kniha o duši*. sv. 29, Praha: J. Laichter, 1942. 240 s.
- Atkinson, R. L.: *Psychologie*. Praha: Portál, 2002. 751 s. ISBN 80-7178-640-3.
- Baštecká, B., Goldmann, P.: *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4
- Bauer, J.: *Rigorózní práce*. Praha, FF UK, 2002. 176 s.
- Bauer, J.: *Osobní sdělení*. 2011
- Campbell, D.: *Mozartův efekt*. Praha: Eminent, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7281-336-0
- Campbell, D.; Lee, A.: *Žiju, jak dýchám*. Praha: Metafora, 2010. 304 s. ISBN 978-80-7359-235-6
- Dragomirecký, A.: *Psychoterapie I*. Praha: Stratos, 2007. 128 s. ISBN 978-80-85962-17-8
- Dragomirecký, A.: *Teorie osobnosti*. Praha: Stratos, 2005. 142 s. ISBN 80-85962-21-7
- Drapela, J. V.: *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, 1997. 175 s. ISBN 80-7178-134-7
- Edward W. L. Smith: *Tělo v psychoterapii*. Praha: Portál, 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367-144-0
- Foučková, M.: *Jsem*. Praha: Marta Foučková, 1996. 190 s. ISBN 80-902177-0-2
- Grof, S.: *Dobrodružství sebeobjevování*. Praha: Translation, 1992a. ISBN 80-85206-15-3
- Grof, S.: *Za hranicemi mozku*. Praha: Translation, 1992b. 347 s. ISBN 8090215637
- Grof, S.: *Holotropní vědomí*. Praha: Translation, 1993. 244 s. ISBN 80-90215-62-9
- Grof, S.: *Psychologie budoucnosti*. Horoměřice: Argo, 2007. 390 s. ISBN 978-80-7203-937-1
- Hallová, J.: *Léčba minulými životy*. Praha: Translation, 2001. 153 s. ISBN 80-240-2060-2
- Hamer, D., Compeland, P.: *Geny a osobnost*. Praha: Portál, 2003. 252 s. ISBN 8071787795
- Hartl, P., Hartlová, H.: *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. 774 s. ISBN 80-7178-303-X
- Heller, D.; Sobotková, I.; Šturma, J.: *Psychologické dny 2002, Kořeny a vykořenění*. Olomouc: Českomoravská psychologická společnost, 2003. 543 s. ISBN 80-86174-05-0
- Hillman, J.: *Duše a sebevražda*. Dolní Břežany: Sagittarius, 2007. 260 s. ISBN 80-901898-4-9
- Hubbard, L. R.: *Dianetika*. Denmark: New Era Publications International AsP, 2007. 665 s. ISBN 978-87-7688-744-5
- Jung, C. G.: *Výbor z díla II*. Brno: 1996a. 437 s. ISBN: 80-85880-16-4
- Jung, C. G.: *Výbor z díla III*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1996b. 404 s. ISBN: 80-85880-18-0

- Jung, C. G.: *Duše moderního člověka*. Brno: Atlantis, 1994, 380 s. ISBN: 80-7108-087-X
- Kantor, J. et al.: *Základy muzikoterapie*. Havlíčkův Brod: Grada, 2009. 295 s. ISBN 978-80-247-2846-9
- Kastová, V.: *Imaginace jako prostor setkání s nevědomím*. Praha: Portál, 2010. 167 s. ISBN 978-80-7367-702-2
- Kastová, V.: *Krise a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál 2010. 167 s. ISBN 978-80-7367-800-5
- Knopková, D. et al.: *Telefonická krizová intervence*. Praha: Remedium, 1997. 304 s.
- Kratochvíl, S.: *Klinická hypnóza*. Praha: Grada, 2001. 328 s. ISBN 80-247-0062-X
- Kratochvíl, S.: *Experimentální hypnóza*. Praha: Academia, 1999. 344 s. ISBN 80-200-0679-6
- Kratochvíl, S.: *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997. 384 s. ISBN: 80-7367-122-0
- Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4
- Lashley, Karl S.: *In search of the engram*. Society of Experimental Biology Symposium, 1950. 4: 454–482 s.
- Semon, R.: *The Mneme*. London: George Allen & Unwin, 1921
- Linhart, J.: *Slovník cizích slov*. Český Těšín: Dialog, 2004. 412 s. ISBN 80-85843-61-7
- Mezinárodní klasifikace nemocí*, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Psychiatrické centrum, Praha, 1992
- Miovský, M.: *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN: 80-247-1362-4
- Moody, R.A., Perry, P.: *Život před životem*. Praha: Translation, 1992. 158 s. ISBN: 80-7281-222-X
- Nakonečný, M.: *Lidské emoce*. Praha: Academia, 2000. 336 s. ISBN: 80-200-0763-6
- Nakonečný, M.: *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia, 1997. 437 s. ISBN 80-200-0625-7
- Nakonečný, M.: *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1990. 320 s. ISBN 80-200-0628-1
- Nešpor, K.: *Léčivá moc smíchu*. Praha: Vyšehrad, 2002. 158 s. ISBN: 80-7021-878-5
- Paulík, K.: *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6
- Plháková, A.: *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2007. 472 s. ISBN 978-80-200-1499-3
- Rattner, J.: *Základy holistické léčby*. Bratislava: Eugenika, 2001. 210. s. ISBN 80-88913-81-0
- Reddemann, L.: *Léčivá síla imaginace*. Praha: Portál, 2009. 199 s. ISBN 978-80-7367-530-1
- Sayersová, J.: *Matky psychoanalýzy*. Praha: Triton, 1999. 253 s. ISBN 80-7254-035-1
- Sternberg, R. J.: *Kognitivní psychologie*. Praha: Portál, 2002. 636 s. ISBN 80-7178-376-5

- Šenková, S.: *Latinsko-český česko-latinský slovník*. Nakladatelství Olomouc s.r.o., 2005. 262. S. ISBN 80-7182-144-6
- Tolle E.: *Moc přítomného okamžiku*. Pracovní kniha. Praha: Pragma, 2001. 132 s. ISBN: 80-7205-959-9
- Vondráček, V., Holub, F.: *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. Praha: Columbus, 1993. 434 s. ISBN 80-7136-030-9
- Vybíral, Z., Roubal, J.: *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. 744 s. ISBN 978-80-7367-682-7
- Vymětal, J.: *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada, 2010. 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0
- Vymětal, J. a kol.: *Speciální psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 2000. 481 s. ISBN 80-86123-15-4
- Wambach, H.: *Das Leben vor dem Leben*. Berlin: Heyne Verlag, 1991. 78s. ISBN 978-3453012141
- Whitton, J. L., Fisher, J.: *Život mezi životy*. Praha: Translation, 1992. 164 s. ISBN 80-7040-200-1
- Willistone, Jonstone. J.: *Objevte své minulé životy*. Praha: Stratos, 1992. 152 s. ISBN 80-85962-13-6
- Zadlo, L., Ozimková, M., Wiechová, M.: *Uzdravující regrese*. Hostomice: Intermodel, 2000. 172 s. ISBN 80-901976-5-5