

Jan Benda

Všímavost a Já

Od sebeléčení
k sebepřesahování



Jan Benda

Všíímavost a Já

Od sebeléčení
k sebepřesahování

Odborný recenzent:

/ **DOC. PHDR. MIROSLAV SVĚTLÁK, PH.D.**

© Jan Benda, 2024

© Portál, s. r. o., Praha 2024

ISBN 978-80-262-2177-7

Jan Benda je skvělý odborník, který v sobě vzácně kombinuje letité zkušenosti psychoterapeutické praxe, spirituální přesahy buddhistického mnicha a pionýrskou zvědavost v krajinách psychedelické léčby. Všechny tyto své zdroje autor knihy *Všímavost a Já* velmi originálním způsobem nabízí odborné i široké veřejnosti. V knize najdeme laskavost, perfektní odbornost, soucit, vtip. Mnohá cvičení zařazená v knize nás mohou zbavit posvátné hrůzy z nároků na porozumění složitostem vědeckého jazyka. Pro mě nejdůležitějším poselstvím této skvělé knihy je naděje, jak v životě nezabloudit, porozumět sobě samým, mít soucit se sebou i se světem kolem nás.

/ DR. JITKA VODŇANSKÁ, *psychoterapeutka, výcviková lektorka skupinové psychoterapie, rodinné terapie, mentoring supervize, učitelka buddhistické meditace vipassaná, spisovatelka a cestovatelka*

Stará moudrost praví, že na čím vzdálenější místa ve světě se vydáváme, tím spíše nás to vrací k tomu, co je uvnitř. A právě na těch vnitřních cestách může být tato kniha dobrým průvodcem.

Autor činí dostupné to, co je pro mnohé matoucí a obtížně uchopitelné. Vyzývá naši rigiditu a inspiruje nás ke krokům, které podporují naši ochotu stávat se zralejším a všímavějším svědkem sebe samého i toho, co nás obklopuje. Doufám, že kniha neunikne pozornosti kolegů, kteří dlouhodobě pečují o druhé a stejně tak potřebují být pozorní k péči o sebe. Já si ji s chutí někdy znovu přečtu.

/ PHDR. YVONNA LUCKÁ, *psycholožka, psychoterapeutka, supervizorka, výcviková lektorka Českého institutu biosyntézy, spoluzakladatelka a odborná garantka Sociální kliniky*

Jde o jednu z nejvyváženějších a nejvzdělanějších knih o psychoterapii od českého autora. Stovky odkazů na teorii se proplétají s původními ukázkami z kazuistik a imaginativních cvičení a nabízejí fascinující odborné vyprávění o práci s dětskými schématy v každém z nás.

/ PROF. PHDR. ZBYNĚK VYBÍRAL, PH.D., *psycholog, přednáší o psychoterapii na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity*

Tato kniha je hostina. Klíčové poznatky různých psychoterapeutických směrů servíruje integrované do jednoduše srozumitelných konceptů. Jako přílohu nabízí až svůdně praktická vodítka pro praxi ilustrovaná ukázkami vlastní práce autora. To vše důmyslně aranžuje na ubruse utkaném z kontextu neurovědných výzkumů, poznatků o využívání psychedelik a meditační tradice. Dobrou chuť!

/ DOC. MUDR. JAN ROUBAL, PH.D., *psychoterapeut, psychiatr, vysokoškolský učitel, supervizor a lektor psychoterapeutických výcviků*

Kniha je určena všem čtenářům a čtenářkám, kteří se chtějí rozvíjet a zajímá je propojení psychologie, psychoterapie, psychedelik a buddhismu. Honza Benda poutavě vysvětluje svou transdiagnostickou teorii zraněného Já, ilustruje ji svými bohatými zkušenostmi z psychoterapeutické praxe a přidává také cvičení na prohloubení sebepoznání.

/ PROF. MGR. JÚLIA HALAMOVÁ, PH.D., *psychoterapeutka, supervizorka a trenérka Terapie zaměřené na emoce, zakladatelka EFT Institute Slovakia, výzkumnice a přednášející na Ústavu aplikované psychologie Fakulty sociálních a ekonomických věd Univerzity Komenského v Bratislavě*

Dostává se vám do rukou pestrá, zajímavá a komplexní kniha. Autor ohromuje širokým záběrem, množstvím citací, porozuměním různým psychoterapeutickým přístupům, přesahem do buddhismu, a přitom všem si zachovává srozumitelný a čtivý jazyk. Najdete zde originální koncepty a schémata, ale i kazuistické střípky, které knížku oživují, a dokonce i návody na různá experienciální cvičení, která rozšíří váš zážitek z čtení o vlastní sebezkušenost.

/ MUDR. JAN KUBÁNEK, *psychiatr, rehabilitační lékař, psychoterapeut, trenér a supervizor výcviku v Integrativní psychoterapii s fokusem na práci s emocemi*

Všichni hledáme cesty k hlubšímu sebepoznání a životní spokojenosti, ať už ve formě studia, psychoterapie, otužování, meditace, nebo mnohých dalších cest. Jako takový průvodce na cestu po poznání našeho já může sloužit nová kniha Jana Bendy. Poutavým propojením poznatků prastaré buddhistické

psychologie i novodobé psychologie a psychoterapie, novinek z výzkumu fungování psychedelik a moderních neurověd ukazuje nečekané souvislosti, které můžete využít pro svůj seberozvoj, pro práci s klienty, pro cestování po alternativních světech nebo jen čistě pro rozšíření vlastního obzoru.

/ MUDR. MGR. KRISTÝNA DROZDOVÁ, PH.D., *psychiatřka a psychoterapeutka*

Kniha vystihuje podstatu všímavé meditace jako spirituální cesty s důrazem na aspekt soucitného přijetí. Cesta, po které kráčíme směrem k transformaci, jde (nebo by měla jít) ruku v ruce s uvědoměním základních vývojových témat v psychoterapeutickém procesu. Právě toto uvědomění nakonec umožní přijetí sebe samého. K tomu procesu může být užitečný autorem navrhovaný model integrace nevšedních zkušeností založený na soucitu, porozumění a odhodlání.

/ MUDR. FILIP TYLŠ, PH.D., *psychiatr, psychoterapeut a neurovědec, zakládající člen kliniky Psyon*

OBSAH

PODĚKOVÁNÍ	11
PŘEDMLUVA	12
ÚVOD	14

I. INTEGRATIVNÍ PSYCHOTERAPIE

POUČENÁ VŠÍMAVOSTÍ	19
1. Všímová diagnostika duševních poruch.....	22
2. Rané zkušenosti z dětství a vývoj psychopatologie.....	32
3. Maladaptivní schémata	39
4. Narativní Já a duševní poruchy	46
5. Univerzální rozpouštědla duševních potíží.....	66

II. ZRANĚNÉ JÁ	71
6. Ztracené Já.....	76
7. Opuštěné Já.....	85
8. Méněcenné Já	93
9. Nafouknuté Já	101
10. Léčení zraněného Já	111

III. AUTENTICKÉ JÁ	123
11. Všíímavý Dospělý	127
12. Dramatický trojúhelník a jak z něj ven?.....	135
13. Dospělá odpovědnost a její hranice.....	144
14. Soucit k sobě a ochranný hněv	154
15. Odvaha k oddělení a odvaha k blízkosti	161
16. Meditace, psychedelika a jejich úskalí.....	171
 IV. TRANSCENDENTNÍ JÁ.....	 185
17. Neduální vědomí.....	190
18. Integrace transpersonálních zkušeností.....	199
19. Všíímavý zombie, spirituální narcis a osvícený mimoň	210
20. Pán dvou světů	219
 ZÁVĚR	 227
DOPORUČENÁ ČETBA	231
POUŽITÁ LITERATURA	233
SUMMARY	265
SEZNAM CVIČENÍ	267



Rád bych na tomto místě poděkoval v první řadě všem svým klientům za jejich důvěru a odvahu, díky níž jsme mohli po celá léta v průběhu terapeutických setkání společně odhalovat, jakým způsobem je možné léčit naše nejniternější zranění. Léčení bylo vždy vzájemné a tato kniha by nikdy nevznikla, nebýt hluboké otevřenosti klientů a jejich ochoty sdílet svá trápení v terapeutickém vztahu. Děkuji svojí přítelkyni Manuele za to, že jsem díky ní mohl poznat, jak vypadá opravdová blízkost ve vztahu, a také za trpělivost, kterou se mnou měla v průběhu psaní knihy. Děkuji všem členům společenství Kayumari a škole Stargate za to, že mi umožnili pocítit sílu vzájemné mezilidské podpory a zažít léčivé účinky zdravě fungující a učící se komunity. A děkuji také Henkovi Barendregtovi, že mi v zahradě amsterdamské kavárny Dignità v červenci 2018 pomohl vytvořit fenomenologický model maladaptivních schémat inspirovaný Buddhovou „Rozpravou o podmíněném vznikaní“. Dále děkuji Maše a Gregorovi Žvelcovým za jejich přátelství a inspirativní diskuse o integrativní psychoterapii, které jsme vedli v srpnu 2023 na ostrově Krk. Mé poděkování patří Miroslavu Světlákovi za vypracování oficiální odborné recenze k této knize. A mnohokrát děkuji i kolegyním Kristýně Drozdové, Veronice Nevolové a Michaele Cmíralové za to, že si našly čas k přečtení rukopisu této knihy, za laskavou zpětnou vazbu a mnohá doporučení, díky nimž jsem mohl text knihy upravit a doplnit a učinit jej tak srozumitelnějším a čtivějším. Děkuji i Ondřejovi Fafejtovi a Kateřině Kokešové z nakladatelství Portál za pečlivou redakční práci a povzbuzení k napsání knihy. Ze srdce vám všem děkuji.

V červnu 2018, v den svátku svatého Jana Křtitele, v jedné maringotce v údolí řeky Berounky jsem jediným dlouhým nádechem vdechl výpary 100 mg usušeného slizu ropuchy coloradské. A v následujících vteřinách se odehrálo něco nepředstavitelného. Jako by se celý vesmír proměnil v nekonečnou náruč prázdnoty. A já jsem zemřel. Nebo spíš má představa, kdo jsem, se rozpadla. Byl to ohromující šok! Opravdový otřes. Dopady tohoto otřesu na můj život však byly, jak se ukázalo, blahodárné. Tolik napětí odešlo. Tolik radosti, důvěry a lásky se objevilo. Co se stalo? Bylo to nějaké instantní osvícení? Existuje něco takového? Vpravdě nemyslím. Domnívám se, že jsem se tehdy pouze prožitkově dotkl skutečnosti, kterou Buddha označoval jako ne-Já (v páli *anattá*). Již předtím jsem v meditaci pozoroval a uvědomoval si pomíjivost a neuspokojivost všech fenoménů. A psychedelikum mebufotenin (5-MeO-DMT) mi zřetelně ukázalo třetí charakteristiku existence – nepřítomnost jakéhokoli pevného, neměnného Já.¹ Toť vše. Všechny představy o mně samém mi od té chvíle každopádně začaly připadat úsměvné. Dětinské. A přestalo mě bavit přemýšlet o sobě. Z mého prožívání pak prakticky zmizely pocity nedostatečnosti neboli studu. Přestaly vznikat, když jsem přestal věřit na existenci trvalého Já. Prožitá zkušenost, že narativní Já je pouhým konceptem, moje prožívání dlouhodobě pozitivně ovlivnila.

Zkušenost neduálního vědomí mě však následně ovlivnila i jako psychoterapeuta. Jasněji než dřív jsem si totiž uvědomil, že sebevztahné pocity *níterné emoční bolesti*, na jejichž zvědomování a vyjadřování jsem se v individuální psychoterapii s klienty v posledních letech zaměřoval (viz Benda, 2019), vznikají na základě představ, které máme sami o sobě (viz zmíněné narativní Já, angl. *narrative self*). Začal jsem se proto (paradoxně) o Já více zajímat. A byl jsem překvapen, že Já je aktuálně v psychologii, v kognitivní vědě i v neurovědách velmi diskutovaným tématem (viz např. Brown, Leary, 2017b; Frewen et al., 2020; Gallagher et al., 2023; Giommi et al., 2023; Herma, Greve, 2023; Kyrios et al., 2016b). V praxi s klienty jsem si během následujících let více všiml tzv.

1 Pozorování tzv. tří univerzálních charakteristik všech jevů (v páli *ti-lakkhana*) je součástí intenzivní meditace všímavosti a vhledu (viz např. Grabovac, Lau, Willett, 2011).

negativních jádrových přesvědčení (angl. *core beliefs*) a jejich vztahu k pocitům studu, opuštěnosti a existenciální hrůzy (srov. Timulák, Keogh, 2021). Všiml jsem si ale také tzv. *ego stavů* a začal jsem tyto mentální stavy jasně odlišovat od tělesných pocitů (srov. Dalai Lama, Ekman, 2008). Svá zjištění jsem pak konfrontoval s psychoterapeutickými teoriemi, aktuálními vědeckými poznatky, ale i s poznatky o ne-Já tradovanými v rámci buddhistické psychologie abhidhammy (viz např. Armstrong, 2017; Burbea, 2014; Goodman, 2020). A z těchto pozorování a úvah vznikl *fenomenologický model maladaptivních schémat* (viz dále kapitoly 3 a 4). Ten se stal základní inspirací pro tuto knihu.

Fenomenologický model maladaptivních schémat odhaluje, že v těle a v myslí klientů s nejrůznějšími klinickými diagnózami probíhají velmi podobné procesy. Všímavým terapeutům může tento model pomoci lépe pochopit mechanismy vzniku jednotlivých symptomů duševních poruch a také lépe přizpůsobovat a zaměřovat konkrétní psychoterapeutické intervence. *Transdiagnostická teorie zraněného Já*, s níž se v této knize seznámíme, by však mohla inspirovat také současné psychedeliky asistované psychoterapie, které se snaží vysvětlit mechanismy účinku psychedelik (srov. např. Amada et al., 2020; Gattuso et al., 2023; Cherniak et al., 2022). Psychedelické zkušenosti a intenzivní meditace všímavosti a vhledu mají mnoho společného (viz IV. část knihy). Mimo jiné rozvíjejí tzv. transcendentní Já a v této knize se budeme věnovat také tomu, zda a za jakých podmínek může transcendentní Já pomáhat léčit zraněné Já a rozvíjet autentické Já. V každém případě ale doufám, že vám tato kniha pomůže porozumět sobě samým, všem vašim Já, a zaujmout k sobě i k druhým soucitný postoj. Motivovat čtenáře k rozvíjení všímavosti a soucitu bylo totiž hlavním záměrem, s nímž jsem knihu *Všímavost a Já* psal.

JAN BENDA

Velké Březno

7. ledna 2024

Ve světě psychoterapie existuje pozoruhodný rozpor mezi formální diagnostikou duševních poruch a způsobem, jak většina psychoterapeutů k duševním poruchám přistupuje v praxi. Zatímco např. ve výzkumu nebo v komunikaci se zdravotními pojišťovnami psychoterapeuti rutinně využívají diagnostické manuály DSM-5 a MKN-11 (viz kapitola 1), v terapeutické *praxi* uchopují problémy klientů často jinak (viz tzv. formulace či konceptualizace případu, např. Goldman, Greenberg, 2015; Timulák, Pascual-Leone, 2015). Současné diagnózy totiž příliš nepomáhají vhodně zacílit psychoterapeutické intervence. Většina kolegů se proto nesoustředí jen na vnější příznaky duševních poruch, ale snaží se odkrýt a ovlivnit také *skryté mechanismy*, které vznik jednotlivých symptomů zapříčiňují. O těch však diagnostické manuály většinou mlčí, protože zachytit tyto skryté mechanismy pomocí objektivních vědeckých metod bývá obtížné. Přesto existuje velmi populární nástroj, který je k detekování těchto tzv. *maladaptivních schémat* nanejvýš vhodný. Tím nástrojem je *všímavost* (angl. *mindfulness*), tedy schopnost zaznamenávat *procesy* odehrávající se v našem těle a mysli v přítomném okamžiku.

V Buddhově učení byla *všímavost* dva a půl tisíce let využívána jako prostředek sebepoznávání, sebeléčení a sebezpřesahování. A my v této knize *všímavost* využijeme k tomu, abychom důkladně prozkoumali maladaptivní schémata. Vysvětlíme si, jak maladaptivní schémata ovlivňují naše vnímání, myšlení, prožívání i chování a v tomto smyslu zapříčiňují vznik zjevných příznaků duševních poruch. A ukážeme si také, jak můžeme jednotlivé elementy maladaptivních schémat pomocí *všímavosti* a *soucitu k sobě* „odzbroit“ a transformovat. Zvláštní pozornost však přitom věnujeme našemu konceptuálnímu, narativnímu Já. *Transdiagnostická teorie zraněného Já*, kterou si v této knize představíme, propojuje teorii citové vazby (např. Cassidy, Shaver, 2016; srov. Kyrios et al., 2016b), teorii složeného Já (např. Gallagher et al., 2023) a teorii ontologické závislosti (Shonin, van Gordon, Griffiths, 2016; van Gordon et al., 2018). Nabízí transteoretický *fenomenologický model maladaptivních schémat* a objasňuje roli (nedostatku) *všímavosti* a *soucitu k sobě* v etiologii duševních poruch a v psychoterapeutické změně. Odhaluje přitom vliv představy, kterou máme sami o sobě (*narativní Já*), na vznik psychopatologických symptomů.

A naznačuje, jak lze rozvíjením flexibilního autentického Já a transcendentního Já zvyšovat odolnost, schopnost regulovat emoce i schopnost navazovat a udržovat blízké vztahy.

Kniha čerpá z poznatků prastaré buddhistické psychologie, západní psychoterapie, psychedelického výzkumu i z nejnovějších poznatků neurověd. Popisuje, jak lze rozvíjení všímavosti a soucitu k sobě využívat v *individuální* psychoterapii. Je však určena nejen psychoterapeutům, ale i zájemcům o osobní rozvoj a upřímným duchovním hledačům. Jedním z ústředních témat knihy je totiž otázka, zda mohou transpersonální zkušenosti (ať už je získáme prostřednictvím meditace, nebo psychedelik) přispět k léčení našich raných vývojových traumat. Mohou se osobní a transpersonální vývoj doplňovat? Mohou transpersonální zkušenosti léčit duševní poruchy? Mohou léčit naše maladaptivní schémata? Naše „zraněné Já“? A pokud ano, za jakých podmínek? To jsou otázky, ke kterým se v knize postupně propracujeme. Předtím si však vysvětlíme, jak důležitou roli má flexibilní autentické narativní Já v našem každodenním fungování. A zdůrazníme význam *vztahových* zkušeností v rozvíjení soucitu se sebou. Jaká je ale struktura celé knihy?

V I. části knihy se nejdříve seznámíme s všímavou diagnostikou maladaptivních schémat (kapitola 1). Stručně si povíme něco o vývojovém traumatu a o tom, jak maladaptivní schémata vznikají (kapitola 2). A odlišíme si čtyři charakteristické elementy maladaptivních schémat, totiž jádrová přesvědčení, pocity niterné emoční bolesti, obranné mechanismy a archaické ego stavy (kapitola 3). Následně si s pomocí sedmi kazuistických zlomků ilustrujeme, jak maladaptivní schémata ovlivňují vznik psychopatologických symptomů u sedmi vybraných duševních poruch (kapitola 4). A nastíníme si, jak lze maladaptivní schémata prostřednictvím všímavosti a soucitu k sobě léčit (kapitola 5).

Ve II. části knihy si podrobněji představíme čtyři typy maladaptivních schémat (čtyři „zraněná Já“) a vysvětlíme si, že „ztracené Já“ vzniká, když se v raném dětství příliš často necítíme chráněni a v bezpečí (kapitola 6); „opuštěné Já“ vzniká, když v raném dětství necítíme dostatek vřelosti a blízkosti nebo nemáme dojem, že svět je dobré místo k životu (kapitola 7); a „méněcenné“ a „nafouknuté Já“ vznikají, když jako děti necítíme dostatek rodičovské podpory a uznání anebo nám chybí pevné vedení a láskyplné limity (kapitoly 8 a 9). Zdůrazníme pak význam *korektivní vztahové zkušenosti* a *rekonsolidace paměti* v psychoterapeutické změně a zmíníme se také o kognitivním přehodnocování jádrových přesvědčení jako o vhodné doplňkové strategii při práci s maladaptivními schématy (kapitola 10).

Ve III. části knihy se budeme věnovat rozvíjení flexibilního autentického narativního Já ve vztazích s blízkými lidmi. Nejprve si připomeneme, že „správná všímavost“ by v našem každodenním životě měla být spojena s poznáváním eticko-psychologických souvislostí našeho prožívání a s „moudrým zvažováním“ našeho jednání (kapitola 11). Pak se podíváme, jak nás maladaptivní schémata nutí inscenovat a odehrávat ve vztazích stále stejné scénáře a jak se z těchto scénářů můžeme vymanit (kapitola 12). Řekneme si, co je „zdravé sobectví“ a zdravé osobní hranice (kapitola 13). Rozlišíme si reaktivní a soucitný (ochranný) hněv (kapitola 14). A naznačíme, jak nám vztah, který máme sami k sobě, může pomoci najít ve vztazích rovnováhu mezi závislostí a nezávislostí (kapitola 15). Kriticky se pak zamyslíme nad tím, zda mohou být korektivní vztahové zkušenosti při léčení zraněného Já nahrazeny meditacemi nebo psychedeliky (kapitola 16).

Ve IV. části knihy budeme dále zkoumat rozhraní psychologie a spirituality a zabývat se transpersonálním vývojem. Vysvětlíme si, jak meditace i psychedelika rozvíjejí nesebestřednost a postupně mění způsob, jak chápeme sebe samé (kapitola 17). Představíme si nový model integrace transpersonálních zkušeností (kapitola 18). Upozorníme na syndromy všímavého zombie, spirituálního narcise a osvíceného mimoně (kapitola 19). A zdůrazníme skutečnost, že k dovednému zvládnání každodenního života potřebujeme jak pasivní mód všímavého pozorování a bytí, tak aktivní mód myšlení a dělání (kapitola 20).

Dodejme ještě, že témata diskutovaná v jednotlivých kapitolách budou pro oživení v celé knize průběžně ilustrována kazuistickými zlomky² z mé terapeutické praxe a ukázkami dialogů mezi terapeutem a klientem. Odborníci naleznou v knize cenné odkazy na celkem 278 knih, 362 psychologických a 71 neurovědeckých článků.³ Protože však všímavosti a soucitu k sobě není dost dobře možné porozumět jen na základě teoretického studia, obsahuje kniha také 20 praktických cvičení, která nám umožní seznámit se s všímavostí a soucitem k sobě i zážitkově. Milé čtenářky a milí čtenáři, prosím, oddechněte si vždy během čtení na chvíli od vědeckých konceptů a cvičte a praktikujte! Uvidíte, že vlastní prožitá zkušenost vám umožní pochopit jednotlivé v knize

2 Pro zachování anonymity byla v knize změněna jména klientů i další detaily, podle nichž by bylo možné klienty identifikovat.

3 Z toho 51% citovaných článků je z posledních pěti let (2019–2023).

diskutované aspekty a souvislosti všímavosti a soucitu k sobě mnohem lépe než pouhé teoretické studium.

Nyní však již máme rámcovou představu, co nás v knize čeká. Můžeme tedy přejít k I. části knihy, věnované představení základních východisek integrativní psychoterapie poučené všímavostí.⁴

4 Stejný integrativní psychoterapeutický přístup „poučený všímavostí“ jsem popsal již dříve v knize *Všímavost a soucit se sebou* (Benda, 2019). Teprve v této knize jsem jej však z praktických důvodů začal označovat ustáleným a zřetelným názvem „integrativní psychoterapie poučená všímavostí“. Rád bych zde nicméně zdůraznil, že mi nejde o prosazování nové terapeutické značky. Věřím, že o účinnosti psychoterapie rozhoduje spíše osobnost konkrétního terapeuta než psychoterapeutický přístup (viz např. Castonguay, Hill, 2017; Wampold, Imel, 2015). Chtěl bych prostřednictvím této knihy pouze ukázat jeden z možných způsobů, jak může všímavý terapeut při práci s klientem odhalovat konkrétní maladaptivní procesy v klientově mysli a těle a také flexibilně využívat a integrovat různé přístupy při práci s klientem. Pokud terapeuti pochopí, k čemu je v psychoterapii dobré rozvíjení všímavosti, možná v budoucnu vznikne více různých „integrativních psychoterapií poučených všímavostí“. A to je podle mě naprosto v pořádku.

Zkusili jste někdy zadat slovo všímavost (angl. *mindfulness*) do internetového vyhledávače? Výsledky byly nejspíš trochu ohromující, že? Tolik knih, článků, podcastů, aplikací, kurzů a workshopů o všímavosti! Neuvěřitelné! Jenže proč? Proč je vlastně kolem všímavosti takový humbuk? Co je na tom tématu tak zajímavého? Proč všímavost budí zájem fenomenologů, kognitivních vědců, neurovědců, psychologů, psychiatrů, psychoterapeutů i nadšených laiků? Myslím, že tím hlavním důvodem je, že nám všímavost nabízí zcela novou perspektivu pohledu na nás samé i na svět kolem nás (Benda, 2019). Umožňuje nám lépe pochopit, kdo jsme. A umožňuje nám překonat pocity izolace a sebeodcizení a zažívat místo toho hluboké spojení s druhými, sounáležitost a blízkost. Je nástrojem sebepoznávání, sebeléčení i sebezpřesahování. Ano, díky všímavosti se můžeme zbavovat duševních potíží. Ale také se můžeme dotýkat toho, co nás přesahuje. A to bez náboženských dogmat, prakticky a zážitkově. Proto je podle mě všímavost takovým hitem. Proto zajímá psychology.

Ve světě psychoterapie v uplynulých 30 letech každopádně vznikly desítky přístupů a programů, které všímavost využívají. Jsou to v první řadě přístupy tzv. třetí vlny kognitivně-behaviorální terapie, jako např. kognitivní terapie založená na všímavosti (Segal, Williams, Teasdale, 2013), program snižování stresu pomocí všímavosti (Lehrhaupt, Meibert, 2020), terapie přijetí a odhodlání (Harris, 2021) nebo dialektická behaviorální terapie (Linehan, 1993). Existují ale i existenciálně-humanistické (Gold, Zahm, 2018; Wegela, 2014), psychodynamické (Price, Hooven, 2018; Shepherd, 2020) a integrativní přístupy (Alper, 2016; Benda, 2019; Žvelc, Žvelc, 2021) využívající všímavost. Chris Germer přitom v knize *Mindfulness and psychotherapy* popsal tři typické způsoby integrování všímavosti v psychoterapii, s nimiž se v současnosti setkáváme (Germer, 2013).

1. Praktikující terapeut může podle něj všímavost do terapie vnášet implicitně tím, že si díky meditačně rozvinuté všímavosti jednoduše lépe všímá *procesů*, které se v něm samém i na straně klienta v terapii odehrávají.

2. Pokud terapeut pro své porozumění navíc využívá tradiční buddhistické koncepty, které si díky vlastní meditační praxi osvojil, mluví Germer o terapii „poučené všímavosti“.
3. O terapii „založené na všímavosti“ pak mluví, pokud terapeut explicitně učí klienta meditovat nebo využívat různá cvičení, jejichž cílem je rozvíjet klientovu všímavost.

V uplynulých 20 letech jsem ve své praxi rozvíjel individuální integrativní psychoterapeutický přístup „poučený všímavostí“ (viz Benda, 2019). Jsem totiž jednak přesvědčený, že účinnost nejrozšířenějších programů „založených na všímavosti“ je do jisté míry omezená tím, že probíhají ve skupině a typicky trvají pouhých osm týdnů. Především ale nepovažuji meditaci za nástroj, který by byl sám o sobě dostačující k léčení duševních poruch. Nepochybuji samozřejmě, že programy založené na všímavosti účastníkům pomáhají snižovat stres nebo mírnit depresi. Je však otázkou, zda účastníci takových programů dokážou všímavost využívat i ve chvílích, kdy u nich dojde k aktivaci maladaptivního schématu,⁵ tedy tam, kde to nejvíc potřebují.

Mojí zkušeností je, že všímavý a soucitný terapeut může v individuální práci klientovi zprostředkovat korektivní emoční (vztahovou) zkušenost. Když terapeut v klíčovém okamžiku zprostředkuje klientovi *soucitný postoj* k tomu, co prožívá, dojde u klienta k *rekonsolidaci paměti* a k transformaci maladaptivního schématu (Benda, 2019). Klíčem ke změně je však nová zkušenost, kterou klient zažívá ve vztahu s terapeutem (srov. Flückiger et al., 2018; Norcross, Lambert, 2018). A tak mám za to, že žádné cvičení, které klient provádí individuálně, nemůže tuto zkušenost nahradit. Meditaci bychom proto v psychoterapii měli vždy doplnit dalšími terapeutickými prostředky, postupy a technikami.

Cílem meditace všímavosti a vzhledu v jejím původním kontextu ostatně nikdy nebylo řešit naše osobní nebo vztahové problémy (Engler, 1984, 2003). Jejím

5 Podrobnému vysvětlení maladaptivních schémat se budeme věnovat v dalších kapitolách této knihy (srov. též Benda, 2019). Zde zatím můžeme uvést, že jde o pomyslné „jádro patologie“ většiny duševních poruch. Schémata jsou, obecně řečeno, hluboce zakořeněné emoční a vztahové vzorce nebo programy, které automaticky a neuvědomovaně řídí naše prožívání. Odpovídají tomu, co psychodynamické přístupy tradičně označovaly jako tzv. komplexy (viz např. Adler, 1964) nebo později v rámci teorie citové vazby jako tzv. vnitřní pracovní modely (viz např. Bretherton, Munholland, 2016; Zimmermann, 1999), resp. tzv. mentální scénáře (viz např. Ein-Dor, Mikulincer, Shaver, 2011; Mikulincer, Shaver, Gal, 2021).

cílem vždy bylo a je dosáhnout probuzení (v páli *bódhi*) čili poznání absolutní, nepodmíněné skutečnosti a vymanění se z koloběhu znovuzrozování (v páli *samsára*). To však neznamená dosažení duševního zdraví v našem západním pojetí (viz WHO, 2018). V každodenním životě může i probuzený meditující dál čelit nejrůznějším potížím (viz kapitola 19). Meditace totiž automaticky nevede k získání veškerých kompetencí potřebných k dovednému zvládání života. Jenže právě o to nám v psychoterapii jde. Je to opravdu významný rozdíl.⁶ A tak jej raději ještě jednou zdůrazním. V meditaci nám jde o to, vymanit se ze *samsáry*. V psychoterapii nám jde o to, naučit se v *samsáře* spokojeněji žít.⁷

Transpersonálním zkušenostem, meditačním vhledům a jejich integraci se budeme věnovat v poslední, IV. části této knihy. Tam si povíme o zkušenostech neduálního vědomí, o rozpouštění Já i o tom, jak takové zkušenosti ovlivňují naše prožívání a každodenní fungování. Většina knihy bude však nejprve věnována sebepoznávání, sebeléčení a rozvíjení soucitu k sobě. Jak totiž trefně konstatoval Jack Engler (1984, 2003), nejdříve musíme být někým, než můžeme být nikým (tedy dosáhnout sebepřesažení). A tak se i zde tohoto moudrého doporučení přidržíme. Uvedme ještě, že transdiagnostický přístup integrativní psychoterapie poučené všímavostí (angl. *Mindfulness-Informed Integrative Psychotherapy*), který tato kniha popíše, rozvíjí myšlenky představené čtenářům již v knize *Všímavost a soucit se sebou* (Benda, 2019). Vychází z prací Mirka Frýby (např. 2008), ale je výrazně ovlivněn také terapií zaměřenou na emoce (Greenberg, 2021; Timulák, Keogh, 2021) a Pesso Boyden psychomotorickou psychoterapií (Baylin, Winnette, 2016). Vede klienty (i čtenáře) k tomu, aby všímavost a soucit k sobě využívali především během aktivace maladaptivních schémat (srov. van Vreeswijk, Broersen, Schurink, 2014). A velmi dobře se tak doplňuje také s postupy integrativní psychoterapie zaměřené na všímavost a soucit (Žvelc, Žvelc, 2021).

6 O důležitosti rozlišování mezi absolutní skutečností (kterou lze poznat v pokročilé meditaci) a konvenční, podmíněnou skutečností našeho každodenního života psal již na přelomu druhého a třetího století ve spise *Múlamadhyamakakáriká* (*Základní pojednání o střední cestě*) buddhistický učenec Nágárdžuna (viz Siderits, Katsura, 2013).

7 Freud (2000a) připouštěl, že když se klient v psychoanalýze zbaví svých patologií, prožívá pak již jen „běžné lidské neštěstí“ (něm. *gemeines Unglück*), které je s každodenním životem nevyhnutelně spojené. Buddha ovšem právě z tohoto našeho nevyhnutelného každodenního strádání hledal a našel cestu ven. V této knize dále uvidíme, že kde psychoterapie končí, meditace začíná. Objasníme si ale rovněž, že meditace nemůže nahradit psychoterapii.

1. Všímavá diagnostika duševních poruch

Již bylo řečeno, že všímavost nabídla psychologům a psychoterapeutům poměrně velmi specifický úhel pohledu na člověka a jeho prožívání. V této kapitole si přitom ukážeme, že tento úhel do značné míry mění i tradiční chápání duševních poruch. Všímavost totiž u mnoha duševních poruch odhaluje stále tytéž transdiagnostické faktory a *procesy*. Ty jsou mnohdy skryté za vnějšími příznaky, které klient prezentuje. Když všímavý terapeut naslouchá klientovi, nezajímá ho zdaleka jen obsah toho, co klient vypráví. Všímavý terapeut v každém okamžiku monitoruje jednak své vlastní pocity a stavy mysli, které v něm klientovo vyprávění vyvolává, a jednak veškeré vnější projevy emocí u klienta (mimika, tón hlasu, bezděčné pohyby, gesta, držení těla atd.). Zjišťuje tak mnoho důležitých detailů o klientově prožívání, kterých si klient sám často není vědom. A v důležitých momentech pak vyzývá klienta, aby si sám také všímal, jak se právě teď cítí, co mu běží hlavou atd. Tímto způsobem pak všímavý terapeut v *dialogu s klientem* postupně odhaluje klientovy pocity niterné emoční bolesti (angl. *core pain*), automatické obranné mechanismy i skrytá jádrová přesvědčení (angl. *core beliefs*). Tyto elementy klientova prožívání jsou základem pro všímavou diagnostiku. Než si o ní ale povíme víc, pojďme si říct pár slov o oficiální klasifikaci duševních poruch, která je používána ve zdravotnictví.

V současné době se psychologové a psychiatři při diagnostikování duševních poruch opírají o dva v zásadě velmi podobné diagnostické manuály označované zkratkami DSM-5 a MKN-11. *Diagnostický a statický manuál duševních poruch* (DSM-5) vydává Americká psychiatrická asociace a používá se ve Spojených státech a v Kanadě. *Mezinárodní klasifikaci nemocí* (MKN-11) vydává Světová zdravotnická organizace a používá se celosvětově. V obou manuálech najdeme např. podrobný popis schizofrenie a dalších psychotických poruch. Jsou tam popsány i poruchy nálady, úzkostné poruchy, poruchy spojené se stresem nebo traumatem, poruchy příjmu potravy, poruchy spojené s užíváním návykových látek, poruchy osobnosti a mnoho dalších poruch. Jednu poměrně zásadní věc ale ani jeden z manuálů nezmiňuje, totiž *příčiny* duševních poruch. Zní to skoro neuvěřitelně, že? Je nicméně faktem, že příčiny duševních poruch neznáme (!). Přestože existuje bezpočet různých teorií, které se vznik jednotlivých duševních poruch pokoušejí vysvětlit, neexistuje žádná jednotná teorie, na níž by se všichni

odborníci na duševní zdraví shodli. Obvykle se předpokládá, že se na vzniku duševních poruch podílejí nejrůznější biologické, psychologické a sociální faktory (Borsboom, Cramer, Kalis, 2019; Dalgleish et al., 2020; Kendler, 2014; srov. Engel, 1977). Jenže pokud nemáme jasno o příčinách duševních poruch, stojí celá diagnostika jaksi na vodě.

Duševní poruchy jsou diagnostikovány na základě toho, že člověk vykazuje typické příznaky či spíše typickou konstelaci konkrétních příznaků. Je ale docela běžné, že jeden a tentýž člověk se stále stejným psychickým problémem dostává při opakovaném vyšetření u různých odborníků pokaždé jinou diagnózu. Jeden odborník třeba usoudí, že trpíte obsedantně-kompulzivní poruchou. Jiný, že vykazujete projevy poruchy osobnosti. No, a další odborník vám pak sdělí, že máte několik různých psychiatrických diagnóz současně, čemuž se říká komorbidita. Statistiky opakovaně ukázaly, že přibližně 50 % psychiatrických klientů vykazuje příznaky dvou nebo více diagnóz současně (Caspi et al., 2014; srov. McGrath et al., 2020). To ale zdaleka není vše.

Moderní neurovizuální metody odhalily u různých psychiatrických diagnóz změny ve stejných oblastech mozku (Gong et al., 2019; Goodkind et al., 2015; McTeague et al., 2020; Parkes et al., 2021)⁸ a genomové asociační studie ukázaly u různých diagnóz shodné genetické predispozice (Brainstorm Consortium, 2018; Grotzinger, 2021; Lee et al., 2019; Selzam et al., 2018; Smoller et al., 2019). Také léky používané v psychiatrii běžně pomáhají klientům s různými diagnózami (Minami et al., 2019; Waszczuk et al., 2017; srov. Kelly et al., 2021). Jak je to možné? Mnoho indicií ukazuje, že za zjevnými příznaky celé řady duševních poruch se zřejmě skrývají dosud ne zcela objasněné *společné faktory* (Carragher et al., 2015; Caspi et al., 2014; Dalgleish et al., 2020; Krueger, Eaton, 2015; Michelini et al., 2021). Mohlo by nám jejich odhalení pomoci pochopit *příčiny* duševních poruch? Snad ano. Každopádně se zdá, že stávající klasifikace duševních poruch je zralá na zásadní revizi (Brunoni, 2017; Nasrallah, 2021; Newson, Pastukh, Thiagarajan, 2021). A nás by nemělo překvapit, že jednotlivé duševní poruchy mají mnoho společného. Zjevně mezi nimi nejsou zdaleka tak ostré hranice, jak by se podle dosud používaných diagnostických kategorií mohlo zdát.

8 Vytváření naší představy o vlastním Já, kterému se v této knize budeme věnovat, zřejmě souvisí především s aktivitou ventromediální prefrontální kůry a dalších částí tzv. defaultní sítě. Řada studií přitom u duševních poruch potvrzuje změny právě i v těchto oblastech mozku (srov. Koban et al., 2021).

Protože odborníci jsou si fundamentálních nedostatků stávající klasifikace duševních poruch dobře vědomi, vznikly ostatně v uplynulých letech ve Spojených státech dvě významné vědecké iniciativy, jež se skryté *společné faktory* duševních poruch pokoušejí odhalit.⁹ Jsou známé pod zkratkami RDoC (*Research Domain Criteria*, viz Insel et al. 2010) a HiTOP (*Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*, viz Kotov et al., 2017). Obě iniciativy se odklonily od stávající kategorizace duševních poruch a posuzují všechny duševní poruchy pouze z hlediska míry konkrétních dysfunkcí v několika málo dimenzích (srov. Michelini et al., 2021). RDoC se přitom primárně zajímá o společné genetické, fyziologické a neurobiologické základy duševních poruch. Iniciativa HiTOP je pak zaměřena spíše na psychologické, behaviorální a sociální projevy těchto poruch. Inovativní pyramidální model psychopatologických symptomů vytvořený v rámci iniciativy HiTOP má zatím blíže k aplikaci v klinické praxi. A je zajímavé, že na vrcholu pyramidy psychopatologických symptomů HiTOP předpokládá jediný obecný transdiagnostický faktor (tzv. p-faktor).¹⁰ Zde si však ukážeme, že všímavá diagnostika umožňuje zachytit a popsat (operacionalizovat) konkrétní maladaptivní kognitivní a afektivní *procesy*, na jejichž základě u klientů vznikají a jsou udržovány konkrétní symptomy jednotlivých duševních poruch, daleko přesněji než obě zmíněné iniciativy.

Dosud používaná klasifikace duševních poruch je ovlivněná poválečným vývojem vědecké psychologie, která řadu desetiletí kladla důraz na objektivní metody zkoumání a zcela zavrhlá introspekci (viz Watson, 1913; srov. Kraepelin, 1920). Opírá se proto často o objektivní, měřitelná nebo pozorovatelná kritéria, jakými jsou např. poruchy spánku, svalové napětí, motorický neklid, nadměrné pití alkoholu, záměrné zvracení, přejídání, neschopnost vytvářet a udržovat blízké vztahy. *Prožívání* člověka popisují však diagnostické manuály mnohdy poměrně vágně. Běžně používají termíny jako zhoršená nálada, úzkost, stres a jen výjimečně zmiňují třeba pocity bezcennosti, neadekvátní viny nebo

9 Také ve Velké Británii čelí stávající klasifikace duševních poruch značné kritice. Britská psychologická společnost nabídla alternativní pohled na funkční psychiatrické diagnózy v dokumentu *Power threat meaning framework* (PTMF, viz Johnstone et al., 2018).

10 Hierarchický model HiTOP rozděluje symptomy duševních poruch dále do tří (resp. šesti) obecných kategorií a popisuje 1) psychózy (jejichž symptomy dále dělí na poruchy myšlení a odpojenost), 2) tzv. externalizující poruchy (ty rozděluje na netlumené a antagonistické) a 3) konečně emoční (internalizující a somatoformní) poruchy (Kotov et al., 2017; Watson et al., 2022). Zaměření tohoto modelu na konkrétní maladaptivní *procesy* má přitom k všímavé diagnostice výrazně blíže než nosologie DSM-5 nebo MKN-11.

beznaděje. A právě v tomto ohledu se diagnostikování s využitím všímavosti od oficiálně používaného přístupu liší.¹¹

Všíímavý terapeut *společně s klientem* velmi detailně zkoumá především *procesy* odehrávající se v klientově těle a mysli v okamžicích, které jsou pro klienta problematické a v nichž klient zpravidla ztrácí kontrolu nad svým prožíváním a/nebo chováním. Typicky se jedná o okamžiky, kdy je aktivováno maladaptivní schéma, které klientovi buď brání uskutečňovat to, co by chtěl, anebo jej naopak nutí dělat něco, co ve skutečnosti nechce (Benda, 2019). Terapeut s klientem přitom postupně společně odhalují jednotlivé elementy daného maladaptivního *procesu* (schématu), tedy primární a sekundární pocity, myšlenky, stavy mysli, nutkové tendence, obranné mechanismy,¹² ale i skrytá jádrová přesvědčení. Postupně zvědomovaný konkrétní psychopatologický *mechanismus* je pak předmětem diagnózy i léčby. Diagnostikován ovšem není klient, ale *proces* (srov. Goldman, Greenberg, 2015; Greenberg, Paivio, 2003). Uvedme si malý příklad.

Petr přišel do terapie kvůli problémům ve vztahu se svou ženou Kristýnou. Pracoval jako krizový manažer ve velké firmě a v práci byl velmi úspěšný. Dokázal s chladnou hlavou dělat obtížná rozhodnutí. Vydělával slušné peníze. Svou ženu miloval. Záleželo mu na ní i na jejich pětiletém synovi. Měl však doma poměrně často záchvaty těžko ovladatelného vzteku. Vybuchoval typicky kvůli úplným maličkostem a choval se pak agresivně. Sám tomu nerozuměl. Jeho ženu to ale samozřejmě trápilo. A on přišel, protože se bál, že by ji kvůli svému chování mohl ztratit. Nebylo nic platné, že mimo okamžiky, kdy Petrem lomcoval vztek, si Petr uvědomoval, že jeho chování je nepřiměřené a že intenzita jeho reaktivního hněvu neodpovídá relativně malé důležitosti každodenních záležitostí, které s manželkou řešil. Tisíckrát si

11 Carl Rogers (2021) o dodnes používaném způsobu diagnostikování duševních poruch napsal, že „je pro psychoterapii zbytečný a může ve skutečnosti terapeutickému procesu škodit“.

12 V integrativní psychoterapii poučené všímavostí k rozlišení obranných mechanismů používáme abhidhammickou fenomenologickou matici „mentálních znečištění“ (v páli *kilésa*, viz Benda, 2019; Benda, Horák, 2008).

říkal, že příště zkusí zachovat klid a bude jednat s nadhledem.

Ve skutečnosti ho ale emoční výbuch většinou přemohl. V tu chvíli nad sebou ztrácel kontrolu.

Aby se Petr mohl naučit lépe regulovat emoce i ve chvílích, kdy dosud obvykle ztrácel kontrolu, bylo třeba, aby si v první řadě uvědomil prchavý primární pocit, který dosud jeho všímavosti unikál (hněv není nikdy primární pocit!). K tomu lze v terapii v rámci rozhovoru využít techniku focusing (Gendlin, 2024; Weiser Cornell, 2015). Náš rozhovor proto vypadal následovně:

TERAPEUT: Zkuste si vybavit nějakou konkrétní situaci, kdy vás přemohl hněv a nedokázal jste se ovládnout. Vzpomínáte si na nějaký takový moment?

KLIENT: No..., třeba vždycky, když najdu neuklizenou špinavou, mokrou houbičku ve dřezu na nádobí. To nesnáším. Množí se tam bakterie. Tolikrát jsem to manželce říkal! To by mě čert vzal!

TERAPEUT: Aha. Kdy se to stalo naposledy?

KLIENT: Minulý týden v úterý.

TERAPEUT: Takže minulé úterý večer po práci jste přišel do kuchyně a ve dřezu byla houbička.

KLIENT: Jo. Začal jsem příšerně nadávat. Nejradši bych byl do něčeho praštil.

TERAPEUT: Dobře. Pojďme zkusit zachytit úplně ten první pocit, možná velmi prchavý, který si člověk většinou ani neuvědomí. Pocit, který vámi proběhl v té první milisekundě, kdy jste uviděl tu houbičku. Dokážete si vybavit ten moment?

KLIENT: Byl to šok! Taková bezmoc! Takový zmar! To snad není pravda, jsem si říkal.

TERAPEUT: Zkuste si vybavit ten moment.

KLIENT: (Zkouší to. Hluboce se nadechuje a dlouze vydechuje, bezděčně si pokládá pravou ruku na hrudník. Jeví viditelné známky toho, že představovaný moment emočně znovuprožívá i teď a tady, když si ho v duchu připomíná.)

TERAPEUT: Co se teď děje ve vašem těle? Cítíte teď nějaký tělesný pocit, který přitahuje pozornost?

KLIENT: Nevím. Takovou bolest. (Tváří se smutně.)

TERAPEUT: Co je to za pocit?

KLIENT: Nevím, asi bezmoc... Že to manželka neuklízí, když jsem ji o to prosil. Je jí to ukradený.

TERAPEUT: Pocit křivdy? (Pauza.) Nebo ponížení?

KLIENT: (Po chvíli.) Pocit, že jsem na všechno úplně sám. Všechno musím dělat já. Nikdo mi nepomůže.

TERAPEUT: Aha. Pocit samoty, osamělosti.

KLIENT: Ano. Někdy se cítím vážně tak sám. (V očích se mu zaleskne.) I uprostřed rodiny. Proč?

(Ptá se tiše, ale zjevně nečeká odpověď.

Vypadá ještě chvíli překvapeně a pak zamyšleně.

Zírá nepřítomně před sebe.)

TERAPEUT: (Po delší chvíli.) Jaké je to v těle teď? Změnilo se něco?

KLIENT: Už jsem se uklidnil. Vztek už vůbec nemám. A ani tu bolest v těle. Asi se mi trochu ulevilo. Jak je to možný?

Během našeho rozhovoru si Petr poprvé všiml prchavého, ale velmi bolestivého pocitu osamělosti, na který v podobných situacích vždy automaticky reagoval vztekem a agresí. Zachytil tedy nejdůležitější element maladaptivního schématu, které v takových chvílích řídilo jeho vnímání, myšlení, prožívání i chování. A je zajímavé, že již samotné toto všímavé uvědomění si způsobilo změnu. Vztek jakožto obranný mechanismus zcela zmizel. Podobná změna v Petrově prožívání přitom od nynějška může nastat i v budoucích podobných situacích, pokud si Petr svého pocitu dětské osamělosti dokáže všimnout. Důležitou roli ovšem bude hrát také Petrovo porozumění tomu, co v dané chvíli *potřebuje*. Když se cítíme osamělí, potřebujeme cítit blízkost a soucitné porozumění. A to v rámci terapie mohl Petr zažívat *ve vztahu* se mnou čili s terapeutem. Aby však Petr ve stavu zoufalé dětské opuštěnosti neuvízl (resp. nerezignoval), když si svého pocitu osamělosti v budoucnu sám všimne, bude potřebovat naučit se *soucítit se sebou samým*. A to možná ještě nějakou chvíli potrvá. Přesto je všímavé zvědomění si pocitu osamělosti nevyhnutelným

prvním krokem. A to, že se mnou Petr tento pocit sdílel a mohl *ve vztahu* se mnou zažít, že jsem i v takové chvíli zůstal s ním, že jsem ho neopustil a chápal jsem, co prožívá, může pro něj být důležitou korektivní zkušeností. Zkušeností, která mu postupně pomůže prolomit naučenou dětskou bezmocnost a rozvinout také *soucit k sobě samému*.

V rámci všímavé diagnostiky bude ovšem u Petra možné odhalit ještě další důležitý a velmi skrytý element jeho maladaptivního schématu: totiž nějaké jádrové přesvědčení (angl. *core belief*), které z hlediska chronologie ještě předchází vzniku bolavého pocitu dětské osamělosti. Vznik pocitů niterné emoční bolesti¹³ je totiž vždy podmíněný nějakou, obvykle v dětství zafixovanou představou (přesvědčením) a také s ní je pak možné v terapii s využitím všímavosti dále pracovat.¹⁴ U Petra by mohlo jít třeba o přesvědčení typu „jsem nemilovaný, nikoho nezajímám, nikam nepatřím“. Až si Petr všimne, že pocit osamělosti v něm ve skutečnosti vzniká na základě takového kdysi zvnitřněného předpokladu, bude mít příležitost dospělým uvažováním absolutní platnost tohoto přesvědčení zpochybnit. Navíc si bude moci uvědomit, že na rozdíl od dětství již ve skutečnosti není závislý na tom, jestli je milován někým zvenčí. Jako dospělý má již totiž možnost být laskavý a pečující sám k sobě. Sám sebe nemusí nikdy opustit, i kdyby jej opustil celý svět. A takové uvědomění si pro něj může být osvobozující.

Na příkladu Petra jsme si tedy zatím jen krátce ilustrovali, jak vypadá všímavý, fenomenologický pohled na duševní poruchu.¹⁵ A snad je zřejmé, že nám nejde o to, zda podle MKN-11 nebo DSM-5 Petr splňuje kritéria pro „intermitentní explozivní poruchu“ nebo „emočně nestabilní poruchu osobnosti“. Z pohledu všímavosti totiž takové diagnózy stejně postihují jen jakýsi vnější fenotyp dané poruchy. Neříkají nám ale nic o tom, jak Petrova agresivita vzniká nebo jak může

13 Ve shodě s terapií zaměřenou na emoce rozlišujeme v této knize tři varianty niterné emoční bolesti, a sice pocity 1) existenciálního strachu, 2) osamělosti, opuštěnosti a 3) méněcennosti, studu. Podrobněji se s nimi seznámíme ve II. části knihy (srov. též Timulák, Keogh, 2021).

14 U nás populární německý psychoterapeut a autor mnoha knih Heinz-Peter Röhr označuje jádrová přesvědčení jako „tajné programy“. Maladaptivní copingové strategie pak označuje jako „antiprogramy“ (viz Röhr, 2013, 2015).

15 Ukazuje se, že všímavý, fenomenologický pohled na duševní poruchy umožňuje lépe porozumět psychopatologickým procesům probíhajícím v našem mozku také na biologické úrovni (viz např. Guendelman, Medeiros, Rampes, 2017; Vago, Silbersweig, 2012; Wielgosz et al., 2019; srov. Zarate-Guerrero, Duran, Naismith, 2022).

Petr svůj reaktivní hněv transformovat, aniž by jej jen potlačil. Všímavá diagnostika je naproti tomu zaměřená na detaily toho, co probíhá v Petrově nitru v typických okamžicích, které ho trápí a které ho přivedly do terapie. Postupně identifikuje důležité emoční i kognitivní elementy klientova maladaptivního schématu i jejich vzájemné interakce a případnou zacyklenost (srov. Borsboom, Cramer, 2013; Hájek, Benda, 2008). Kromě jádrových přesvědčení a pocitů niterné emoční bolesti obvykle odhalí letitým opakováním zafixované obranné mechanismy i jejich vliv na udržování déletrvajících stavů mysli typických pro některé poruchy. Připravuje tak podmínky pro terapeutické postupy přesně cílené na ovlivnění konkrétních maladaptivních *procesů*, které vskrytu udržují jednotlivé symptomy dané poruchy.

Dlouholetá terapeutická praxe s poměrně širokým spektrem diagnóz mi ukázala, že z pohledu všímavosti stojí v pozadí většiny duševních poruch navzájem velmi podobné maladaptivní mechanismy, které řídí vnímání, myšlení, prožívání a chování klientů, když se setkají se spouštěčem pro ně typickým. A právě nedostatek všímavosti a soucitu k sobě podle mých zkušeností způsobuje, že tyto maladaptivní procesy obvykle „vzdorují“ vědomé snaze klientů vlastní prožívání a chování regulovat (viz společné faktory). Všímavé uvědomění si pocitů niterné emoční bolesti (1), porozumění tomu, jaké nenaplněné *potřeby* tyto pocity signalizují (2), i „prokouknutí“ omezené pravdivosti zafixovaných a často neuvědomovaných jádrových přesvědčení (3) jsou přitom podle mě klíčovými hybateli terapeutické změny. Obecně vzato jde tedy o zvědomění si některých prožívaných fenoménů a změnu *postoje* k nim. Pojdme si teď ale říct něco o tom, jak maladaptivní emoční (vztahová) schémata v našem vývoji vznikají a odkud se berou naše jádrová přesvědčení a zvýšená emoční zranitelnost. Pomůže nám to alespoň zčásti porozumět příčinám duševních poruch.

CVIČENÍ 1

JAKÝ POCIT PŘEDCHÁZÍ HNĚVU?

Kdykoli prožíváme hněv, můžeme si být jistí, že jde o *sekundární* pocit, který se objevil jako reakce na jiný, *primární* pocit. Jako všímaví terapeuti bychom ale měli být schopni *primární* pocity jasně rozpoznávat, a tak si pojdme takové rozpoznávání vyzkoušet v následujícím cvičení.

Nejprve si vzpomeňte na nějakou situaci, kdy jste se cítili naštvaní. Zkuste si vybavit, co vás tenkrát naštvalo úplně nejvíc. Hledejte velmi podrobně *spouštěč* hněvu. Pokud šlo o interakci s jiným člověkem, naštvalo vás to, co vám řekl? Nebo způsob, jakým to řekl? Naštvalo vás, co ten člověk udělal, nebo naopak neudělal? Připomeňte si, jaká myšlenka vám v tom nejhorším okamžiku jako první proběhla hlavou.

A teď zkuste na chvíli přestat přemýšlet a podívejte se, co právě teď, když jste si připomněli danou situaci, cítíte v těle. Přeneste pozornost do těla. Na jakém místě v těle se objevuje tělesný pocit? Co je to za pocit? Víte, že daná situace ve vás probouzí hněv. A to je v pořádku. Dovolte si cítit hněv. Jaký *primární* pocit však ve vás daná situace vyvolává? Zkuste zachytit, jaký pocit se objevuje ve vašem těle ještě předtím, než vzplane hněv.

Pokud jste našli tělesný pocit, který právě teď přitahuje vaši pozornost, zkuste najít slovo, které by váš pocit co nejlépe vystihlo. Můžete si položit např. následující otázky: Je to leknutí? Šok? Zděšení? Strach? Nebo pocit křivdy, nespravedlnosti? Cítíte se opuštění, zrazení, znevážení či ponížení? Vystává ve vás pocit selhání nebo pocit nedostatečnosti? Zeptejte se sami sebe: Jaký pocit předchází můj hněv? Jaký pocit prožívá moje „vnitřní Dítě“? Zkoušejte si v duchu postupně říkat všechna výše uvedená slova a pokaždé, když nějaké slovo v duchu vyslovíte, chvíli počkejte. A podívejte se, zda se váš tělesný pocit nějak proměnil. Změnilo se v těle něco? Pokud ne, pomalu zkoušejte další slova. Jaké slovo by nejlépe vystihlo pocit, který právě teď cítíte? Co byste *potřebovali*, abyste se cítili lépe? Pozorujte chvíli svůj tělesný pocit s laskavostí a soucitem.

Už když si vnitřně připustíte možnost, že hněvu možná předcházela nějaký jiný bolavý *primární* pocit, začnete si uvědomovat vlastní zranitelnost a rozvíjet tak soucitný postoj k sobě samým. Možná v průběhu cvičení najdete slovo, které váš pocit vystihuje, a pocítíte jistou úlevu. Možná jen zaznamenáte

nějaký nepříjemný tělesný pocit, aniž byste mu plně porozuměli. Jestliže ale pocit i po deseti minutách stále přetrvává, jemně položte svou otevřenou dlaň na místo, kde ve vašem těle pocit cítíte. A třikrát za sebou v duchu vyslovte přání: „Kéž všechny moje bolestivé pocity pominou! Kéž je mi dobře!“ Jak se cítíte teď?

2. Rané zkušenosti z dětství a vývoj psychopatologie

Psychoterapie jako obor se již od doby svého vzniku vždy zajímala o vývoj naší osobnosti a o některé rané *vztahové* zkušenosti z našeho dětství. Již Sigmund Freud (např. 2000b) a po něm Erik Erikson (2015) popsali kritická vývojová stadia¹⁶, jimiž jako děti procházíme, a spojovali vznik patologických *komplexů* s „ustrnutím“ na některé nižší úrovni našeho vývoje. Současné psychoterapeutické přístupy vycházejí nicméně nejčastěji z teorií Johna Bowlbyho (2010a, b; 2023) a Donalda Winnicotta (2018b, c, d). Tyto teorie vyzdvihují význam raných zkušeností, které zažíváme *ve vztazích* s primárními pečovateli. Velmi stručně řečeno, jde především o to, že když jako malé děti něco *potřebujeme*, jsme zcela *závislí*, zda to naši pečovatelé rozpoznají a tuto naši potřebu naplní. Sami to udělat nemůžeme (viz tzv. naučená bezmocnost – Seligman, 2005). Pokud se tedy vnímaví a pozorní rodiče o naplňování našich potřeb v dětství dostatečně dobře starají, formuje a upevňuje se v nás postupně pocit základní jistoty a důvěry. A zvnitřňujeme si také dojem, že jsme hodní lásky a že „svět“ nás přijímá. Pokud však naše potřeby chronicky naplňovány nejsou, prožíváme „anihilační úzkost“, „nepopsatelnou hrůzu“, resp. „primitivní agonii“ (tj. niternou emoční bolest – srov. např. Hurvich, 2018), a vytváříme si, řečeno současnou terminologií, také velmi negativní a obecná jádrová přesvědčení o sobě samých, o druhých lidech i o světě kolem nás (viz např. Beck, 2021).

Přední světoví odborníci v oblasti teorie citové vazby Mario Mikulincer a Phillip Shaver předpokládají, že pozitivní rané *dětské vztahové* zkušenosti jsou rovněž základem pro postupný rozvoj všímavosti a soucitu k druhým lidem i k nám samým (viz Shaver et al., 2017). Naopak negativní zkušenosti v dětství (angl. *adverse childhood experiences*) však zřejmě často vedou k vytváření maladaptivních emočních (vztahových) schémat a k zafixování obranných mechanismů, které pouze *odvádějí pozornost* od niterné emoční bolesti, aniž by ovšem vedly k naplnění našich skutečných potřeb. Souvislost negativních zkušeností v dětství s výskytem maladaptivních schémat v dospělosti potvrdilo nedávno několik metaanalýz (Pilkington, Bishop, Younan, 2021; May, Younan, Pilkington,

16 Existenci tzv. kritických period ve vývoji lidského mozku dnes potvrzuje také současná neurověda (viz např. srov. Lepow, Morishita, Yehuda, 2021; Nelson, Gabard-Durnam, 2020).

2022; srov. též např. Hughes et al., 2017). A desítky studií potvrdily i vliv negativních zážitků v dětství na vznik negativních jádrových přesvědčení (viz Aafjes-van Doorn, Kamsteeg, Silberschatz, 2020; srov. Aafjes-van Doorn et al., 2021).¹⁷ Vznik maladaptivních schémat ovšem není podmíněn pouze zkušenostmi, jako je domácí násilí, psychické nebo fyzické týrání, opuštění, sexuální zneužívání, užívání návykových látek apod. *Trauma*, které vede k vytvoření maladaptivního schématu, je často mnohem nenápadnější (srov. např. Teicher et al., 2006).

Neviditelné trauma

Když Zdeňka vzpomínala na své dětství, vybavovala si nejčastěji, jak byla jako malá u sebe v pokojíčku a nudila se. Od dvou let žila sama s matkou, která se, když přišla z práce, většinou dívala na televizi a „byla ráda, že má klid“. Nic dramatického se u nich doma nedělo. Zdeňka měla dostatek jídla i čistého oblečení. Jenže ono se právě nedělo vůbec nic. Nikdy neměly žádné návštěvy. Nikam nechodily. A vlastně se spolu ani moc nebavily. Zdeňka přitom věděla, že maminka „toho má hodně“, že je unavená, a nechtěla jí „přidělavat práci“. Měla dojem, že maminku svým povídáním jen obtěžuje. „Jsem hrozná,“ myslela si někdy, když viděla, jak se maminka tváří na její dětské otázky. Aby maminku potěšila, naučila se postupně být „hodná holčička“, to znamená moc nemluvit a nic nechtít. Pak byla maminka spokojená a někdy ji i pohladila po vlasech. Ve škole se Zdeňka snažila. A to, jak spolu s maminkou žily, bylo pro ni samozřejmé a normální. Stejně se ale často cítila tak nějak divně. „Asi jsem nějaká divná,“ myslela si.

Příklad Zdeňky je typický v tom, že se na první pohled nezdá, že by v dětství zažila nějaké *trauma*. Nikdo ji fyzicky netýral ani sexuálně nezneužíval. Měla podobné dětství jako mnoho jiných dětí její generace. A přesto se o trauma jedná.

¹⁷ Četnost výskytu negativních dětských zkušeností v populaci je v západních zemích mimochodem velmi vysoká (až 61 %, viz Merrick et al., 2018; srov. Crouch et al., 2019; Giano, Wheeler, Hubach, 2020; Hughes et al., 2021; Sacks, Murphey, 2018).

Říká se mu komplexní¹⁸ (též kumulativní) interpersonální vývojové trauma (Spinazzola, van der Kolk, Ford, 2018), někdy také trauma zrady (Freyd, Birrell, 2013). V tomto případě můžeme říct, že Zdeňka byla mimo jiné obětí chronického emočního zneužívání. Tím, že se naučila „být hodnou holčičkou“, totiž uspokojovala matčinu potřebu („mít klid“), místo aby to bylo obráceně a matka uspokojovala potřeby malé Zdeňky. Zdeňčiny potřeby byly naopak zanedbávány, ba zcela ignorovány, a malá Zdeňka tak zažívala chronickou *deprivaci* a traumatizaci (srov. McLaughlin, Sheridan, 2016; Sheridan, McLaughlin, 2014). Snad milionkrát byla Zdeňka matkou emočně odmítnuta (a v tomto smyslu opuštěna). Nezažívala ve vztahu s ní ani blízkost, empatické napojení a porozumění, ani uznání nebo ocenění (viz základní potřeby dítěte, Benda, 2019). Ale protože nic podobného neznala, vlastně ani nevěděla, co přesně jí chybí (a to až do dospělosti). Protože byla jako každé malé dítě na matce závislá, nemohla navíc ani odejít, ani se na matku zlobit (to by přece mohlo její vztah s matkou ještě zhoršit). A tak se místo toho naučila ignorovat vlastní pocity, disociovat¹⁹ a snažit se vyhovět potřebám těch druhých (původně matky).

Z hlediska teorie citové vazby bychom u Zdeňky hovořili o vytvoření tzv. bázlživě-vyhýbavé citové vazby. Z hlediska fenomenologie maladaptivního schématu je pro nás ovšem důležitější konstatovat, že v důsledku chronické traumatizace ve vztahu s pasivní a emočně netečnou matkou došlo u Zdeňky 1) k vytvoření negativních jádrových přesvědčení o sobě, druhých lidech a světě („Jsem divná, hrozná, neviditelná, nepřijatelná, na nikoho se nemohu spoléhat“), 2) k vytvoření dispozice v důsledku případné (re)aktivace jádrových přesvědčení vskrytu duše (znovu)prožívat bolestivé pocity prázdnoty a dětské (kosmické) osamělosti a 3) k vytvoření tendencí disociovat a/nebo se nutkavě zaměřovat na potřeby těch druhých. Tyto elementy dodnes řídí její prožívání i chování vždy, když je maladaptivní schéma aktivováno.

Bezpočet výzkumů v oblasti interpersonální neurobiologie a kognitivní, afektivní a sociální neurovědy v uplynulých dvou desetiletích prokázal a podrobně

18 Pro zajímavost uveďme, že MKN-11 pro případy opakovaných nebo dlouhodobých traumatizujících zkušeností nově zavedla diagnózu „komplexní posttraumatická stresová porucha“. Diagnostická kritéria této poruchy přitom zahrnují mj. přítomnost negativních přesvědčení o sobě a pocitů studu, viny nebo selhání (viz World Health Organization, 2018).

19 *Disociace* je odborný termín, který označuje vnitřní odpojení od vlastních emocí – obvykle ve snaze vyhnout se prožívání bolestivých pocitů. Jako obranný mechanismus se disociace často objevuje např. v průběhu prožívání traumatické události (srov. Chefetz, 2015).

zdokumentoval vliv raných dětských zkušeností na vývoj lidského mozku (viz např. Cozolino, 2014; Siegel, 2020; srov. Long et al., 2020; Nemeroff, 2016; Teicher, Gordon, Nemeroff, 2022). Výzkumy ukázaly, že rané dětské zkušenosti mají *základní* vliv na vývoj neurální infrastruktury i biochemie našeho mozku. Ukazuje se přitom, že k typickým důsledkům negativních zkušeností v dětství patří mimo jiné zvýšená emoční reaktivita na některé typické stimuly (spouštěče), nízká míra uvědomování si prožívaných emocí i potíže v regulaci emocí (McLaughlin et al., 2020; Weissman et al., 2019). Výzkumy ovšem u dětí a adolescentů prožívajících negativní zkušenosti nebo deprivaci prokázaly funkční i strukturální odlišnosti nejen v oblastech spojených s prožíváním a regulováním emocí (např. amygdala, anteriorní insula), ale i v oblastech spojených s prožíváním vlastní identity neboli narativního Já (mj. mediální prefrontální kůra, zadní cingulární kůra, orbitofrontální kůra, viz Price et al., 2021; McLaughlin, Weissman, Bitrán, 2019; srov. Gilboa, Marlatte, 2017). A to je z hlediska fungování maladaptivních schémat opravdu zajímavé (viz dále, srov. též kapitola 15).

Podle mých zkušeností²⁰ vznikají maladaptivní emoční (vztahová) schémata typicky v období do sedmi let věku dítěte. A to buď v důsledku nějaké jednorázové traumatizující zkušenosti, a/nebo (mnohem) častěji v důsledku chronického nenaplnění některých základních vývojových potřeb dítěte (vývojové trauma, srov. Benda, 2019). Existují však i teorie, které odvozují vznik maladaptivních schémat např. z traumatických zkušeností, které zažíváme během porodu (Grof, 2021, 2022a). Vzpomínky na takové zkušenosti přitom nejsou za běžných podmínek našemu vědomí dostupné. Pravidelně se ale objevují ve změněných stavech vědomí, které zažíváme při užití některých psychedelických látek (LSD, DMT, psilocybin) nebo při holotropním nebo Maitri dýchání. Mnoho studií kromě toho dokládá také přenos maladaptivních schémat z jedné generace na druhou, a to jak prostřednictvím výchovy (viz Sundag et al., 2018; Zeynel, Uzer, 2020), tak prostřednictvím epigenetických mechanismů (např. Craig et al., 2021; Yehuda, Lehrner, 2018).

20 Protože pracuji výhradně s dospělými klienty, nemám možnost zkoumat maladaptivní schémata přímo u dětí. Předpokládám vznik maladaptivních schémat tedy odvozují především ze vzpomínek dospělých klientů, kteří si zpětně vybavují, kdy v minulosti prožívali pocity niterné emoční bolesti. V případě zkušeností z prvních 2–3 let věku pak odhadují vliv raných zážitků podle toho, že klient zvýšeně emočně reaguje na vlastní domněnky a představy týkající se toho, co se v prvních letech jeho života dělo (podrobněji viz dále). Pokud se v rozhovoru s klientem o jeho dětství neobjeví zvýšené emoční nabuzení (angl. *arousal*), nelze v danou chvíli událost, o níž mluvíme, terapeuticky využít.

Vážení čtenáři, právě jste dočetli ukázkou z knihy Všímavost a Já.

Pokud se Vám ukázka líbila, na našem webu si můžete zakoupit celou knihu.