

PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ
kombinované magisterské studium
sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
Hekrova 805, 149 00 Praha 4 - Háje



**Vztah mezi neverbálním doprovodným programem a skupinovou
psychoterapií a jejich společný vliv na léčbu neurotických poruch v rámci
stacionární péče**

Adéla Misařová

vedoucí práce: Mgr. Jan Kulhánek

Praha 2013

Anotace

Tato diplomová práce popisuje předpoklad, že neverbální doprovodný program stacionární péče ovlivňuje klienty s neurotickou poruchou a popisuje tento vliv jak v rovině individuální, tak i v rámci skupiny. Kvalitativní posuzování sleduje tyto oblasti: náhled – sebepoznání, sebevědomí, vztah k tělu a emocionalitu u vybraných klientů a míru důvěry, pocitu bezpečí a koheze ve skupině v rámci dynamicky orientované skupinové psychoterapie. K ověřování metod je využito pilotního šetření.

V teoretické části práce vymezuje pojmy: neurotické poruchy, teorie konfliktu, obranné mechanismy, etiologie, skupinová psychoterapie a stacionární péče.

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci ke státní zkoušce zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Praze dne 29. 4. 2013

.....

Děkuji Mgr. Janu Kulhánkovi za vedení, za jeho odborné poznámky a rady, které mi pomáhaly při zpracovávání práce a zejména za jeho trpělivost a ochotu.

.....	Obsah
Úvod		5
1 Neurotické poruchy		6
1.1 Definice a popis neurotických poruch		6
1.2 Teorie konfliktu		6
1.2.1 Obranné mechanismy		10
1.3 Vztahy s druhými lidmi		10
1.4 Emocionalita, myšlení a jednání... ..		10
1.5 Etiologie neurotických poruch.....		11
1.5.1 Biologické determinanty neurotických poruch		12
1.5.2 Sociální učení		13
1.5.3 Aktuální situace		15
1.5.4 Kulturní a společenské faktory		16
1.5.5 Osobnostní rysy disponující k neurotické poruše.....		17
1.6 Vymezení neurotických poruch podle NKN - 10.....		18
1.7 Úzkost jako průvodní jev neurotických poruch.....		20
2 Skupinová psychoterapie		24
2.1 Obecné pojetí skupinové psychoterapie		24
2.2 Specifika skupinové terapie u neurotických pacientů		25
2.2.1 Práce s intrapsychickými konflikty		27
2.2.2 Proces změny		27
2.2.3 Role.....		29
3 Stacionární péče		30
3.1 Typy stacionární péče.....		31

4 Praktická část.....	32
4.1 Frakcionovaný stacionář kliniky Eset-povaha, program a mé působení v něm .	33
4.2 Metody šetření	34
4.3 Popis zkoumané skupiny	35
4.3.1 Skupinová témata	35
4.3.2 Dynamika zkoumané skupiny	36
4.3.3 Pracovní plán a cíle verbálního i neverbálního programu.....	38
4.4 Popis zkoumaného vzorku.....	38
4.5 Pracovní plán pro vybrané klienty v rámci doprovodného programu.....	44
4.6 Vztah výzkumného vzorku k neverbálním technikám, relaxacím a jeho vývoj	47
4.7 Působení neverbální práce na jednotlivé klienty výzkumného vzorku	50
4.7.1 Vyhodnocení.....	59
4.7.2 Shrnutí výsledků – ověřování první hypotézy	61
4.8 Vliv neverbálního programu na skupinovou soudržnost a budování důvěry ve skupině	62
4.8.1 Vyhodnocení.....	65
4.8.2 Shrnutí výsledků – ověřování druhé hypotézy	67
5 Diskuze.....	68
5.1 Nedostatky kvalitativního šetření	68
Závěr.....	69
Seznam literatury.....	72

ÚVOD

„Kreativita člověka je podstatou jeho bytí.“ (Jebavá, 1997, str. 5).

Jana Jebavá tento výrok pokládá v souvislosti představení arteterapie. Avšak kreativitu můžeme spatřovat nejen ve výtvarném tvoření, ale i v procesu tvoření pohybu, hudby, imaginací a také i v procesu myšlení. Proto její citaci předkládám k představení neverbálních terapeutických technik všeobecně. Neverbální práce ukazuje klientovi cestu k jeho kreativě a také k jeho prožitku. Proto shledávám neverbální práci s neurotickými pacienty jako důležitou.

„Bariéra mezi prožitky a interakcemi je pro teorii neuróz přinejmenším stejně podstatná jako bariéra mezi uvědomovaným a neuvědomovaným.“ (Matoušek, 1986, str. 131).

Mou inspirací a motivem psát diplomovou práci na toto téma, byla velice obohacující zkušenost ve frakcionovaném stacionáři psychoterapeutické a psychosomatické kliniky Eset, kde jsem působila jako koterapeut po dobu čtyř měsíců. Má stěžejní práce spočívala ve vedení neverbálního doprovodného programu, který sledoval zejména zážitkovou rovinu. A každý zážitek, sám o sobě, člověka obohacuje, naplňuje, způsobuje lepší pocit ze sebe, uvolňuje emoce, tedy i fyzické napětí. A pokud jde o skupinový zážitek, vzájemně účastníky něčím propojuje a prohlubuje pocit „myství“. Neverbální program mi tedy přišel v práci s neurotickými pacienty velice přínosný, proto jsem se rozhodla napsat svou práci na toto téma a lépe vliv neverbální práce prozkoumat.

V teoretické části se snažím o představení neurotických poruch, jako zajímavé mi připadalo přiblížit tuto problematiku skrze teorie konfliktu. A podívat se na neurotický konflikt z několika úhlů, předkládám teorii konfliktu S. Freuda, C. G. Junga, K. Horneyové, J. Dollarda a N. E. Millera a V. N. Mjasišačeva. Vysvětluji vztahovost, emocionalitu, myšlení a jednání, jež jsou typické pro jedince s neurotickou poruchou, a zabývám se i možnými příčinami tohoto onemocnění.

Druhá oblast mé teoretické části se věnuje skupinové psychoterapii s tím, že se snažím vystihnout specifika skupinové terapie u neurotických pacientů. Věnuji se intrapsychickým konfliktům, procesům změny a popisem rolí. Protože má praktická část reaguje na způsob

léčby ve frakcionovaném stacionáři, zahrnuji do teorie i popis stacionární péče pro klienty s neurotickými poruchami.

1 NEUROTICKÉ PORUCHY

1.1 Definice a popis neurotických poruch

Poprvé pojem neuróza vyslovil William Cullen v roce 1769 (avšak zakotvení v roce není jednotné, v různé literatuře je uvedeno jinak, například Oldřich Matoušek uvádí rok 1776, Smolík rok 1789). W. Cullen předkládá chápání neurózy, jako veškeré nervové poruchy a symptomy, které nemají fyziologické vysvětlení a které ovlivňují především naše vnímání, smysly a emoce. Šlo o představu „nemocných nervů“, jak už napovídá sám název neurosis, jež je odvozen z řeckého slova neurón, tedy nerv a koncovky osis, ta vyjadřuje chorobný stav. (Praško,2005). Ale od té doby tento termín prošel mnoha modifikacemi. V současné psychiatrické praxi stále přetrvává, i když je diskutován a liší se i v hlavních klasifikačních systémech, kde je zařazen v MKN-10 pod kategorií neurotické poruchy (tato terminologie je v mé práci preferována) a v DSM-IV je nazván jako úzkostná porucha (Vágnerová, 2004). Stejně tak existuje i několik pokusů o definici neurózy, jež se shodují v bodě, že je neuróza chápána jako porucha, bez zjistitelné organické příčiny. Pokusím se tedy o stručné shrnutí a popsání základních rysů, abych vytvořila obecný obraz neurotické poruchy, z něhož budu vycházet.

Na rozdíl od psychóz má neurotický pacient dostatečný náhled a není narušen postoj k realitě, tedy se neprojevuje zmatenost, bludy, halucinace a fantazie. Chování sice může být ovlivněno, ale většinou zůstává v sociálně akceptovaných normách. U neurotického pacienta není narušena osobnost. (Hartl, 2004, str. 160).

Neuróza je často charakterizovaná jako porucha adaptace, kdy dochází k selhávání schopnosti úspěšně zvládat zátěžové situace a dochází k problémům plně uspokojovat své potřeby sociálně přijatelnou cestou (Vágnerová, 2004).

1.2 Teorie konfliktu

Koncepce nemoci jakožto existence nějakého konfliktu pochází již z dob Platóna, který spatřoval poslání lékaře v tom, aby mezi protikladnými sklony a touhami v těle sjednával harmonii.

„Dobrý odborník musí býti s to, aby zcela nepřátelským žvlům v těle způsoboval přátelství a vzájemnou touhu“ (Matoušek, 1986, str. 127).

U kořene neurotických poruch, již od dob S. Freuda a jeho studie hysterie, stojí právě konflikt. Ten vyvolává vnitřní napětí, k jehož odreagování dobře slouží neurotické symptomy. (Fürst, 1997).

K vysvětlení hysterie a neuróz S. Freud předkládá konflikt mezi id a superegem. Jde o duševní konflikt mezi potlačovanou emocí (afektem, hybnou silou vycházející z id), jež se snaží vetřít do vědomí a být uvolněna, a jinou částí psychiky, která jde proti této síle, odmítá a nechce připustit existenci emoce, protože je pro ni určitým způsobem ohrožující, odpudivá, či jde o potlačenou vzpomínku na situaci, se kterou se jedinec nedokáže vyrovnat. Ta však v oblasti nevědomí neztrácí na své intenzitě a v různých podobách se vrací do vědomí, tudíž dochází k opětovnému potlačení. Svou roli zde sehrává pro neurotické poruchy typická úzkost, s níž jedinec reaguje na některé své emoce, impulzy, přání, na základě úzkosti dojde k potlačení těchto jevů, dokonce může dojít i k potlačení a vytěsnění úzkosti samotné, na jejímž místě vzniknou neurotické či psychosomatické symptomy (Ponešický, 2004, str. 30).

Freud tedy přichází s pojmem „mechanismus obrany“, který stojí v jádru psychoanalytické teorie neuróz. Tato teorie předpokládá, že odmítnutý, vytěsněný afekt, kterému ego a superego nedovolí se přímo vyjádřit a uvolnit, způsobuje vznik neurotických příznaků (Storr, 1996).

Logicky vyplývá, že na základě rozdílnosti obsahů, jsou složky vědomí a nevědomí často v rozporu. Proto se autoregulační složky naší psychiky snaží větší nerovnováhu regulovat, pokud je tato regulační aktivita oslabena, může dojít k rozvoji příznaků neurózy (pocity zmatení, strachu, úzkost, vina, extrémní afekty atd.).

Podle C. G. Junga je konflikt stav nerozhodnosti provázený vnitřním napětím. V souvislosti s neurotickým konfliktem přichází s hypotézou, že účastníky konfliktu jsou komplexy (Sharp, 2005, str. 79). Mít komplexy je zcela normální jev, ale pokud jsou příliš protichůdné a neslučitelné, dojde k odštěpení. Nejtypičtějším příkladem jsou protichůdné tendence v oblasti emoční a rozumové. Tyto odštěpené komplexy jsou nevědomé, proto se vyjadřují nepřímou, skrze neurotické symptomy. Jsou to prvky naší psychiky, které se vymkly kontrole vědomí a samostatně existují v „temné oblasti“ psyché (Drapela, 2001).

Těmto samostatným útvarům v nevědomí připisuje důležitost i Pierre Janet, který na tomto základě vypracoval koncept disociace, jež je typický ve značné míře pro všechny neurózy (Praško, 2005). C. G. Jung těmto svým odštěpeným komplexům připisuje velkou emoční sílu, protože se týkají osobních zkušeností a zážitků jedince, představují neukončené záležitosti v jeho životě často souvisejícími se vztahovou oblastí - vztahy k rodičům, autoritám (Drapela, 2001).

C. G. Jung charakterizuje neurózu jako psychologickou krizi, kdy člověk přestává žít v souladu sám se sebou, je narušena jeho celistvost, jež je vytvářena a udržována složkou osobnosti, kterou Jung nazývá bytostné Já, tak dochází k disociaci osobnosti aktivizací komplexů (Sharp, 2005).

Neurotik se pak snaží chovat tak, aby se vyhnul situacím, jež jeho konflikt s odmítanými částmi jeho osobnosti vyvolávají (Poněšický, 2004, str. 199).

Tyto intrapsychické konflikty doplňuje a rozvádí koncem třicátých let Karen Horneyová, která je rozšiřuje o sociálně-psychický rozměr. Společně s dalšími neopsychoanalytiky (Erich From, Harry Stack Sullivan) vytváří interpersonální teorie, které staví na myšlenkách Alfreda Adlera a jeho důrazu na roli sociálních prvků, jakožto určujících činitelů vývoje jednotlivce. K. Horneyová příčiny úzkosti a neurotických symptomů zakotvila v sociálně-kulturních faktorech prostředí dítěte (Drapela, 2001).

Svůj koncept bludného kruhu neuróz a věčného konfliktu staví na myšlence, že se v zásadě cítíme bezmocní, osamocení a zranitelní vůči nepřátelskému a nekontrolovatelnému okolnímu světu a to v nás (zejména v dětství) vyvolává základní úzkost. Cestou z této úzkosti a možnost, jak se s ní zdravě vyrovnat, je láskyplný, vřelý, všeobjímající vztah s rodiči a jejich péče, bez ní se může rozvinout bazální úzkost a bazální hostilita. Pokud dítě strádá v jakémkoli ohledu v dostávání lásky, bezpečí, pozornosti a uznání vyvolává to v něm agresivní pocity a následně silné pocity viny z této agrese (má strach ze ztráty rodičů). Dochází tedy k protichůdným tendencím a vytváření neurotických postojů (vždy vyhovět, stažení se či útočnost), ty na sebe nabalují další konflikty a potlačování. Vytváří se bludný kruh, jedinec touží po lásce a bezpečí, to však nedostává, cítí hněv, avšak nemůže jednat agresivně, protože to přináší riziko potrestání a ztrátu lásky a bezpečí. Dojde k potlačení hněvu, roste bazální napětí. Prožívání takového napětí zvyšuje potřebu bezpodmínečné lásky a náklonnosti, je však příliš intenzivní a klade nadměrné nároky, tedy často ani tato potřeba být uspokojena nemůže. Narůstá zase tenze a hostilita, zase musí být potlačena, neb sebou nese riziko ztráty vztahu. A proces se zase opakuje. V jedinci tak vedle sebe existují dvě silné protichůdné tendence: potřeba lásky a bezpečí a potřeba projevit své emoce a myšlenky. Neurotické osobnosti se s tímto vnitřním napětím pokouší vyrovnat různými strategiemi. Často si vytváří idealizovaný sebeobraz, který sebou přináší přehnané požadavky na sebe, jež je těžké zvládnout a selhání vede k pocitu nedostačivosti, frustraci, úzkosti a sebenenávisti. Sebenenávist je s každou chybou a selháním stupňovaná a zvyšuje se tak i tlak na dosažení idealizovaného sebeobrazu a nároků typu „měl bych“, což vede zase k dalšímu selhání a neuspokojení, tedy vzniká další bludný kruh. Aby se jedinec vyrovnal s pocitem vlastní

nedostačivosti, připisuje vlastní selhání druhým či nějakým situacím, dochází k externalizaci, odcizení vlastního self. Sílí idealizovaný sebeobraz a „neurotická hrdost“, jedinec musí věnovat spoustu své energie pro udržení těchto obranných mechanismů, zbývá mu tedy méně síly ke konstruktivnímu řešení problémů a k vlastní seberealizaci (Praško, 2005).

Představitelé behaviorismu J. Dollard a N. E. Miller tvrdí, že za vznikem neuróz stojí nevědomé konflikty naučené v raném dětství. Jsou to konflikty typu přitahování – odpuzování. Dítě je přitahováno k nějakému jednání (například k nějakému sexuálně zabarvenému počínání) a zároveň odpuzováno strachem z trestu. Dalším typem konfliktu je přitahování versus přitahování, kdy dítě stojí před volbou mezi dvěma stejně přitažlivými a pozitivními možnostmi. Nebo naopak odpuzování versus odpuzování, kdy musí volit mezi dvěma stejně negativními alternativami, zvolit si mezi dvěma typy potrestání (Drapela, 2001).

Konflikt lze obecně chápat buď jako zdroj určitých potíží, nebo jako důležitý činitel, záleží, z jakého úhlu pohledu na něj nazíráme. Při farmakologické léčbě bude stát v popředí spíše biologická stránka věci, tedy konflikty v oblasti nervových a hormonálních jevů. Psychoanalytik bude sledovat rovinu intrapsychických konfliktů. Dynamicky a interpersonálně zaměřený terapeut si povšimne spíše roviny meziosobních vztahů a interpersonálních konfliktů. Ve skupinové či komunitní práci budou sledovány minulé a současné konflikty v sociálním prostředí a rodinný terapeut se bude pohybovat ve vztahové síti dané rodiny (Matoušek, 1986).

Nejzákladněji lze konflikty rozlišit na vnější a vnitřní, avšak který z nich je u neuróz prvotní nelze s jistotou říci (Matoušek, 1986). V pojetí V. N. Mjasiščeva může jít o vnitřní boj, protichůdné tendence a touhy (jak také popisuje S. Freud), které narážejí na pocíťované povinnosti a normy, nebo konflikt mezi idealizovaným self, touhami daného jedince a osobnostními reálnými možnostmi (což zmiňuje i Horneyová) či konflikt, jež vniká na základě rozdílností nároků okolí na jedince a jeho přáními (Kratochvíl, 2006). K pochopení pacientova konfliktu je zapotřebí komplexního pohledu. Věnovat se jak intrapsychickým souvislostem, prožitkům, přáním a touhám, tak i jeho interakcím s okolím, meziosobním vztahům. Často se vnitřní konflikt přelévá do vnějšího a naopak. „Co se nedaří řešit uvnitř, řeší se navenek a naopak, pacient, který selhává v interakcích, obrací se k řešení vnitřním“ (Matoušek, 186, str. 131)

1.2.1 Obranné mechanismy

Tyto ochranné tendence, jež mají v terapeutické praxi různou terminologii (obranné mechanismy, kompenzační mechanismy, psychické obrany) a mohou být vnímány jak ve sféře bariéry mezi vědomím a nevědomím, tak i ve sféře čistě jen uvědomované v rámci dvou tendencí, chrání jedince před konfliktem a to: popřením, oslabením, izolací, intelektualizací, regresí, transformací či přesunem konfliktu jinam. Obranné mechanismy využíváme všichni, pomáhají nám vnitřní napětí a konflikty určitým způsobem regulovat a usměrňovat tak, abychom je dokázali zvládnout. Však u jedinců, u nichž existují nějaké předpoklady k neurotickému chování, tyto obrany konflikt spíše fixují často i zesilují, řeší ho jen zdánlivě nebo přeneseně a tyto nefunkční, rigidní mechanismy pak vedou ke vzniku neurotických příznaků (Matoušek, 1986).

1.3 Vztahy s druhými lidmi a neurotické postoje

Na základě bazálního konfliktu (základní úzkosti) si již v dětství jedinec vytváří určité mechanismy, aby si udržel pocit bezpečí. Podle Horneyové využívá tři typů interpersonálních vztahů: pohyb směrem k lidem, pohyb proti lidem, pohyb od lidí. U dětí, kde nedochází k úplnému naplnění základních potřeb lásky, vřelosti a uznání, dojde k rozvoji a postupnému prohloubení jednoho z těchto tří způsobů vztahování se podle toho, jaký je pro něj neúčinnější. Tento způsob se potom stává extrémní a strnulý (Drapela, 2001). Na tomto základě rozlišujeme tři základní neurotické postoje: podrobivost (tendence zavděčit se až závislost), stažení se do sebe (uzavřenost, vyhýbání se lidem) a útočnost (usilování o moc, agresivita). Tyto postoje se dostávají do popředí při řešení konfliktů, avšak postrádají účinnost, nabalují na sebe další konflikty a vytváří se neurotický bludný kruh bez vědomého náhledu (Kratochvíl, 2006). Zdravý jedinec by měl v různých situacích dokázat propojovat a intuitivně užívat všechny tři způsoby vztahování se k druhým.

1.4 Emocionalita, myšlení a jednání

Charakteristickým rysem pro neurotické poruchy je také změna v požívání, to samozřejmě může s sebou přinášet i změny v chování a uvažování. Typické je zhoršení emočního ladění, deprese, pocity strachu, úzkosti a napětí, což vede k aktivaci obranných mechanismů, jež mohou a jsou často neúčelné. Maladaptivní způsob vyrovnávání se se zátěží se může zafixovat, důsledkem pak bývá zablokování nových možností řešení. Tato blokáce je

spíše emočního rázu, jedinec s neurotickým onemocněním se nových způsobů řešení bojí, není si jist, nedůvěřuje si, je ochromen strachem a úzkostí. Neurotické onemocnění bývá tedy fixací či kumulací nevyřešených zátěží, kdy došlo k selhání vyrovnávacích mechanismů, obran a účinných copingových strategií, tedy jde u neurózy o poruchu adaptace (Vágnerová, 1999).

Vedle poruchy emocí lze pozorovat v souvislosti s různými typy i jisté poruchy v oblasti myšlení (obsese, poruchy hodnocení, zejména sebehodnocení), paměti (amnézie), pozornosti (únava), autoregulace (kompulze), poruchy spánku a samozřejmě i často se vyskytující somatické symptomy (třes, bolesti, závratě atd.) (Vágnerová, 1999, str. 201, 204).

Dalším velice zjevným rysem neurotických poruch je negativní hodnocení a emoční ladění. Neurotický jedinec má sklon se často nereálně negativně stavět jak k sobě samému, tak i k okolnímu světu. Vytváří si zkreslený sebeobraz, mívá zhoršené sebehodnocení a nízké sebevědomí, pocity neschopnosti, nejistoty, které vedou k vyhýbání se situacím, na něž domněle nestačí. Vnímá okolní svět jako ohrožující a nepřátelský, proto se mu vyhýbá a uchyluje se do izolace nebo do pravidel a rituálů. Tento neurotický postoj způsobuje, že se takovýto jedinec dostává vůči druhým buď do pozice bezmocnosti, tedy infantilní závislosti (podrobivost) (N. B.), nebo naopak do nepřátelství a nedůvěřivosti (útočnost) (S. A.), anebo se uchýlí do izolace a introverze (stažení se do sebe) (T. E.) (Hartl, 2004, str. 155).

1. 5. Etiologie neurotických poruch

V průběhu života každý člověk musí řešit konfliktní situace, které nám určitým způsobem znemožňují uspokojování některých potřeb či uskutečňování některých vztahů. Je třeba zmobilizovat vnitřní síly a pokusit se tyto situace účinně řešit, často je třeba se něčeho vzdát, oželeť, rozhodnout se. Avšak někdy jsou nároky okolí obzvláště silné a psychika může být oslabena vrozenými dispozicemi (introverze, dráždivost, melancholie, snížená odolnost vůči frustraci a stresu atd.) a zatížena nezdravým výchovným prostředím, může se objevit traumatická událost. To vše může vést k tomu, že nám adaptační síly nestačí a dojde k psychické poruše. Tedy co se týče etiologie, je třeba se dívat na příčiny neurotických poruch komplexně. Nejde o jeden faktor, ale o interakci vrozených dispozic, meziosobních a psychosociálních vlivů a vlivů behaviorálně podmíněných (Horneyová zdůrazňuje i vlivy kulturní). U člověka s neurotickou poruchou se objevuje dispoziční neschopnost přijatelně a zdravě se adaptovat i na běžné podmínky, ty se mu jeví subjektivně nevládnutelné a rušivé.

Zároveň je pro něj charakteristické, že převažuje emoční složka hodnocení, pocit bezmoci oslabuje rozumově ovlivňovat své chování (Vágnerová, 1999).

Určit jednoznačnou příčinu, která vede k neurotickému onemocnění, je prakticky nemožné. Sice se mnoho výzkumů této problematice věnuje, ale zatím nelze nalézt jednoznačné interpretace. Avšak lze vysledovat jisté faktory, jež mohou mít v interakci s jinými vliv na propuknutí neurotických symptomů. Svou úlohu zde mohou sehrávat biologické determinanty, sociální učení, zátěžové situace, kterým může být jedinec vystaven, kulturní a společenské faktory a zejména osobnostní rysy daného jedince.

1.5.1 Biologické determinanty neurotických poruch

Určitou úlohu zde sehrává *dědičnost*. V této souvislosti se můžeme setkat s pojmem neuroticismus, jež zavádí H. J. Eysenck a charakterizuje ji jako genotypickou náchyllost k emocionální a duševní labilitě, ke zvýšené vnitřní tenzi a pohotovost k úzkostem, strachům a k neuróze samotné (<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/neuroticismus>). Eysenck neztotožňuje neuroticismus s neurotickým onemocněním, ale pojímá ho jako dědičný dispoziční faktor, který mimo jiné ovlivňuje i osobnostní charakter, proto se s tímto termínem setkáme ještě v kapitole osobnostních rysů disponujících k neuróze.

U neurotických poruch se mluví o multifaktorálním typu dědičnosti. To znamená, že dědičnou determinantou poruchy může být celá řada genů, z nichž žádný z nich nepůsobí samostatně a není jednoznačným a výlučným nositelem.

U různých diagnóz neurotických poruch má dědičnost různý vliv. Výzkumy ukazují, že u hysterie a hypochondrie má dědičnost malý či žádný vliv. Naopak prokazatelná dědičná komponenta se ukazuje být u obsesí, depresivních neuróz a silná je u úzkostných stavů, kde se pravděpodobně uplatňuje specifický dědičný přenos (Matoušek, 1986).

Na průběh a vznik neurotické poruchy může mít vliv i *temperament*, tento vliv je však jen částečný, záleží i na výchovném prostředí. Konkrétně jde o tzv. rizikový temperament vyznačující se nepravděpodobností biologických funkcí individua, nepřizpůsobivostí, tendencí k negativnímu prožívání a k negativnímu zpracování nových podnětů.

Výzkumy dále ukazují, že neurotické poruchy se častěji objevují u žen, než u mužů. Na tomto základě by se dalo říci, že příslušnost k ženskému *pohlaví* znamená o něco větší disponovanost k neurotickým poruchám. Tento jev je vysvětlován horší schopností u žen odreagovávat a uvolňovat zlost a agresivitu, větší tendencí k závislostním vztahům a větší inklinací k bezmocnosti a neschopnosti se prosadit, je u nich vyšší ovlivněnost aktuální

zátěžovou situací (starosti o domácnost, děti, nemožnost se prosadit, závislost na muži, atd.) Avšak dá se tento jev vysvětlit i tak, že muži se svými výkonnostními tendencemi považují psychické onemocnění za projev slabosti, tedy se vyhýbají odborné pomoci, tím pádem statistiky nemusejí vždy vykreslovat opravdovou realitu. Muži problémy somatizují a racionalizují, o čemž vypovídá i větší tendence k obsedantním povahovým rysům u mužů. U žen jde spíše o inklinaci k hysterickým či depresivním neurózám.

Na vznik neuróz se mohou podílet i *somatické vlivy*, různá onemocnění a tělesné zvláštnosti. Mezi nejběžnější činitele, jež jsou vázané na tělo a tělesné funkce patří: komplikovaný porod, retardace vývoje v dětství, záněty mozku, poranění hlavy s bezvědomím, žloutenka, intoxikace, neurologické abnormality atd. Různé teorie uvádí i například vliv nerozpoznaných virových infekcí, nálezy na EEG, vliv hormonálních žláz, avšak nejsou jasně potvrzeny (Matoušek, 1986).

Většina nálezů v této oblasti a výzkumných teorií se nedá jednoznačně interpretovat a zobecňovat, výsledky a různé koreláty nemůžeme brát tedy jako obecné pravdy o příčinách neurotických onemocnění, avšak jasně dokazují, že existuje jistá souvislost a vztah mezi biologickými determinantami a neurotickým onemocněním.

1.5.2 Sociální učení

Nejdůležitějším prostorem (sice ne jediným), kde probíhá sociální učení a jež může být úrodnou půdou pro vznik psychických poruch, je *původní rodina*. Plní důležitou socializační funkci, protože představuje pro dítě závazný model všech jiných společenských vztahů. Dítě se zde učí sociálním dovednostem, získává emocionální podporu a pocit vzájemnosti, bezpečí, jistoty, zároveň si v konfrontaci s ostatními členy rodiny okouší a buduje svoji individualitu. To vše je důležité pro jeho zdravý psychický vývoj. Pokud však rodina místo tohoto zdravého prostředí nabízí i jisté patologie, je možné, že dítě na základě učení a své zkušenosti si v sobě vypěstuje tendence k těmto nabízeným patologiím. Konkrétně v našem případě tendence k neurotickým symptomům. Dítě se v rodině může učit konfliktu, i nefunkčním obranám proti němu. Na dítě se v rodinném prostředí přenáší způsob řešení zátěžových situací, vůbec se předurčuje, na jaké situace bude v budoucnu dítě citlivé a jakým způsobem se na ně bude adaptovat. Předurčuje se zde tedy i to, bude-li v této oblasti selhávat, bude-li volit neurotické řešení situací.

Vůbec problematika vlivu primární rodiny na psychický vývoj dítěte je velice obsáhlá, pokusím se tedy jen stručně pojmut základní jevy, jež mohou vést k neurotickým poruchám.

Jedním z nich je tzv. mateřská deprivace, nedostatek či úplná absence vřelosti, emoční opory, intimního vztahu s matkou, z toho pramenící pozdější nedůvěra k lidem i k sobě. Nejproblémovější se zdá být letargie a apatie ze strany matky.

Co se týče výchovného stylu rodičů, překážkou se ukazuje být příliš tvrdá a ambiciózní výchova (často vede k obsedantně-kompulzivním poruchám), příliš laxní a liberální výchova a příliš protektivní styl výchovy, kde je přítomna přílišná ochrana ze strany rodiče, rozmazlování a omezování, dítě je potom citlivé na sebemenší frustraci.

Rodiče by měli tedy představovat zdroj opory, autority a vzoru (identifikace). Identifikací se dítě učí roli, jež odpovídá jeho sexuální totožnosti. Je to proces oboustranný. Anamnézy neurotických pacientů často ukazují nesoulad mezi rodičovskou identifikací a reálným pohlavím dítěte (otec se k dceři staví a vychovává ji jako kluka), to může vést k vnitřnímu konfliktu u dítěte mezi jeho biologickým pohlavím a identifikačním přáním rodiče, což ve finále vede k problémům interpersonální adaptovanosti. Nejde jen o sexuální identifikaci či model rodiče jako jednotlivé osobnosti, ale vůbec o model vztahovosti, interakčních stylů a posloupností, které rodiče pro dítě představují (Matoušek, 1986).

Dítě si z rodiny odnáší interakční stereotypy, komunikační tabu, různé zvnitřnělé zákazy, emoční a vztahové deficity, traumata (rozvodová situace), atd. to vše si potom daný jedinec sebou nese jako výbavu do svých vlastních vztahů.

Co je u dospělých jedinců s neurotickou poruchou specifické a co mě oslovovalo i u členů zkoumané skupiny, je silně ambivalentní vztah k rodičům. Téměř každý člen měl ke svým rodičům či jednomu z nich určitý závislostní vztah. *(V průběhu terapie se ukazuje, že pro S. A., je i přes veškeré minulé křivdy, vztah s matkou v současném životě důležitý, je stále živý. Klientka se snaží matce celý život zavděčit, aby jí dokázala, že není tak špatná, dokonce že je lepší než bratr, kterému neprávem matka věnuje více lásky. Neustále se snaží s matkou udržovat kontakt, v průběhu stacionáře, s ní byla dokonce i pár dní na dovolené. Přijela však rozčarovaná z matčiny přehnané kritičnosti. Projevovala vztek, jenž vůči ní cítí a zároveň touhu po jejím uznání.)*

O. Matoušek to přiřazuje u neuroticky disponovaného dítěte k větší potřebě opory a ochrany nebo tendencím některých rodičů uspokojovat své emoční potřeby skrze dítě, a tím mu znemožňovat odpoutání. Takovýto rodiče snižují autonomii a zdravé sebevědomí dítěte (mohou je i ponižovat), někdy se chovají i nekonzistentně v tom smyslu, že se pohybují v polaritě odmítání a absolutnímu obětování se dítěti, čímž u pacienta vyvolávají pocit závázanosti, oddanosti, provinění a zmíněné závislosti. Na druhou stranu mají pacienti potřebu je kritizovat, odpoutávat se, často potlačují i agresivitu vůči nim (Matoušek, 1986).

Kontakt s *vrstevnickou skupinou* může mít na jedince stejně tak výrazný vliv jako učení v rodině a *vztahy mezi sourozenci*. Pokud jedinec nemá dostatek zkušeností s vrstevnickou skupinou, je izolován, může to u něj vyústit v defektivní výkon sexuální role (Matoušek, 1986). Kromě získávání těchto mužsko-ženských společenských rolí je vrstevnická skupina i zdrojem sebehodnocení dítěte (společně s původní rodinou). Často právě mezi vrstevníky může přijít zkušenost nebo okolnost, která může zvrátit doposud zdravým směrem se vyvíjející osobnost dítěte. Příčina psychických problémů nemusí mít tedy kořeny v rodině, nýbrž až mezi vrstevnickými vztahy.

„V každém věku může být sociálním učením podpořen zdravý vývoj a v každém věku jím může být bržděn.“ (Matoušek, 1986, str.56).

Příčiny, které mohou ovlivnit určité dispozice k neurotickému onemocnění nebo které přímo mohou způsobit propuknutí neurózy, se mohou objevit kdykoliv a kdekoliv, v jakémkoliv období lidského života.

Proces sociálního učení u jedinců, kteří již nesou určité predispozice k neurotickému onemocnění, probíhá odlišně (vnímají intenzivněji nepříznivé podněty z okolí a zobecňují je na ostatní situace, reakce jsou ovlivněny negativními emocemi, jsou posilovány druhotné zisky z obtíží, atd.). Šance propuknutí poruchy je tedy o něco vyšší.

1.5.3 Aktuální situace

Za etiologicky významné při propuknutí neurotických poruch se pokládají ty situace, které jsou neočekávané, jedincem negativně hodnoceny a ohrožují významné životní hodnoty. Stejně závažnou příčinou může být i naopak absolutní nedostatek nových událostí.

Každá zátěžová situace, vyvolává jisté emoce a adaptace dané osoby závisí i na tom, jak je schopna zacházet s těmito emocemi. Jedinci, u nichž převažuje emoční klima „vzdání se“, mají větší tendenci ke vzniku psychických či psychosomatických potíží.

Pokud jako příčinu chceme posuzovat zátěžovou situaci, musíme ji brát zároveň s otázkou, zda jsou v sociálním prostředí daného jedince uspokojivé sociální vztahy. Pokud chybí, je jasným výsledkem větší šance na propuknutí potíží, než jen v případě působení samotné situace. Aktuální události je potřeba posuzovat vždy ve vztahu s meziosobními vztahy.

Mezi nejčastější traumata či zátěžové situace, jež mohou vést při nezpracování a v kombinaci s dalšími faktory k neurotickým poruchám, patří: ztráta významné osoby,

navazování nových vztahů (při chronické osamělosti), ohrožení významných hodnot, ohrožení zdraví, života, integrity (Matoušek, 1986).

Někdy nemusejí obtíže přijít hned po dané situaci, ale jejich nástup může trvat i několik měsíců. Dost často také sama situace není přímo příčinou, nýbrž jen zhoršuje již existující symptomy či dispozice, bývá tou tzv. poslední kapkou.

1.5.4 Kulturní a společenské faktory

Je prokazatelné, že civilizační vývoj sebou přináší i nárůst výskytu neurotických poruch. Tento ukazatel je zřejmý u zemí, které rychle prošly vývojovými etapami. Horneyová pokládá zvýšený výskyt neuróz za daň, kterou lidstvo platí za právě tento kulturní vývoj (Horneyová, 2007). Matoušek však zdůrazňuje, že tento jev může být vysvětlen i tak, že společenský vývoj sebou přináší i lepší dostupnost zdravotnické péče (Matoušek, 1986).

Psychoanalýza v kontextu s kulturou zdůrazňuje to, jak silného potlačení biologicky podmíněné lidské povahy je v dané kultuře zapotřebí. Zdůrazňuje tedy kvantitu, míru potlačení, kterou sebou kultura přináší. Horneyová se zabývá spíše kvalitativním vztahem, mezi individuálními konflikty a kvalitou kulturních potíží. Tvrdí, že každá kultura má své specifické problémy, jež se odrážejí jako konflikty v životě každého člověka, pokud dojde k nahromadění těchto problémů a jedinec je nedokáže zvládnout, může dojít ke vzniku neurózy. Moderní doba přináší trend konkurence mezi lidmi, jež přináší neurčité nepřátelské napětí (konkurence ve společnosti mezi mužem a ženou, v profesi, objevuje se ve školním životě, ve vztazích v rodině, atd.). Na rozdíl od psychoanalýzy nevidí Horneyová tuto rivalitu jako biologicky podmíněnou, nýbrž jako výsledek kulturních podmínek (Horneyová, 2007).

Obecně lze říci, že dnešní doba opravdu zvyšuje nároky na jedince v oblasti prosazení se, to zvyšuje životní i pracovní tempo, vůbec sebehodnocení je dost často spjato s pracovním výkonem a společenským statusem. To s sebou přináší životní styl, který je zaplněn velkým množstvím stresorů. Vůbec pohled na život ve městech – vysoká koncentrace obyvatel, hromadná doprava, vysoká závislost na institucích a službách, vyšší koncentrace hluku, neuspokojivé bydlení, vysoké požadavky kladené na jednotlivce, nedostatek soukromí – to vše působí jako mikrostresory, které sami o sobě neurotické potíže nezpůsobí, ale problém nastává při jejich nahromadění nebo při kombinaci se stresory závažnějšími, to potom vede k narušení psychické rovnováhy (Matoušek, 1986).

1.5.5 Osobnostní rysy disponující k neurotickým poruchám

Osobnostní styl a charakter jedince je důležitou komponentou při hledání příčin neurotického onemocnění. Není tak příčinou sám o sobě, spíše předurčuje, jak daný jedinec bude zvládat aktuální situace, společenský nátlak či jak bude do sebe integrovat vývojové vlivy.

Podle Eysencka lidé s vysokým neuroticismem se vyznačují problémy v interpersonálních vztazích (stydlivost, introverze, závislostní tendence) a nízkým sebevědomím a pocitu méněcennosti. Obecně by se dalo říci, že jakákoliv osobnostní anomálie může vést k psychickým obtížím, je totiž úrodnou půdou pro vznik vnitřních i vnějších konfliktů a brzdí jejich úspěšné zvládnutí. Neuroticky disponovaná osobnost je mnohem citlivější na frustraci, dost často zátěžově vnímá i situace, jež se běžně zdají být ještě v normě. Je to dáno tím, že tito jedinci mívají posunuté hodnoty a výrazně nadsazené některé potřeby, zejména potřebu lásky, jistoty, bezpečí a uznání.

Každý jedinec má svůj osobitý a typický způsob prožívání, jednání a myšlení, má svůj jedinečný osobnostní styl a tento styl ovlivňuje neurotické příznaky. Například k úzkostným neurózám inklinují nejvíce nejistí jedinci s utlumenými osobnostními rysy, introvertní, závislostní ve vztazích, potlačující konfliktogenní tendence s nestabilní osobností. K hysterickým neurózám mají tendence lidé se zvýšenou emocionalitou a egocentričností, typická je pro ně teatrálnost, zvýšená sexuální dráždivost, svěhlost, problémy udržet si stálý, dlouhodobý a uspokojivý sexuální vztah. Špatně snášejí kritiku a pochyby. Obsedantní typ osobnosti zase inklinuje k fobiím a obsedantně-kompulzivní poruše. Budeme-li hledat zdroj obsedantních poruch v osobnostní struktuře, zpravidla půjde o osobnosti s vysokou potřebou mít vše pod kontrolou, jak okolní realitu, tak i sebe, zejména své pocity a vnitřní impulzy. U těchto jedinců je častá vyšší hodnota IQ a rozvinutější abstraktní myšlení, jsou citliví na přesnost a jistotu, někdy na své okolí kladou přehnané nároky a jsou vnímáni jako pedanti. Brzdí svou afektivitu racionalitou a vyhýbají se blízkosti a intimitě. Sklony k depresivním neurózám mají osobnosti s poruchami nálad, s nízkým sebevědomím a sklony vytvářet závislostní vztahy, typický je pro ně pasivní postoj k životu. U osobností, které mají sklony k únavě, podrážděnosti, k citlivosti na fyzické i psychické stresory, se slabou vůlí, hrozí inklinace k neurastenické neuróze (Matoušek, 1986).

Oldřich Matoušek v souvislosti se vztahem osobnosti a neurotické poruchy shrnuje myšlenky Shapira: „ pacient netrpí neurotickým problémem, ale neurotickým problémem je sama pacientova osobnost. Symptomy nejsou subjektu cizí, jsou nevyhnutelným výsledkem

pacientových myšlenek, jednání, postojů atd., prostě toho, jaký pacient je“ (Matoušek, 1986, str. 94). Shapiro ztotožňuje neurózu s osobností, tuto osobnost jako celek je nutno ale chápat jako proces dění, projevuje se v určitých posloupnostech akcí a reakcí, změn v rámci vývoje, ne jako stálou neměnicí se instancí.

1. 6 Vymezení neurotických poruch podle MKN – 10

V této kapitole bych chtěla stručně podat přehled základních neurotických poruch podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – MKN-10, která vstoupila v platnost 1. ledna 2013. Jsou zde zakotveny jako Neurotické, stresové a somatoformní poruchy a spadají do kapitoly duševních poruch a poruch chování (F00-F99).

F 40 Fobické úzkostné poruchy

Jde o skupinu poruch, kdy úzkost je spojena s nějakou konkrétní situací, té se pacient snaží vyhýbat, protože v něm vyvolává silný pocit strachu. Často existují vedle sebe fobická úzkost a deprese

F 40.0 Agorafobie

F 40.1 Sociální fobie

F 40.2 Specifické (izolované) fobie

F 40.8 Jiné auxiózně fobické poruchy

F 40.9 Auxiózně fobická porucha

F 41 Jiné úzkostné poruchy

Na rozdíl od fobických poruch není zde úzkost vázaná na konkrétní situaci. Často se sekundárně objevují depresivní a obsedantní příznaky

F. 41.0 Panická porucha

F 41.1 Generalizovaná úzkostná porucha

F 41.2 Smíšená úzkostná a depresivní porucha

F 41.3 Jiné smíšené úzkostné poruchy

F 42 Obsedantně – nutkavá porucha

Charakteristickým rysem jsou obsese (vtíravé myšlenky a nápady), kterým se jedinec snaží klást odpor a prožívá je jako nepříjemné, a nutkavé činy – kompulze, jedinec toto chování považuje sice jako bezúčelné a nesmyslné, ale nedokáže mu odolat. Téměř vždy je přítomná úzkost, která se zhoršuje a sílí, když jedinec nutkání odolá.

F 42.0 Převážně vtíravé myšlenky a ruminace

F 42.1 Převážně nutkavé činy (nutkavé rituály)

F 42.2 Smíšené nutkavé myšlenky a činy

F 42.8 Jiné obsedantně – nutkavé poruchy

F 43 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení

Tato porucha vzniká, když selhávají klasické vyrovnávací mechanismy a nastane maladaptivní odpověď na dlouhotrvající traumatickou či zátěžovou situaci nebo na akutní těžký stres.

F 43.0 Akutní stresová reakce

F 43.1 Posttraumatická stresová porucha

F 43.2 Poruchy přizpůsobení

F 43.8 Jiné reakce na těžký stres

F 44 Dissociativní (konverzní) poruchy

U této skupiny poruch dochází k narušení integrace mezi vzpomínkami, uvědomováním si vlastního já, emocemi a somatikou. Disociální poruchy časově nasedají na traumatickou událost nebo na neřešitelnou obtížnou situaci.

F 44.0 Dissociativní amnézie

F 44.1 Dissociativní fuga

F 44.2 Dissociální stupor

F 44.3 Trans a posedlost

F 44.4 Dissociativní motorické poruchy

F 44.5 Dissociativní záchvaty

F 44.6 Dissociativní anestézie a ztráta citlivosti

F 44.7 Smíšené dissociativní poruchy

F 44.8 jiné dissociativní poruchy: Gaunerův syndrom, mnohočetná porucha osobnosti

F 45 Somatoformní poruchy

Není přítomna jasná tělesná příčina, přesto si pacient stále stěžuje na tělesné symptomy a vyžaduje lékařskou pomoc.

F 45.0 Somatizační porucha

F 45.1 Nediferencovaná somatoformní porucha

F 45.2 Hypochondrická porucha

F 45.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce

F 45.4 Perzistující somatoformní bolestivá porucha

F 45.8 Jiné somatoformní poruchy

F 48.0 Neurastenie

F 48.1 Depersonalizace a derealizace

F 48.8 jiné určené neurotické poruchy

(<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>)

1. 7 Úzkost jako průvodní jev neurotických poruch

„Když jsem dole, na dně, vím, že dávám veškeré své síly na to, vylézt na ten kopec. Ale když jsem nahoře, nevím co teď, proč jsem tam vlastně lezla. Jen čekám, co zase přijde a já spadnu dolů.“ (S. A. při arteterapeutické skupině popisuje svou úzkost z budoucnosti)

Terapeutická skupina, ve které jsem prováděla své šetření a které se budu ve své práci věnovat, je do určité míry různorodá, objevují se v ní různé typy neurotických poruch, různé typy povah a temperamentů, rozdílné anamnézy, životní zkušenosti a postoje. To, co však je na první pohled u všech společné a pro neurotické poruchy typické a vždy se objevující, je úzkost. Ač není u každého úplně stejná a totožně prožívaná, je v různých formách a intenzitách přítomna. Proto chci problematice úzkosti věnovat zvláštní kapitolu.

Psychologický slovník definuje anxieta jako strach bez zjevného předmětu, nepříjemný emoční stav provázaný psychickými i tělesnými znaky odpovídajícímu strachu, ovšem aniž je známa příčina (Hartl, 2004, str. 287).

Na rozdíl od strachu, což je reakce na reálné ohrožení, ve kterém se člověk ocitá, je úzkost nepřiměřenou reakcí na skryté, subjektivní a často jen domnělé nebezpečí (Horneyová, 2007). Podobně rozlišuje i Freud úzkost objektivní, ta je srozumitelná a adekvátní k určitému nebezpečí, a úzkost neurotickou, která přiměřená není a kolikrát ani není zjevné ohrožení, může být pro okolí nesrozumitelná. Subjektivní faktor, jenž je obsažen v této úzkosti, souvisí

s pudy. Jedinec se obává, že tuto svou pudovou oblast nedokáže ovládnout a kontrolovat, dopustí se nepřijatelného chování, což v neurotickém prožívání znamená očekávání trestu, pocitů viny, méněcennosti (Drapela, 2001).

Na úzkost však nelze nahlížet jen negativně, je důležité si uvědomit, že je součástí psychiky a palety citových reakcí každého jedince a i když je prožívána nepříjemně, je důležitá a plní svou funkci. Slouží k vyhledávání nebezpečí a k orientaci, strach je potom určitá reakce na rozpoznané nebezpečí. Tedy úzkost a strach mají pro organismus adaptivní funkci

(Praško, 2005). Spouští alarmové reakce, jež signalizují ohrožení a umožňují se s touto situací vyrovnat, jak tělesně, tak i duševně. Připravují organismus na dvě základní reakce: boj nebo útek. Úzkost a strach jsou zcela normální jevy, které patří do našeho života, avšak pokud nepřekročí určitou míru. Problém nastává tehdy, objevují-li se neadekvátně k dané situaci, jejich intenzita je příliš velká, trvají nepřiměřeně dlouho či se objevují příliš často. Potom negativně ovlivňují život člověka (Praško, 2005).

Prozkoumáme-li úzkost blíže po emoční stránce, zjistíme, že je v ní téměř vždy obsažena bezmoc, iracionalita a jakási výstraha, že je v naší duševní rovnováze něco v nepořádku a je třeba změny (Horneyová, 2007).

Ve své podstatě pak jde vždy ve spojení s neurotickou poruchou o úzkost z nebytí, ohrožení tělesné a duševní integrity, strach ze ztráty rovnováhy a sebe sama, vlastního já. To je obzvlášť u neurotických pacientů velice křehké. Jde o ohrožení nejen tělesné existence, ale také té duševní, kam patří sebepojetí, sebeúcta, role, schopnost vypořádat se s problémy, s kritikou. Na základě zpětných vazeb, kontaktu s okolním světem a vlastního úsudku si v průběhu života vytváříme určitý sebeobraz. Pokud je nějakými situacemi ohrožován, dostavuje se úzkost vyvolávající ony zmíněné reakce obrana a útok, nebo se pacient stáhne do sebe (útek). Tento sebeobraz (rozumění sobě samému) je důležitou psychickou strukturou, je součástí osobních vzorců mezilidského chování, vztahování se k okolnímu světu (Poněšický, 2004, str. 31). Proto jeho ohrožení znamená opravdu ohrožení duševní existence daného člověka. Jedinec s neurotickou poruchou staví svůj vlastní sebeobraz zejména na hodnocení okolí. Neustále se někomu přizpůsobuje, slábne odlišení mezi sebou (vlastní „já“) a okolím, mezi vlastními a cizími pohnutkami. Jednají tak, jak si myslí, že ostatní od nich očekávají, paralyzují je neustálé myšlenky, co si ti druzí o nich myslí (často již předem očekávají negativní hodnocení a neúspěch). Dostavuje se tedy silná úzkost v případech mezilidského kontaktu, kde přizpůsobení nestačí, kdy je třeba vyjádřit svůj vlastní názor, odvahu, osobní postoj, odkrýt své já.

V souvislosti s výstavbou osobnosti je u neurotických pacientů porušena koherence sebe sama, vlastního sebeobrazu. Jak jsem se již zmiňovala, jejich „já“ je velice křehké, proto je na místě úzkost z rozpadu vlastní osobnosti. Často mají problém s vlastním sebeoceněním, sebejistotou, neustále potřebují pozitivní potvrzování, hledají neustále vzruchy z okolí, prožitky, které když nepřicházejí, dostavuje se úzkost z prázdnoty, z neprožitého života tedy z nebytí, ze smrti (Poněšický, 2004).

Frankl tuto úzkost u neuróz připisuje ke ztrátě smyslu života.

„Kdo zná smysl svého bytí, ten je také nejlépe schopen překonávat všechny obtíže“
(Frankl, 1998, str. 63).

Úzkost z ohrožení vlastního bytí vzniká i tehdy, jsou-li ohroženy základní lidské potřeby a to zejména: potřeba lidského kontaktu, lásky, důvěry, blízkosti, bezpečí, později i možnosti se individuálně svobodně rozvíjet a osamostatnit se. Frustrace těchto potřeb zejména v dětství dost často vede v dospělém věku k rozvoji úzkostných poruch a neurotických onemocnění. Takovouto frustraci lze vyzorovat u drtivé většiny členů terapeutické skupiny, kde bylo prováděno šetření. Nemožnost plně a zdravě naplnit tyto potřeby v dětství se demonstruje v jejich dospělém životě, kdy vymoření těchto přání a potřeb vyvolává úzkost. Pokud byla potřeba lásky, blízkosti či separace v průběhu vývoje odmítána, nenaplňována či dokonce trestána, vytvoří se v souvislosti s ní zkušenost zklamání a silný pocit bezmoci. Jedinci s neurotickou poruchou mají často tyto potřeby patologicky spojeny s odmítnutím nebo trestem, jejich osobnostní struktura to tedy do sebe integrovala jako něco nežádoucího, špatného, trestuhodného, proto ono typické mytí rukou či úzkostné pocity při jakémkoli vymoření těchto přání. V dospělosti se potom daný jedinec bojí tyto základní potřeby vyjádřit, uspokojit, protože už jen tato potřeba sama o sobě, jen její existence, vyvolává úzkost. Logicky je tedy potlačí nebo se vyhne situacím, jež by mohly tyto pocity vyvolat (často nevědomě). Avšak jde o tak důležitou složku našeho života, že je definitivně potlačit a ignorovat nelze. Neustále se derou napovrch a transformují se například do neurotických příznaků. Nebo se je jedinec snaží naplnit jinak, patologicky, skrze bolest, nemoc či disciplinovanost a pracovitost, jak je tomu u nutkavé-obsedantní neurózy (Poněšický, 2004).

Obecně lze úzkost shrnout jako pocit malosti, bezvýznamnosti, zbytečnosti, nejistoty, tísně, osamocení a opuštěnosti, pocit neustálého ohrožení ze zrady, ponížení, ublížení, odmítnutí, a v neposlední řadě pocit bezmocnosti a bezvýchodnosti (Horneyová, 2007).

Každý se se svou úzkostí, která se manifestuje v mezilidských vztazích, vyrovnává jinak.

S. A.

Klientka má v anamnéze odmítnutí rodiči, týrání (psychické i fyzické) babičkou, která ji vychovávala. Vliv těchto traumat vedl k vytvoření rysů schizoidní osobnosti. Vyhýbá se blízkosti a jakémukoliv emočnímu kontaktu, proto se raději k ostatním staví nepřístupně, až konfliktně, aby ona pro ni nebezpečná blízkost, kterou má spojenou s traumaty, nenastala. Ocitá-li se v situaci spolubytí, v atmosféře vzájemnosti, kde vzniká větší vztahová intimita (při taneční a pohybové terapii), dostává se u ní silná úzkost, která ji paralyzuje cokoli dělat. V terapii se snažila držet si svoji emoční vzdálenost a izolaci.

N. B.

U této klientky se objevuje v minulosti také týrání. V dětství čelila psychickým nátlakům a vydíráním ze strany matky a netečností ze strany otce. Nenaplněnost potřeby lásky a pocitu bezpečí u ní vyvolaly depresivní sklony. Klientka se v terapii pohybovala spíše v emoční rovině, úzkost u ní byla spojena s odmítnutím, se situacemi konfliktu. Ve svém osobním životě budovala závislostní vztahy, kde nedokázala ohraničovat sama sebe, osamostatnit se či dokonce jít do odporu, což by mohlo vztah ohrozit.

T. C.

Klientka se v období pubescence potýkala s vyrovnáním se se smrtí matky a problematickým vztahem s otcem (sexuální zneužívání). Její aktuální vztahy jsou nejisté, neuspokojivé, proto s každým novým partnerem přichází strach z rozpadu, aniž by nějaký vztah stačil vzniknout. Působí silným dojmem, svůj osobní život zaplňuje prací, kde si vynahrazuje osobní neúspěchy. Na skupinách se snažila na sebe neustále strhávat pozornost, jak mužů, tak i žen a terapeutky. Často si stěžovala na nenaplněnost skupin, neuměla být v klidu, relaxovat, bažila po vzrušujících podnětech, vyvolávala jakési napětí. Klientčina úzkost se týkala prázdnoty a vnitřního nenaplnění, strachu z toho, že nebude přijímána a vnímána.

T. E.

Nedostatečné osamocení od úzkostné matky a opakované odmítání mezi vrstevníky způsobily u klienta tendenci se uzavírat. Nedůvěra v sebe sama ho znejišťuje ve vztazích a vůbec v pobytu ve společnosti. Neustále ho zúžkostňuje možné hodnocení ostatních, hrozící nepřijetí či kritika. Proto se nenápadně přizpůsobuje, čímž ohrožuje a ztrácí své vlastní já. Tato silná úzkost a panické ataky mu znemožňují vést zdravý vztahový život.

Z kazuistik lze vypozaovat, že jedinci s neurotickou poruchou mají určitou oblast svého života, které se snaží vyhnout, potlačit, tedy ji nežít. Některé své životně důležité potřeby neuspokojují, neboť jen samotná touha po uspokojení vyvolává pocit úzkosti ze zklamání. Jde tedy vlastně o úzkost z autentického a intenzivního života. Takto intenzivně žítý život, se všemi riziky a nástrahami, klade zátěž na koherenci sebe sama. Pokud však sebeobraz je oslaben, mohlo by dojít k jeho narušení či dokonce k psychickému zničení, tedy nebytí. Proto úzkost z nebytí a ze smrti (Poněšický, 2004).

2 SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE

2.1 Obecné pojetí skupinové terapie

Stanislav Kratochvíl definuje skupinovou psychoterapii jako proces, který využívá ke svým účelům a cílům převážně skupinovou dynamiku, tedy interakce, vztahové procesy a veškeré síly, které vznikají mezi členy specificky a plánovitě vytvořené terapeutické skupiny, včetně terapeutů. V rámci této skupinové dynamiky mohou klienti získat náhled na své chování i problémy, díky zpětným vazbám získaných od ostatních členů skupiny.

(Kratochvíl, 2006). Skupinová terapie je v poslední době stále více užívaná léčebná metoda zaměřená na interakci, jejímž cílem je vyvolat osobnostní změnu nebo růst, či ulevit symptomům. Celý proces by měl vést a směřovat k terapeutické změně, která je možná skrze vnitřní souhrn zážitků, ty Irvin D. Yalom nazývá „terapeutické faktory“. Přičemž žádný z těchto faktorů nefunguje samostatně, ale navzájem se prolínají a jsou na sobě závislé. Yalom jako nejúčinnější a nejzákladnější faktory terapeutické změny vidí tyto: dodávání naděje, univerzalita, poskytování informací, altruismus, korektivní rekapitulace primární rodiny, rozvoj socializačních technik, napodobující chování, interpersonální učení, skupinová soudržnost, katarze a existenciální faktory (Yalom, 2007).

Působnost skupinové terapie je velice rozsáhlá, stejně tak existuje velké množství škol a směrů, které by se daly podle Kratochvíla rozdělit na tři základní orientace: Humanistická, ta klade důraz na rozvoj možností a životního smyslu klienta, vede k sebeuskutečňování a zaměřuje se na vnitřní prožívání klienta. Snaží se, aby byl klient stále více odpovědný sám za sebe. Kognitivně-behaviorální vidí problémy jako výsledkem naučeného nežádoucího chování

a snaží se jej nácvikem přeučit v chování a myšlení žádoucí. Velké množství terapeutů využívá směru dynamického, tak byla také i zaměřena terapeutická skupina, ve které jsem prováděla šetření. Dynamická psychoterapie sleduje minulé zážitky a nevědomé tendence a jejich vztah k aktuálním situacím a problémům. Kolébkou jí je psychoanalýza, tedy oblast intrapsychických konfliktů a nevědomý materiál a vztahy jsou zde chápány jako přenosové. Ale místo důrazu na biologické faktory klade důraz na sociální faktory a mezosobní vztahy. Vede klienta, aby nahlédl svému maladaptivnímu chování, kterým si často klient své problémy a konflikty prohlubuje, je tím, kdo je spoluutváří, tedy opakuje.

Cíle dynamicky orientované skupinové terapie:

: uvědomění si opakování vlastních problémů a svého vlivu na ně

: uvědomit si souvislost mezi dřívějšími zážitky a nynějšími problémy

: dosažení náhledu

: vytvořit prostředí pro odžití korektivní emoční zkušenosti

: opravit maladaptivní postoje a nabízet nové způsoby chování, rozšiřovat možnosti klienta a paletu způsobů řešení problémů

: vést klienta k sociální adaptaci

: rozvíjet zrání a růst osobnosti a vlastní potenciál klientů

U dynamicky orientované skupiny jde o to, poznat, pochopit a změnit (Kratochvíl, 2006).

2.2 Specifika skupinové terapie při práci s neurotickými pacienty

„Neurotičtí pacienti jsou slepí jen vůči vlastním nevědomým tendencím, na druhých lidech však nevědomé tendence dovedou objevovat dobře.“ (Kratochvíl, 2006, str. 225). Jsou tedy velice dobře schopni skupinové spolupráce. I ve zkoumané skupině zpětné vazby, které si vzájemně poskytovali, byly kolikrát výstižné, účinné a pro efekt skupinové terapie nepostradatelné. Čím je skupina smíšenější, složená z jedinců různého pohlaví, věku, postavení, profese a s různou symptomatologií, je to pro proces u této klientely lepší, tato různorodost zajišťuje barvitější skupinovou interakci.

Již jsem v kapitole o úzkosti zmínila, že u klientů s neurotickou poruchou lze vyzorovat určitou oblast života, která je do jisté míry nežitá. Skupinová terapie by měla být prostorem, který se otevírá jak pro to žité, s čím klienti přichází a co vnášejí, tak i pro to nežité, potlačené, čemu se vyhýbají, z čeho mají strach, co vyvolává pocit viny a studu, to je

pro terapii také důležité. Zejména terapeut by měl být otevřený nejen k neurotickým symptomům a obranám, ale i tomu, co je potlačováno a co je odmítáno, neměl by sám před tím utíkat (Poněšický, 2011). Svou otevřeností i podporuje otevřenost klientů. Poukazuje a oslovuje to, co právě otevřenosti a autentičnosti brání, tedy brání i vývoji skupiny. Jsou to překážky jako skupinový odpor, rigidní skupinové konstelace a vzorce a zejména různé obranné mechanismy, ve kterých jsou jedinci s neurotickou poruchou dobře zabydleni. Když se ve skupině tyto obrany zveřejní a pojmenují, je pro jedince obtížnější v nich nadále zůstat a posouvá je to i celou skupinu ke změně, k autentičtějším vzájemným interakcím a otevřené výměně názorů.

Mezi hlavní cíle dynamicky orientované skupinové terapie u klientů s neurotickou poruchou je vytvoření emočního náhledu. Zabývá se minulými zkušenostmi a přítomností, tak aby pacient lépe porozuměl svým problémům a sobě samému. Aby si uvědomoval své maladaptivní vzorce chování, které lze vyzorovat ze vztahového chování jedince ve skupině. Poodhalit souvislosti mezi ranou výchovou, frustrací či traumatickou událostí a současnými problémy a symptomy. Cílem však není jen samotný náhled, aniž by vedl ke změně chování, a zároveň samotná změna chování bez dostatečného náhledu a porozumění také není účinná. Teprve propojení obojího vede k účinné vnitřní změně (Poněšický, 2011). Překážkou na cestě k tomuto cíli může být pseudonáhled, který není účinný a často vzniká ze snahy vyhovět terapeutovi nebo skupině.

Další důležitou rovinou v terapii neuróz je katarze, emoční odreagování a uvolnění konfliktů. Odžití konfliktů a náhled však nestačí, to poukazuje jen na slabá místa klienta. Terapie by měla nabízet více, měla by poskytovat pro klienta nové strategie chování. Trénink a nácvik adaptivnějšího způsobu chování by se měl týkat zejména uspokojování potřeb a to tak, aby toto uspokojování nevedlo ke konfliktům (dělo se na dospělé úrovni). Celý nácvik a následné posilování a upevňování dosažených změn by se nemělo minimalizovat jen na terapeutické prostředí, nýbrž i na reálný život klienta. Co se týče uspokojování potřeb, je třeba si uvědomit, že typickou oblastí pro neurotické poruchy je oblast potlačovaných citových potřeb. Neurotický pacient prožívá tyto potřeby i v dospělém věku na dětské primitivní úrovni, jsou naplněny intenzitou a absolutnem, proto je pro ostatní téměř nemožné a nereálné tyto neurotické citové potřeby uspokojit. Psychoterapie tedy nabízí místo uspokojení porozumění a možnost dospělého řešení, vést dospělé rovnocenné vztahy (Poněšický, 2004). Z těchto frustrovaných bazálních potřeb se krystalizují náhražkové, neurotické, iracionální potřeby, kterým by se měl terapeut vyhýbat, protože jejich uspokojení sice vede k určité úlevě, ale jen povrchní, nedochází k procesu změny. Naopak by se měl terapeut zaměřit na

uspokojování potřeb bezpečí, kontaktu a interakce a sledovat cesty, jak se těchto potřeb v životě klienta dosahuje (Poněšický, 2011).

Ranná výchova a zkušenosti z dětství kolikrát hrají v etiologii neurotických poruch důležitou roli, zejména co se týče výstavby jáských struktur. Tedy to, že se terapeuti do jisté míry podobají rodičům a dokonce v terminologii psychoanalýzy se dočítáme, že skupina je prostor pro do výchovu „já“, má u neurotických klientů svůj význam. Jáské struktury se vytvářejí v interakcích, jež do jisté míry mohou suplovat právě specifické interakce ve skupině. Terapeut je tedy přítomen nejen jako příklad, ale i jako bezpečný protějšek, který umožňuje klientům ve vztahu s ním experimentovat, a v neposlední řadě i autorita, jež poskytuje a vytyčuje hranice, čímž snižuje u některých klientů nutkavou potřebu testování hranic (Psychoterapie V, 1998).

2.2.1 Práce s intrapsychickými konflikty

Motivem pro vyhledání odborné pomoci u klientů s neurotickými poruchami je přítomnost nějakého aktuálního problému, se kterým si jedinci často neví rady. Tento aktuální problém se však dost často týká nevyřešených vnitřních i vnějších konfliktů. Během skupinové terapie je potom důležité tyto spojitosti ozřejmit. Tedy se klient ocitá svému konfliktu tváří v tvář a může se s ním konfrontovat a náležitě si daný konflikt odžít a prožít v bezpečném prostředí skupiny. Výsledkem by pak mělo být na místo potlačování a vyhýbání přijetí daného konfliktu, jako součást sebe sama (Matoušek, 1986).

2.2.2 Proces změny

Zakladatel Gestalt-terapie Fritz Pearls přichází s paradoxní teorií změny: „Člověk se nezmění tím, že by chtěl být tím, kým není, nýbrž že se stane tím, kým skutečně je“ (Psychoterapie V, 1998, str. 36).

Vpravit do sebe tedy vše dosud potlačované a odštěpené a udělat s tím nové zkušenosti, to vede ke změně. Cílem je tedy objevit a hlavně žít své pravé „já“ na rozdíl od falešného či idealizovaného „já“, s kterým se klienti s neurotickou poruchou dostávají často do konfliktu a jež bylo zprostředkováno a vytvořeno výchovou či prostředím. Ostatní potom na toto pravé „já“ reagují a klient si tak vytváří v kontaktu s ostatními lidmi nové autentičtější zkušenosti (Psychoterapie V, 1998).

Někdy, aby došlo ke změně, je třeba zpochybnit to, co k neurotické poruše vedlo, zpochybnit určité postoje klienta, jeho přílišnou ambicióznost, výkonnost, perfekcionismus, obětování se, potlačení vlastní subjektivity atd. (Poněšický, 2011).

Protože je u jedinců s neurotickou poruchou jáská struktura slabá a sebekoncepce nestabilní, měla by mít terapie spíše pomalejší ráz a ke změnám by nemělo docházet příliš rychle, aby nedošlo k ohrožení jáské struktury. V rámci procesu změny je důležitá správná načasovanost, připravenost klienta a jeho motivovanost. Vytvoření bezpečného prostoru a navození situace jistoty jak ve vztahu terapeut-klient, tak i v atmosféře skupiny, je nezbytnou podmínkou pro změnu, pro zkoušení něčeho nového a vůbec pro zpochybnění dosavadních postojů. Avšak nejde jen o to, klientům něco brát, něco zpochybnovat a tím je frustrovat, je důležité za to něco nabídnout. Často se však jedná o původní způsoby chování nebo postoje, které byly obsazeny zákazy, traumatizacemi a tedy úzkostí. Každé chování ať už nové nebo to původní je třeba atraktivně, pozitivně emočně obsadit (Poněšický, 2011).

Různé směry pracují se změnou různě, kognitivně-behaviorální přístup předkládá nové žádoucí způsoby chování, pracuje s přeucením starých způsobů. Dynamická psychoterapie spíše vede klienta, aby si sám našel a zjistil, co v jeho vztahovém rámci a jeho podmínkách bude vyhovovat, co je pro něj přirozené. Navracíme se opět k myšlence Perlse o autentickém setkání, kdy klient jedná podle sebe, tak jak je mu vlastní a sleduje, co nastává v interakci. Dělá tak novou zkušenost jak s ostatními, tak i sám se sebou.

Podstatným mechanismem změny je samotná terapeutova osobnost. To, jak jedná terapeut s klientem, do jisté míry určuje, jak bude klient jednat sám se sebou i s ostatními. Interakční vztah mezi nimi, je pro klienta vzorem a inspirací pro jeho další vztahování se (Poněšický, 2011).

Jak Rogersovská, tak dynamicky orientovaná terapeutická skupina, vychází z předpokladu, že každý jedinec má v sobě přirozené tendence růst, rozvíjet se, poznávat sebe sama a realizovat se. Terapeut, tedy nemusí tyto vlastnosti klientům dodávat, stačí, když bude jen odklízet překážky, které tomuto procesu růstu a životnímu naplnění brání. Nemusí jít tedy vždy o viditelnou změnu, často jsou důležité i jemné posuny vnitřní, sebepoznání, objevení vnitřní síly. Toto obohacení života a poznání ani nemusí jít vidět ve vnějším chování, ale můžeme to považovat za jakousi vnitřní změnu (Yallom, 2007).

Nepostradatelným faktorem, který změnu umožňuje, je soudržnost skupiny. Její stabilita, bezpečnost, spolupráce, intimita, porozumění, atraktivnost pro členy, ale i otevřenost, schopnost vyjádřit kritiku, hodnocení, nesouhlas. Pokud je skupina soudržná a členům na ni záleží, záleží jim i na tom, jak jej skupina hodnotí, může to být úrodná půda pro

změny v oblasti sebehodnocení, jež je u neurotických klientů nízké. Tedy mají tendence se ve skupině podceňovat a stavět se do horšího světla, přirozeně pak skupina na ně reaguje pozitivně a povzbudivě. Má to paradoxní efekt, ukazování slabin zvyšuje hodnotu, klient pak znovu přemýšlí nad svým sebehodnocením. Čím více dokáže skupina měnit klientovo negativní sebevnímání, tím je pro něj terapie účinnější. Yalom tvrdí, že oblíbenost ve skupině zvyšuje pravděpodobnost změny a to ve smyslu zvyšování sebevědomí a adaptivní sociální dovednosti (Yalom, 2007).

Soudržnost skupiny také umožňuje odehrání konfliktu, jakožto důležitého faktoru změny. Často klienti popisují jako stěžejní moment terapie právě situaci konfliktu. Je potřeba, aby v terapii klienti udělali zkušenost s tím, že vyjádření negativní emoce neznamena trvalé zničení vztahů, ale že mohou konflikt řešit konstruktivně a ve vztazích dále pokračovat, mnohdy ještě kvalitněji (Yalom, 2007). Konflikt se objevuje v každé skupině, je důležité jeho konstruktivní zpracování. To je možné jen při správném načasování, konflikt má ve vývoji skupiny své místo, neměl by přijít dřív než je vybudována soudržnost a atmosféra důvěry a bezpečí.

2.2.3 Role

Jedinci s neurotickou poruchou, aniž by si to uvědomovali, opakují své role v různých prostředích a situacích. Nejsou v této oblasti tvořiví, ale spíše rigidní, jejich role bývají stereotypní a maladaptivní. Snahou skupiny je potom tyto role rozpoznat a popřípadě změnit. Na základě zpětných vazeb a verbalizace se dá rozlišit repertoár rolí daného jedince a hlavně tento repertoár rozšířit. Ve skupinové terapii se pro tento záměr používají i různé nácvikové metody, jejichž výsledkem by měl být tvořivý postoj k utváření rolí, schopnost zaujímat i jiné (nové) role, než ty, do kterých se neurotický pacient dost často nutkavě dostává a opakuje je. Mezi užívané techniky zaměřující se na tuto problematiku patří psychodrama. Skrze přehrávání nějakých scén a rolí je možné se rychle a jednoduše dostat do konfliktové problematiky klienta a následně přezkoušet a nacvičit různé formy a alternativy chování (Kratochvíl, 1983).

Pokud skupina umožní svým členům si tyto nové role dostatečně odžít a vyzkoušet, tedy i následně integrovat do svého repertoáru, je to dobrý předpoklad k tomu, aby tyto své zkušenosti mohli úspěšně aplikovat do svého reálného života (Kratochvíl, 1978).

3 STACIONÁRNÍ PÉČE

Nejvýznamnější metodou léčby ve stacionářích je skupinová psychoterapie, nejčastěji jde o skupiny psychoanalyticky, dynamicky nebo sociálně-psychiatricky orientované, často je i u problematiky neurotických poruch užívána kognitivně-behaviorální terapie. Skupinová psychoterapie je však ve většině případů realizovaná společně s individuální ambulantní terapií a doplněná o farmakoterapii. Farmaka by však neměla představovat základ léčby, jejich úkolem je spíše redukovat akutní stavy úzkosti, zmírnit symptomy, navodit zklidnění a hlavně připravit klienty na psychoterapii. U neurotických poruch se užívají antidepresiva, krátkodobě pak anxyolitika nebo neuroleptika (Beran, Tumpachová, 2009).

Vznik stacionářů šel ruku v ruce s procesem deinstitucionalizace psychiatrické péče a rozvojem komunitní léčby v 50. letech. Cílem této mimonemocniční péče je snaha o maximální integraci jedince do společnosti využitím různých rehabilitačních a resocializačních metod (<http://www.adskc.cz/index.php?id=5&article=1731>).

Stacionární programy nabízejí:

- individuální, skupinovou někdy i rodinnou terapii
- pravidelnost a režim
- intenzivní léčbu, aniž by byl klient vytržen ze svého přirozeného prostředí a vztahů, jak tomu bývá u hospitalizace
- umožňuje plynulý přechod z hospitalizace do ambulantní léčby nebo jiných rehabilitačních programů, nebo zintenzivňují ambulantní léčbu, jde tedy o určitý meziprostor mezi hospitalizací a ambulantní léčbou
- mohou hospitalizaci zcela nahradit nebo alespoň zkrátit její dobu
- zvýšení informovanosti klientů o jejich potížích
- nácvik sociálních a komunikačních dovedností
- tím, že klient není vyčleněn ze svých vztahů, má možnost aplikovat získané dovednosti ve svém reálném životě (<http://www.fnhk.cz/psych/soucasti-kliniky/oddeleni/denni-stacionar>).

Každý stacionář nabízí různé programy, dle jeho povahy. Vždy je základem a jádrem systematická skupinová terapie, někde je v nabídce i individuální a rodinná. Dále komunitní práce, pracovní terapie, nácvik autogenního tréninku, sociální rehabilitace, kognitivní trénink, nácvik sociálních a komunikativních dovedností, volnočasové aktivity, ergoterapie, využívají se neverbální techniky (těm se budu věnovat blíže v další kapitole) a důležitá je i edukace.

V rámci edukační činnosti je klient nejen informován o své nemoci a potížích, ale veden i k postupné změně v chování, hodnotách a postojích, k získání nových návyků.

To vše zajišťuje odborný vysokoškolsky vzdělaný personál, jenž je tvořen psychiatrem nebo klinickým psychologem, terapeuty, rehabilitačními pracovníky a středním zdravotnickým personálem.

Potenciální klienti přicházejí do stacionárních zařízení na základě principu dobrovolnosti, ve většině případů na doporučení od svého ambulantního lékaře. Nejprve klienti procházejí diagnostickou fází, komplexním vyšetřením, kde se určí závažnost potíží, vhodnost programu pro daného klienta a uzavírá se určitý kontrakt. Existují krátkodobé stacionární programy, jejichž doba trvání bývá 1-3 měsíce, nebo dlouhodobé po dobu 3-9 měsíců. Po ukončení stacionáře je klientům doporučována následná péče, ta může mít podobu ambulantní terapie, podpůrné skupiny či resocializační a rehabilitační péče (<http://www.adskc.cz/index.php?id=5&article=1731>).

3.1 Typy stacionární péče

Nejrozšířenější u nás jsou *denní stacionáře*, kam klienti docházejí pravidelně každý všední den. Jde o velice intenzivní péči, program je vždy stálý a trvá přibližně 6 hodin denně. Je určen pro klienty, kteří potřebují intenzivnější a obsáhlejší pomoc, často jsou navázání na sociální vazby velice málo. Tento program pojme více činností (např. pracovní terapii, ergoterapii, komunitní práci) než program *frakcionovaného stacionáře*, kde je z časových důvodů komunita omezena často jen na úvodní adaptační kolečko a základem je skupinová psychoterapie doplněná o neverbální techniky a nácvik relaxací. Nejčastěji probíhá 3krát týdně po dobu tří hodin za den (vždy večer), což je velice výhodné pro klienty, kteří mají práci či jiné povinnosti a nemohou tak využívat denních stacionářů. Často je frakcionovaný stacionář doporučován klientům, kteří nepotřebují tak intenzivní formu pomoci, jsou v celku navázání na sociální okolí a dokáží dobře fungovat v běžném životě (plnit si své každodenní povinnosti). Tento typ také velice dobře slouží jako následná doléčovací psychoterapie (<http://www.adskc.cz/index.php?id=5&article=1731>).

Skupina, které se budu věnovat v praktické části práce, byla součástí frakcionovaného stacionáře pro neurotické pacienty kliniky Eset.

4. PRAKTICKÁ ČÁST

V této praktické části práce se budu věnovat neverbálním technikám a nácviku relaxací, jakožto součástí léčby neurotických poruch. Konkrétně se zabývám vztahem těchto neverbálních doplňkových programů a verbální skupinové psychoterapie. Chci se zaměřit na jejich význam, vliv a roli, jakou sehrávají v kontextu léčby.

Když jsem přemýšlela o významu mé práce a vůbec o hypotézách, nechala jsem se inspirovat I. D. Yalomem a jeho studiem terapeutických faktorů, které podává v knize *Teorie a praxe skupinové psychoterapie* (Yalom, 2007). To, že skupinová psychoterapie je účinná, že má své výsledky, je známo, ale proč? Co konkrétně působí, co umožňuje změny u pacientů, co jsou klíčové body a léčebné faktory? I. D. Yalom, a nebyl jediný, se snažil na tyto otázky odpovědět a vytvořit tak základní teoretická východiska pro skupinovou terapii v jejím širokém poli působnosti. Mé pole zkoumání je mnohem užší a konkrétnější, vztahuje se pouze na jednu skupinu a hledám jisté zákonitosti pouze v té dané skupině. A kladu si podobnou otázku. To, že neverbální program u léčby neurotických poruch v rámci stacionární péče, je účinný, má své místo a svůj význam, je známo. Co ale konkrétně (jaké konkrétní techniky, zážitky, zjištění, atd.) působí na klienty, co je posouvá v jejich uvědomování, prožívání, co umožňuje změny a vůbec co se jich dotýká a oslovuje? Tyto faktory bych chtěla ve své práci hledat, popsat a ukotvit v kontextu celého běhu stacionáře. Nenechat tyto poznatky jen v hranicích neverbálních doprovodných programů, ale sledovat jejich vztah k verbální skupinové terapii a komunitě a sledovat jejich vlivy jak na skupinu jako celek, tak na individuální členy. Jedná se o konkrétní vlivy u konkrétních členů konkrétní jedné skupiny. Mým cílem není vytvořit obecně platné pravdy, k tomu by bylo zapotřebí dalšího pozorování v jiných skupinách a následné srovnání. Také je třeba vzít na vědomí, že každý klient je individuální, přichází se svým specifickým laděním, myšlením, prožíváním, se svými problémy, deficity a potřebami, proto každého ovlivňuje a oslovuje něco jiného. Jedna konkrétní technika může být pro někoho silným stěžejním zážitkem a pro jiného nezáživnou metodou nemající na jeho sebepoznání žádný vliv. Tento fakt bych chtěla v práci také postihnout, proto vytvářím výzkumný vzorek z typově odlišných klientů, s jinými charaktery, jinou minulostí, jinými problémy.

Pojmout všechny vlivy, všechny techniky a zážitky, které klienti udělali v neverbálních programech, by bylo zdouhavé a obsáhlé, na víc se mnohé prolínají. Proto vyzdvihuji jen ty, které považuji za nejdůležitější, a které měli z mého pohledu největší vliv

jak na skupinu, tak na její členy, a ty se pokouším podrobněji prozkoumat. Vybrala jsem tyto zkoumané oblasti a sledovala, má-li na ně neverbální práce vliv, popřípadě jaký.

: První oblast zahrnuje vliv neverbálních technik na klienty v rovině individuální a sleduje tyto kategorie: náhled – sebepoznání, sebevědomí, vztah k tělu, emocionalita.

: Druhá oblast zahrnuje vliv neverbálních technik na klienty v rámci skupiny a sleduje konkrétně vliv na budování důvěry a kohezi skupiny.

Kvalitativně posuzuji tedy tyto hypotézy:

- **Má neverbální práce vliv na náhled a sebepoznání, sebevědomí, vztah k tělu a emocionalitu u vybraných klientů frakcionovaného stacionáře?**
- **Má neverbální práce vliv na upevnění důvěry a koheze zkoumané skupiny frakcionovaného stacionáře?**

Předmětem mého pozorování a šetření je docházková skupina frakcionovaného večerního stacionáře psychoterapeutické a psychosomatické kliniky Eset.

4.1 Frakcionovaný stacionář kliniky Eset – povaha, program a mé působení v něm

Večerní stacionář, z kterého vycházím pro svůj výzkum, byl určen pro klienty s neurotickými, psychosomatickými a osobnostními potížemi. Skupina běžela po dobu tří měsíců a konala se třikrát týdně vždy po třech hodinách. Proběhlo přibližně 36 setkání, z nichž posledních 6 bylo věnováno závěrečným ukončovacím skupinám již bez neverbálních programů.

Každé setkání bylo zahájeno krátkou komunitou, ve které se každý měl možnost vyjádřit ke svému aktuálnímu stavu a sdílet s ostatními střípky ze svého reálného života. Následovala dynamicky zaměřená verbální skupinová psychoterapie, která trvala hodinu a půl, přičemž vždy jednou týdně (v pondělí) byla věnována arteterapii a následně verbálně zpracována. Zbylé dva dny po skupině následoval hodinový neverbální zážitkový program, který byl věnován jeden den taneční a pohybové terapii a další den se konala buď muzikoterapie, nebo relaxace, to se co týden střídalo.

Já jsem ve stacionáři plnila funkci koterapeuta po dobu jednoho běhu skupiny (tři měsíce). Sestavování a vedení verbální psychoterapeutické skupiny měla na starost psycholožka. Mým úkolem bylo spíše sledovat dění, naladění skupiny, pozorovat své emoce, všimnout si maličkostí, které by kolegyni, jakožto hlavní terapeutce, mohly uniknout, a po každé

skupině při společné diskuzi své postřehy sdělovat. Asi po třech týdnech jsem po společné domluvě začala do skupiny také vstupovat. Má stěžejní práce spočívala ve vedení relaxací a neverbálních technik v doprovodném programu, při kterých jsem byla již s klienty sama, bez kolegyně. Po skončení každého setkání jsem prováděla stručné zápisy ke každému klientovi a vedla docházku. Tuto dokumentaci používám jako materiál pro svůj výzkum.

V psychoterapeutických skupinách jsem zaujímala roli naslouchajícího, podporujícího koterapeuta, zaměřovala jsem se na prožitek, držela jsem emoční rovinu, na rozdíl od terapeutky, která držela vedení, strukturu, spíše se zaměřovala na řešení, změny, zdržovala se v psychoanalytické rovině.

4.2 Metody šetření

Protože své závěry nehodlám široce zobecňovat a podávat obecně platné pravdy a závěry, použila jsem pro své šetření kvalitativní metodu zkoumání, která jde spíše k popisu, jak se věci v dané situaci mají (Barker, 1999).

Nejde o výzkum v pravém slova smyslu, ale spíše o pilotní šetření, protože je studie prováděna na malém vzorku, jenž je tvořen pouze pěti zkoumanými klienty. Tento vzorek slouží k prověření a poznávání vlivu neverbálních technik na vybrané kategorie u posuzovaných klientů.

Jako podklad používám dokumentaci z každého setkání. Zápisy jsem prováděla vždy bezprostředně po skončení programu. Týkaly se vždy každého člena skupiny a zahrnovaly jak jeho změny a situace v reálném životě, tak změny, chování a reakce v terapeutickém procesu. Vše, co klient verbálně či neverbálně přinášel a co jsem zpozorovala. Provádím analýzu této dokumentace se záměrem hledat a zaznačit podobnosti mezi klienty ve vybraném vzorku a jejich odlišnosti. Využila jsem barevného kódování k označení: emoční roviny klientů, roviny vztahové v rámci skupiny i mimo ni, stěžejních bodů ve verbální psychoterapii pro každého klienta a stěžejních bodů a technik v doprovodných programech. Tyto roviny jsem označila různými barvami a sledovala jejich kombinace. Cílem analýzy dokumentace, bylo selektivní kódování, vytvoření kategorií a subkategorií. Protože metoda interpretace je velice subjektivní a můj výzkum je už zatížen značnou subjektivitou (viz. nedostatky výzkumu), podepírám ji deskripcí a popisem zkoumaných jevů.

Základním kamenem šetření jsou vypracované kazuistiky, které poukazují na zkoumané jevy a následné vyhodnocení daných případů. V kazuistikách jsem použila smyšlené iniciály k označení klientů.

4.3 Popis zkoumané skupiny

Jak jsem se již v teoretické části zmiňovala, skupina byla velice různorodá, co do charakterů, symptomatiky, otevřenosti členů a osobní historie. Byla tvořena ze začátku ze čtrnácti členů (10 žen a 4 muži), přičemž dvě členky skupinu v počáteční fázi opustily. Zbýlých dvanáct členů stacionář dokončilo. Skupina byla složena z jedinců jak s vysokoškolským vzděláním a vysokým sociálním statusem, tak s nižší úrovní sociální prestiže a inteligence. Věkové rozmezí se pohybovalo přibližně od 24 do 45 let.

Již na prvních setkáních se skupina vyznačovala velkou otevřeností, rychlostí a náruživostí, s jakou se někteří členové pustili do svých osobních témat. Hned od začátku jsme s kolegyní měly potřebu skupinu spíše brzdit. Někteří členové měli tendence proces urychlovat, jít hned do hloubky, šokujících témat jako je např. zneužívání. Tím ty uzavřenější členy brzdili. Byla pro ně nastolena vysoko laťka, co se týče otevření se, navíc měli pocit, že žádné problémy nemají a že ostatním tudíž ani nemají co nabídnout a neví, jak být nápomocni. Někteří členové, se snažili urychlit proces i tím, že toužili hned po rozřešení. Často terapeutku tlačili do poskytování rad, chtěli slyšet její odborný názor, vidět hned výsledky. Zlobili se, když to nedostávali a začali pochybovat o smyslu skupiny.

4.3.1 Skupinová témata

Jako často se objevující téma v průběhu celého běhu stacionáře jsem sledovala právě zmíněný smysl a vůbec význam terapie. S tím souvisel i boj s autoritou (svačení na skupině, pozdní příchody, absence), přímé otázky na terapeutku s očekáváním rad a konkrétních informací. Byla vyjadřována nejistota, zda si vzít skupinu, k čemu to povede. Potřebovali neustále ujišťování, jak ze strany terapeutky, tak ze strany ostatních členů.

Jednoznačně nejsilnější téma, jež se dotýkalo všech členů skupiny, byla vztahovost. Reálné vztahy klientů s rodiči, řešení minulosti, těžkých zážitků a křivd, které si sebou nesou. V této oblasti se všichni silně podporovali. Faktor univerzality nejvíce prožívali při tématu partnerství. Strach jít do vztahu, strach z nepřijetí, ze samoty, neodůvodněné odmítnutí, nezdárné hledání pevného bodu v partnerovi, nemožnost a vlastní neschopnost vytvářet

uspokojivé vztahy se staly společnými tématy všech členů. S tím související i samota, s kterou přicházeli častěji introvertnější členové, avšak oslovovala celou skupinu.

Často se ve skupině objevovaly tendence otevírat téma emocionality a to ve smyslu, jak zpracovávat emoce a silné citové pohnutky, co s nimi, jak je kontrolovat. To, že neuměli zacházet se svými emocemi, se odráželo i na průběhu tohoto tématu, všichni ho chtěli a projevovali o něj zájem, ale neuměli to téma uchopit, nevěděli, jak s ním zacházet, jak u něj zůstat. Diskuze se většinou rozplynula do obecné roviny, nikdo nešel do konkrétní emoce, začalo se klouzat po povrchu a končilo to únikem do rad. Žádali techniky a návody, jak s emocemi pracovat, jak je dostat pod kontrolu. Sami před svou emocionalitou utíkali.

Na jednom setkání se otevřelo téma suicidálního jednání a spontánně se vytvořila tematická skupina, aniž by téma s nějakým záměrem vnášela terapeutka. Přes sebevražedné tendence se skupina dostala až ke vztahu ke smrti a s tím spojené úzkosti, strachu o své zdraví. Toto sezení bylo hodně dynamické, plné, emocionální, skupina sama přebírala vedení, všichni členové se zapojovali a sami si spontánně brali prostor. Objevovaly se zde různé pohledy a odlišné postoje, přesto se vzájemně všichni respektovali a kooperovali. Zpětně hodnotím tuto skupinu jako velice cennou, nejen na základě tématu, ale i zkušenosti, kterou skupina udělala sama se sebou ve smyslu odpovědného zvládnutí určité problematiky. Šlo o sdělování a sdílení názorů, pocitů, vzájemné poznávání se v tak hlubokém tématu, zůstali u něj, aniž by zase spěchali za nějakým výsledkem.

V neposlední řadě se důležitou tematikou stávala symptomatika a obtíže, které jsou spojeny s neurotickými poruchami, jako jsou vtíravé myšlenky, fyzické potíže, únava, nespavost, strach z lidí, z veřejného vystupování, třes rukou a problematika nízkého sebevědomí.

Mezi skrytá témata, která patřila do procesu, byla silná touha být přijímán skupinou a terapeutkou, což se ukazovalo neustále skrytým testováním zájmu a různým experimentováním (nejviditelnější u klientky T. C., odchody, zda si toho někdo všimne, koketování s opuštěním skupiny). Testován byl také prostor pro to, moci být sám sebou ve skupině. A nejen ve skupině, ale i v životě. Umět být sám sebou a umět být sám se sebou, přijmout sám sebe.

4.3.2 Dynamika zkoumané skupiny

Jak je u jakéhokoliv společenství běžné, i ve zkoumané psychoterapeutické skupině docházelo k rozdělení rolí. Do pozice vůdce se již od začátku dostávala klientka T. C. ve

spojení s další dominantní osobou skupiny S. A., obě dodávali procesu jakýsi spád a energii, u T. C. šlo i o neustálý boj s autoritou (terapeutkou). Do role obětního beránka skupina dostala klientku s nižší inteligenční vybaveností (tu jsem do svého výzkumného vzorku nezahrnula), o soudržnost skupiny měla tendenci pečovat klientka N. B. Typickým trpitelem, který se neustále dožaduje pomoci a pozornosti a zároveň veškeré rady od sebe odráží a pomoc odmítá, byla klientka J. F. Klient T. E. představoval bezkonfliktního člověka, co jde s proudem, snaží se nevybočovat a vytváří si svou nevýrazností a opatrností určitou ochranu.

Obecně bych skupinu charakterizovala jako v určitých chvílích dost ostrou, útočnou a přímou, ale zároveň opečovávající a soudržnou. Agresivní prvky často znamenaly obrany, zejména u klientek T. C. a S. A. a vycházely z jakési tenze, z toho, že to berou vážně a chtějí věci dávat do pohybu. Typická pro skupinu se ukazovala výrazná angažovanost, v druhé polovině se týkala i těch méně výrazných, introvertnějších členů. Skupina byla velice bystrá, vzájemně si poskytovali smysluplné zpětné vazby a postřehy, členové na sebe ve velké míře reagovali, projevovali zájem o druhé, to bylo dobře viditelné zejména v doprovodných neverbálních programech.

Situace ticha ve verbálních skupinách vůbec nenastávaly, byly obsazeny úzkostí. Učili jsme se s určitou nezaplňeností pracovat spíše neverbálně.

Čím byla tato skupina specifická, byla silná polarita. V různých oblastech se vždy objevovali dvě různé síly, které si ale byly vzájemně vzory a vzájemně se utišovaly, což vlastně bylo skupině motorem. Členové si byly vzorem, co se týče otevřenosti, extroverti posouvali ty uzavřenější, naopak introverti brzdili jejich destruktivitu, poskytovali pro ně důležité zpětné vazby, žádali jemnější zacházení, ohleduplnost. I v oblasti emocionality, citově založení členové přicházeli se svými emocemi, ukazovali je, to pomáhalo oslovovat obrany těm, kteří svou emocionalitu potlačovali, brali ji jako ohrožující. Najednou se s ní setkávali (často při různých neverbálních technikách). Ti, co měli tendence unikat do povrchních témat, byli v zápětí zastavováni členy, kteří šli po podstatě, po smyslu. Destruktivní tendence byly tišeny strachem z rozpadu a silnou potřebou po přijetí každého člena.

Při procházení dokumentace jsem se snažila najít společné jmenovatele všech členů a to zaznačit. Co se ukázalo být pro všechny společné: vztah k sobě, problém se sebezpřijetím, sebehodnotou, emocionalita (zahlcenost nebo úplné potlačení), problémy v partnerských vztazích, téma blízkosti a zatěžující minulost, traumata (ztráty blízkých, týrání nebo nenaplnění potřeb ve výchově).

Energie, která byla znát ve verbálním projevu skupiny, byla jiná v neverbálních programech. Tam byla mnohem jemnější. Dominantní jedinci se tolik neprosazovali, spíše se chovali nejistě, vyhýbavě a snažili se ze začátku techniky zpochybňovat. Naopak uzavřenější členové zde získávali jakýsi prostor a novou zkušenost sebevyjádření.

4.3.3 Pracovní plán a cíle verbálního i neverbálního programu

V krátkodobém plánu jsme se snažily brzdit nastolené tempo a nasměřovanost skupiny na výsledek a obracet pozornost na proces tady a teď, usazovat, zůstávat u prožitků a hlavně vyrovnávat síly ve skupině. Dávat prostor introvertním členům, vtahovat je do děje, oslovovat je. Vytvořit pocit bezpečí. Pracovali jsme na důvěře ke skupině, k terapeutickému procesu, k terapeutům.

Všeobecný plán pro skupinu zahrnoval práci s úzkostmi, porozumění stavu, zvědomění komunikačních, vztahových schémat a uvědomování si emocí.

V doprovodných programech jsem se snažila napojovat na dění ve skupině. Mezi témata, na kterých jsme pracovali, patřilo navození důvěry, možnost se spontánně projevovat ve skupině bez kontroly, kolektivní skupinový zážitek, zrcadlení, možnost se projevovat bez hodnocení, práce s napětím a uvolněním, s emocemi, komunikace.

Pracovali jsme na důvěře ke skupině, aby klienti mohli zažít v doprovodných programech spolubytí s ostatními bez úzkostí. Cílem bylo naučit se důvěřovat nejen ve skupině, ale i vztahům venku, vyjadřovat své pocity jak v procesu, tak i v reálném životě.

Co se týče mých vstupů, snažila jsem se je minimalizovat. Zpočátku jsem hru na nástroje a pohybové aktivity vedla, ale postupně jsem nechávala více a více prostoru skupině. Stejně tak jsem v průběhu stacionáře postupně omezovala prvky, které přinášely strukturu, instrukce, úkoly, hudba, rytmus atd.

4.4 Popis zkoumaného vzorku

Pro své šetření jsem si vybrala pět členů skupiny a to tak, aby každý byl výrazný a typický něčím jiným, tedy na základě odlišných vlastností a potíží. Přes to nalezneme v těchto charakterech mnoho podobností. Následující kazuistiky představují jejich osobní a sociální anamnézu, základní charakteristiky, způsob prožívání, povahu potíží a jejich působení ve stacionáři.

T. E.

Introvertní muž středního věku. Do stacionáře přichází kvůli svým úzkostným stavům na veřejnosti a při kontaktu s lidmi. Lidé jsou pro něj nepředvídatelní a ohrožující. Jeho tématem je přijetí versus nepřijetí. Ve spojení s nepřijetím prožívá silnou úzkost, ať už se nachází v jakékoli skupině, i v této terapeutické. Proto je jeho projev nejistý, tichý a bázlivý. Klient již dlouhou dobu žije bez partnerky a samota v něm vyvolává depresivní nálady, to jej dostává ještě do větší sociální izolace. Nejbližší vztah má se svou matkou, kde funguje určitá závislost, spíše ze strany matky. Přehnaně úzkostně pečovatelské sklony omezovaly klientovi možnost se dostatečně osamostatnit a vytvořit si přirozenou průbojnost a jistou odolnost vůči frustraci. Nízké sebevědomí a silné obavy z odmítnutí pramení z jeho minulých zkušeností šikany ve vrstevnických kolektivech a ze zkušenosti odmítnutí blízkým přítelem, jež bylo neodůvodněné, náhlé a pokřivilo klientův sebeobraz. Důvody těchto vztahových nezdarů začal hledat ve svých chybách. Sám sebe vnímá jako nedostačujícího, nudného, nezajímavého a nehodného zájmu ostatních. Aktuálně v kontaktu s lidmi prožívá strach, že by někdo tento jeho negativní sebeobraz mohl vidět. Obranou proti tomu T. E. dobře slouží izolace a častý strnulý úsměv, kterým se snaží zamaskovat, co opravdu prožívá. Je ve svém projevu nekongruentní. Skupina na tuto nasazovanou masku kriticky reagovala. Neustálá touha působit lépe klienta vyčerpává, to je společně s nedostatkem spánku příčinou časté únavy. Nedokáže s nikým trávit delší čas (déle jako tři hodiny), partnerství je tedy pro něj něco velice obtížného. Ve svém okolí nemá nikoho tak blízkého, s kým by mohl být ve vztahu zcela autentický (ani s rodiči není sám sebou), tedy se samota stávala jeho častým tématem. Ve skupině zaujímal spíše pasivnější pozici. Ostych a strach mu znemožňovali se ve skupině projevit, vzít si skupinu nebo prostor pro sebe. To se však postupně měnilo. Důležitý byl pro T. E. faktor univerzality a velkým přínosem pro jeho náhled se staly výraznější členky skupiny, zejména S. A. a T. C., které svou přímostí a kritikou narážely na jeho obrany a maladaptivní vzorce chování. Avšak přímým konfliktním situacím se klient vyhýbal. V průběhu stacionáře se učil vyjadřovat své názory a hlavně potřeby a postupně si i vytvořil své bezpečné místo ve skupině. Předával členům spíše racionální zpětné vazby, stejně tak unikal před emocionalitou do myšlení i u sebe. Silná potřeba mít vše pod rozumovou kontrolou klienta brzdila v jeho spontaneitě, uvolněnosti a otevřenosti, a to nejen ve verbálních skupinách, ale i v doprovodných programech.

N. B.

Nejmladší klientka skupiny (24 let), citlivá, jemná, úzkostná a depresivní. Z počátku terapie bázlivá, spíše v ústraní, přes to sociálně hodně vnímavá, její vstupy byly velice přínosné, ale každý její projev působil nesebevědomě, mluvila nevýrazně a tiše. Klientka byla silně frustrovaná psychickým týráním matky a sexuálním zneužíváním bratrem. Tato citová frustrace a nenaplněná bazální potřeba lásky vede u klientky k tendencím si vytvářet závislostní vztahy. Její vztah s partnerem byl zatížen silnou úzkostí z opuštění. Tato závislost (nejen psychická, ale i finanční a existenční) jí nedovolovala se ve vztahu prosazovat, jít do konfliktu, odporu, svobodně hájit své potřeby. Každé toto její ráznější ohraničení by mohlo vztah ohrozit, proto si ho nemohla dovolit, stejně tak ve vztahu se svou matkou, kde byla klientka utlačovaná. Přes to se jí podařilo, dostat se na skupině do přínosného konfliktu s velice dominantní osobou skupiny T. C. Klientka se proti ní musela bránit, už nechtěla být utlačovaná a zraňovaná. To, že si to mohla v bezpečném prostředí skupiny dovolit, bylo pro ni klíčovým bodem terapie. Po té došlo k velkému obratu, co se týče jejího působení na stacionáři. Její vstupy byly mnohem uvolněnější. Důležité byly pro ni zpětné vazby týkající se povzbuzení její schopnosti, potřebnosti pro skupinu a zejména emočně pozitivní reakce v neverbálních programech, kde dostávala potvrzení lásky a zájmu.

T. C.

Ve stacionáři výrazná členka středního věku, profesně velice vytížená, s vysokým postavením. Vnitřně emočně nestabilní, s velkými výkyvy nálad. Hned v úvodu skupinu šokuje svou verbální otevřeností (sexuální zneužívání), má tendence překračovat a testovat hranice. Do stacionáře přichází již po několikaleté individuální, psychoanalytické terapii, tedy v celku zorientovaná ve svých potížích, ale hlavně s jistým umem orientovat se i v potížích dalších členů. Její reakce na druhé byly opravdovým přínosem, uměla vycítit podstatu problému a ptát se po souvislostech, po emocích. Udržovala každého u podstaty, urychlovala proces. Dalo by se říci, že byla jakýmsi motorem skupiny. Avšak dělala to někdy až s neohleduplnou naléhavostí a prudkostí. Hned rozbila kritikou jakékoli klouzání po povrchu. Neuměla se naladit na ty uzavřenější ve skupině, tlačila je hned k jádru problému. Právě tyto introvertnější členové byli pro T. C. efektivní brzdou, aby se podívala na svou přeplněnost, touhu po efektivitě, po akci. Pomáhali jí také osvětlit, jak na ostatní působí, co může způsobovat její problémy v mezilidských vztazích (v pracovním kolektivu), na něž si klientka často stěžuje (boj a neoblíbenost u žen, povrchní přitažlivost nebo strach u mužů).

Pro klientku je typická velká emocionalita, je ve svých pocitech velice intenzivní. Problém je právě jejich nekontrolovatelnost, náhlost a proměnlivost. Mluví až o emočních zhrouceních. Podobně to klientka má se svou energií, s níž neumí pracovat a často jde za své hranice. Dalo by se říci, že žije v extrémních polohách. Na jedné straně velice citlivá, nesmírně toužící po partnerovi, po lásce (frustrace z dětství) a vlastních dětech, po péči a ochraně a na straně druhé svou citlivost brání tvrdostí, hrdostí, přespřílišnou samostatností a individualitou, cílevědomostí a odstupem. Tuto rozporuplnost lze sledovat i na vztahu k terapeutce: boj a konfrontace versus touha po přijetí a péči. Tyto obrany jsou vzhledem k její minulosti pochopitelné. V dětství byla u klientky diagnostikována hyperaktivita, s tím souvisely problémy ve škole, šikana, matka se k tomu obracela zády, tedy se se svými obtížemi klientka naučila vypořádat sama. V klientčiných patnácti letech matka zemřela. Zůstala žít s otcem, který ji zneužíval. Utekla z domova a byla okolnostmi nucena se velice brzy osamostatnit. Strach a nedůvěra k lidem klientce stále zůstávají. Těmto svým traumatům věnovala dost času v individuální terapii, ve stacionáři se věnovala spíše aktuálním tématům, jako jsou neuspokojivé partnerské vztahy, nenaplněná touha po mateřství, strach ze samoty, problémy v mezilidských vztazích.

V průběhu stacionáře skupinu i terapeutku neustále testovala. Na jednu stranu si potřebovala udržet svou moc, hrdost, odstup, dostávala se do konfliktu s terapeutkou, nedocházela na neverbální program, ale v zápětí byla velice iniciativní, snažila se skupině zavděčovat, hledala přízeň, potvrzovala si u terapeutky zájem. Hrou o pozornost byly také její výhrůžky o odchodu ze stacionáře. T. C. byla pro dynamiku skupiny a pro ostatní členy velkým přínosem.

J. F.

Tichá, introvertní dívka (28 let) se silnými psychosomatickými potížemi a neurastenií. Spíše pasivní členka skupiny, citlivá na kritiku, stažená do sebe, její mluva i pohyby jsou pomalé, bez energie. Do stacionáře přichází bez náhledu na své potíže. Stěžuje si pouze na fyzické problémy, zejména bolesti páteře, hlavy a ramene, kde má chronický zánět, a na poruchy spánku a únavu. Neuvažuje o možnosti vztahu mezi fyzickými a psychickými obtížemi. Pěstuje si pozici bezmoci vůči své bolesti. Tělesný stav ovlivňuje její kognitivní funkce a schopnost se soustředit. Pobírá i částečný důchod, zaměstnání v době stacionáře nemá. I když byla spíše pasivní, často se snažila na sebe strhávat pozornost. Projevovala se její skrytá (v dětství nenaplněná) touha po pozornosti a péči, se kterou ale neuměla zacházet. V zápětí veškeré snahy a pomoc skupiny odmítá a odráží ji od sebe. Verbalizovala se u klientky ambivalence mezi potřebou péče a zároveň strachem nechat o sebe pečovat, být v rukou

někoho jiného, strachem ze ztráty kontroly. Vůbec kontrola je jejím tématem, znemožňuje ji i přístup k emocím a možnosti jim porozumět. Klientčino tělo se stalo ventilem její silné kontroly, stalo se oblastí, kterou pod kontrolou nemá, oblastí, kde si odžívá potlačované vnitřní napětí. Tyto své tendence si nese ze vztahu s dominantním otcem, který ji ponižoval a psychicky ji ubližoval. Místo pro vzdor, sebevyjádření, ať už názorů či emocí, zde nebylo. Naučila se je potlačovat, protože nemohly být ventilovány. V tomto procesu nevědomě pokračuje a tělo na to reaguje. Zároveň přejímá i negativní hodnocení ze strany otce a vytváří si tak sebekritický pohled na sebe. V době dospívání se s otcem přestala stýkat a zůstala v domácnosti jen s matkou, která trpěla těžkými depresivními stavy. Došlo k výměně rolí. Nemoc matky klientce znemožňovala být dítětem, naopak situace vyžadovala rychlejší dospění, zodpovědnost a věnování péče matce. Teď jakoby klientka přebírala na sebe problémy, aby se někdo staral o ni a vše ji vynahradil, avšak péče se nedostavuje. Pociťovaná bolest se stává voláním o pomoc a její tělo bojištěm potlačované agrese, vlastního sebepodceňování, pocitů viny a vzteku obráceného na sebe. V oblasti partnerství klientka zase ambivalentní. Touží po lásce, přijetí a blízkosti (tato touha je však dětská) a zároveň prožívá strach ze svých závislostních tendencí, z vtíravých myšlenek, jež se týkají vlastních chyb a prohlubují její sebekritiku a sebepodceňování. Vytváří si tak bludný kruh a to nejen v oblasti partnerství. V terapii hledala smysl, odpovědi na otázky a okamžitou úlevu od svých potíží. Avšak sama se do tohoto procesu neangažovala, čekala na pomoc od skupiny a od terapeutky, nepřijímala odpovědnost za své problémy a vůbec nebyla schopna činit rozhodnutí. Právě tento její pasivní, bezmocný postoj skupinu velice pobuřoval, často se stávala předmětem kritiky a nátlaku. To klientku brzdilo, vracelo zpět do úzkostných stavů a měla silný pocit nepochopení skupinou. Avšak tyto, pro ni těžko přijímané, zpětné vazby, byly pro J. F. důležité v jejím náhledu na sebe, neverbální doprovodný program pak v otázkách prožitku.

S. A.

S. A. na první dojem působí jako rázná, silná žena, což dokresluje i její neverbální projev, fyzická nadváha, silný, výrazný hlas, vzpřímený posed. Klientka má jemně schizoidní rysy osobnosti, tendence držet si lidi dál od těla, citově se do vztahů neangažovat. Tato pozice jí zajišťuje bezpečný prostor. Tvrdí, že potřebu blízkosti necítí. Avšak v průběhu terapie se ukázalo, že za obranou se schovává citlivost, zranitelnost a že silná nedůvěra k lidem stojí v základech pevné zdi, kterou postavila mezi sebou a ostatními.

S. A. své dětství prožila na vesnici, od dvou do šesti let se o ni starala babička, která ji psychicky i fyzicky týrala, toto období hodnotí jako nejnáročnější. Její rodiče se odstěhovali

do Prahy za prací i s jejím bratrem, klientku u babičky nenavštěvovali. Na skupině vysvětluje nezájem matky z toho důvodu, že kvůli ní musela být s otcem, kterého nenáviděla, S. A. byla tedy nechtěné dítě. Přes to se po krátkém čase rozvedla a vdala se za jiného muže, s ním měla syna, ten je matkou milován. Ale její vztah s S. A. se k dobrému nezměnil. Od šesti do čtrnácti let klientka žila s matkou, bratrem a nevlastním otcem, který ji sexuálně zneužíval. Stále se cítila nechtěná, žila v bratrovém pokoji plném chlapeckých věcí, neměla svůj prostor.

Od čtrnácti let zase u babičky, v tomto období se objevuje alkohol, pokus o sebevraždu, první náznaky psychických problémů. S. A. se upnula na první vážnější vztah a v osmnácti letech odchází od babičky. Následoval sňatek a dvě děti. V tomto manželství byla klientka opět týrána. Šlo o období propuknutí nemoci. Své problémy klientka řešila alkoholem. Manželství dlouho nevydrželo, po rozvodu si děti vzal do péče manžel. Klientka důvody odebrání nerozebírá, roli asi hrálo psychické onemocnění, alkohol, finanční nezajištění. Nastalo těžké období pěti let, kdy klientka nevěděla o svých dětech, propadla alkoholismu, proběhl druhý pokus o sebevraždu a prohloubila se v ní maniodepresivní porucha. Po pěti letech s pomocí právníka se setkává se svými dětmi.

Nyní je klientka deset let vdaná, z druhého manželství má dceru, která je chronicky nemocná, proto je S. A. v domácnosti a pracuje z domu. Důležitá pro případ je péče, kterou klientka své dceři věnuje, vůbec téma péče, potřeba o někoho pečovat, se v průběhu procesu terapie u ní několikrát objevilo. A mimo jiné i zkušenost s chronickou bolestí u její dcery, kterou musely společně překonávat. Díky této zkušenosti se často dostávala do konfliktu s jinou členkou skupiny J. F., která trpěla fyzickou bolestí a silnou únavou.

Toto druhé manželství hodnotí také neúspěšně, s partnerem spolu nekomunikují, sama sebe popisuje v manželství chladnou, bez citu, mluví o tom, že manžela vlastně vůbec nepotřebuje. Vztah je zatížen nevěrou z manželovy strany, ale to klientka nerozvádí.

Často si stěžuje, že je na všechno sama (domácnost, vedení firmy), že jí nikdo nepomůže. Svého partnera popisuje spíše jako neschopného, který ji potřebuje. Zároveň však nikoho o pomoc nikdy nepoprosila, ani nikomu k tomu nevytvořila prostor. Mít možnost o všechno se postarat, pečovat, být potřebná, vlastně bytostně potřebuje, stalo se to jejím smyslem, naplněním. Získává tak lepší pocit sama ze sebe, vyšší sebevědomí, seberealizaci. Bez pocitu užitečnosti by nebyla nic, nastalo by pro ni prázdno, což je pro S. A. ohrožující. Ocitá se tedy ve vnitřním rozporu mezi potřebou vlastní užitečnosti, přehnanou péčí a únavou ze starostí, mít možnost někomu přenechat část zodpovědnosti, umět se o někoho opřít.

Nejvíce uvolněná je ve vztahu s dcerou, na ní jí záleží a je ochotná cokoliv obětovat.

S. A. největší význam přikládá vztahu se svou babičkou a matkou.

Ve verbálním projevu se S. A. cítí jistá a zdálo se, že ve skupině dost pracuje, ale k sobě se dostávala jen skrze ostatní. Cítily jsme s kolegyní potřebu jí více otvírat, trochu zastavovat u sebe, ptát se na osobní zkušenosti, pocity. Ke svému životnímu příběhu se dostala až po několikátém setkání při arteterapii.

S. A. na skupině velice dobře spolupracuje, dává prostor ostatním, reaguje na ně, ale i naslouchá, snaží se přijímat jejich reakce, zejména ze strany terapeutky, ale i mé vstupy k ní. Její postřehy ve skupině jsou dobře promyšlené, je citlivá ve vnímání souvislostí, umí si věci dobře propojovat, tím byla ostatním velice nápomocná. Po celou dobu jsem ji vnímala plně přítomnou, soustředěnou na dění, vyjadřovala se téměř ke každému členu a tématu.

Co se týče režimu, pravidel skupiny, vztahovala se k nim velice důsledně a zodpovědně.

Její sociální a emocionální izolace je vzhledem ke klientčině minulosti zcela pochopitelná. Často byly překračovány klientčiny hranice, proto si je nyní vytvořila zcela neprostupné. A aby tuto svou izolaci zvládla, potlačila některé své potřeby.

4.5 Pracovní plán pro vybrané klienty v rámci neverbálního programu

Verbální projev používáme každý den, jsme v této oblasti zběhlejší a dobře ho (i nevědomě) kontrolujeme a cenzurujeme. Některé stereotypní chování, prožívání či vztahové tendence jsou s námi bezprostředně srostlé, neuvědomujeme si je, a tudíž nemáme na ně takový náhled. Tedy jsem se snažila, aby klienti měli možnost udělat novou zkušenost sami se sebou, získat jiný zážitek sebevyjádření. Vyjádřit se pohybem, hudbou a jakkoli neverbálně, pro skupinu nebylo tak vlastní jako slovní projev a díky tomuto neverbálnímu zážitku mohli mít nevědomé tendence zprostředkované, mohli je uvidět a po následném verbálním zpracování pochopit. Jedním z cílů bylo tedy získat určitý náhled na sebe. Zároveň některé techniky šly jen po rovině prožitku, s cílem zažít primární radost z tance, pohybu a hry, kdy jen zážitek sám o sobě uvolňuje a osvobozuje. U většiny klientů šlo o to, pomoci jim prostřednictvím neverbálního zážitku propojit myšlenky a pocity. Veškerá práce se odehrávala v rámci skupinového společenství, takže primárním plánem se stávalo budování prostoru bezpečí, důvěry a intimity v rámci spolubytí.

Vůbec cílem neverbálních technik u neurotických pacientů je vzdálení se, získání odstupu od rušivých a nepříjemných emocí a myšlenek. A tento neverbální způsob práce může být cestou, jak klientům pomoci žít přítomností, naučit je věnovat plnou pozornost

tomu, co právě dělají. A přeneseně na život, naučit klienta věnovat se v životě tomu, co opravdu chce a věřit vlastní zkušenosti.

U některých klientů byla důležitá práce více interaktivní a skupinová, v rámci které se učili jistým dovednostem nebo získávali důležité zpětné vazby. U jiných šlo spíše o procesy více individuální, o tvarování vztahu k vlastnímu tělu, práce s vlastní časovostí a zaplňováním, uvědomování si vlastních hranic, atd.

T. E.

Základní snahou u klienta bylo uvolnit kontrolu a racionalizaci a vytvořit větší prostor pro emoce, dostat ho ke svým prožitkům. Již na první muzikoterapii se ukázala jeho schopnost slyšet a držet rytmus, tedy jsem se snažila skrze tato rytmická cvičení (viz. Příloha) pracovat na síle projevu a sebevyjádření. U klienta jsem vnímala za důležitou práci na svalové a pohybové strnulosti, uvolnit jeho tzv. „křečovitý neměnný úsměv“, jež mu sloužil jako obrana. Také jeho veškeré improvizované pohyby se děli jen v rámci jakýchsi naučených schémat (př. Když měl vymyslet nějaký svůj pohyb, uchýlil se do cvičebních prvků – dřep, klik atd.) Stejně tak v arteterapii používal konkrétní naučené a zjednodušené znaky. Jeho díla vypadala jako schémata, stejně tak k nim klient přistupoval, na papír si prostřednictvím obrázků zaznačil, co k danému tématu chce říci. Vůbec si neužíval proces tvorby. Do abstrakce se vůbec nepouštěl. Cílem bylo, aby T. E. našel svou cestu k tomu, jak se uvolnit, aby otevřel cestu pro fantazii, spontaneitu a hlavně emoce. Vnímala jsem pro něj jako přínosné zařazování různých relaxačních a zklidňujících cvičení a práci s dechem. V neposlední řadě bylo u klienta velice důležité vtahovat ho do veškerých skupinových neverbálních aktivit, kde měl možnost pracovat se svou úzkostí a trémou, a mít v plánu takovou proměnu prostředí a okolností, aby tyto jeho vstupy byly spojeny s úspěchem a s pocitem bezpečí.

N. B.

U této klientky byl jasným cílem práce s vlastním prostorem. Poznat ho, prožít a potom postupně měnit (zvětšovat). Podporovat ji v nácviu neverbálního ohraničení se, vnímat svou hranici blízkosti (viz. Příloha – kontakt, hranice). S tím souvisí i projev negativních tendencí, nácvik svobodného vyjádření vzteku a agrese a s tím i uvolnění emočního přetlaku, který se často objevoval nepřímou agresí, jako je neúčast, stranění se, odchody. Vést klientku k vyjádření svých potřeb, co je jí příjemné, co už ne, měla tendence se neustále přizpůsobovat. Při arteterapii značné místo na obrázcích zabíral její partner a stával

se hlavním tématem při následné verbalizaci. Považovala jsem za důležité vést ji k tomu, co je na obrázku mimo partnera a zvětšovat a poznávat tento klientčin prostor. Klientka měla problém popsat slovy své vnitřní napětí, vnitřní konflikty, arteterapie byla tedy vhodným prostorem pro to, aby došlo ke vhledu do problému. Aby si klientka mohla témata a náměty na obrázku pojmenovat, objasnit, pochopit a spojit se svou aktuální situací. A společně potom hledat možnosti změny a řešení. Při taneční a pohybové terapii bylo důležité klientku ukotvovat, uzemňovat, cítila se dobře v pohybu houpání a ve vztahových aktivitách (viz. Příloha – práce s rytmem a emocemi, předávání si pohybu, zrcadlení ve dvojici).

J. F.

S velkým překvapením skupiny i mým, klientka při pohybových aktivitách velice spontánní, uvolněná, energická. Po prvním programu skupina na tuto její proměnu reagovala, ale J. F. to nedokázala vysvětlit. Tvrdí, že byla jakoby v „transu“, nedokázala zpětně popsat své pocity. Absolutně své tělo od prožitku a vnímání sebe sama oddělovala. Mým záměrem bylo ji v tom propojovat. Zahrnovala jsem různé imaginace, poslechové cvičení s úkolem sledovat projevy a emoce na těle a hledání různých pocitů v částech těla (viz. Příloha – pasivní muzikoterapie). A hlavně jsem klientku chtěla zapojovat vždy v závěrečné verbalizaci a podporovat ji, aby se alespoň stručně vyjádřila k předešlému programu. Tématem bylo tedy propojit její zážitek fyzický s prožitkem, ale i ji samotnou s ostatními, aby se naučila vnímat skupinu a sebe v ní, naučila se sladit pohyby.

T. C.

Již od začátku se vůči neverbálním technikám stavěla do odporu. Postrádala jejich smysl, vůbec relaxace je pro ni ztrátou času. Snažila jsem se ji motivovat k tomu, aby přemýšlela o svém pohybu a o svém těle obecně. Aby mu věnovala čas a péči, což klientka ve svém životě vůbec nedělala. Důležitá byla práce s dechem a s jejím vnitřním rytmem (činnost srdce, tep) a lazení se na toto tempo. Objevování pomalých a táhlých pohybů, vůbec potřebovala celkové zpomalení. Pokoušela jsem se ji nabádat, aby zůstávala déle u určitého pohybu a více ho vědomě prožila. Aby uměla ovládat své pohyby, tělo, měla ho pod kontrolou, s přenesením na emoce, které potřebovala určitým způsobem taky kontrolovat. V plánu, dokonce i ve slovní dohodě, bylo i najít způsob relaxace, který by klientce vyhovoval.

S. A.

Jako zásadní v práci s S. A. jsem hodnotila vytvořit pro klientku bezpečný prostor a více ji uvolnit, aby se křečovitě nedržela svých schémat chování a vztahování se. V neverbálních programech jsem se snažila v rámci skupiny klientce zprostředkovat zážitek s něčím, s čím se v běžném životě nesetkává, s důvěrou, blízkostí, spontaneitou, hravostí, s dotykem, otevřeností, péčí někoho jiného o ni, aby se setkala se svou polaritou, uvědomila si určité složky svého já. Důležité bylo zmírňovat její izolaci a úzkost ze spolubytí, z blízkosti. Pomáhalo jí, když jsem vytvořila prostředí větší intimity (zhasnuté světlo, zavřené oči, atd...).

4.6 Vztah výzkumného vzorku k neverbálním technikám a relaxacím a jeho vývoj

Z počátku stacionáře ve skupině převládal přístup k neverbálním technikám spíše skeptický a nedůvěřivý. Veškeré projevy byly doprovázeny velkým ostychem a zesměšňováním nebo pasivní agresivitou.

Velkou změnu v průběhu stacionáře jsem spatřovala v oblasti časovosti, jak klienti zacházeli s časem. Ze začátku byli členové v programech rychlí, vše brali jako úkol, jež je třeba splnit, se zadáním jak v arteterapii, tak v pohybových aktivitách a muzikoterapii, byly hned hotovi, bez většího přemýšlení a rozvažování. V pohybu nezůstávali, neužívali si ho, spěchali z něj rychle pryč. Ke konci stacionáře si však sami stěžovali na nedostatek času, dokázali si více užívat tvorbu a pohyb a vůbec sledovat vnitřní procesy. Viděla jsem v tom paralelu i s verbální skupinou, kde také docházelo k jistému zpomalení. Čím víc se blížil konec, tím více hledali smysl, ale už tolik netlačili na rozhršení, ale začali hledat více v sobě, více bilancovat, všimnout si i skupiny a hledat pomoc pro sebe ve skupinovém procesu.

U každého klienta z výzkumného vzorku se budu zabývat jeho postojem k relaxaci, k tanečně-pohybovému programu, k muzikoterapii a k arteterapii.

T. E.

K relaxacím zaujímal klient negativní postoj. Prožíval závratě a nevolnost, když zavřel oči. Snažil se tyto své negativní emoce potlačovat, tím se to vždy zhoršilo. Měl na sebe vztek, vnímal to u sebe jako selhání. Avšak svou snahu nevzdával a dělal pokroky. Časem již dokázal u autogenního tréninku ležet, později zvládl relaxaci i se zavřenýma očima, ale

dostavovalo se nepříjemné napětí do břicha a hrudníku, které se postupně uvolňovalo. Po skončení relaxace se u něj dostavovala úleva, často měl potřebu o svých pocitech mluvit.

K pohybovým cvičením se stavěl velice pozitivně, stejně tak k muzikoterapii. Po překonání úvodní silné stydlivosti, jsem u něj vnímala vždy velké uvolnění, dokonce po jedné hodině svůj zážitek okomentoval slovy: „Byl jsem chvíli šťastný“. Jakýkoli aktivní pohyb klientovi dělal dobře, dokonce jej to vedlo zařadit více pohybu i do svého života.

Při arteterapii se cítil frustrován tím, že neumí malovat a nedokáže ztvárnit svou myšlenku. Také měl vždy problém zpracovat téma, to ho zúzkostňovalo, začínal malovat vždy jako poslední. Vždy své dílo ohodnotil negativně. Proto si vytvořil k arteterapii určitou nechuť, setkával se při tvorbě s vlastní nedostačivostí. To poukazovalo na jeho vysoké nároky na sebe a na tendenci viset na svých chybách, neumět se od nich odprostit.

N. B.

Klientka nejpozitivněji hodnotila relaxační programy. I když neměla zkušenosti s autogenním tréninkem, dokázala se rychle uvolnit a navodit pocit tíhy i tepla.

V muzikoterapii se lépe cítila při pasivním poslechu, užívala si imaginace a vnímání vlastního těla. Při aktivní muzikoterapii se spíše stranila, negativně hodnotila chvíle, kdy se měla prostřednictvím nástroje projevat a byla na ni upřena pozornost.

Stejný problém prožívala v tanečně-pohybové terapii. Vadila jí představa, že ji ostatní sledují. To se změnilo při zavedení větší intimity, když bylo zhasnuto, nebo když měli možnost si zavřít oči.

Velice kladný vztah měla klientka k arteterapii, k procesu tvorby. Bavilo ji experimentovat s barvami a s materiály a sledovat, co vzniká. Prožívala radost ze svých obrazů.

T. C.

Relaxaci hodnotí jako ztrátu času, bylo by pro ni efektivnější mít skupinu. Podobný vztah zaujímá k veškerému neverbálnímu programu. Z počátku se stavěla do odporu, měla tendence program zpochybňovat, chtěla vysvětlovat, proč se musí účastnit. Neustále pozorovala čas a zdržovala začátek programu diskuzí. V průběhu verbálních skupin patřila mezi nejaktivnější členy, při doprovodných programech se stranila, k tématům se nevyjadřovala. Avšak vnímala jsem v tomto vztahu proměny. Důležitým mezníkem bylo vybudování větší důvěry ve skupině, zařazení dotyku do neverbálního projevu, to jakoby klientku vtáhlo do dění. A jistý vliv na ni měli ostatní členové v tom smyslu, že si začali

program užívat, nacházet v něm svůj smysl a začali sami sebe reflektovat. Klientka díky tomu uviděla, jak je možné na sobě pracovat i mimo verbální skupiny a její odpor slábl, dokonce si nacházela v procesu své významy a začala jak pohyb, tak muzikoterapii brát vážně.

Arteterapii vnímala vcelku pozitivně, již měla předešlé zkušenosti. Tvorba byla blízká její profesy, cítila se v ní dobře a hlavně její obrázky byly často skupinou obdivovány, tedy to podporovalo její sebejistotu.

J. F.

Relaxace měla spojeny s úzkostí a uvědomováním si fyzické bolesti, proto je nevnímala dobře a cítila se po nich vždy spíše unavená.

K tanečně-pohybové terapii a muzikoterapii chovala ambivalentní vztah. Vnímala program vždy podle nálady a aktuálního rozpoložení. Někdy hodnotila program velice pozitivně, na druhou stranu si vždy na skupinách stěžovala, že se její fyzický stav po programu vždy zhorší a prožívala vztek, že jej musí absolvovat. Tento vztek patřil jejímu tělu. Neustále oscilovala mezi odporem a straněním se programu a maximálním zapojením.

Tento ambivalentní přístup byl dobře viditelný i při arteterapii. Asi dvakrát se jí do tvorby nechtělo a zůstal jen prázdný, bílý papír. Tato nechť byla spojena s pochybováním o smyslu stacionáře. Jiný den zase tvořila s absolutním nasazením a prožitkem a její dílo bylo zaplněno a plné emocí.

S. A.

K relaxacím má klientka kladný vztah, sama pravidelně doma provádí autogenní trénink, přes to byl pro ni problém se zrelaxovat. Měla potřebu si pozměňovat podmínky, vytvářet si výjimky (leh na břicho).

Nejen při relaxacích, ale ve veškerém doprovodném programu, bylo pro ni typické testování, hledání hranic a vytváření si výjimek. V pohybu a ve hře na hudební nástroje byla ztuhlá, vyhybavá a hodnotila jako nepříjemnou sociální kontrolu, ta ji brzdila. Snažila jsem se pozměnit podmínky, zmírnit oční pohledy, vytvořit intimnější a bezpečnější atmosféru. Tyto změny S. A. pomohly, větší přítímí, to, že si mohla se svým pohybem zalézt do kouta, s hudebním nástrojem se schovat pod stůl, potom se pomalu vracet mezi ostatní. Mohla si tak určovat tempo svého odhalení. Často jsem v pohybových aktivitách pracovala i s rytmikou, hrou na tělo, v tom se S. A. cítila jistější, protože to dávalo pohybu určitou strukturu, tu klientka potřebuje. Když jsem ale přenechávala vedení a S. A. se dostávala na řadu, cítila se nesvá, jelikož se na ni upínala přílišná pozornost. Ve volných, improvizovaných a

spontánních projevech se také necítila dobře, nevěděla, co s tělem. Ale i v tomhle jsem u ní viděla pokroky. Vůbec se spontaneitou a se vztahem ke hře měla klientka problém. Není moc hravá, neumí se dostat do dětské uvolněné role.

Při arteterapii se cítila uvolněnější než v pohybu, tuto činnost hodnotí jako přirozenější a příjemnější.

Celkově se zapojení klientky do neverbálních technik postupně vyvíjelo od pozice odporu, nedůvěry a rezignace k postupnému otevření a uvolnění. Na závěr těmto neverbálním zážitkům přikládala i určitou důležitost.

4.7 Vliv neverbální práce na jednotlivé klienty výzkumného vzorku

V této kapitole popisují zkoumaná témata u jednotlivých klientů, která uvádím v úvodu výzkumné části a zaměřuji se na tyto kategorie: náhled – sebepoznání, sebevědomí, vztah k tělu, emocionalita.

• Náhled a sebepoznání

Na vypracovaných kazuistikách bych chtěla sledovat, zda měl neverbální program vliv na náhled u klientů a zda vůbec může vést k osobnostním změnám. K danému jevu přikládám konkrétní techniku, která mé tvrzení ilustruje.

T. E.

Díky neverbálním technikám si uvědomoval, jak má na sebe přehnané nároky a potřebuje dokonalý výsledek. To mu znemožňuje se uvolnit a vůbec přijímat sám sebe. Z toho pramení i jistá strnulost, nízké sebevědomí, jelikož se neustále potýká s vlastním neúspěchem, a neustálá úzkost a strach ze selhání. Tyto nároky však nemá jen sám k sobě, nýbrž i ke svému okolí.

Muzikoterapie: Skupina dostala instrukci sladit se ve společném rytmu, ten potom dále rozvíjet. Úlohou bylo se navzájem poslouchat a dojít společně k nějakému výsledku.

T. E. vnášel složitý rytmus. Na závěr verbalizoval vztek na členy, kteří společnou hru kazili, byli mimo, hráli jinak, než si to představoval a celkově nebyl s výsledkem spokojen. Zároveň přiznává, že nedokázal převzít úplnou iniciativu a hru řídit, dostatečně si nevěřil.

Jako stěžejní vnímám u klienta uvědomění si vlastního vlivu na svou situaci, zejména na svou samotu. Udělal zkušenost s tím, že když on sám se emotivně vyjádří ke skupině a projeví zájem, skupina mu to vrací.

Tanečně-pohybová terapie: Zadáním bylo vyjádřit pohybem svůj vztah ke skupině. T. E. ostatní členy jemně pohladil po rameni, skupina ho v zápětí spontánně v kruhu objala.

Arteterapie: Tématem byla interakční skupinová tvorba ostrova. Klientův prostor byl jasně ohraničený a tak zaplněný, že když mu jiná členka (N. B.) do jeho části chtěla domalovat srdíčko, neměla kam.

V následné verbalizaci si klient uvědomoval, že jeho prostor je zaplněn technickými věcmi a chybí v něm lidé a sám hodnotí, že mu v jeho prostoru chybí emocionalita, kterou viděl u ostatních.

N. B.

Tanečně-pohybová terapie: Instrukcí byl volný pohyb po místnosti, uvědomování si ostatních členů a vyjádřit pohybem svůj vztah k nim.

Po skončení programu si klientka uvědomila, že se vůbec nevyjádřila k jedné člence skupiny, která jí připomínala matku. Nevědomě se jí vyhýbala. Cítila k ní určité napětí. Nabídla jsem jí, aby zkusila popsat, jak by vypadalo její vyjádření ke člence, kdyby tu možnost měla. Klientka to odmítla, vyjádřila se jen tak, že k této člence jako k jediné ze skupiny, by se musela projevit negativně. N. B. došla ke zjištění, že to tak má i v životě, vyhýbá se konfliktním situacím, vnímá je hodně destruktivně a zúzkostňuje ji. Tyto své negativní emoce neventiluje a ukládá je do sebe. A potom nerozumí nakumulovanému emocionálnímu přetlaku, popisuje ho jako vnitřní tíhu, kterou má pocit, že nemůže unést.

Tanečně pohybová terapie: Zadáním bylo zjišťování vlastního prostoru, jeho velikosti, jeho tvaru, plastičnosti. Zjišťování, kam až sahá a jak se klienti nacházejí v něm. Uvědomování si tohoto prostoru.

Klientku tato technika rozplakala. Nejprve svůj prostor nemohla najít, uchopit jej, cítila se bezmocná, vydaná na pospas (možná asociace se zneužíváním). Když jej přece nějak našla, negativně ji překvapilo, že je hrozně malý, že se cítí stísněná, nesvobodná. Uvědomovala si svou potřebu ochrany a svou závislost na ní, ale také potřebu to změnit, pracovat na sobě.

J. F.

V průběhu neverbálních technik, jsem u klientky neměla pocit, že by dosahovala nějakého náhledu na sebe. Že by měla potřebu na sobě v něčem pracovat, růst, ani nedocházelo k nějakým změnám. Účinnější pro ni byly spíše přímé zpětné vazby ve verbální

skupině, i když měla tendence většinu z nich spíše od sebe odrážet. V doprovodných programech u této klientky spíše šlo o prožitek s minimálním náhledem.

T. C.

Arteterapie: Zadáním bylo ztvárnění úzkosti, technika libovolná, formát libovolný.

Klientka sáhla po temperových barvách, její úzkost byla jakoby v pohybu, všezasahující, popisovala ji spíše jako vnitřní bolest, tíživost. Přiznává, že řešit problémy v sobě, být s nimi v kontaktu, je bolestivé. Uvědomuje si, že se přehlčuje a nevědomě si vytváří problémy vnější, na které se upíná, aby zaměstnala myšlenky a vyhledala se tak možnosti být sama se sebou, se svým nitrem.

Arteterapie: Úkolem bylo ztvárnit krabici jako sebe sama, krabici si klienti měli donést a ve stacionáři ji polepili, vytvořili koláž s názvem „já“.

Klientka se bez veškerého přemýšlení pustila do polepování zevnějšku krabice, s vnitřní částí měla větší problém, na rozdíl od obalu byl vnitřek mnohem jednodušší, za to přímější. Ztvárnila zde svou emocionalitu, bolest a lásku. Na tomto výtvoru se potvrzovala její tendence vytvářet si problémy, zbytečně si život komplikovat, že nedokáže přímo sdělovat své potřeby a pocity. A pečlivě schovává za tu přeplněnost své nitro, které touží po lásce. To vše pramení ze strachu z odmítnutí, z ublížení.

Tanečně-pohybová terapie: Technika důvěry, kdy si klientka lehla do nosítek, jež byly vytvořeny z rukou ostatních členů skupiny, a nechala se lehce houpat.

Klientka to popisuje jako z počátku nepřijemné, ale když dostala instrukci, aby si to užila, zcela se v tom uvolnila a užívala si pocit péče a důvěry. Uvědomovala si, že si to v běžném životě nedovoluje, že ani nemá nikoho, o koho by si dovolila opřít se a nechat o sebe pečovat. Bojí se důvěřovat a hlavně to pokřiveně vnímá jako určitou slabost. Uvědomuje si svou potřebu obejmout a zároveň blok v tom, umět si o to říci. Obdivuje, že jiní členové ve skupině si umějí říci o péči.

S. A.

Arteterapie: Ztvárnit sebe skrze koláž, kterou vytvářeli na krabici.

Klientčino dílo přesně vystihovalo stejně takovou rozporuplnost, jakou v sobě nese maniodepresivní porucha. Obal přeplněný povinnostmi, prací, zájmy, energií v kontrastu s pustinou, která se taky na krabici objevovala v několika podobách, jako její pohled do budoucna. Kontrast mezi dobrou duší a špatnou duší, jež ztvárnila uvnitř, obě zcela oddělené a ohraničené. Rozpor mezi tím, nechat si bariéru vůči okolnímu světu a potřebou mít to jinak, potřebou změnit vztahování se k ostatním. Další a silný rozpor, který řeší, je mezi

nespokojeností s tím, že je na všechno sama a tím, že to vlastně potřebuje, je to její naplnění a smysl.

Tanečně-pohybová terapie: Při technice cvičení důvěry, opření se o druhé, kdy každý člen se nechal chytit skupinou (ti lehčí se nechali i pohoupat).

Klientka zúzkostněla. Šla na řadu jako poslední a velice se bránila. Snažila jsem se tedy pro ni vytvořit podmínky většího bezpečí, aby si tuto zkušenost opřít se o někoho mohla zažít. Ptala jsem se po jejích potřebách, jak by měla situace vypadat, aby to zvládla. Nakonec jsme se domluvili, že si vybere dva členy ze skupiny, kteří ji budou držet za ruce. Vybrala si klientky N.B. a T.C. Mě chtěla mít za zády, abych pomohla skupině ji při opření držet. Téměř se neuvolnila a opírala se minimálně. Přes to, jsem jí dala najevo ocenění, za její odvalu si to vyzkoušet. S. A. věděla, že nemá důvěru v ostatní lidi, ale překvapilo ji, jak velkou úzkost má z toho se o někoho opřít, na někoho se spolehnout, nestát na vlastních nohou.

• Sebevědomí

V této kapitole sleduji vztah neverbálního programu k sebevědomí, sebedůvěře a sebehodnocení vybraných klientů. Jestli proces nějakým způsobem ovlivňoval tuto jejich oblast sebevnímání. Zaměřuji se pouze na vliv v pozitivním slova smyslu.

T. E.

Jak jsem již popisovala v kapitole náhled – sebepoznání, nejsilnějším momentem pro klienta byla zkušenost, kdy byl skupinou přijat (objet). Po této zkušenosti se mnohem více a spontánněji projevoval, jeho vstupy byly sebevědomější. Tím, že dokázal překročit svůj ostych a projevit se, udělal pozitivní zkušenost. Větší sebedůvěru získával i v momentech, kdy na něj skupina reagovala, hodnotil to tak, že se necítí sám. Zjišťuje, že osamocení sytí jeho nízké sebevědomí.

Muzikoterapie: Zadáním bylo, aby skupina spolu komunikovala, aniž by však byla v očním kontaktu. Klienti měli za úkol vybrat si nástroj, který reprezentuje jejich komunikaci ve skupině a s ním se někam schovat, aby nebyli ostatními viděni (pod stůl, deku, atd.).

T. E. po této technice popisuje silný zážitek, když slyšel, že na jeho rytmus a jeho zvuky někdo reaguje, že je vnímán. Říká, že si na základě toho uvědomil, že někam patří a ostatní ho berou vážně, že se v tu chvíli necítí sám, přes to, že vlastně byl fyzicky sám, schován pod deku. V souvislosti s touto technikou mluvil o tom, že si často připadá tak, že není hoden pozornosti ostatních lidí.

N. B.

Tanečně-pohybová terapie: Tématem pohybového cvičení byla potřeba vlastního prostoru, samoty versus potřeba kontaktu s lidmi, blízkosti.

Klientku překvapilo, že si ostatní sesedli blízko k ní, že měli potřebu jít za ní a nezůstala tam sedět sama. Zkušenost, že ji ostatní mají rádi a že je ve skupině potřebná a brána, byla pro ni velice důležitá.

Technika důvěry: Nechat se pohoupat skupinou, pro N. B. příjemný zážitek. Avšak S. A. s touto technikou měla velký problém, bála se jen opřít zády o skupinu, potřebovala, aby ji někdo držel za ruku. Vybrala si ze skupiny právě klientku N. B.

Tato zkušenost byla pro klientku velice důležitá, uvědomění si, že je potřebná, že může být nápomocná. Hlavně, že není jen tou, která ochranu potřebuje, ale i tou, která ji může poskytovat a hlavně, že někdo má zájem, aby ji poskytovala.

J. F.

I v této kategorii nevnímám žádnou techniku či zážitek, který by měl jasný pozitivní vliv na klientčino sebevědomí. Ani ona sama, nic v tomto smyslu nehodnotí. Mohu se v této oblasti tedy jen domnívat nějakého výsledku, což by nebylo pro výzkum relevantní.

T. C.

Při arteterapii všichni obdivovali její obrázky. Často ostatní její výtvar lákal a zajímali se o něj, vždy klientčin obraz oslovovali. T. C. byla ráda středem pozornosti a to při jakémkoli neverbálním projevu. Své sebehodnocení má klientka spojeno s výkonem, s úspěchem. Snažila se tedy o jakýsi výsledek, aby pohyb vypadal hezky, ladně, aby hrou na hudební nástroj byla melodie, která ladí. Dávala si na tom vždy záležet, proto její projevy byly opatrné, na rozdíl od verbální psychoterapie. Pro T. C. bylo důležité nejen přijetí skupinou, ale i jistá oblíbenost, viditelnost. To bylo i spouštěčem jejího zapojení se do neverbálních technik a zmírnění počátečního odporu.

Pohybová aktivita: Skupina měla za úkol vytvořit z vlastních těl sousoší, které by reprezentovalo skupinu.

Klientku skupina zařadila do středu dění, bylo na první pohled patrné, že si tohle své místo klientka užívala a těšilo ji, že ji ostatní tak vnímali.

Co se týče sebevědomí, byl pro ni důležitý i vztah se mnou. Ten byl stejně jako s terapeutkou protkán určitým bojem, ale zároveň touhou po pozornosti. Vždy když se projevovala na hudební nástroj nebo pohybem, kontrolovala, zda ji vnímám. Při závěrečné verbalizaci vždy vyžadovala můj názor.

S. A.

Klientce se do aktivních programů moc nechtělo. Cítila se pohybově neobratná a nešikovná, zároveň si stěžovala na svůj zdravotní stav. První program trávila jen sledováním mimo skupinu. Ty další už se zapojovala čím dál více. Při jedné verbální rekapitulaci techniky, jsem její aktivitu oslovila a ocenila. Klientka sama hodnotí, že je ráda za své zapojení, když byla mimo dění, necítila se v tom dobře, připadala si něčím hrozně handicapovaná. V kapitole náhled – sebepoznání jsem již důkladně popsala zážitek této klientky při nácvičku důvěry, opření se o skupinu. Sice tato technika byla pro ni velice náročná a v danou chvíli se jí do toho vůbec nechtělo, ale při ukončování stacionáře závěrečně hodnotí, že je hrozně ráda, že sama sebe překonala a považuje tuto zkušenost jako cennou.

• Vztah k tělu

V této části zkoumání oslovuji otázku těla, vnímání vlastního těla klienty, jeho uvědomování, popřípadě vývoje vztahu k němu.

T. E.

Klient vnímá své tělo spíše výkonnostně, má na sebe vztek, když selhává, to je spojeno s jeho únavou. Ve skupinách si stěžuje na nedostatek energie. Bylo však patrné, jak dynamický, rytmický pohyb klienta nabuzuje a dodává mu lepší náladu, lepší pocit ze sebe, tím pádem větší sebedůvěru. U jiných aktivit, zejména arteterapie a relaxace, tento efekt byl spíše opačný.

Tanečně-pohybová terapie: Aktivitou byla mnou řízená hra na tělo s gradací a doprovodem hlasového projevu, s cílem skupinu sladit a vytvořit jednotu.

Klient se do pohybu plně ponořil, svůj projev komentoval tak, že se nechal strhnout skupinou a bylo mu hrozně příjemné projevovat se spontánně, zcela bez kontroly. Dodává: „Bylo mi úplně jedno, co dělám, jak u toho vypadám, co si o mně ostatní budou myslet.“ Vnímám tuto jeho kontrolu těla, strnulý úsměv, hlídání si neverbálního projevu, když mluví, jako zdroj jeho fyzické únavy. Jeho fyzické uvolňování při neverbálních technikách, mělo v průběhu stacionáře i vliv na jeho projevy ve verbálních skupinách. Jeho vždy stejně vypadající tvář s maskovacím úsměvem se postupně uvolňovala. Skupina si toho všimla a hodnotila T. E. jako už mnohem čitelnějšího a přirozenějšího. Klient však na to nemá náhled.

N. B.

Klientka si velice dobře uvědomovala a prožívala propojenost tělesných a vnitřních procesů. Vyhýbá se projevit negativní emoce tělesně, mluví o svém strachu z toho, že by

tomu mohla propadnout. Skrze tělo je více vydaná na pospas a rychleji propadá úzkosti než při verbálním projevu. Má strach z pohlcení, že by neměla potom dostatečnou kontrolu sama nad sebou. Na druhou stranu při neverbálním programu díky tomu mnohem hlouběji prožívala pocity přijetí skupinou, důvěry a bezpečí (například při houpání, objetí, společném dýchání). Tyto neverbální tělesné zážitky pro ni byly silnější a opravdovější, než když se k ní skupina vyjadřovala verbálně. I co se týče zklidňování, bylo u klientky rychlejší a účinnější přes tělo – práce s dechem, houpání, uzemňování, navozování tepla a příjemných pocitů do těla. Skrze relaxace dokázala uvolňovat fyzické napětí.

J. F.

Pasivní muzikoterapie: Náplní programu byl poslech, při kterém měli klienti vnitřním zrakem procházet své tělo, od hlavy dolů a zastavovat se dle instrukcí u určitých částí a sledovat své pocity k dané části těla a svůj vztah k těmto částem. Na závěr si měli najít bezpečné místo na svém těle a sáhnout si na něj.

Klientka se nedokázala na své tělo napojit. Mezi nejvýraznější pocíťovanou emoci patřil vztek. Nejlépe se cítila v oblasti pánve.

Muzikoterapie: Úkolem bylo vybrat si hudební nástroj, jehož zvuk je klientům nejpříjemnější a svobodně hrát s možností se pohybovat po místnosti tak, jak je každému příjemné. Měli možnost se s nástrojem schovat, nebo tančit, podle nálady.

Klientka si vybrala bubínek a spontánně se rozpohybovala. Hodnotí buben jako pro ni fyzicky aktivizující nástroj, vyvolává v ní příjemné pocity a nutí ji se pohybovat. Stejně tak při poslechu, když se objevil buben, cítila v těle teplo. Vnímala jsem jako důležitý bod ve vztahu k jejímu tělu zážitek tance, ladnosti, ženskosti, při kterém zjistila, že její tělo funguje a dokáže se projevovat bez bolesti a ladně, aniž by tomu musela rozumět.

T. C.

Klientka přiznává, že se vlastnímu tělu v životě moc nevěnuje. Nevěnuje mu zejména čas a pozornost. To se učila při pohybových programech a relaxacích. Vůbec vnímat, co je jí příjemné, jaké pohyby, co naopak ne.

Tanečně-pohybová terapie: Volné hledání vlastního pohybu, který je nám blízký, přirozený a příjemný.

Klientka tento svůj pohyb dlouho hledala, vypadalo to jako zkoušení si vlastního těla. Při tom byla pohybově velice nadaná. Překvapovalo ji i, jak ostatní reagovali na její pohyb.

Tanečně-pohybová terapie: Zrcadlení pohybu ve dvojici. Na klientku vyšla trojice, vždy jedna vedla pohyb a dvě zrcadlily.

T. C. po skončení programu popisovala své překvapení, že její pohyby byly velice ženské, přiznává, že se dotkla principu ženskosti a velice pozitivně si jej užívala. Dokonce ji napadali i sexuální fantazie.

Nové bylo pro klientku i uvědomování si vnitřního pohybu, činnosti srdce, proudění vzduchu.

Muzikoterapie: Instrukcí bylo zaposlouchání se do svého tepu, rychlosti činnosti srdce a zahrát na hudební nástroj ostatním tento vnitřní rytmus.

S. A.

Klientka je fyzicky silnější, sama to vnímala při pohybu jako překážku, necítila se tolik pružná a ladná. Před ostatními se styděla. Fyzicky jí byla nepříjemná pozice vedení, když měla udávat skupině rytmus, nebo při spontánním nestrukturovaném pohybu. Popisuje svůj stav jako zdřevěnění, říká, že neví co s tělem, co vymyslet, nejde jí to samo od sebe. Ze začátku si v těchto chvílích sedala. Měla tendence první myslet, potom se pohybovat. To se v průběhu stacionáře začalo měnit tak, že ohniskem pohybu bylo první tělo. Šlo jen o to, aby se klientka na něj naladila a hlavně, aby se vzdala kontroly. V závěru nestrukturovaný pohyb hodnotí: „Teď už si ho užívám, už mě to tolik nestresuje.“

• Emocionalita

V této kapitole se zabývám tím, jak ovlivňoval neverbální program emocionalitu u vybraných klientů. Jaké pocity byly pro klienty stěžejní, jak s nimi v programu pracovali, jaké nové emoce se objevovali. A jaké techniky se u daných klientů dotýkaly jejich prožitkové roviny.

T. E.

Klient do stacionáře přicházel s velmi omezeným, spíše negativním repertoárem pocitů, jakoby se jeho emocionalita točila jen kolem prožitku úzkosti a strachu. Při neverbálních programech však najednou mluví i o radosti, uvolnění. Již více zmíněnou dynamickou hru na tělo hodnotí slovy: „byl jsem chvíli šťastný“. Jako důležité vnímám u tohoto klienta, spíše než práci s negativními emocemi, objevování a prožívání pocitů pozitivních a radostných, které uvolňovaly jeho vnitřní napětí.

Mezi techniky, které k těmto pocitům u klienta vedly, patřily: viz. Příloha

N. B.

V pohybovém programu (viz. Příloha – práce s rytmem a emocemi) se nedokázala vložit do pohybu a vyjádřit tělem své emoce. Říká, že agresi a vztek cítí, ale fyzicky strnula, nemohla udělat ten pohyb, bála se tyto emoce projevit. Děje se to tak i v jejím životě, bojí se

projevit vztek, otáčí jej na sebe v podobě neustálého podceňování, výčitek a pocitů viny. V pohybovém a hudebním projevení emocí, spíše těch negativních, měla určité zábrany. V tomto směru pro klientku užitečným prostorem byla arteterapie. Dokázala se jak odpoutat od svých aktuálně prožívaných obtíží a zrelaxovat se, tak i v procesu tvorby je důkladně prožít a uvědomit si je. Důležitý byl pak proces externalizace, kdy si vytvořila odstup od obrázku, díky tomu dokázala pojmenovávat určité věci a rozumět jim. Její zahlcující emocionální svět už nebyl pro ni tak nečitelný a ohrožující, dostavovala se úleva.

J. F.

Při nestrukturovaném tanci se klientka dostává více k sobě, uvolňuje se, hudba ji rozpohybuje a dostává jinam, od myšlenek, přestává cítit bolest. Ta však po zklidnění dorazí i s negativními pocity, zejména se vztekem, který má na sebe, na své tělo, na to, že si nedovolí odprostit se od fyzických potíží. Běžně je spíše bez pohybu, proto jednorázový, uvolněný pohyb je pro její tělo zátěží. Nemá úplně přístup ke svým emocím a k jejich porozumění. Ale skrze tanec se uvolňuje a dostávají na povrch.

Tanečně-pohybová terapie: technika práce s rytmem a emocemi – viz. Příloha. Klientka se jako jediná ze skupiny plně vložila do tělesného odžití agresivity, dokázala úplně vyventilovat napětí. Po programu se cítila dobře, ale nedokázala o prožitku, který měla při pohybu, mluvit.

Nedokáže o svých pocitech srozumitelně mluvit i na skupině a často vyvolávala ve skupině napětí, agresivitu, útočné tendence proti ní. Interpretovaly jsme to s kolegyní tak, že nechávala skupinu odžívat její vlastní emocionalitu, tím své emoce vlastně komunikovala. Její pasivitu při arteterapii jsem také částečně vnímala jako blok jít ke svým pocitům.

T. C.

Do neverbálních projevů dávala hodně svůj prožitek. Emocionálně byly pro klientku důležité vztahové projevy a prožívání soudržnosti skupiny, spolubytí. Nejstěžejnějším pocitem, který si klientka v neverbálním programu prožívala, byl pocit bezpečí a přijetí.

Tanečně-pohybová terapie: Po skončení rytmického cvičení, skupina v kruhu, držela se kolem pasu, houpání ze strany na stranu, všichni měli zavřené oči.

Klientka závěr skupiny velice oceňovala, říká, že si uvědomovala všechny členy skupiny a to, že se mezi nimi cítí dobře a bezpečně.

Pocívala kladně jakékoli projevy blízkosti při programech, vnímala jsem klientku velice dotykovou a kontaktní.

Tanečně-pohybová terapie: Každý člen měl pohybem vyjádřit svůj vztah ke skupině.

Klientka se každého vždy jemně dotkla, dala všem najevo své sympatie, chtěla svým pohybem říci, že k nim má blízko. Svůj vstup komentuje: „Užívala jsem si, že jim to můžu dát najevo, že jim to, co cítím, můžu nějak říci, bylo to hrozně příjemný.“

S. A.

Arteterapie: Téma vnitřní ženy.

Téma ztvárnila jako několikavrství obraz. Namalovala malou křehkou květinu schovanou několika obaly, pečlivě stráženu mnoha zábranami. Představovala její citlivost, ženskost, lásku, avšak neprůstupnou.

Tanečně-pohybová terapie: Na závěr jedné pohybové skupiny jsme končili v úzkém kruhu, se svíčkou uprostřed, chycení vzájemně za zády. V mírném pohupování, se zavřenýma očima. Vznikla silná atmosféra spolubytí, důvěry a blízkosti.

Pro klientku byl prožitek tohoto okamžiku velice silný. Na závěr při reflexi celého programu zdůraznila tuhle chvíli, protože si při ní uvědomovala, že je jí ve skupině dobře.

To, že bylo navázáno emoční spojení klientky na skupinu, považuji jako důležitý výsledek procesu, a to nejen neverbálního. S. A. si v závěru uvědomovala, že jí záleží na členech a vůbec na společném setkávání a při uzavírání, vyjadřovala lítost nad koncem.

4.7.1 Vyhodnocení

U kategorie náhledu a sebepoznání je nutné brát v potaz, že velké pokroky dělali klienti zejména ve verbální psychoterapii. Přes to je patrné, že i neverbální práce u nich otvírala dosud neprozkoumané oblasti vlastního já, uvědomění si vlastního prostoru, vnitřních překážek, strachů a jejich lepší pochopení. Uvědomění si vlastního působení na ostatní a způsobů chování.

V kategorii sebevědomí se ukazuje, že důležitým faktorem pro klienty byl pocit přijetí skupinou, být vnímaným, a to zejména u klientů T. E., N. B., T. C. S tím, že u klientky N. B. byl tento pocit zesílen zjištěním vlastní potřeby. Na klienty T. C. a S. A. měla vliv i zkušenost dosažení nějakého výsledku, překonání překážky.

Co se týče vztahu k tělu, u většiny klientů došlo k uvolnění fyzické strnulosti a kontroly (T. E., J. F., T. C., S. A.). U klientky J. F. docházelo skrze fyzický pohyb i k uvolňování bolesti. U třech členů skupiny (N. B., T. C., S. A.) bylo patrné zlepšení uvědomování si vlastního těla.

Neverbální práce pomáhala klientům (N. B., T. C., S. A., T. E.) lépe si uvědomovat a pojmenovávat vlastní emoce. Velice kladný vliv na T. E. a T. C. v rámci jejich aktivizace,

měla zkušenost s pozitivními, radostnými pocity. U klientů N. B., T. C. a S. A. bylo důležité emoční uvolnění a zrelaxování, u J. F. a T. C. šlo spíše o potřebu ventilace emočního přetlaku. Významnou roli hrál pocit bezpečí a blízkosti, který často klienti vyzdvihovali jako příjemný a pro ně důležitý.

Výsledky šetření, zda má neverbální program vliv na tyto čtyři sledované kategorie u vybrané skupiny klientů, shrnuji v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1

Vliv neverbálního programu na náhled – sebepoznání, sebevědomí, vztah k tělu a emocionalitu

Klienti	Náhled - sebezpoznaní	Sebevědomí	Vztah k tělu Uvědomování si těla	Emocionalita
T. E.	* Má vliv	Má vliv	Má vliv	Má vliv
N. B.	* Má vliv	*Má vliv	Má vliv	* Má vliv
J. F.	* Nemá vliv (<i>pozn.</i>)	Nemohu posoudit	* Má vliv	* Má vliv
T. C.	* Má vliv	* částečně	Má vliv	* Má vliv
S. A.	* Má vliv	Má vliv	Částečně	Má vliv

* Výsledky nemohou být jednosměrné, klienti jsou ovlivněni i souběžným působením verbální skupinové psychoterapie. Hvězdičkou označuji oblast, kde sledávám nejen vliv neverbálního programu, ale i značný vliv skupinové psychoterapie, tedy docházelo k propojení verbální i neverbální složky léčby.

Pozn. U této klientky sledávám na její náhled větší vliv skupinové psychoterapie.

4.7.2. *Shrnutí výsledků – ověřování první hypotézy*

- Na náhled a sebepoznání má neverbální program vliv na čtyři z pěti klientů. V této kategorii sledávám i ovlivnění klientů verbální skupinovou psychoterapií a to ve všech případech.

- U čtyř z pěti klientů měl neverbální program pozitivní vliv na jejich sebevědomí s tím, že u jedné klientky byl tento vliv pouze částečný. U dvou klientů docházelo k ovlivnění jejich sebevědomí i ve verbální psychoterapii.

- Neverbální program měl vliv na uvědomování a vztahování se k vlastnímu tělu u všech (pěti) zkoumaných klientů. U jedné klientky byl tento vliv pouze částečný. A pouze jedna členka pracovala na tomto tématu i ve verbální psychoterapii.

- Jasný vliv neverbálního programu na sledované klienty je viděn v oblasti emocionality. U třech klientů sledávám na práci s emocemi i vliv verbální psychoterapie.

Závěrem lze tedy říci, že s částečným spolupůsobením verbální psychoterapie, má neverbální doprovodný program vliv na všechny sledované kategorie u většiny klientů.

Na kategorie: vztah k tělu a emocionalita je tento vliv patrný u všech (pěti) klientů.

Na kategorie: náhled – sebepoznání a sebevědomí je tento vliv patrný u čtyř z pěti klientů.

4.8 Vliv neverbálního programu na skupinovou soudržnost a budování důvěry ve skupině

V této kapitole se snažím sledovat, jakou roli sehrávali neverbální techniky v rámci budování důvěry, pocitu bezpečí a soudržnosti ve skupině. Jaké techniky u vybraných klientů toto téma oslovovali.

• Důvěra – koheze skupiny

Některá skupinová setkání byla dost konfrontační, náročná, někteří členové se často dostávali do pozice obrany (T. E., J. F.). Vnímala jsem ve skupině atmosféru napětí. Po těchto náročnějších setkání jsem se snažila neverbální program zaměřovat právě na podporu bezpečného prostoru ve skupině, uvolnění, zařazovala jsem spíše skupinové aktivity (viz. Příloha, rozmotávačka, rytmická cvičení – sluníčko svítí, svítí sluníčko, ozvěny – jeden hraje druzí opakují, houpání v kruhu, předávání doteku,...)

Tanečně-pohybová terapie: Houpání v kruhu. Skupina se drží kolem pasu, v mírném podřepu s uvolněným dýcháním se pomalu pohupují ze strany na stranu se zavřenýma očima. Vzniká příjemná atmosféra blízkosti a uvolnění napětí.

Tuto aktivitu jsem již popisovala výše a hodnotila ji jako pro určité klienty důležitou. Vznikla spontánně po jednom dynamickém pohybovém cvičení. Skupina na tuto klidovou část reagovala velice pozitivně a měla pro ně velký význam. Několikrát jsem ji v průběhu stacionáře zopakovala, vždy když jsem cítila potřebu. Skupina si o ni i jednou sama řekla.

T. E.

Jak jsem se již zmínila výše, pro klienta byla stěžejní zkušenost s přijetím ve skupině. Zmírňovalo to jeho úzkosti se projevovat v neverbálních programech, ale i ve skupině. Užíval si skupinové dynamické techniky, kdy se všichni sladili ať už v rytmu, nebo v pohybu. Nechával se strhnout silou skupiny, považoval se za její součástí a tvůrcem společné rytmiky. Zážitek pocitu bezpečí a důvěry ve skupině v neverbálním programu klienta otevíral i ve verbální skupinové práci. Jeho počáteční uzavřenost a ostych souviseli se strachem z útoku a ponížení ze strany silnějších klientů, zejména T. C. Proto se i zdráhal vzít si skupinu a mluvit o sobě. Avšak po zážitku, kdy se k němu T. C. v neverbálním programu kladně vyjádřila, získal větší sebedůvěru a jistotu. Dokázal své obavy z T. C. na skupině vyjádřit. Vůbec podpora jeho sebevědomí přinášela větší odvahu o sobě mluvit ve skupině. Získání pocitu bezpečí a důvěry ve skupině klienta více otevírali ve verbální skupině.

N. B.

Pro klientku jsou náročné konfliktní situace. Ve skupinové terapii kolikrát tyto konfrontační situace nastávaly, některé skupiny byly pro ni tedy dost zátěžové a náročné. Neverbální program zaměřený na uvolnění a skupinový zážitek byl pro ni zjemněním, uklidněním, stmelením vztahů a znovunabytím pocitu bezpečí. Po jednom setkání, kdy skupina působila nátlak na J. F., po neverbálním programu komentovala, že se po skupině necítila vůbec dobře, ale že teď už jí je lépe. Sama na jedné skupině říká, že od svých nejbližších postrádala lásku, podporu, důvěru a přátelství. Jakoukoli nabídku podpory a blízkosti ze strany skupiny přijímá. Pocit bezpečí ji umožňuje otevřeně komunikovat, vnímá, jak jí to pomáhá a pozoruje na sobě změny i v životě. Mluví o větší odvaze jít do kontaktu a komunikovat se svými spolužáky, více se otevírá ostatním. Pocit důvěry klientku více uvolňoval ukazovat své emoce ve verbální skupině, posiloval její sebedůvěru se více vyjadřovat k ostatním a více prosazovat své názory ve skupině.

J. F.

Po celou dobu stacionáře obecně bojovala s tématem důvěry. Ať už důvěry vzhledem ke smyslu terapie, k terapeutce a k ostatním členům také. Její pozice byla ztížena tím, že se často dostávala do situace nátlaku a kritiky ze strany ostatních členů. Na tyto reakce nedokázala pohlížet konstruktivně, nýbrž je subjektivně vnímala jako nepřijetí skupinou. Co se týče důvěry, cítila ji spíše k individuálním členům, než jako ke skupině jako celku. Blízký vztah existoval mezi ní a T. C., klientka v ní vnímala i přes její ostrost a upřímnost oporu. Tato důvěra mezi nimi byla posilována zkušenostmi v neverbálním programu, když se pracovalo ve dvojicích, vždy se sdružovaly. Pohybově byly velice podobně laděny. Docházelo mezi nimi k jistému přiblížení, tento vztah byl potom pro J. F. velice důležitý na skupinách, cítila v něm oporu. Když nebyla T. C. ve stacionáři přítomna, ten den se klientka na skupině neprojevovala. V závěru stacionáře klientka popisuje v rovině symboliky své bolesti páteře jako potřebu mít v někom blízkém oporu, ale mít i oporu sama v sobě.

Přes to, že klientka v neverbálním programu zažívala s ostatními jistou kooperaci (vytváření sousoší, společné hudby, sjednocení se v pohybu) a spolubytí, které hodnotí příjemně, nepodařilo se neverbálními technikami v ní podpořit úplnou důvěru ke skupině. V doprovodném programu se sice cítila v celku bezpečně (cvičení důvěry: dokázala se o skupinu opřít, dokonce se nechat pohoupat), ale ve verbálních skupinách říká, že se cítí ohrožená a nepochopená.

T. C.

Klientka velice emocionálně prožívala vztahové projevy a aktivity zaměřené na prožitek soudržnosti a spolubytí v doprovodném programu. Vůbec témata důvěry, blízkosti a bezpečí byly pro ni v neverbálních aktivitách velice důležité, jak jsem se již u této klientky zmiňovala v kategorii emocionalita. Sice v druhé polovině stacionáře koketovala s možností opustit skupinu, ale šlo spíše o volání po pozornosti a testování právě důvěry a soudržnosti skupiny. Záleželo jí na vztazích ve skupině a na tom, aby fungovala. Oslovovala i introvertnější členy a zapojovala je do děje.

Co se týče skupinového prožitku, oslovovala ji jistá spiritualita, která vznikala při pohybových programech za intimnějšího osvětlení, při svíčke. Klientka vždy na pohybový program svíčku zapalovala. Popisuje, že při této atmosféře spirituality, cítí větší propojení s klienty, jakoby tvořili jednotu a hodnotí to jako velice příjemné a uvolňující.

S. A.

Klientka se vyznačovala velkou nedůvěrou k lidem, tendencí držet si ostatní dál od těla, vyhýbavostí vůči blízkosti. Přes to si všechna tato témata v neverbálním procesu zakoušela a postupně zjišťovala, že jí ve vytvořené izolaci také není dobře a něco jí chybí. Tím, že si klientka mohla řídit své tempo vlastního odhalování a vytváření blízkosti s ostatními, nebylo to pro ni tak ohrožující, zúzkostňující. Zážitek přijetí a skupinové spolupráce v ní povzbuzoval důvěru, vnímala bezpečný prostor pro to, nějak se k ostatním vztahově vyjadřovat a vůbec vytvořit si ke skupinovému společenství nějaký bližší vztah.

Muzikoterapie: Členové měli pomocí hry na hudební nástroj něco sdělit skupině.

Klientka skrze jemné hry na buben dávala najevo skupině pohlazení. Prostřednictvím neverbální komunikace se dokázala k ostatním citově projevovat.

S. A. v terapii začala ukazovat svou sociální stránku, chuť jít do kontaktu, ale potřebuje k tomu mít bezpečný odstup a důvěru, což se ve stacionáři podařilo, otevřela se vzájemné spolupráci.

4.8.1. Vyhodnocení

Doprovodný program vytvářel významný prostor pro to, aby se klienti učili vzájemně vnímat a dokázali spolu spolupracovat, dávat si vzájemně prostor, respektovat rozdíly mezi sebou a hlavně vzájemně se podporovat. S. A. se v úvodu zdržela účasti na pohybové aktivitě, skupina ji podporovala a motivovala v jejím zapojení. Když nějaký člen chyběl na setkání, ostatní tuto absenci vnímali. Prožívali se jako celek se všemi členy.

Zážitky v neverbálním programu klienty vzájemně přibližovaly, více je otevíraly ve skupinové terapii (nejviditelnější u T. E. a N. B.) a uvolňovaly jejich vzájemné reakce na sebe.

Výsledky šetření, má-li neverbální doprovodný program vliv na budování pocitu bezpečí, důvěry ve skupině, a jestli tak podporuje skupinovou soudržnost, shrnuji v tabulce č. 2.

**Vliv neverbálního programu na budování důvěry a koheze
ve skupině a konkrétní techniky, které toto téma
oslovovaly**

klienti	Důvěra – koheze skupiny	Neverbální techniky
T. E.	Má vliv	-pohybová práce s rytmem -pohybové vyjádření vztahu ke skupině -houpání
N. B.	Má vliv	-individualita versus potřeba kontaktu -cvičení důvěry -houpání
J. F.	Nemá vliv	-pohybová práce s rytmem a emocemi -zrcadlení pohybu -houpání
T. C.	Má vliv	-pohybové vyjádření vztahu ke skupině -arteterapie: skupinová tvorba ostrova -houpání
S. A.	Má vliv	-cvičení důvěry -pohybová práce s rytmem -houpání

4.8.2 Shrnutí výsledků – odpověď na druhou výzkumnou otázku

- Neverbální program má vliv na vytváření pocitu bezpečí a důvěry ve skupině u čtyř z pěti klientů zkoumaného vzorku s tím, že u jedné klientky došlo k částečnému vybudování pocitu bezpečí jen v doprovodném programu, na verbální psychoterapii stále přetrvávala její pozice nedůvěřivosti a určitého odporu.

- Po rozplynutí počátečního odporu u T. C. a testování u S. A. bylo dosaženo potřebné míry skupinové koheze. Ve skupině se neobjevoval člen, který by nějak výrazně skupinovou soudržnost narušoval. Úlohu neverbálního programu vnímám v tomto ohledu jako možnost urychlení navazování a upevňování vztahů, blízkosti, ustálení moci a rolí, naučení vzájemné spolupráce. Tedy program může urychlit a podpořit přesun skupiny do fáze koheze.

- Nejvíce pocit bezpečí a důvěry podporovala technika skupinového houpání (popsaná výše), byla kladně hodnocena všemi klienty. U třech z pěti klientů byla významná technika pohybové práce s rytmem, při které klienti zažívali sílu, jednotu a spolupráci skupiny. Dva z pěti klientů jako důležitý uváděli zážitek, kdy byli kladně hodnoceni a přijati ostatními členy, při pohybovém vyjádření vztahu ke skupině, s tím, že u jedné klientky šlo i o uvědomění si vlastního pozitivního, citového vztahu k ostatním. Dva klienti vnímali jako stěžejní zážitek při technice cvičení důvěry – dokázat se opřít o skupinu, popřípadě nechat své tělo skupinou pohoupat.

- Z tabulky lze vysledovat, že většina technik podporujících pocit bezpečí a důvěry ve skupině, se týká pohybových programů. Tedy tanečně-pohybová terapie z šetření vychází jako nejdůležitější metoda při práci na upevnění důvěry, pocitu bezpečí a vzájemné soudržnosti ve skupině.

- Lze sledovat i jistý vliv zkoumaných kategorií (v první části šetření) na skupinovou soudržnost a spolupráci. Emoční zážitek vedl k uvolnění fyzického napětí, k lepšímu pocitu ze sebe a získání větší sebedůvěry. To samozřejmě přesahovalo do skupiny v podobě větší otevřenosti klientů a uvolněnější komunikace. Větší sebejistota také otevírá větší možnosti konfrontace, popřípadě konfliktu. A každé úspěšné a konstruktivní zvládnutí této konfrontace upevňuje skupinovou spolupráci a kohezi. Tedy určitý jev z neverbálního programu se dostává vždy i jistým způsobem do skupinové terapie a naopak.

Závěrem lze říci, že neverbální práce má vliv na urychlení budování skupinové soudržnosti a na její upevnění a u většiny zkoumaných klientů ovlivňuje pocit bezpečí a důvěry ve skupině.

5 DISKUZE

V praktické části jsem se snažila o teoretické vyjádření zkoumané reality, nejde o výzkum v pravém slova smyslu, ale spíše o kvalitativní posouzení a prověřování metod. Aby bylo šetření komplexnější, mohli by se takto posoudit všichni členové skupiny. To však považuji za zdlouhavé. Zvolila jsem tedy metodu sondy. Z tohoto důvodu jsem se snažila vybírat zkoumaný vzorek tak, aby zahrnoval klienty jak introvertní, tak extravertní, spolupracující i v odporu, pasivní i aktivní. Tedy, aby obsáhl všechna specifika skupiny. Protože praktická část stojí na nízkém počtu posuzovaných klientů, jde spíše o pilotní šetření. Dalo by se navázat výzkumem, který by na základě tohoto pilotního šetření sledoval dané kategorie u většího vzorku, v různých skupinách a byl by doplněn polostrukturovanými rozhovory či dotazníky.

Metodou dotazníků a rozhovorů by bylo možné i lépe posuzovat vztah mezi neverbálním programem a skupinovou psychoterapií. Zároveň i sledované kategorie (náhled – sebepoznání, sebevědomí, vztah k tělu a emocionalita) se k sobě v procesu určitým způsobem vztahovaly a vzájemně ovlivňovaly. Bylo by tak dosaženo jasnějších výsledků, co se týče vlivu neverbálních metod na sledované kategorie a skupinovou psychoterapii.

5.1 Nedostatky výzkumu

Kvalitativní šetření v praktické části je ve velké míře zatíženo subjektivitou. Hlavním zdrojem získávání dat je vedená dokumentace a zápisy ze setkání a vlastní pozorování. Proto jsem se snažila své subjektivní posuzování doplňovat o postřehy z diskuze s hlavní terapeutkou a zejména o vyjádření a hodnocení klientů, to však ne vždy bylo k dispozici. Tento handicap se ukazuje například u posuzování kategorie sebevědomí u klientky J. F.

Dále má práce příliš nepracuje s dalšími faktory, které by mohly šetření ovlivňovat. Jako jsou zejména události a změny v osobním životě klientů, aktuální nálada a rozpoložení a dění ve skupinové psychoterapii. Považovala bych za přínosné se ještě dalším šetřením věnovat pouze skupinové terapii a potom závěry srovnávat.

Řešení veškerých zmíněných nedostatků vidím v realizaci polostrukturovaných rozhovorů a dotazníků s danými klienty, které by obsahovaly jejich vyjádření k daným neverbálním metodám v rámci sledovaných kategorií a posouzení faktorů, jež ovlivňovaly jejich pocit bezpečí, důvěry ve skupině. Tím by se eliminovala subjektivita. Dále by

v dotazování měly být zohledněny faktory, které klienty mimo neverbální program ovlivňovaly a určena míra tohoto ovlivnění.

Důvod, proč jsem nepracovala s dotazníkovou metodou, byla velká časová prodleva mezi stacionářem a prováděním šetření.

ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se snažila vystihnout základní rysy a charakteristiky neurotických poruch, jejich atmosféru, přiblížit způsob myšlení, prožívání a jednání. A na základě charakteru neurotické poruchy, specifikovat způsob práce s touto klientelou v rámci stacionární péče. Svou praktickou část potom konkrétně zasazuji do prostředí docházkové skupiny frakcionovaného večerního stacionáře psychoterapeutické a psychosomatické kliniky Eset.

Jedinec s neurotickou poruchou nedokáže realisticky odhadnout rámeček svých osobních dispozic a reálných možností a často kolísá mezi naprostým sebepodceněním a nereálnými fantaziemi o své všemocnosti (Matoušek, 1986). Záměrem je naučit klienty, co je v jejich možnostech a co už zvládnout nemohou. Ukotvit je v těchto vlastních možnostech a hranicích. U neurotických klientů je porušen vlastní sebeobraz, rozumění sobě samému. C. G. Jung charakterizuje neurózu jako psychologickou krizi, kdy člověk přestává žít v souladu sám se sebou. Je zde důležité sebepoznání. Výhodou při práci s neurotickými klienty je, že tato porucha sebou nese narušení vnímání reality, tedy klient má dostatečný náhled. Tedy sebepoznání je možné, v rámci léčby důležité. To potvrzuje paradoxní teorie změny, kterou předkládá Fritz Pearls: „Člověk se nezmění tím, že by chtěl být tím, kým není, nýbrž že se stane tím, kým skutečně je“ (Psychoterapie V, 1998, str. 36).

Cílem terapie se tedy stává objevování a zažívání svého pravého „já“ na rozdíl od falešného či idealizovaného „já“. Proto náhled a sebepoznání vyzdvihuji jako jednu ze zkoumané oblasti mého kvalitativního šetření v praktické části práce.

Karen Horneyová v souvislosti s intrapsychickými konflikty popisuje dvě protichůdné neurotické potřeby. A to potřebu lásky, přijetí a bezpečí a potřebu projevit své emoce (často agresi, vztek) a myšlenky. Cílem neverbální práce s klienty je potom vytvoření prostoru pro jejich svobodné vyjádření a emoční ventilaci v bezpečném prostředí. Tedy katarze, emoční odreagování a uvolnění konfliktů je důležitou rovinou v terapii neuróz. Významnou roli kromě ventilace negativních emocí hraje i rovina relaxace, odreagování a odpoutání od

aktuálně prožívaných obtíží, nahrazení něčeho nežádoucího tvořivou aktivitou, k tomu slouží zejména arteterapie. Práce s emocionalitou je důležitou součástí léčby neurotických poruch a velkém měřítku se s ní pracuje i v neverbálních programech. Proto emocionalita se stává další zkoumanou oblastí v praktické části práce.

Klienti s neurotickou poruchou si vytváří zkreslený sebeobraz, jsou zahlceni pocity nejistoty a neschopnosti. Typické je pro ně zhoršené sebehodnocení a nízké sebevědomí. Tedy další oblast, kterou zahrnuji do svého kvalitativního šetření, je kategorie sebevědomí. S tím, že sleduji zejména pozitivní vlivy.

Při posuzování témat, jež se objevovaly ve skupinové psychoterapii, se ukázalo, že častým tématem skupiny neurotických pacientů jsou fyzické potíže, únava a tělesná nepohoda. A protože se mé šetření týká zejména neverbální práce s těmito klienty, zahrnuji do svého šetření vztah k tělu a vůbec vnímání těla jako další sledovanou oblast.

Karen Horneyová ve svých teoriích o neurotických poruchách zmiňuje frustrovanou touhu po lásce, přijetí, vřelosti, pozornosti a bezpečí. Potřeba přijetí se ukazuje jako nejvíce se objevující téma v mém šetření a zážitek pocitu bezpečí a přijetí v neverbálním procesu potom jako jeden z nejdůležitějších faktorů, ovlivňující jak sebevědomí, emoční uvolnění, otevřenost, tak i spolupráci a soudržnost skupiny. Zároveň téma přijetí skupinou jsem uváděla jako skryté téma verbální skupinové psychoterapie.

Obecně ve skupinové terapii je důležitý proces změny. U neurotických klientů jde právě o změnu v sebehodnocení (kategorie sebevědomí). Proces změny je umožňován konfliktem, uvolněním negativních emocí (kategorie emocionalita) a vůbec získáním náhledu a pochopením vnitřních procesů (kategorie náhled – sebepoznání), uvědoměním si psychosomatiky (kategorie vztah k tělu). Aby vůbec mohlo dojít k procesu změny, je nutná soudržnost skupiny, stabilita, bezpečí, důvěra, spolupráce a určitá míra intimity. Proto se ve své praktické části věnuji i vlivu neverbální práce na soudržnost skupiny, jakožto důležitou podmínku změny. A proces změny vede ke zmírnění symptomů. Tedy se ve svém zkoumání snažím potvrdit vztah mezi neverbálním programem a skupinovou psychoterapií a jejich společný vliv na léčbu neurotických poruch.

Ve své praktické části se zabývám zejména neverbálním doplňkovým programem, jeho náplní pro vybrané klienty a snažím se vystihnout vztah těchto klientů i jeho vývoj k neverbálním technikám, to vše v kontextu frakcionovaného stacionáře. Hlavní úlohou mého kvalitativního šetření v první části je zkoumání vlivu neverbálních metod na vybrané klienty v rovině individuální, s tím, že konkrétně sleduji výše zmíněné oblasti. V této souvislosti se snažím o kvalitativní posouzení takto zadané hypotézy: **Neverbální práce má vliv na náhled**

a sebepoznání, sebevědomí, vztah k tělu a emocionalitu u vybraných klientů frakcionovaného stacionáře.

A přicházím ke zjištění že: **S částečným spolupůsobením verbální psychoterapie, má neverbální doprovodný program vliv na všechny sledované kategorie u většiny klientů.**

Na kategorie: vztah k tělu a emocionalita je tento vliv patrný u všech (pěti) klientů.

Na kategorie: náhled – sebepoznání a sebevědomí je tento vliv patrný u čtyř z pěti klientů.

V druhé části sleduji a posuzuji vliv neverbálních technik na klienty v rámci skupiny a zaměřuji se konkrétně na budování důvěry a pocitu bezpečí a soudržnosti skupiny. Pokládám ke kvalitativnímu posouzení druhou hypotézu: **Neverbální práce má vliv na vytvoření a upevnění důvěry a koheze zkoumané skupiny frakcionovaného stacionáře.**

A po prověření docházím k závěru: **Neverbální práce má vliv na urychlení budování skupinové soudržnosti a na její upevnění a u většiny zkoumaných klientů doprovodný program ovlivňoval pocit bezpečí a důvěry ve skupině.**

Cílem mého zkoumání nebyla pouze snaha o potvrzení či vyvrácení hypotéz. Nýbrž jsem se pokoušela podívat se na tento vliv neverbálního programu na klienty blíže a pokusit se i rozpoznat, jaké konkrétní techniky na dané klienty v rámci sledovaných kategorií působily a jak, jaké metody a zážitky působily na vytváření pocitu bezpečí a důvěry ve skupině a jaké konkrétní techniky ovlivňovaly soudržnost a spolupráci skupiny. K tomu mi sloužily zápisy ze skupin, hodnocení klientů a mé pozorování. Informace zpracovávám do kazuistik, které vždy popisují sledované téma. Z důvodu v závěru uváděných nedostatků (zejména absence dotazníků či rozhovorů a malého zkoumaného vzorku) nepovažuji svou praktickou část za výzkum, ale předkládám zde spíše pilotní šetření, na které by mohly kvalitativní výzkumné metody navazovat.

Seznam literatury:

Monografie:

BARKER, G. *Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování zneužívání drog ve společnosti*. Boskovice: Albert, ISBN 80-85834-78-2

BERAN, J., TUMPACHOVÁ, N. *Základy lékařské psychologie*. Praha: Karolinum, 2009, ISBN 978-80-246-1722-0

DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. Přel. Balcar, K. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-606-3

FRANKL, V. E. *Psychoterapie pro laiky*. Přel. Směkal, V. Brno: Cesta, 1998, s. 63, ISBN 80-85319-80-2

FURST, M. *Psychologie*. Přel. Horák, J. Olomouc: Votobia, 1997, ISBN 80-7198-199-0

HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004, s. 56, 155, 160, 287, ISBN 80-7178-803-1

HORNEYOVÁ, K. *Neurotická osobnost naší doby*. Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-219-5

JEBAVÁ, J. *Úvod do arteterapie*. Praha: Karolinum, 1997, s. 5, ISBN 80-7184-394-6

KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie neuros*. Praha: Avicem, 1978, ISBN 08-018-78

KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie neuros II*. Praha: Avicem, 1983, ISBN 08-023-83

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006, s. 225, ISBN 80-7367-122-0

MATOUŠEK, O. *Kontexty neuróz*. Praha: Avicem, 1986, s. 94, 127, 131, ISBN 08-037-86

PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton, 2004, s. 30, 31, 199, ISBN 80-7254-459-4

PONĚŠICKÝ, J. *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění*. Praha: Triton, 2011, ISBN 978-80-7387-518-3

PRAŠKO, J. *Úzkostné poruchy*. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7178-997-6

Psychoterapie V. Sborník přednášek, Praha: Triton, 1998, s. 36, ISBN 80-8575-87-X

SHARP, D. *Slovník základních pojmů psychologie C. G. Junga*. Brno: Nakl. Tomáše Janečka, 2005, ISBN 80-8588-039-3

STORR, A. *Freud*. Praha: Argo, 1996, ISBN 80-8579-493-4

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 201, 204, ISBN 80-7178-802-3

YALOM, I. D. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Přel. Drábková, H. Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-304-8

Internetové zdroje:

<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/neuroticismus>

<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

<http://www.adskc.cz/index.php?id=5&article=1731>

<http://www.fnhk.cz/psych/soucasti-kliniky/oddeleni/denni-stacionar>

Příloha I – Výběr použitých neverbálních technik

Aktivní muzikoterapie

- hra na nástroje, tělo, zpěv
- improvizace, lazení se na sebe
- neverbální rozhovory
- nápodoba rytmu, rozvedení rytmu, rytmické odpovědi
- propojování hry na nástroje s pohybem

Rytmická hra

- vytleskávání rytmu: slu-níč-ko sví-tí, potom sví-tí slu-níč-ko
- skupina na dvě poloviny, každá vytleskává svůj rytmus, spojení obou – cvičení soustředěnosti

Instrukce:

- pokuste se s rytmem samostatně pracovat, improvizovat, s možností využití hudebních nástrojů, rozdělení záležití na vás, jednejte tak, aby vám to znělo příjemně

Relaxační hudební technika

- klienti si sami vytvářejí relaxační podmínky
- skupina rozdělená na dvě poloviny, jedna část tvoří vnitřní kruh v uvolněném sedu, lehu, jak je komu příjemné
- druhá část si vybere takové hudební nástroje, jejichž zvuk je líbivý a hodí se na relaxaci, po té se pomalu pohybují ve vnějším kruhu a vydávají takové zvuky a melodie, aby vytvořili příjemnou atmosféru pro relaxaci
- skupiny se vymění
- na závěr vyhodnocení

Hra na buben ve dvojici

- první ozvěna, jeden udá rytmus, druhý jej zopakuje, výměna
- společná hra, sladit se, doplňovat se
- v kruhu, jedna dvojice udá rytmus, ostatní dvojice opakují
- vyhodnocení – jak se ve dvojici spolupracovalo, kde byl problém, co se dařilo

Harmonie

- Odpočinek, oddech
- Hudební rozhovor o přáních, mapování míry únavy ve skupině
- Zahrajeme takovou hudbu, abychom se cítili příjemně → kdo se nebude cítit příjemně zvedne ruku → pak dáme společně hře jiný charakter, změním rytmus, změním nástroje nebo uděláme něco jiného
- Kdo bude pokládat hru za nesnesitelnou, zvedne obě ruce, tím hra končí

Hudební sdělení

- Na konci muzikoterapie
- Klienti se hudebně vyjádřili ke skupině

Instrukce:

- *Zkuste pomocí hudebního nástroje sdělit skupině to, co byste jí chtěli říci, nebo nějaký vzkaz, pocit, cokoli, nemusí to mít verbální podobu*

Kontakt, hranice

- pohyb s nějakým hudebním nástrojem volně po místnosti

Instrukce:

- přimhuřte oči, všechno vidíte jakoby za závojem
- jděte, jestli chcete, k někomu a zkuste se co nejvíce přiblížit
- vydejte nějaký zvuk nebo tón, když se k vám přiblíží někdo až příliš
- akceptujte zvukový signál ostatních jako prosbu o odstup a zvětšete mezi vámi prostor, pokud se to od vás zvukem žádá

Kapela

- na závěr stacionáře
- libovolné rozdělení na dvě skupiny, každá představuje kapelu
- určen čas (20 min.) na tvorbu vlastní skladby a vymyšlení názvu pro kapelu
- na závěr představení obou kapel a vyhodnocení spolupráce

Pasivní muzikoterapie

Poslech: Schopen – lehké zrelaxování, dechové cvičení

- Klienti si všímají vnitřních procesů vyvolaných ukázkou, myšlenek, pocitů, vzpomínek a asociací

Zpracování

- Jaké byly vaše emoce, myšlenky, představy, vzpomínky
- Co myslíte, jaký je obsah skladby, co jste z toho cítili? Jaké by mohlo být téma této skladby
- K jakému tématu, či příběhu byste hudbu použili, vytvořte k ukázce vlastní příběh, forma zpracování je libovolná (text, slovní projev, obrázek, tanec)

Poslech: Gymnopédie od E. Satieho – uvedení do relaxačního stavu, postupné uvolňování těla

- Imaginace lehkého, bílého, vznášejícího se pířka pomalu dopadajícího na sluncem vyhřátou teplou zem

Poslech: Amelie – sledování pocitů

Zpracování

- Jaký pocit ve vás ukázka vyvolává?
- Kdyby měl barvu, jaká by to byla? Kdyby tvar, jaký by to byl? Jaké roční období vám k tomu asociuje? Nebo přírodní jev?
- Potom v kruhu vyjádřit hudebním nástrojem, jak to na klienty působilo, představit tento pocit

Poslech: Robert Jiša, Hlasy lesa – relaxační ukázka s instrukcemi zkráceného a zjednodušeného autogenního tréninku

Poslech: Schopen – vnímání vlastního těla, uvědomování si pocitů a vztahů k různým částem těla a hledání bezpečného místa

Příloha II. – Výběr použitých neverbálních technik

Taneční a pohybová terapie

Základní cvičení:

: v kruhu, kolem sebe dostatek prostoru

: základní postoj – nohy mírně od sebe, špičky směřují rovně – **uzemnění**

: kdo chce zavřít oči

: vnímání podložky, země, pevnosti postoje – nejlépe bosky, bez obuvi

: zaměření pozornosti na vlastní tělo, na dech – ruce na břicho – cítí jak jde dech do břicha a ven

: srdeční tep, vnímání rytmu srdečního tepu

: mírný podřep v kolenu, mírné pohupování, v této pozici největší stabilita, oči stále zavřené

.: ruce uvolnit podél těla, stále v uvolnění v kolenech, v mírném podřepu

: mírné naklánění na strany, hledání vlastní stability, hranice – kde už stabilní nejsem, kde přepadávám, testovat si to, po té i dopředu, dozadu, dokola, hledání té hranice

: potom zůstat ve stabilním prostoru a různě se kolébat na strany, dopředu dozadu, dokola, uvědomování si stability, uzemnění

: otevřít oči, pohupování rozvinout, uvolnit ruce, jež budou volně plynout ze strany na stranu

: podpořit tento pohyb – skupina opakuje – možnost kruhů s rukama, jít více do podřepu – cokoli improvizace – ale změny mírné pomalé, čekat než se skupina sladí, aby byla synchronní.

Práce s rytmem s emocemi:

: Jak se ruce volně pohybují – vždy bouchnout do stehů – čekat až se skupina sladí – vytvoří se rytmus – možnost zesilovat zeslabovat, přidat dupnutí, hlas, nějaký zvuk, tlesknutí, zrychlovat zpomalovat, hrát si s tím...

: možnost i jít po kruhu, dovnitř k sobě, zase od sebe

: gradovat, až do hluku, dupání, absolutního výdeje

: uvolnění, vydýchání do předklonu, extrémně zvýraznit výdech – celá skupina zároveň hlasitě vydechne....

Agrese: jít do středu, ostré pohyby rukama, dlaně v pěst, směr do země, dupání, použít i hlas, opakování několikrát – vždy gradovat – potom uvolnit, agresí ze sebe sklepat, vyklepat ruce, nohy, celé tělo, poskakovat, uvolnit se

Uvolnění: práce s dechem, ladné pohyby, do kruhu a ven, dokola, zavřené oči, improvizovat, dělat co je komu příjemné, navození pocitu lehkosti, radosti...

: na závěr spojit ruce, nahoru nádech a do předklonu zase společný hlasitý výdech – opakovat

Pozn. Práce s rytmem na různé způsoby, ve stoje v kleče, časem jen uvést a potom to nechat na skupinu, každý může přidat či ubrat zvuk, ostatní opakují, aby ale na sebe navazovalo, nechat tomu vždy čas, aby se naladili. Nebo to jen nechat na skupině jako celku, aby si s tím hráli, čekat co z toho vznikne, podporovat některé prvky, které z toho budou vycházet. Nezapomínat ale na pohyb, podporovat aby se to dělo v pohybu, zvuk vždy vychází z pohybu.

Předávání si pohybu:

: zase v kruhu, možnost hudby pro inspiraci, začátek stejný, zase v mírném podřepu, špičky rovně, dech s rukama na břichu, kolíbání

: terapeut začne s jednoduchým pohybem, ostatní opakují, může ho různě rozvést, ale čeká až skupina se vždy naladí, sjednotí

: až budou všichni nějak rozpohybovaní (cca po 10 min.) dá instrukci, gestem předá někomu pohyb (slovo, ale beze slov), ale všichni zůstávají v tom daném pohybu, ten člověk komu předal pohyb, v tom samém chvíli zůstane a nějak ho změní či něco přidá, ostatní opakují, pohyb stále plyne, nikdo se nezastavuje, chvíli se zůstane, potom ten dotyčný zase gestem někomu předá slovo, zůstává se při tom stále v tom jeho pohybu, který vytvořil, ten další člověk ho po chvíli zase změní a tak to jde dál, třeba i několik kol. Jde o to, aby se skupina naladila na pohyb toho dotyčného, je to těžké, proto ze začátku opravdu jen mírné změny, jednoduché pohyby, po dalším kole se to třeba ztíží.

: na závěr si slovo vezme terapeut a nějak improvizovaně vede skupinu, vycytává prvky ze skupiny od ostatních členů, rozvíjí je, může zrcadlit změny v pohybu od nějakého člena, prostě vychází ze skupiny, která ho inspiruje ve vedení pohybu.

: na konec zase rozdýchání do předklonu

Zrcadlení – ve dvojici

: na začátek opět v kruhu, opět dýchání do břicha, lazení se na sebe, pohupování, může být zase hudba

: každý se naladí na sebe, na to, jak se teď má, jak se cítí, zkusí to vyjádřit pohybem, může jí do prostoru, nemusí se udržovat kruh, nechat jim na to čas – cca 10-20 min. dle potřeby

: potom každý kdo měl zavřené oči je otevře, všimá si co se děje kolem něj, ale zůstává v tom svém pohybu, v tom svém vyjádření, sleduje kdo je mu podobný, kdo se podobně pohybuje,

nebo objeví podobné prvky (např. je taky na zemi), zdůraznit, že se posuzuje podle teď toho pohybu, ne podle obecných sympatií.

: dle podobnosti ať vytvoří dvojice a seskupí se k sobě, beze slov – může trvat i déle, někdy...jde to i s trojicí

: potom jeden se pohybuje, tančí, tak jak chce, druhý ho zrcadlí, snaží se na něj naladit, opakovat ho.

: pak se vystřídají...cca 10-15min. jeden....v trojici jeden a dva zrcadlí...

: potom po vystřídání se to opakuje, ale ten kdo dělá zrcadlo se na toho druhého už nedívá, jen letmo, na půl oka, snaží se aplikovat to, co pochopil když ho kopíroval prve, vžít se do pohybu toho druhého, nemusí to být samozřejmě úplně přesné.

: zase se vystřídají

: na závěr si v kruhu říct, jak to šlo, mohou se objevit mužské ženské principy (když muž napodobuje či se snaží vžít do ženských pohybů)

Moc, vedení, submise, přizpůsobení se, nechat se vést

: jeden vede prst, druhý jde za tím prstem, musí ho mít kousek od nosu

: ten, kdo vede si dělá co chce, může jít nahoru k zemi, různě toho druhého motat

: vystřídají se, zase v kruhu si říct, co bylo příjemnější, popovídat si o tom

Tématická taneční terapie

Zrození, narození: může být opět s hudbou ale nemusí

: najít si bezpečné a příjemné polohy, a místa, tak jak je nám prostě dobře a být v tom.

Symbolika matčina břicha – tam všeobjímající bezpečno – jediné stoprocentní v našem životě

: být v té pozici, soustředit se na tělo a nechat se vést, nechat se začít tělem pohybovat tak, jak samo chce

: někde v nějaké části těla ten pohyb začne, postupně ho začít rozvíjet

: nechat je chvíli v tom pohybu, nechat je se narodit – někdo třeba zůstane v té začáteční pozici (cca 15-30min.)

: potom instrukce otevřít oči a vnímat ostatní, možnost na sebe reagovat, jít do kontaktu, družít se, tak jak se jim bude chtít – možnost začít se pohybovat ve skupině, v prostoru...nechat to rozvinout jak oni chtějí, jen nabízet možnosti

: potom si o tom chvíli povídat

Rozmotávačka

- : všichni se nahnou k sobě do chumlu, hodně na těsno, natáhnou ruce nahoru
- : zavřou oči a snaží se pochyvat nějakou ruku, v každé ruce drží ruku někoho jiného
- : terapeut pomáhá spojovat volné ruce
- : potom oči otevřou a snaží se rozmotat a vytvořit kruh, ale nesmí se rozpojit
- : musí se společně domlouvat, radit si – koherence, trpělivost s druhým

Práce s váhou

- : každý ve svém prostoru – téma vlastní váha a lehkost
- : práce s vlastní váhou, stabilitou, experimentování s tím v pohybu při tanci
- : hledání lehkosti, ztvárnění lehkosti
- : hledání vlastního pohybu, co je nám příjemný
- : jít do prostoru, hrát si s prostorem, co je k dispozici
- : vnímat ostatní, možnost na ně nějak reagovat, inspirovat se pohybem někoho jiného, doplňovat ho....
- : možné začít jako arte, nejprve vlastní váhu a lehkost nakreslit – tak, jak si to představujeme. Potom se na obrázek ladit pohybem, dívat se na něj a nechat se jím inspirovat, k jakému pohybu nás vede...

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Adéla Misařová

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci
a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Vztah mezi neverbálním doprovodným programem a
skupinovou psychoterapií a jejich společný vliv na léčbu neurotických
poruch v rámci stacionární péče

Počet stran bez příloh: 73

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů české literatury a pramenů: 24

Vedoucí práce: Mgr. Jan Kulhánek

Rok dokončení práce: 2013

