

**Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze**  
**Katedra psychologie**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Klára Vraná

**Neverbální prvky v psychoterapii adolescentů**

**Nonverbal Factors in Psychotherapy of Adolescents**

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslav Šturma

Konzultant: PhDr. Iva Štětovská

**2008**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím literárních a internetových zdrojů, a že jsem žádný z těchto zdrojů neopomenula uvést.

V Praze dne.....

Klára Vraná.....

Za obětavou a vždy příjemnou spolupráci, podporu a pomoc při vzniku této diplomové práce děkuji především:

PhDr. Ivě Štětovské, PhDr. Jaroslavu Šturmovi, PhDr. Šárce Gjuričové, MUDr. Lee Brodové, PhDr. Martině Skalníkové, PhDr. Evě Šírové Ph.D., PhDr. Tamaře Hrachovinové, Doc. PhDr. Jiřímu Šípkovi, CSc., PhDr. Karolíně Kotovské, Mgr. Evě Bicanové, Janě Matějkové a personálu Pedagogicko-psychologicko poradny Středočeského kraje Kolín - oblastního pracoviště Kutná Hora, zvláště Mgr. Stanislavě Černé a vedoucí pracoviště PhDr. Evě Grandischové.

Poděkování patří také mým blízkým, kteří mě podporovali po celou dobu studií.

## Obsah:

<b>I. Úvod</b>	<b>1</b>
<b>Literárně–přehledová část</b>	<b>3</b>
<b>1. Neverbální komunikace a chování</b>	<b>3</b>
1.1. Neverbální prvek – definice	6
<b>2. Psychoterapie a neverbální terapeutické směry</b>	<b>9</b>
2.1. Psychoterapie	9
2.1.1. Psychoterapeutický vztah a proces	11
2.2. Neverbální psychoterapie	14
2.2.1. Pokus o rozdělení na převážně neverbální a převážně verbální terapeutické směry	15
2.2.1.1. Arteterapie	23
2.2.1.2. Muzikoterapie	25
2.2.1.3. Tanečně pohybová terapie	28
2.2.1.4. Dramaterapie	31
2.2.1.5. Psychogymnastika	33
2.2.1.6. Terapie zaměřená na tělo	34
2.2.1.7. Katatymně imaginativní psychoterapie	38
2.2.2. Eklektický přístup v psychoterapii na území ČR	41
<b>3. Adolescence a specifika v terapii adolescentů</b>	<b>42</b>
3.1. Časové vymezení adolescence	43
3.2. Charakteristiky prožívání v adolescenci	46
3.3. Výrazové prostředky adolescentů	50
3.4. Kognitivní schopnosti v adolescenci	51
3.5. Vývojové úkoly v adolescenci	54
3.6. Specifika v psychoterapii adolescentů	56
<b>Empirická část</b>	<b>66</b>
<b>1. Ukázky práce s neverbálními prvky</b>	<b>67</b>
1.1. Z rozhovorů s odborníky	67
1.2. Případy z pozorování	83
1.3. Příklady práce s neverbálními prvky převzaté z literatury	91

<b>2. Analýza neverbálních prvků .....</b>	<b>102</b>
2.1. Situace výskytu neverbálních prvků .....	103
2.2. Podoba neverbálních prvků .....	108
2.3. Účinky neverbálních prvků .....	109
2.3.1. Porovnání situace a efektu neverbálního prvku .....	115
2.4. Rozbor neverbálních prvků z hlediska jejich typu, iniciativy pacientů a terapeutů a nonverbálních terapeutických přístupů, které odborníci v praxi nejčastěji využívali.....	120
2.5. Charakteristické problémy souboru pacientů ve vztahu k období adolescence .....	127
<b><u>II. Závěr</u></b>	<b>132</b>
<b><u>III. Diskuse</u></b>	<b>133</b>
<b><u>Seznam použité literatury a internetových zdrojů</u></b>	<b>137</b>
<b><u>Resumé</u></b>	<b>142</b>
<b><u>Résumé</u></b>	<b>145</b>
<b>Přílohy:</b>	
I. Tab.č.1: Přehled psychoterapeutických směrů se zařazením do kategorie 1 – 5	
II. Přehled faktorů pro analýzu neverbálních prvků	
III. Dotazník pro posouzení psychoterapie z hlediska míry zastoupení nonverbálních technik a rozhovoru	

# I. Úvod

V průběhu studia při absolvování odborných praxí a stáží jsem zaregistrovala skutečnost, že odborníci, kteří terapeuticky pracují s adolescenty, zařazují často do psychoterapie rozličné nonverbální techniky nebo častěji některé jejich prvky a využívají zároveň různým způsobem mimoslovních výrazových prostředků, které vysílá sám pacient (1), přestože se ve své praxi nehlásí k některému typu nonverbálního psychoterapeutického přístupu.

Zaměřila jsem svou pozornost na to, v jakých situacích tyto prostředky používají, o jaké techniky či prvky se jedná a také na výsledný efekt, kterého tím dosahují. Uvědomila jsem si, že nonverbální prvky mohou být významnými facilitátory v psychoterapii adolescentů například tehdy, když se nedaří navázat s dospívajícím pacientem komunikaci na verbální úrovni, kdy jeden z nejdůležitějších prostředků psychoterapie - rozhovor, nedovoluje z různých důvodů otevřít určité téma či odkrýt pocity nebo pokud dojde v terapeutickém procesu či vztahu ke stagnaci.

Všechny tyto dojmy a poznatky mě inspirovaly k napsání diplomové práce, jejímž hlavním cílem je poukázat na to, že práce s neverbalitou je zvláště v psychoterapii adolescentů důležitá, a že různé nonverbální momenty lze využívat také v psychoterapii zaměřené především na dialog.

Literárně přehledová část se zabývá definicemi důležitých termínů, popisem adolescence jako vývojového období, psychoterapií a neverbalitou obecně.

Empirická část doplňuje teoretické podklady ukázkami, které jsou zaměřeny na výskyt nonverbálního prvku v terapeutickém procesu s dospívajícím, včetně efektu, kterého bylo pomocí nonverbálního prvku dosaženo.

Jednotlivé případy práce s neverbálními prvky jsem nashromáždila během pozorování na stážích, rozhovory s odborníky nebo hledáním v odborné literatuře. K napsání práce s touto tematikou jsem se rozhodla také proto, že psychoterapii dětí a dospívajících bych se ve své budoucí praxi chtěla věnovat. Adolescence může být pro terapeuta náročným vývojovým obdobím a práce s adolescentním pacientem vyžaduje značnou míru flexibility, odolnosti a pohotovosti. Domnívám se, že k této pohotovosti patří i schopnost ve vhodnou chvíli použít vhodný neverbální prvek.

V textu teoretické části občas uvádím odkazy na některé příklady neverbálního prvku (označeno n.p. a číslicí – tj. neverbální prvek a číslo, které uvádí jeho pořadí v ukázkách) z empirické části diplomové práce, které se nějak týkají daného tématu.

---

(1) Pozn.: V diplomové práci dávám přednost slovu pacient před termínem klient. Slovo klient pochází z latiny a označovalo původně kategorii občanů (klientela) ve Starém Římě, kteří byli zavázáni svému majetnému pánovi. Chodili ho každé ráno zdravit, vzdávali mu pocty a podporovali jeho společenskou vážnost. On byl na oplátku jejich patronem, dával jim různé dárky apod. V současné době se tento pojem používá spíše jako synonymum pro termín „zákazník“. Zákazník je dle slovníků cizích slov ten „kdo užívá za plat služeb advokáta, lékaře, peněžního ústavu apod.“ (Petráčková, , Kraus a kol., 1995, s.390, Klimeš, 1995, s.366). Připomíná tedy spíše majetného člověka, který si může dovolit kupovat určité služby než toho, kdo se trápí. Naproti tomu výraz pacient pochází z latinského slova patior, což znamená trpět, a v současnosti je používán především v medicíně. Domnívám se, že jedinec, který volá o pomoc ať už lékaře či psychoterapeuta je především člověk, který prožívá duševní utrpení a proto považuji termín pacient za oprávněnější a humánnější. V adolescentní populaci, na kterou je tato práce zaměřena, také nalezneme převážně osoby, které nejsou výdělečně činné a mohou si tedy jen stěžít služby psychoterapeutů hradit. Z podobných důvodů se zdržuji používání slova „zakázka“. Domnívám se, že jedinec, který vyhledá psychoterapeuta, má jen zřídka jasně zformulovanou odpověď na otázku, co od terapie očekává. Přichází s vnitřními potížemi a problémy a teprve v průběhu setkávání s odborníkem tyto záležitosti postupně dokáže zřetelněji definovat. Duševní trápení a jeho terapie vyžaduje podle mého názoru přístup zcela odlišný od obchodního jednání, proto se v této práci vyhýbám používání těchto a podobných termínů, které jej evokují.

# LITERÁRNĚ - PŘEHLEDOVÁ ČÁST



## 1. Neverbální komunikace a chování

Ústředním pojmem diplomové práce je termín **neverbální prvek**. V této kapitole se jej pokusím definovat, v empirické části diplomové práce pak bude uvedeno, jak lze neverbální prvky využívat v psychoterapii.

V úvodu však považuji za důležité zmínit a popsat, co je to vlastně **nonverbalita**, a čím je v psychologii významná. Slovo verbum pochází z latiny a znamená slovo. Nonverbální je tedy vše, co se netýká slov, co je mimoslovní. V psychologii je důležitá především **neverbální komunikace** nebo také **neverbální chování**.

Neverbální komunikace (též dorozumívání) a neverbální chování mají mnoho společného. Tyto pojmy, domnívám se, od sebe nelze jednoznačně odlišit, neboť komunikovat znamená také určitým způsobem jednat nebo se chovat.

**Neverbální chování** se projevuje gesty, polohou těla, výrazem tváře nebo proxemikou, která představuje vymezení osobního prostoru neboli distanci (vzdálenost) komunikujících osob od sebe navzájem nebo subjektu od určitých objektů. Neverbální chování je podle Hartla a Hartlové vývojově starší, spontánnější, pravdivější, jednoznačnější a citově bohatší než řeč (Hartl, Hartlová, 2000, s. 214).

V literatuře bývá někdy neverbální chování označováno též jako komunikace činy. Již z této skutečnosti je patrná blízkost a příbuznost těchto dvou pojmů. **Neverbální komunikace** je rovněž zprostředkovávána gesty, polohou a držením těla, chůzí nebo mimikou. Na rozdíl od neverbálního chování však zahrnuje také pohyby očí, oční kontakt, kvalitu a intonaci hlasu, pauzy v řečovém projevu, používání artefaktů jako je oděv, kosmetika nebo specifické doplňky (přívěšky, náušnice apod.) a také doteky (například podání ruky, objetí apod.), či specifické vůně (čichové vjemy). Jestliže může jedinec nekomunikovat slovy, neverbálně se chová a komunikuje neustále, aniž by si byl vždy vědom toho, co svým neverbálním projevem pro své okolí vysílá. Psychologové se

shodují v tom, že **nekomunikovat není nikdy zcela možné**. Dokonce i tehdy, pokud spíme, sdělujeme tím okolí, že jsme unavení, potřebujeme odpočívat a nechceme být rušeni. Jedná se o **analogový typ komunikace** – tedy kontinuální.

Neverbální komunikace doprovází také každé slovní sdělení.

Podle Plaňavy slouží neverbální komunikace k podpoře řečových promluv, k náhradě slovního vyjádření, k vyjádření emocí, interpersonálního postoje, příslušnosti ke skupině či generaci, k potvrzení ceremoniálů a rituálů, k zesílení vlivu (například při propagaci) a také k uměleckému vyjádření. Probíhá prostřednictvím neverbálních signálů neboli znaků. Tyto signály lze rozdělit podle toho, zda jsou pouze doprovodnými jevy mluveného slova (například gesta, kterými chceme zdůraznit vyslovenou větu) nebo zda dokáží vyjádřit určitou myšlenku samostatně bez použití slov (2005, s. 42-43).

G. Žibritová nazývá tuto kategorii mimoslovních znaků jako „narativní“. V tomto případě se jedná o soubor znaků, pomocí kterého lze vyjádřit ucelenou myšlenku - například tanec, dramatický prvek apod. (1983, s. 67).

V. Ekman je autorem termínu **emblém**, který je v souvislosti s neverbálními znaky charakterizován jako akt nebo čin, u kterého existuje konvenční, tedy dohodnutý a pro většinu členů skupiny srozumitelný verbální překlad. Žibritová uvádí, že emblémy se využívají zejména tam, kde je „*verbální komunikace stažena nebo znemožněna*“. V tomto ohledu se termín emblém podobá termínu neverbální prvek. Patří sem takové znaky jako je určité gesto, pohyb, mimika, ale také zvuky, které nemají charakter slova. Repertoár a srozumitelnost emblémů je mezikulturně odlišný a může se lišit také v jednotlivých subkulturách (Žibritová, 1983, s. 67).

Mnozí autoři se pokoušejí odhalit, jak se pomocí neverbálního chování dozvědět více o pozorovaném subjektu, bez ohledu na to, co zrovna říká. Podle Schulz von Thuna má každé sdělení svou **sebeprojektivní stránku**. Tu je do určité míry možno **skrývat nebo**

**zkreslovat**, například pokud není vnější počínání jedince v souladu s vnitřním prožíváním. K „*sebezakrytí*“ většinou slouží řečové prostředky, neboť neverbální chování je ovlivnitelné mnohem obtížněji (2005, s. 79). Souvisí totiž s **reakcemi vegetativního nervového systému** (sympatiku a parasympatiku), které nelze zcela vědomě ovládat. Vegetativní nervový systém je ovlivňován emocemi a řídí například hladké svalstvo, činnost žláz (potních, slinných, slzných, bronchiálních), motilitu gastrointestinálního traktu, aktivitu srdečního svalu, miózu (zúžení) nebo midriázu (rozšíření) zornic. Má důležitou funkci v řízení dilatace a konstriktce cév, což ovlivňuje prokrvení určitých partií nebo orgánů. Pokud například jedinec sděluje slovy lež, že se nebojí, mohou ho prozradit rozšířené zorničky, pocení, třes, roztřesený hlas nebo nevědomé zaujmutí obranného postoje s napjatými svaly, připravenými k útěkové reakci, způsobené podrážděním aktivizující složky vegetativního nervového systému - sympatiku - v cílových orgánech.

Neverbální komunikace v sobě zahrnuje několik dílčích oblastí. Někteří autoři považují za nejdůležitější tzv. **řeč těla**. Tato oblast nonverbality je zajímavá také pro laickou veřejnost, a proto o ní bylo napsáno mnoho publikací, mnohdy však danou problematiku velmi zjednodušující. Studie L. Birdwhistella z univerzity v Luisville prokázaly, že „*mezilidská komunikace prostřednictvím gest, postojů, postavení těla a vzdálenosti mezi lidmi nese více informací, než jakákoliv jiná komunikační metoda*“ (Birdwhistell in Pease, 2001, s. 7). Někteří autoři se dokonce domnívají, že komunikace mezi lidmi probíhá na neverbální úrovni až z osmdesáti procent a více. Například Čížková uvádí, že „*při komunikaci s druhými tvoří mluvené slovo samo o sobě zhruba pouhých 7% informace, 38% porozumění je odvozeno z tónu hlasu a 55% ze signálu řeči těla*“ (2005, s. 39).

Ne všechny složky neverbálního chování a komunikace jsou vůlí neovlivnitelné. Například to, co člověk vytváří je také součástí neverbální komunikace. O. Tegze nazývá tuto převážně vědomou aktivitu člověka v rámci neverbálního chování **oblastí vlastních produktů** (Tegze, 2003, s. 19). Jinou spíše vědomou složkou neverbální komunikace je „*konzumace cizích produktů*“. Do této kategorie řadí Tegze vše, co člověk užívá, čím se odívá, co si pořizuje, nebo čím se zdobí. (Tegze, 2003, s. 19).

Zajímavé je rozlišení neverbální komunikace na **statickou a dynamickou**. Takto ji chápe například J. Janoušek. Podle něj jsou klíči statické neverbální komunikace a informace rysy a projevy člověka jakožto **trvalejší vlastnosti**. Patří sem: tělesná konstituce a držení těla, zabarvení hlasu, úprava zevnějšku a také rysy obličeje. K dynamickým složkám řadí Janoušek takové projevy, které vypovídají o **aktuálních stavech jedince** a také o jeho vztahu k aktuální situaci - například: pohyby těla, gesta, mimiku, postoje, tělesný kontakt, pohled a pohyby očí, udržování určité vzdálenosti v interakci s druhými (proxemika), postavení komunikujících osob mezi sebou a v neposlední řadě také **mimolingvistické aspekty řeči** - výslovnost, přízvuk, vkládání pomlky, intonace hlasu nebo hlasitost projevu (Janoušek in Tintěrová, 1983, s. 5).

Neverbální komunikace má v psychoterapii velký význam. Jak uvádí rodinná terapeutka Šárka Gjuričová: *„stává se, v terapii i jinde, že slova nevyjádří zkušenost, že pocit ani nemá verbální podobu. Neverbálně se dá sdělit něco, co jinak z různých důvodů nejde“* (ústní sdělení, 29. 10. 2007).

Problémy v komunikaci v psychiatrickém rozhovoru se zabýval H. S. Sullivan, který na konci dvacátých let minulého století navrhoval detailní zkoumání průběhu terapie pořizováním fotografií ze sezení s pacienty *„s cílem získat dobrý přehled o neverbální, gestické složce komunikace“* (2006, s. 22). Pomocí detailního pozorování neverbálních aspektů komunikace se Sullivan snažil lépe pochopit pocity a potíže pacienta a také zkvalitnit práci terapeuta.

### **1.1. Neverbální prvek - definice**

Termín neverbální prvek jsem si „vypůjčila“ z Centra rodinné terapie v Praze Motole, kde je terapii adolescentů pomocí neverbality věnován jeden z výcvikových modulů vzdělávání budoucích rodinných terapeutů.

V této práci používám vedle termínu neverbální prvek také pojem neverbální technika. Pokusím se definovat oba a zároveň zmínit odlišnosti mezi nimi. V literatuře jsem optimální vymezení těchto pojmů (především jejich spojení) nenalezla, proto jsem se pokusila vytvořit definice vlastní (s využitím výkladového slovníku).

**Neverbální technika:** Termín technika je slovo převzaté z řečtiny, ve které znamenalo původně řemeslo, umění, nebo dovednost. Je „základním označením pro složku lidské kultury, která zaručuje schopnost nebo dovednost v kterémkoli oboru lidského konání. Technika určuje *„jak se dobereme k požadovaným výsledkům, určuje přesný postup kroků nebo způsob použití nástrojů“* (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Technika>, cit. 10-15- 2007). Termín tedy ve svém souhrnu představuje způsob, jakým lze něčeho dosáhnout nebo něco získat. Jedná se o činnost, pracovní postup či prostředek k naplnění určitého cíle (Hartl, Hartlová, 2000, s. 598). Adjektivum neverbální pak znázorňuje mimoslovní způsob vyjadřování neboli sdělování prostřednictvím gesta, tělesného postoje, vzezřením, pohledem nebo tónem hlasu (Hartl, Hartlová, 2000, s. 356).

Psychoterapie používá dvou základních technik a metod: rozhovoru a mimoslovních projevů nebo činností. Mimoslovní nebo neverbální techniky jsou takové prostředky a způsoby psychoterapie, které neužívají slov. Většinou neexistují v procesu psychoterapie bez přítomnosti rozhovoru, ten zůstává nejdůležitějším médiem - výjimkou je například práce s handicapovanými pacienty, jejichž postižení jim brání ve schopnosti slyšet nebo hovořit. V tomto případě se stávají hlavním médiem psychoterapie právě neverbální techniky a mohou být používány, podle mého názoru, samostatně bez rozhovoru.

**Neverbální prvek** je pouze částí nebo fragmentem určité neverbální techniky a nemůže na rozdíl od ní existovat v průběhu psychoterapie sám o sobě bez užívání slov. Je pouhým **facilitátorem rozhovoru**. Zatímco použití techniky v psychoterapii vyžaduje určitou přípravu, cílesměrnost a plánovitost, neverbální prvek je spíše bezprostřední reakcí na nastalou situaci. Slovo prvek bývá ve výkladových slovnících označováno jako

individuální, dále nedělitelná část nějakého systému. V této práci je význam pojmu mírně pozměněn, neboť jej lze dále analyzovat. Není tedy nedělitelnou jednotkou.

Odlišit neverbální prvek zřetelně od neverbální techniky a stanovit mezi nimi jednoznačnou hranici je velmi obtížné. Také v jednotlivých ukázkách v empirické části bude někdy tato hranice nedůsledná a prvek bude občas **přecházet v techniku**. Diplomovou práci jsem však záměrně zaměřila na neverbální prvky, aby v ní mohly být zmíněny někdy zdánlivě nepodstatné detaily z psychoterapie, které se však později ukáží jako důležité.

Na základě výše uvedeného, včetně kapitoly o neverbální komunikaci a chování představuje neverbální prvek v této práci:

**1) část neverbální techniky (metody) z existujících nonverbálních terapeutických směrů, která by mohla být časově i technicky použitelná v psychoterapeutickém setkání (2) s adolescentem, ale i dospělým.** (Jednotlivé nonverbální psychoterapeutické přístupy jsou v diplomové práci představeny dále.)

**2) neverbální podnět nebo signál, který vysílá sám pacient nebo terapeut v rámci neverbální komunikace - v tomto případě pojem neverbální prvek označuje konkrétní projevy obou zúčastněných (oblečení, vzezření, gestikulace, mimika atd.)** Jedná se o fragmenty z oblasti neverbální komunikace.

Neverbální techniky a neverbální komunikace jsou důležitými prostředky také v **psychodiagnostice** a při psychologickém nebo psychiatrickém vyšetření. Všimáme si například pacientova oblečení, mimiky, nebo výrazných elementů v jeho vzezření, analyzujeme jeho kresby a způsob jejich provedení, sledujeme neverbální doprovod a případné disonance v jeho verbálním projevu. Ve stejném smyslu lze využít i neverbálních prvků. Protože se ale jedná o fragmenty, nelze očekávat tak vysokou diagnostickou hodnotu.

---

(2) Pozn.: Psychoterapeutickým setkáním mám na mysli jednotlivé „hodiny“ individuální ale i skupinové psychoterapie, které jsou časově ohraničeny (nejčastěji v rozmezí 45 – 90 minut).

## 2. Psychoterapie a neverbální terapeutické směry

Diplomovou práci jsem zaměřila na oblast z **dětské klinické psychologie** - psychoterapii adolescentů. V této kapitole se zmíním nejprve o psychoterapii obecně, dále o důležitých psychoterapeutických prostředcích, kterými jsou terapeutický vztah a proces a dále o specifických terapiích adolescentních pacientů. Podstatnou část kapitoly, na kterou navazují v empirické části diplomové práce, tvoří rozdělení na nonverbální a verbální směry.

### 2.1. Psychoterapie

Slovo **psychoterapie** vzniklo spojením dvou slov z řečtiny a to: **psýché a therapón**. Psýché označovalo motýla, ale také duši. Duši chápali Řekové jako „*původní životní sílu, mající zdroj v sobě samé*“. V nejstarším významu byla psýché synonymem života vůbec (Vymětal, 2003, s. 12). Výraz „*therapón*“ pochází od slova sloužit (therapeuó) a označoval také toho, kdo opatruje, slouží nebo někoho provádí. Psychoterapii bychom tedy mohli široce překládat jako **opatrování nebo provázení duše**. V psychologickém slovníku Hartla a Hartlové lze nalézt krátkou, ale výstižnou definici psychoterapie, která je zde označena jako „*léčení duševních chorob a hraničních stavů psychologickými prostředky, tj. slovem, gestem, mimikou, mlčením, případně úpravou prostředí*“ (Hartl, Hartlová, 2000). K. Ludewig, tvůrce systemické psychoterapie, popisuje psychoterapii jako kooperativní komunikaci nebo dialog. Vyvrací tímto předpoklad, že terapeut musí aktivně působit na pasivního trpitele (pacienta). Systemičtí terapeuti zvláště vyzdvihují koncepci autonomie zúčastněných. „*Terapeutické jednání neustále předpokládá „pozvání ke kooperaci*“ (Ludewig, 1994, s. 89).

Psychoterapii lze dělit na **individuální či skupinovou**, které se účastní dvě a více osob zároveň (patří sem například i terapie rodinná). V této práci se budu věnovat neverbalitě a neverbálním prvkům **v obou uvedených**: příklady práce s neverbálními prvky, které jsem nashromáždila v empirické části, pochází jak z individuální tak skupinové psychoterapie. Pro účely zpracování tématu jsem nepovažovala za nutné tyto dvě formy terapie odlišit a zaměřit se pouze na jednu z nich. Neverbální prvky se objevují a jsou dobře využitelné v obou formách.

Jak jsem uvedla v úvodu kapitoly, psychoterapie nevyužívá pouze léčebného působení **rozhovoru**, ale i **mimoslovních technik**. „*Psychoterapie probíhá v sociální interakci, ve které jsou zpravidla přítomny verbální i neverbální složky*“ (Mrázek in Vymětal, 2003, s. 14). Podle Tintěrové napomáhají neverbální techniky při léčení, avšak „*v určité fázi terapie mohou mít i určující význam. Ve většině případů však dosahují maximálního účinku teprve ve spojení s verbální terapií. Proto se používají jako pomocné psychoterapeutické metody*“ (Tintěrová, 1982, s. 26).

J. Šípek se domnívá, že v terapeutické praxi jsou někdy určité nonverbální momenty zanedbávány. Například uvádí, že není vždy zcela účelné a přirozené, pokud terapeut s klientem v průběhu terapie sedí. Usazení do křesla může totiž podporovat klientovu „*staženost*“, která zároveň brání uvolnění myšlenek a jejich verbalizaci. J. Šípek vzpomíná na případ z praxe, kdy klientka nebyla téměř vůbec schopna mluvit. Inspiroval se tehdy řeckými Stoiky, kteří diskutovali a debatovali hlavně při chůzi a navrhl klientce, že se budou po pracovně procházet. „*Chodili jsme v kruhu jako v manéži a mluvili*“. Teprve chůzí byla prolomena bariéra v komunikaci, pacientka se rozpovídala a také rozplakala. Šípek se domnívá, že chůze podporuje celkové uvolnění jedince, rytmizuje a stimuluje myšlení: „*je to nejpřirozenější pohyb, který je v psychoterapii opomíjený*“ (ústní sdělení, 15. 9. 2007). Volný pohyb po místnosti v průběhu terapie umožňují svým klientům také například gestalt psychoterapeuti.



Dalšími důležitými terapeutickými prostředky, které ovlivňují významně průběh léčby, jsou terapeutický vztah a proces terapie. Těmto termínům je věnována pozornost v následujícím textu.

### 2.1.1. Psychoterapeutický vztah a proces

**Terapeutický vztah** obvykle začíná první návštěvou klienta v pracovně terapeuta. Zpravidla zde dochází k formulování problému, který se má řešit a k promyšlení indikace a postupu psychoterapie ze strany terapeuta, poté se spolu s pacientem domluví na určité frekvenci návštěv a terapeutický vztah je započat. Od této chvíle se spolu budou setkávat dva lidé (terapeut a pacient), ale také jejich vědomé i nevědomé duševní obsahy. Budou spolu komunikovat na verbální i neverbální úrovni.

Téma psychoterapeutického vztahu zaujímá zvláštní místo především v psychoanalýze, avšak vztah mezi pacientem a terapeutem je velmi důležitý v jakkoliv orientované terapii a tvoří podstatnou součást samotného léčebného působení v psychoterapii. *„Neustále se proměňující vztah mezi terapeutem a pacientem tvoří vlastní jádro veškeré psychoanalytické práce a hlavní nástroj duševní změny“* (Lanyadoová, Horneová, 2005, s. 97). Psychoterapeutický vztah se liší od ostatních vztahů z pacientova okolí tím, že není vzájemný. Terapeut s pacientem nesdílí svůj osobní a citový život. Je však vůči němu *„citově přístupný a přemýšlivě vnímavý“* (Lanyadoová, Horneová, 2005, s. 99).

Terapeutické setkání se odehrává vždy v dohodnutém čase na místě k tomu určeném (obvykle v pracovně terapeuta). Důležitými pojmy v psychoterapeutickém vztahu jsou: přenosový a protipřenosový vztah (3). Psychoanalytici definují přenos jako soubor očekávání a zkušeností pacienta vycházející z jeho minulých i přítomných vztahů především v rodině. Přenosový vztah, který si pacient vytváří k terapeutovi, bývá ukázkou toho, jak jedinec navazuje vztahy k pro něj důležitým osobám. Pomocí přenosu se začínají projevovat klientovy úzkosti a konflikty, které ve vztazích prožívá.

Protipřenosovým vztahem pak psychoanalytici rozumí terapeutovu reakci na pacientův způsob vztahování se k druhým osobám. Terapeut zaznamenává pocity, které na něj přenáší a srovnává je se svými pocity a zkušenostmi. Umožňuje mu to dozvědět se tak více o pacientových vztazích, fantaziích a jeho očekáváních (Lanyadoová, Horneová, 2005, s. 101).

Přenosový a stejně tak protipřenosový vztah může nabývat různých podob. Psychoanalýza rozlišuje přenos negativní a pozitivní. *„Pozitivní přenos zahrnuje přátelské, láskyplné a důvěřivé pocity, která pacientovi umožňují, aby se cítil zaujat terapeutickým přenosem natolik, že může docházet na sezení, i když jsou bolestná a zneklidňující“* (Lanyadoová, Horneová, 2005, s. 102). V negativním přenosu se naopak projevuje hněv, nenávisť, odmítání, nedůvěra nebo závist. Tyto pocity mohou v klientovi vyvolávat dojem, že veškeré utrpení v životě mu způsobuje právě terapeut. K vynoření těchto pocitů dochází většinou tím, že terapeut nesplňuje klientova očekávání jakožto důležitá vztahová osoba, což je způsobeno nutností udržet profesionální hranice terapie. (Téma přenosu je obsaženo výrazně například v ukázce n.p.3.)

**Proces psychoterapie** je primárně vždy ovlivněn výběrem metody a terapeutického směru. Může se jednat o krátkodobou i dlouhodobou záležitost (i několika let). Důležitým předpokladem k tomu, aby byl tento proces zdárný a vedl k uzdravě, je pacientova motivace k psychoterapii a terapeutova zkušenost a praxe. Právě otázka motivace u adolescentních jedinců může být sporná, většinou si přeje jejich „uzdravu“ rodina, škola nebo jiná osoba či instituce z adolescentova okolí. Touto skutečností může být proces terapie vážně narušen.

Také podle Boltona a Scherera je zapojení adolescenta do psychoterapeutického procesu kritickým okamžikem, který ovlivňuje úspěšné vyústění (proces) psychoterapie. Adolescenti jsou do psychoterapie často nuceni a cítí se jí být stigmatizováni, což snižuje míru jejich spolupráce. Základem terapeutické práce je pak hledání cest k vytvoření efektivního terapeutického vztahu. K tomu aby nastal mezi adolescentem a terapeutem

spolupracující vztah, musí být terapeut zvláště empatický a autentický. Podle zmiňovaných autorů „je většina psychoterapeutických modelů založena na léčení dospělých“ (Bolton, Scherer, 2003, s. 215-216). Z toho vyplývá, že terapeut se často musí v práci s adolescentní populací spoléhat sám na sebe a kombinovat různé dovednosti více než v terapii s dospělými jedinci.

Existují výzkumné studie, které se zabývají momenty a epizodami, které jsou v procesu psychoterapie pro pacienty nápomocné a stimulující nebo naopak tento proces inhibují. Timulák a Lietaer prezentují studii zaměřenou na pozitivní momenty v procesu krátké na člověka zaměřené psychoterapie. Každého klienta požádali po skončení terapeutického setkání, zda by mohl popsat, jaké okamžiky v daném setkání pro něj byly pozitivní a přínosné. Informace zaznamenávali a závěrem provedli jejich kategorizaci. Výsledkem experimentu bylo zjištění, že v procesu psychoterapie je pro klienty velmi důležité to, jak se v setkání s nimi chová terapeut. Pozitivně vnímali především okamžiky, kdy pociťovali ze strany terapeuta **porozumění a zájem**. Mnoho pozitivních momentů se týkalo terapeutického vztahu. Pro klienty bylo přínosné, pokud vnímali terapeuta jako interpersonálně zručného, empatického, respektujícího jejich potřeby, schopného reflektovat své prožívání jejich vyprávění, ale také pokud mohli nahlédnout způsob a strategie jeho práce (Timulák, 2002, s. 543). Výsledky studie podporují již dříve vyslovené názory některých autorů - terapeutů, kteří zdůrazňují, že s pacientem je nutné navázat vztah nejen profesionální, ale také vztah osobní, lidský a účastný. Pokud by terapeut nahlížel na svého pacienta pouze jako na diagnostickou jednotku, psychoterapie by byla z počátku odsouzena k nezdaru. „Odborník nemůže dostatečně humánně a léčivě mluvit s diagnostickou kategorií či případem, musí mluvit s člověkem“ (Yalom, 1999 in Vybíral, 2005, s. 263). Podle Vybírala je též dobré uvědomit si, že člověk, který prožívá trápení, bolest nebo potíže, se často snaží odhalit úmysly odborníka. „Pokouší se ho prokouknout, zjistit, o co mu jde, zda ho nechce jen lacině uklidnit a povzbudit, co svou řečí sleduje apod.“ (Vybíral, 2005, s. 264).

---

(3) Pozn.: Domnívám se, že přenos a stejně tak protipřenos může být přítomen v jakémkoliv mezilidském vztahu a k jeho rozvoji dochází také u zdravých osob. Nejedná se tedy o vztah, který se objevuje výlučně v psychoterapii.

## 2.2. Neverbální psychoterapie

Podle používaných technik a metod lze psychoterapii dělit na **verbální a neverbální**. Takto uvažuje o psychoterapii například Tintěrová. Podle této autorky pak jednotlivé neverbální techniky můžeme dále členit „*podle způsobu vyjadřování, kterého používají*“. Rozlišujeme potom například arteterapii, muzikoterapii a pohybové techniky. (Tintěrová, 1982). Neverbální techniky lze označit také jako mimoslovní nebo expresivní (výrazové).

Uvědomuji si, a souhlasím například s H. Leunerem, autorem katatymně imaginativní psychoterapie, že není vždy účelné rozlišovat mezi neverbálními terapiemi a terapiemi verbálními, neboť řeči se užívá ve všech (Leuner, 2007, s. 235). Také podle J. Šípka, zastávce eklektického přístupu, je dělení na verbální a neverbální psychoterapii „*poněkud nešťastné*“ (ústní sdělení, 15. 9. 2007). Domnívám se, že některé terapie však využívají neverbality více a některé méně. Z tohoto důvodu jsem se pokusila rozdělit psychoterapii na verbální a neverbální podle toho, zda je jejím nejdůležitějším prostředkem mluvené slovo či mimoslovní techniky. Na základě dostupné literatury však nebylo vždy možné tak jednoznačné posouzení k tomu, abych mohla danou terapii zařadit do jedné z kategorií. Rozhodla jsem se tedy oslovit a přizvat na pomoc lektory nebo absolventy různých terapeutických škol, kteří svůj směr znají nejlépe a požádala jsem je, aby se pokusili posoudit, které techniky v jejich výcviku převažují.

Rozčlenění psychoterapeutickým přístupů na kategorie převážně verbální / převážně neverbální je důležité především pro analýzu neverbálních prvků typu 1 (dle definice) v empirické části diplomové práce.

### 2.2.1 Pokus o rozdělení na převážně neverbální a převážně verbální terapeutické směry

Dělení psychoterapie na mimoslovní a verbální jsem se pokusila vytvořit na základě toho, zda se ve výcvikových modulech jednotlivých směrů vyučuje neverbálními technikám a pokud ano, v jaké míře. Tuto skutečnost jsem zjišťovala pomocí krátkého dotazníku (4), který jsem předkládala některým lektorům vybraných výcvikových institucí nebo praktikujícím terapeutům, kteří výcvikem v dané „škole“ prošli. Záměrně jsem se omezila na dělení přímo podle výcvikových programů a nezabývala jsem se používáním neverbálních technik v praxi těchto směrů. Praktikující odborníci si totiž často terapii, ve které jsou původně „vyškolení“ uzpůsobují svým možnostem, schopnostem a vnějším podmínkám a zahrnují do ní také prvky z jiných směrů. Mohlo by tak dojít ke vstupu nežádoucí proměnné.

Uvědomuji si, že krátký strukturovaný dotazník, který jsem odborníkům předkládala, postrádá metodologickou propracovanost a také to, že roztřídění terapií je provedeno spíše na základě subjektivních zkušeností dotazovaných. Domnívám se však, že rozsah této práce by nedovoloval systematičtější zkoumání a pro účely původního tématu je postačující.

Prvním krokem k vytvoření přehledu o terapeutických směrech (5) byl výběr všech terapií, které se aplikují v ČR, a které zde mají vlastní výcvikový institut. Některé z nich jsou **akreditované** pro komplexní vzdělávání v psychoterapii ve zdravotnictví Českou psychoterapeutickou společností (ČLS JEP) nebo Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy pro účely pedagogicko-psychologického poradenství. Ostatní tuto akreditaci postrádají v ČR, avšak jsou **certifikované** například Evropskou asociací pro psychoterapii (EAP). Do výběru jsem zahrнула všechny, bez ohledu na akreditaci. Nejdůležitějším kritériem byla **přítomnost výcvikové instituce daného směru v ČR** (s minimální délkou trvání včetně sebezkušenosti alespoň 3 roky – z důvodu odlišení od

různých kurzů a seminářů, které poskytují spíše seznámení s daným směrem a neopravňují k výkonu psychoterapie).

Podle publikace M. Andrlové s názvem *Současné směry v české psychoterapii - rozhovory s významnými psychoterapeuty*, se v ČR praktikuje cca 10 terapeutických směrů – psychoanalýza, dynamická psychoterapie, rodinná a systemická psychoterapie, rodinná terapie dle V. Satirové, rogersovská psychoterapie, daseinsanalýza, gestalt psychoterapie, kognitivně behaviorální terapie, transakční analýza a eklektická či integrativní psychoterapie (2005). V ČR jsem však zaregistrovala mnohem více terapeutických směrů, než tato publikace uvádí. Možná, že došlo k určitému rozšíření během odstupů let od napsání publikace M. Andrlové nebo se autorka zaměřila pouze na „hlavní“ proudy psychoterapie s dlouholetou tradicí praktikování na území ČR. Zaregistrovala jsem, že autorka vynechala zcela přístupy „novější“ a zdá se, že se zaměřila spíše na více verbální terapie. Chybí zde například arteterapie, dramaterapie a jiné směry, které mají navíc v ČR poměrně dlouholetou tradici. Andrlová snad přistoupila k výběru jednotlivých přístupů na základě toho, zda jsou akreditované Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně, což s mým zjištěním souhlasí. Ohledně problematiky, která se týká aplikovaných terapeutických přístupů na území České republiky jsem zaregistrovala výrazný nedostatek informací v literárních pramenech a byla jsem tak odkázána na jejich vyhledávání pouze pomocí internetových stránek.

Po sestavení přehledu aplikovaných terapeutických směrů v ČR jsem přistoupila k výběru institutu a lektora nebo absolventa výcviku v daném institutu. Těmto expertům jsem poté zadávala předem připravený dotazník.

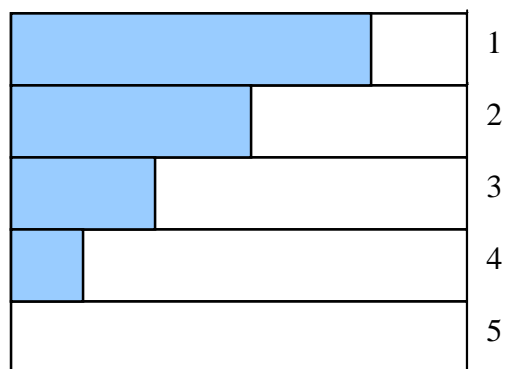
Jsem si vědoma toho, že bych měla výběr učinit metodou losování, ale rozhodla jsem se pro ten výcvikový institut, který byl nejbližší Praze (z důvodu snadnější dostupnosti vzhledem k mému působišti a preferování osobního kontaktu před zasíláním dotazníku prostřednictvím e-mailu), a jednotlivce z daného institutu, se kterým jsem pokud možno již dříve spolupracovala. Později, když jsem vyčerpala možnosti kontaktů v Praze, jsem

byla nucena zaslat také několik e-mailů mimopražským odborníkům, jejichž adresy jsem našla na internetových stránkách jednotlivých institutů.

V úvodu dotazníku jsem dotazované požádala, zda by mohli na základě svých zkušeností posoudit míru zastoupení neverbálních technik ve výcviku, ve kterém sami vyučují nebo jim prošli jako absolventi. Všem bylo zároveň sděleno, že pod pojmem neverbální techniky se skrývají jakékoliv terapeutické metody, které nejsou založeny primárně na rozhovoru. K posouzení jim byla nabídnuta následující stupnice:

- 1 - výcvik je zaměřen především na neverbální techniky**
- 2 - neverbální techniky a rozhovor jsou zastoupeny rovnoměrně**
- 3 - výcvik obsahuje také zkušenosti s mimoslovními technikami, hlavním médiem terapeutického procesu je však rozhovor**
- 4 - ve výcviku se učí neverbálním technikám jen minimálně**
- 5 - terapeutický výcvik se nezabývá neverbálními technikami vůbec**

grafické znázornění:



neverbální techniky

rozhovor

(4) Pozn.: Dotazník je součástí přílohy diplomové práce. Pokud dotazovaný požádal o jinou kategorii - například na pomezí dvou, mezi kterými se rozhodoval, přípustila jsem také tuto možnost.

Odpovědi posuzovatelů jakožto zástupců jednotlivých terapeutických přístupů uvádím v následující přehledové tabulce, která bude z důvodu rozsáhlosti rozdělena na dvě části tak, aby kopírovala formát diplomové práce. V celkové podobě bude uvedena v příloze.

Pokud se u některého psychoterapeutického přístupu nepodařilo získat ke spolupráci posuzovatele, byla jsem nucena posoudit míru zastoupení rozhovoru a neverbálních metod v daném přístupu sama s pomocí dostupné literatury. Takové případy jsou v tabulce označeny symbolem X.

**Tabulka č. 1: Přehled psychoterapeutických směrů se zařazením do kategorie 1 – 5 (dle výše uvedeného klíče)**

	<b>Psychoterapeutický směr</b>	<b>Posuzovatel</b>	<b>Kategorie</b>
1	Analytická psychoterapie	Mgr. Martin Skála	3
2	Arteterapie	MUDr. Mgr. Bc.Art. Radvan Bahbouh, PhD.	2 – 3
3	Biosyntéza	MUDr. Mgr. Bc.Art. Radvan Bahbouh, PhD.	2
4	Daseinsanalýza	X	4
5	Dramaterapie	X	2
6	Dynamická psychoterapie (SUR)	Bc. Olga Škvařilová	4
7	Gestalt psychoterapie	X	3
8	Integrativní psychoterapie	X	3
9	Katatymně imaginativní psychoterapie	MUDr. Lea Brodová	2
10	Kognitivně behaviorální psychoterapie	Doc. PhDr. Jiří Šípek, CSc.	3
11	Logoterapie a existenciální analýza	PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.	4
12	Muzikoterapie	PhDr. Irena Kukačková	2
13	Satiterapie	PhDr. Jana Gebauerová	2
14	Pesso boyden terapie	MUDr. Mgr. Bc.Art. Radvan Bahbouh, PhD.	2 – 3
15	Psychoanalytická psychoterapie	X	4
16	Přístup zaměřený na člověka	PhDr. Vendula Junková	4
17	Rodinná terapie	PhDr. Šárka Gjuričová	3
18	Systemická psychoterapie	X	3
19	Tanečně - pohybová terapie	Bc. Olga Škvařilová	1
20	Terapie zaměřená na tělo	MUDr. Mgr. Bc.Art. Radvan Bahbouh, PhD.	2
21	Transakční analýza	PhDr. Blanka Čepická	3



**Pokračování tab. č. 1 – doplňující informace:**

	<b>Název výcvikového institutu, který posuzovatel absolvoval nebo je v něm lektorem, popřípadě jména lektorů, kteří posuzovatele osobně vzdělávali</b>	<b>Pracoviště posuzovatele</b>	<b>Akreditace terapeutického přístupu v ČR</b>
1	Česká společnost pro analytickou psychologii	DPS Ondřejov	ČLS JEP
2	Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity	FF UK katedra psychologie	MŠMT
3	Diabasis: R. Hoffman, L. Zink, E. Frankel	FF UK katedra psychologie	není (1)
4	X	X	ČLS JEP, MŠMT
5	X	X	není (2)
6	Pražský psychoterapeutický institut – Skálův institut (SUR)	Sdružení Podané ruce, o. s. Brno, Drogové služby ve vězení	ČLS JEP
7	X	X	ČLS JEP
8	X	X	MŠMT
9	Česká společnost pro katatymně imaginativní psychoterapii	Dětská psychiatrická klinika FN Motol	ČLS JEP
10	Institut KBT – Doc. Zbytovský	soukromá praxe, FF UK katedra psychologie	ČLS JEP
11	Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu	IKEM	ČLS JEP
12	Jitka Vodňanská (U Apolináře)	SPC - Speciálně pedagogické centrum	MŠMT
13	Atelier satiterapie	Soukromé psychologické poradenství v Přerově	Není (3)
14	Remedium: M. Howald, I. Baardman, L. Perquin. A. Pesso	FF UK katedra psychologie	Není (4)
15	X	X	ČLS JEP
16	Komplexní vzdělávací program v PCA, Praha	FF UK katedra psychologie	ČLS JEP
17	Institut rodinné terapie Praha	Centrum rodinné terapie	ČLS JEP, MŠMT
18	X	X	ČLS JEP
19	Tanečně pohybová terapie pod záštitou ADTA USA	Sdružení Podané ruce, o. s. Brno, Drogové služby ve vězení	není (5)
20	Diabasis: R. Hoffman, L. Zink, E. Frankel	FF UK katedra psychologie	není (6)
21	Česká asociace transakční analýzy	ČATA, S.E.N.A. s.r.o.	ČLS – JEP

## Vysvětlivky k tabulce č. 1:

### Čísla v závorce, která jsou uvedena u akreditací:

- (1) absolvent získává certifikát terapeuta PBSP garantovaný Pesso Psychotherapy Association
- (2) garance sekcí muzikoterapie a dramaterapie ČSP při LSJEP (není akreditace)
- (3) uchází se o členství v EAP
- (4) uchází se o členství v EAP
- (5) podána žádost o akreditaci dle standardů MPSV
- (6) je členem EAP

### Zkratky:

ADTA - American Dance Therapy Association

ČATA - Česká asociace transakční analýzy

ČLS JEP - Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

EAP - Evropská asociace pro psychoterapii

IKEM - Institut klinické a experimentální medicíny

MŠMT - Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MZČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky

**Akreditace terapeutického přístupu v ČR:** tato informace nemá souvislost s výcvikovými instituty, kterými prošli jednotliví posuzovatelé. Vztahuje se k současnému stavu daného terapeutického přístupu. Důvodem je to, že v minulosti některé přístupy akreditované nebyly a v současné době je tomu jinak a naopak.

---

(5) Pozn.: Uvažovala jsem nad tím, zda bych měla v současných nonverbálních terapeutických přístupech zmínit také metodu rodinných konstelací. Nenalezla jsem však žádný výcvikový institut rodinných konstelací v ČR, pouze kurzy, které s touto metodou seznamují. V odborné veřejnosti se navíc vede diskuse o tom, zda rodinné konstelace lze oficiálně zařadit do psychoterapie či nikoliv, proto je zatím nezmiňuji ani v této práci.

V tabulce jsem označila psychoanalýzu číslicí 4 – tj. ve výcviku se učí neverbálními technikám jen minimálně. Přestože se v psychoanalýze pracuje se sny, které mají neverbální obsahy, sny na rozdíl například od imaginací nejsou přítomny v daném

terapeutickém setkání, pacient je pouze vypráví. A neverbální prvky by v setkání přítomny být měly. Z tohoto důvodu jsem psychoanalýzu zařadila mezi převážně neverbální terapeutické přístupy a nebudu se jí v této práci rovněž více zabývat.

Získávání dat pro tento úkol bylo poněkud problematické, neboť limitujícím faktorem zde byla ochota ke spolupráci dotazovaných a především jejich časové rezervy. Mnoho oslovených lektorů nebo absolventů neodpovědělo na dotazník vůbec nebo uvedli velkou zaneprázdněnost a vytiženost a dotazník nevyplnili. V těchto případech jsem byla nucena rozhodnout o zařazení do kategorie sama a spoléhat se na své znalosti daných terapeutických směrů na základě literatury.

Za pozornost stojí skutečnost, že dotazovaní zástupci psychoterapeutických přístupů většinou neoznačovali svou terapeutickou školou číslem 1 ani 5 – tedy krajními kategoriemi. Vybírali nejčastěji kategorii 3 nebo 2-3. Toto zjištění by mohlo znamenat, že není účelné dělit psychoterapii na verbální a neverbální, neboť mezi zastoupením neverbality a rozhovoru snad ve všech terapeutických směrech není větší rozdíl. Mohlo by to však být způsobeno také vlivem centrální tendence posuzovatelů. K ověření těchto dvou hypotéz by patrně bylo potřeba získat více dat. Připouštím také možnost, že některé terapeutické směry, které se v ČR praktikují, a které jsem zde uvedla, již dříve přijaly myšlenku eklecticismu a kombinují tak nonverbální techniky s rozhovorem, přestože při samotném vzniku tohoto směru tomu tak nemuselo být. Je však obtížné dopátrat se této skutečnosti (jedná se především o směry označené kategorií 3). Zajímavé je, že terapie, u kterých jsem původně očekávala vyšší zastoupení rozhovoru než neverbálních metod, byly experty posouzeny jinak. To se týká například Kognitivně behaviorální psychoterapie nebo Transakční analýzy (obě označeny číslem 3). V tomto ohledu je pro mě toto krátké zmapování přínosem ve změně pohledu na jednotlivé terapeutické přístupy.

Z přehledu současných psychoterapeutických výcvikových institutů jsem vynechala všechny integrativní formy psychoterapie, které v sobě propojují více technik (ať už verbálního či nonverbálního charakteru). Jedná se například o integrativní psychoterapii nebo satiterapii (7), která používá techniky psychodramatu, či prvky pohybové a výtvarné.

Tyto neverbální metody jsou směsicí již existujících směrů (arteterapie, dramaterapie apod.), jejichž techniky budou v diplomové práci představeny a informace by se tak opakovaly.

Na základě rozčlenění do kategorií 1 – 5 (viz. tabulka č. 1) lze považovat přístupy označené číslicí 1, 2 a také 2 – 3 za převážně neverbální psychoterapeutické směry, neboť dle posuzovatelů v nich převažují neverbální metody nebo jsou alespoň zastoupeny rovnoměrně s rozhovorem. Za důležité kritérium v tomto členění považuji skutečnost, že metoda rozhovoru ve výcviku nepřevažuje, přestože může být zastoupena spolu s neverbálními technikami rovnoměrně. V následujícím textu krátce představím každou terapii takto označenou se zaměřením na to, jaké konkrétní nonverbální techniky používá (6). Stručné informace o každém z těchto přístupů považuji za důležité zmínit proto, že v empirické části diplomové práce se budu zabývat mimo jiné tím, zda práce s neverbálními prvky v jednotlivých ukázkách vzešla z některé již existující terapeutické školy – v tom případě z jaké, nebo zda se jedná o originální přístup terapeuta nebo pacienta.

Směry psychoterapie, které posuzovatelé zařadili do kategorie 3, 4 a 5, se nebudu dále zabývat, neboť dle klíče k zařazení do kategorií se jedná o psychoterapie, jejichž hlavním médiem je rozhovor a považuji je tedy za převážně verbální.

---

(6) Pozn.: Do neverbálních směrů lze zařadit například i hipoterapii nebo cannisterapii, avšak vzhledem k tomu, že diplomová práce se zabývá prvky a technikami použitelnými v jakémkoliv pracovním setkání, jsou tyto alternativy z popisovaných metod zcela vynechány.

---

(7) Pozn.: Satiterapie je forma na osobu zaměřené integrativní psychoterapie. Nejdůležitějším pojmem teoretického základu této metody je všímavost. Jedná se tedy o léčbu „*všímáním si skutečně probíhajících procesů prožívání, které se vyskytují mimo dosah slov*“ ([http://www.sati.mbnf.net/index.php?id=sati1\\_cz&ukaz=1,5](http://www.sati.mbnf.net/index.php?id=sati1_cz&ukaz=1,5), cit. 11. 1. 2007). Cíle psychoterapeutického působení, v souladu s na osobu zaměřeným přístupem C. R. Rogerse, si definuje sám klient. Satiterapie je založena na respektu ke všemu živému a vychází mimo jiné z učení budhistických filozofů. Propojuje v sobě techniky psychodramatu (J. L. Moreno), pohybového a výtvarného vyjadřování, satidramatu a budhistické meditace. Tyto metody mají napomáhat k vytvoření osvobozujícího vhledu do životně důležitých souvislostí a ke „*zvnitřňování*“ ([http://www.sati.mbnf.net/index.php?id=sati1\\_cz&ukaz=1,5](http://www.sati.mbnf.net/index.php?id=sati1_cz&ukaz=1,5), cit. 11. 1. 2007).

Terapeutickými přístupy, které splňují výše uvedená kritéria pro zařazení do kategorie převážně neverbální psychoterapie, jsou:

**Arteterapie**

**Muzikoterapie**

**Tanečně pohybová terapie**

**Dramaterapie včetně psychogymnastiky**

**Terapie zaměřená na tělo**

**Katatymně imaginativní psychoterapie**

Těmto přístupům bude věnována pozornost v následujícím textu.

#### **2.2.1.1. Arteterapie**

Arteterapie se vyvíjela jako samostatný nástroj psychoterapie postupně. Nejprve byly její metody používány ke stanovování a upřesňování diagnóz. Původně zkoumala výtvarné produkce duševně nemocných jedinců a jejím cílem bylo také nalezení obecných znaků ve výtvarném projevu typických pro dané psychické onemocnění.

Jako terapeutická metoda se začala využívat ve 30. až 40. letech dvacátého století v návaznosti na rozvoj psychoanalýzy a jiných terapeutických směrů. Za průkopníky arteterapie jsou považováni výtvarníci M. Naumburgová, C. Lewis a E. Kramerová, kteří sami prošli psychoterapií a hledali možnosti uplatnění výtvarného působení v léčbě duševních poruch. V ČR se arteterapie praktikuje od 50. let v různých terapeutických zařízeních jako součást psychoterapie. V roce 1994 dokonce vznikla Česká arteterapeutická asociace jako samostatné profesní sdružení (<http://www.arteterapie.cz/>, cit.10.15.2007).

Arteterapie bývá klasifikována jako forma psychoterapie využívající výtvarného projevu, především „grafické, malířské a sochařské činnosti“ (Jebavá, 1997, s. 5). V užším smyslu zahrnuje dle A. Linka využití malby, kresby, plastiky, sochařství, vyšívání, modelování, řezbářství, pořizování samorostů a další výtvarnou činnost (1997, s. 42). Může být nejen psychoterapeutickou metodou, ale také významným prostředkem ve výchově dětí a dospívajících nebo důležitým komunikačním způsobem pro handicapované jedince (Jebavá, 1997, s. 5).

Metoda vychází z teorie a praktického využití specificky lidské vlastnosti a potřeby – tvořivosti.

Terapeutické účinky arteterapie spočívají v navození vnitřní relaxace, v podpoře emočního vývoje, zbavení intrapsychických tenzí a v podpoře kladných mezilidských vztahů (Jebavá, 1997, s. 5).

Arteterapie se rozlišuje na dva základní proudy. Jedním z nich je terapie uměním, v níž je kladen důraz na léčebný potenciál samotného tvůrčího procesu. Druhým směrem je tzv. artpsychoterapie, kde výtvary a prožitky v procesu výtvarné činnosti a tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány (nejčastěji pomocí následného rozhovoru).

Arteterapií adolescentů se zabývala například S. Rileyová. Podle této autorky může arteterapie usnadňovat přechod od konkrétního k abstraktnímu způsobu myšlení, který je pro toto věkové období charakteristický (viz. kapitola 3.1.4. Kognitivní schopnosti v adolescenci). Těžištěm arteterapeutické práce u adolescentů je však „podpora v nalézání vlastní identity“ (Rileyová in Šicková-Fabrici, 2002, s. 65). Rileyová navrhuje také možnost kolektivní kresby například ve skupinové formě terapie, kdy jeden obrázek kreslí více osob, ale každá jinou barvou.

Kresba je nejen užitečným nástrojem psychoterapie, může nám poskytovat i důležité diagnostické údaje. V psychodiagnostice dětí a dospívajících se používají rozličné kresebné techniky. Kreslení je totiž jedním z nejpřirozenějších vyjadřovacích prostředků

dětí, které jsou také většinou na rozdíl od dospělých ještě ochotné kreslit a tuto činnost mají v oblibě. Význam kresebných technik u dětí a dospívajících spočívá především v tom, že kresba představuje snadnější a **bezpečnější rámec pro identifikaci** jedince se svým výtvořem.

*„V kresbě se odrážejí různé psychické i jiné procesy, projevuje se v ní typ temperamentu a emoční prožívání, v tematické kresbě lze zjistit i způsob nazírání a postoj k určité skutečnosti, například rodinným vztahům či sebepojetí“* (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s. 271). Podle citovaných autorů poskytuje kreslení možnost celkového uvolnění, snižuje napětí, nejistotu a nedůvěru, která může komplikovat spolupráci. Kresebné techniky je možné použít také jako úvodní diagnostické metody při navazování kontaktu s pacientem (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s. 271).

### **2.2.1.2. Muzikoterapie**

Hudbu a rytmus využívali lidé jako léčebné prostředky již v dávných dobách. U přírodních národů je hudba a tanec důležitou **součástí kultury**, magických obřadů a léčení dodnes. Vznik muzikoterapie jako psychoterapeutické disciplíny se datuje od roku 1948 ve Švédsku a paralelně také v Americe. Tehdy byla muzikoterapie rozdělena na školu psychoanalytickou, v zastoupení L. Shatina a J. Massermanna, a na školu sociálně-psychologickou v čele s R. Dreikursem, H. Douglassem, R. Wagnerem a dalšími. Postupně se muzikoterapie rozšiřovala v Rakousku, Velké Británii, Francii nebo v sousedním Slovensku. V České republice se muzikoterapie začala využívat v Psychiatrické léčebně v Bohnicích na Foniatrické klinice M. Seemana a dále na foniatrickém oddělení Logopedického ústavu pod vedením F. Kábeleho. V současné době se v ČR zabývá muzikoterapií intenzivně například J. Vodňanská ve Středisku péče o mládež a rodinu a také v Protialkoholní léčebně U Apolináře. Při Lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně v Praze existuje samostatná sekce muzikoterapie (Šimanovský, 1998, s. 17-23).

Na dětské psychiatrické klinice v Praze Motole se věnuje muzikoterapii M. Stejskalová. Využívá této metody v léčbě psychotických poruch, mentální anorexie a poruch chování u dětí a dospívajících. Podle Stejskalové je hudba „unikátní sbírkou lidských pocitů a emocí zapsaných notami“ (Stejskalová, 2007, s. 39). Každá hudební skladba obsahuje také životní příběh i povahové rysy autora. Při poslechu hudby pacient hledá, co je mu z autorova příběhu ztvárněného hudbou blízké a co koresponduje s jeho aktuálními prožitky.

Užitím hudby v psychoterapii lze **působit na emoce, náladu, agresi nebo uvolnění napětí**. Podle J. Kocourkové lze pomocí muzikoterapie vytvořit „bezpečný rámec v prožívání bolestivých emocí“ a **dosáhnout korekce emočního stavu** pacienta (Kocourková in Stejskalová, 2007, s. 39). Stejskalová využívá ve skupinových setkáních s pacienty muzikoterapie ve spojení s arteterapií. Reprodukují svým pacientům hudbu s určitou tematikou (vážnou hudbu, apod.) nebo pouze určité zvuky (například šum moře). Každý z pacientů produkuje a poslouchá a zároveň kreslí, co v něm probouzí, jaké prožitky v něm vyvolává. Stejskalová poté analyzuje symboliku, která se v kresbách vyskytuje ve srovnání s typem reprodukováné hudby / zvuku.

Muzikoterapie pracuje s řadou rozličných hudebních i jiných nástrojů, které vydávají **harmonické zvuky**. Podle Šimanovského mají na nervové struktury pozitivní vliv především dřevěné dechové nástroje, jako jsou flétna nebo klarinet. Pro harmonizaci těla a tělních tekutin jsou pak vhodné nástroje strunné ( housle, kytara, cello). Bicí nástroje jsou v muzikoterapii spojovány s posilováním volních schopností a svým taktem mají také vliv na zažívací trakt a na končetiny. V muzikoterapii se však používají také nástroje „elementární“, které lze snadno vyrobit, téměř z čehokoliv, co vydává nějaké harmonické zvuky (valcha, zvonky, kusy dřeva, kokosové ořechy, apod.).



Carl Orff sestavil sadu hudebních nástrojů, která obsahuje bubínky, činely, ozvučná dřívka, triangl, škrabky, metalofon, paličky apod. Dnes je tato sada nebo také kuffík známá pod názvem **Orffovo instrumentálrium** a využívají jej nejen muzikoterapeuti.

V Dětském centru v Mnichově pracovala muzikoterapeuticky s mnohonásobně postiženými dětmi Getruda Orffová. Snažila se o to, aby v terapii zapojila aktivně všechny smysly svých svěřenců (Šimanovský, 1998). Také Lea Brodová, lékařka Dětské psychiatrické kliniky v Praze Motole, se domnívá, že terapie je účinnější tehdy, pokud se v ní pracuje s více smyslovými vjemy, tedy nejen pomocí rozhovoru (ústní sdělení, 6. 10. 2007). Její názor je podpořen některými neuropsychologickými studiemi, které ukazují, že myšlení a vzorce chování uložené v mozku lze snáze pozměnit právě **zapojením více smyslů** v procesu terapie.

Základním principem techniky muzikoterapie jako léčebné metody je rytmus, který umožňuje střídání uvolnění a napětí v těle i v psychice člověka. Rytmus „*je jedním ze základních projevů hudby a života vůbec*“ (Šimanovský, 1998, s. 41). Svůj rytmus mají i živé organismy - například tep srdce má rytmus, dýchání, pulsace v tepnách nebo peristaltika trávicího ústrojí, své rytmy má i mozková aktivita. Naše tělo a tělesné pochody ovlivňují přirozené biorytmy - střídání dne a noci ovlivňuje bdění a spánek apod. (Blížkovská, 1999. s. 77).

Muzikoterapeuti používají různé hry a cvičení, které jsou založeny na rytmice, hře s předměty a nástroji, zpěvu, poslechu a také na písničce jako námětu dramatického děje. Specifika muzikoterapie spočívají podle J. Zeleiové především v tom, že „*zvuk převážně nevychází z terapeuta, ale z hudebního nástroje*“ (2007, s. 139). Podle této autorky jsou zvuky hudebních nástrojů nebo lidského hlasu médii, které zprostředkovává jiné než slovní významy a plní tak ochrannou funkci. Zvuk se tak stává prostředníkem (mediátorem) mezi pacientem a jeho terapeutem a může napomáhat k upevnění pozitivního vztahu. Hudební nástroje dokáží vytvářet takové zvuky, které jsou obsaženy i v lidském hlasu (nízké a vysoké tóny) a podobně lze také ovlivňovat jejich

hlasitost. Podle Zeleiové má muzikoterapie tuto specifickou podobnost s verbální komunikací tak jako žádné jiné neverbální terapie.

Muzikoterapie bývá indikována především tam, kde u pacienta vznikají problémy při navazování kontaktů, v komunikaci nebo ve vnímání. Ve srovnání s jinými médii psychoterapie má hudba **možnost zasahovat přímo do prožívání jedince**. Hudbou je možné zprostředkovat sebevyjádření, vyjadřování a prožívání emocí, podněcovat komunikační schopnosti nebo zlepšovat motorickou a sociální koncentraci (2007, s. 139,140).

*„Muzikoterapie dává větší prostor pro imaginaci, tvořivost a projekci vlastních citů“* (Šimanovský, 1998, s. 47).

### **2.2.1.3 Tanečně pohybová terapie**

Podobně jako hudba, také tanec zaujímal důležité místo v životě člověka od dávných dob. *„Společně s hudbou patřil k nejtypičtějším prostředkům sebevyjádření“* (Čížková, 2005, s. 13).

Tanečně pohybová terapie vznikla v 50. letech minulého století v USA spolu s hnutím terapií zaměřených na tělo. Vychází především z psychoanalýzy a v Americe je založena na moderním výrazovém tanci. *„Proklamuje osvobození těla nebo svobodné sebevyjádření“* (Blížkovská, 1999, s. 66).

První významnou terapeutkou zastávající tento směr byla Franziska Boas, která intuitivně vycítila možný léčebný efekt, který přináší tanec. Působila v nemocnici v Bellevue, kde se starala o psychotické děti.

V roce 1965 založila Marian Chace Asociaci americké taneční terapie, která existuje i v současnosti (Blížkovská, 1999, s. 66).

Tanečně pohybová terapie je považována za **expresivní terapeutickou metodu**. Expresivní postup v psychoterapii je takový, který umožňuje pacientovi verbální i neverbální vyjádření prostřednictvím specifického – uměleckého, pohybového média. Umožňuje **redukovat pocity úzkosti a strachu a uvolňovat latentní tendence** (Vymětal, in Čížková, 2005 s. 33).

Psychoterapeutka Payenová definuje tuto metodu jako „*užití kreativního pohybu a tance v psychoterapii, kde je vztah mezi pohybem a emocemi využíván jako prostředek k dosažení integrace osobnosti*“ (Payenová in Čížková, 2005, s. 33). Metoda umožňuje pacientovi lépe **poznat své tělo** a uvědomit si své tělesné prožívání, reflektovat svůj aktuální emocionální stav, pohybový styl a jeho souvislost s vlastními osobnostními rysy. Základem terapeutických účinků je především proměna nebo také **integrace nevědomých obsahů do vědomí**.

Tanečně pohybová terapie vychází z předpokladu, že rozvojem pohybových dovedností ve formě tance mohou pacienti zažít pocit jistoty, spontaneitu a přizpůsobivost. Základním principem tanečně pohybové terapie je teze, že existuje těsný vztah mezi pohybem a emocemi. Vnitřní svět pacientovy osobnosti se v tanci proměňuje v patrný a hmatatelný. K tomu je však třeba, aby taneční terapeuti vytvořili dostatečně bezpečné prostředí, které pacientovi umožní své pocity vyjádřit (Čížková, 2005. s. 34).

Tuto formu terapie lze podle výše uvedené autorky použít například tam, kde jsou přítomny obtíže ve verbální terapii způsobené neschopností pacienta rozpoznávat, pojmenovávat a vyjadřovat své pocity, nebo u pacientů, kteří jsou výrazně úzkostní a napjatí, s chudým emočním projevem či neúčelnou hyperaktivitou v pohybovém repertoáru (Čížková, 2005, s. 37).

Tanečně pohybová terapie (taneční terapie) napomáhá podle Blížkovské (1999, s. 69) pacientům znovu nalézat radost z činnosti, autonomie, jednotu těla a duševna, obnovu pozitivního sebepřijetí nebo objevování tělesné symboliky.

O shrnutí léčebných účinků v taneční terapii se pokusila polská terapeutka Aleszková (1975). Tanec podle této autorky umožňuje fyzický i psychický kontakt s druhým člověkem, zlepšuje **koordinovanost pohybů**, zvyšuje citlivost pro hudbu a vnímání nejen vlastního pohybu, ale také pohybu spolutanečníka. Umožňuje také **abreakci** (odreagování) nebo spontánní prožívání nejrůznějších nálad a stimuluje schopnost jejich ovlivňování. Tanec může být rovněž důležitým diagnostickým nástrojem. „*Otevírá prostor neverbální komunikace o psychickém i fyzickém stavu pacientů*“ (Aleszková in Blížkovská, 1999, s. 70). Stejně tak jako muzikoterapie, využívá taneční terapie rytmu.

**Rytmus** je pojem odvozený z řečtiny (rhythmos) a označuje tok, dění a pohyb. Řada výzkumů potvrzuje, že rytmické působení (hudby, tance apod.) je současně provázeno pohybovými reakcemi v organismu. Při vnímání nebo aktivním vytváření hudby jsou podvědomě inervovány určité skupiny svalů, které podněcují posluchače k projevu nebo tendenci projevovat pohyby odpovídající charakteru rytmicko-metrického členění reprodukované hudby.

Je prokázáno také vnitřní působení hudby ve fyziologii těla, například změny v rychlosti dýchání, svalové stahy hrudního koše nebo pohyby hrtanu. Ty jsou patrně způsobeny tím, že příjemce reprodukované hudby si skladbu ve svých myšlenkách zpívá spolu s hudebním interpretem. Zde je možná analogie s výzkumy týkající se vnitřní řeči, které dokazují, že pokud se jedinec zaobírá v myšlenkách hovorem, dochází u něj k pohybům hrtanu, aniž by promlouval nahlas.

Taneční terapie probíhá většinou skupinově, ale je možná také její individuální forma. Úkolem terapeuta je sledovat a rozvíjet pohybový repertoár pacienta a pomoci mu nalézt a prozkoumat spojení emocionálního prožívání s tělesnými pohyby v jeho životě. Důležitou součástí setkání je tzv. verbalizace, při které pacienti sdělují své prožitky - co při tanci a pohybech a v kontaktu s ostatními pacienty zažívali. Názory na nutnost verbalizace v taneční terapii se různí, někteří ji považují za důležitou, jiní méně. Většinou

se však shodují v tom, že samotný pohyb nestačí, a že vhléd vyžaduje také kognitivní komponentu, která může být zprostředkována slovy (Čížková, 2005, s. 57-64).

#### 2.2.1.4. Dramaterapie

Dramaterapie bývá definována jako umělecká a léčebně-výchovná metoda, která využívá dramatické struktury se speciálním cílem v určitých improvizovaných situacích „*tady a teď*“. Napomáhá k získávání vnitřní motivace a evokuje prožívání emocí (Majzlanová in Valenta, 2007, s. 23). Vychází z metody zvané **psychodrama**, jejímž zakladatelem je J. L. Moreno.

V druhé polovině 20. století se dramaterapie vyčlenila jako samostatná metoda, která se od původního psychodramatu v některých ohledech odlišuje. Doposud však neexistuje shoda v názoru v odpovědi na otázku, čím se oba směry konkrétně odlišují. Například podle Valenty je psychodrama založeno více na realizmu, zatímco dramaterapie pracuje se znaky a metaforami a používá více divadelních prostředků (Valenta, 2007, s. 24).

K základním termínům nejen v dramaterapii, ale v psychoterapii obecně, patří **katarze, abreakce a korektivní emoční zkušenost**. Jedná se většinou o termíny vypůjčené z psychoanalýzy, kde katarze označuje osvobození se od duševních konfliktů, vnitřního napětí nebo nahromaděné agrese. Abreakce pak znamená odžití či odreagování negativních emocí. Většinou je chápána jako prostředek vedoucí ke katarzi.

Prostředkem k navození abreakce a katarze v případě dramaterapie není jen mluvené slovo, ale především ztvárnění a prožití určité role, kterou si v bezpečném prostředí může pacient vyzkoušet.

K nezbytné výbavě pracovny dramaterapeuta patří masky, loutky, sada líčidel, scénáře a texty. Mnoho dramaterapeutů využívá také **prvky z muzikoterapie či arteterapie**. Tyto terapeutické přístupy se vzájemně mohou kombinovat a doplňovat.

Cíle a možnosti dramaterapie shrnula R. Emunahová. Podle této autorky je dramaterapie užitečná ke zlepšování dovednosti v sociálních interakcích a interpersonální inteligence, schopnosti uvolnit se, nácviku zvládnání kontroly vlastních emocí, změně nekonstruktivního chování, rozšíření repertoáru rolí pro život, k získání větší spontaneity, rozvoji představivosti a koncentrace, nebo k získání schopnosti poznat a přijmout své možnosti i omezení (Emunahová in Valenta, 2007, s.31).

Dramaterapie se nejčastěji užívá ve skupinové práci s pacienty, avšak lze ji používat také v individuálním sezení. Tato forma dramaterapie je sice méně obvyklá v našich podmínkách, avšak ve světě se využívá například při terapii pervazivních vývojových poruch (dětského autismu), posttraumatické stresové poruchy nebo u pacientů s mentálním postižením (Valenta, 2007, s. 34).

Dramaterapeutický přístup je vhodný především pro jedince s mentálním či tělesným postižením, pacienty psychiatrických klinik s neurotickými i psychotickými poruchami, pro děti se specifickými vývojovými poruchami učení a chování, pro mladé lidi s poruchami chování nebo ohrožené sociálně patologickými jevy i pro gerontologické pacienty.

Mezi takzvané paradivadelní systémy terapeutické povahy patří již zmíněné psychodrama, teatroterapie, psychogymnastika a sociodrama.

**Psychodrama** je považováno za dramatickou improvizaci, kdy pacient dramatizuje své pocity, zážitky, přání, fantazii nebo postoje. Využívá se také k léčbě minulých traumatických zážitků, neboť napomáhá k jejich znovuotevření a „vyplavení“ na povrch tak, aby je bylo možné pojmenovat a procítit. Psychodrama je vhodné především k řešení osobních problémů klienta.

**Sociodrama** je psychodramatu velmi podobné, avšak je zaměřeno na hraní sociálních rolí ve skupině.

**Teatroterapie** je forma paradržadelní psychoterapie, která má asi nejbliže k umění. Vznikla v osmdesátých letech minulého století. Jedná se o terapii prostřednictvím skutečných divadelních představení, ve kterých vystupují tělesně nebo mentálně handicapovaní jedinci.

Přínosem a léčebným účinkem teatroterapie je především to, že pacienti mohou prožívat prostřednictvím svého hereckého výkonu úspěch, mohou si vyzkoušet hrát různé role a mají možnost setkávat se s lidmi s podobnými problémy či handicapem nejen v průběhu příprav na divadelní představení.

Zvláště u tělesně postižených jedinců má teatroterapie také účinky rehabilitační ( <http://www.dramaterapie.atlasweb.cz/teorie.htm>, cit. 10.25.2007).

**Psychogymnastice**, jakožto další z paradržadelních metod se budu věnovat podrobněji v dalším textu.

#### **2.2.1.5. Psychogymnastika**

Přestože psychogymnastika není v ČR samostatným psychoterapeutickým směrem, který by měl také svůj výcvikový institut, uvádím ji v této práci, neboť se jedná o velmi rozšířenou a originální terapeutickou techniku na poli české psychoterapie. Bývá používána především při skupinových setkáních a vyučována je například v některých komunitách typu SUR v rámci dynamické psychoterapie.

Spoluautorkou této metody je významná psychoterapeutka H. Junová, která dlouhodobě působila v Denním sanatoriu pro neurózy v Horní Palatě.

S. Kratochvíl definuje psychogymnastiku jako „*neverbální pantomimické ztvárňování situací a vyjadřování vztahů bez použití řeči*“ (2007, s. 13). Pomocí psychogymnastiky vyjadřují pacienti své pocity, postoje a vztahy. K tomuto účelu jim terapeut zadává určitá témata, která má pacient pantomimicky zpracovat (například vztah k „zakázanému ovoci“, či ztroskotání lodi na pustém ostrově). O chování a prožitcích jednotlivého pacienta se poté diskutuje ve skupině.

Metoda slouží především k „*hlubšímu sebepoznání*“ a pomáhá nalézat **paralely vzorců chování** v běžném životě (Kratochvíl, 2007, s. 14).

### **2.2.1.6. Terapie zaměřená na tělo**

V literatuře lze nalézt označení také pod pojmem **somatická psychoterapie**. Jedná se o přístup, který v sobě zahrnuje několik dílčích metod a přístupů: například biodynamickou psychoterapii, bioenergetiku, focusing, vegetoterapii, biosyntézu, pesso boyden terapii, nebo hakomi. V následujícím textu budou uvedené metody stručně představeny.

**Biodynamická psychoterapie:** Zakládá se především na práci Wilhelma Reicha. Biodynamická psychoterapie využívá rozličných masážních a dotykových technik. Jedná se o základní somaticky orientovanou metodu ve výcviku terapeutů zaměřených na tělo. Její koncepci rozvinula norská psycholožka Gerda Boyesen (<http://www.volny.cz/bodyterapie/obsah.html>, cit. 11.02.2007).

**Bioenergetika:** Metoda je založena na analýze charakteru dle W. Reicha. Obsahuje množství technik, které napomáhají „*rozpuštění pancířů v těle a zlepšení toku energie a sebevnímání*“. Rozvinuta byla Alexandrem Lowenem (<http://www.volny.cz/bodyterapie/obsah.html>, cit. 11.02.2007).

**Focusing:** Základní myšlenka focusingu vychází z pozorování, že „*vnímání a zpracování odezvy těla v rámci verbální komunikace výrazně urychluje proces terapeutické změny*“.



Focusing rozvinul Eugen Gendlin. (<http://www.volny.cz/bodyterapie/obsah.html>, cit. 11. 02. 2007). Tato metoda bývá často využívána například také rogeriánskými terapeuty.

**Hakomi:** Jedná se přístup, který v sobě integruje Reichovu analýzu charakteru, vegetoterapii, systemickou terapii a Feldenkraisovu práci. Založen byl Ronem Kurtzem a vychází z předpokladu vzájemné propojenosti mysli a těla. Metoda je založena na pozorování tělesných projevů a odkrývání nevědomých vzpomínek a významů. Zaměřuje se také na sledování vědomých projevů a postojů těla (Benda, 2007, s. 10).

**Vegetoterapie:** Vegetoterapie napomáhá k obnovení přirozeného toku životní energie, vitalitu a sebeurčení jedince. Usiluje o vytvoření bezpečného prostoru pro vyjadřování potlačených emocí a vegetativních aktivit prostřednictvím vlastního prožitku, napomáhá k vytvoření vhodnějších adaptivních způsobů chování (<http://www.volny.cz/bodyterapie/obsah.html>, cit. 11. 02. 2007).

**Biosyntéza:** Biosyntéza je poměrně novou terapeutickou metodou, která rovněž patří do oblasti somatické psychoterapie. Zakladatelem je David Boadella, který se inspiroval dlouholetými terapeutickými zkušenostmi W. Reicha. Boadella tuto metodu rozvinul na počátku 70. let minulého století. Termín biosyntéza dle Boadelly představuje „*integraci života*“ (Boadella, 1996, s. 93).

**Pesso Boyden terapie** (Pesso Boyden Systém Psychomotor Therapy): Metodu založili počátkem šedesátých let Albert Pesso a Diana Boyden v USA. Autoři došli při práci s profesionálními tanečnicími k závěru, že neschopnost provést určité výrazové pohyby je v určitém vztahu k potlačovaným emocím. Za účelem zvědomění těchto emocí vyvinuli terapeutická cvičení, která se následně stala podkladem této na tělo zaměřené formy psychoterapie. Metoda umožňuje pacientovi příležitost objevit nevyřešené emoční konflikty z minulosti, nenaplněné potřeby či traumatické zážitky a zabývat se jimi nejen prostřednictvím rozhovoru, ale také v rámci tělového prožitku. Myšlenky, vzpomínky a představy se podle Pessa a Boydenové odrážejí v držení těla, pohybech a tělesných příznacích a obtížích. V Pesso Boyden psychoterapii se prolínají

psychoanalytické a na rodinu orientované principy s přístupem zaměřeným na klienta (<http://www.pbsp.cz/texty/txtsir1.htm>, cit. 10.24.2007).

Téma, které se dotýká somaticky orientovaných psychoterapií, je velmi rozsáhlé a vydalo by jistě minimálně na samostatnou diplomovou práci. Nebudu se proto do podrobností zabývat jednotlivými formami terapie zaměřené na tělo, ale pokusím se shrnout to, co je jim společné nebo čím jsou výjimečné na rozdíl od „tradičních“ terapeutických přístupů.

Tělesně orientované přístupy v psychoterapii chápou individuum jako **psychobiologickou jednotu**. Jak uvádí například E. W. L. Smith, publikující knihu zaměřenou na integraci somaticky orientovaných terapií: takové terapie, ve kterých spolu terapeut a pacient jen hovoří, mají dopad jen na polovinu epizody kontaktu. Podle Smitha dodnes mnoho psychologů či psychiatrů pohlíží na tělo pouze jako na jeden z diagnostických nástrojů. Již W. Reich si však uvědomil, že tělo by mělo být zároveň místem psychoterapeutické intervence. Význam práce s tělem v psychoterapii spočívá především v tom, že intervence zaměřené na tělo poskytují snadnější a přímější přístup k pocitům. Verbální intervence by pak měla pouze napomáhat k rozvoji jejich uvědomění (Smith, 2007, s. 59, 60).

Některé somaticky orientované psychoterapeutické metody jsou založeny především na „**umění dotyku**“, které zahrnuje různé intervence, při kterých se terapeut přímo dotýká pacienta. Cílem je vyvolat v jeho těle určitou reakci, ovlivnit stav nebo držení těla či napomoci zpracování pacientova tématu. Používají se techniky biodynamických masáží, relaxační, harmonizující, ale také stimulující a mobilizující. Dotýkání má přitom svá pravidla.

Například podle Pesso psychoterapeutů je třeba respektovat tzv. „**dotykovou mapu**“ člověka, která je **různá u dětí, adolescentů a dospělých**. Jedná se o místa na těle, která jsou všeobecně lidmi přijímána jako bezpečná a nenarušující jejich intimitu, pokud jsou dotýkána druhými lidmi. Pesso terapeuti dále uvádí, že u dospělých a také

adolescentů bychom se měli vyhýbat dotykům směřovaným na hlavu, neboť to u nich většinou vyvolává averzivní reakce. Většina dospělých naopak vnímá pozitivně a přátelsky dotýkání na vnějších částech paží, ramen a v horní polovině zad. Nepřípustné z hlediska intimity je dotýkání na vnitřní straně paží a na ramenech v přední části, v oblasti spodní poloviny zad, hýždí, hrudi nebo dolních končetin. Takové doteky si může dovolit jen důvěrně známá osoba, nikoliv osoba pro jedince cizí. Pokud se terapeut dotýká pacientových kolen nebo dolních končetin (například v situaci, která vyžaduje zmírnění neklidu) měl by alespoň jeho dolní končetiny zakrýt dekou a doteky směřovat přes tuto příkrývku.

U dětí tomu bývá jinak, neboť nemají intimní oblasti na svém těle ještě vyhraněny. Lze se jich dotýkat na hlavě, na bříšku (pokud je třeba bříško bolí) a dokonce i chovat v náručí.

Pesso terapeuti využívají a doporučují dotýkání spolu s vhodným verbálním doprovodem především v situacích akutních traumatických reakcí. Postiženému jedinci to poskytuje pocit bezpečí, blízkosti druhé osoby, a také ujištění, že jeho tělesné reakce na prožité trauma (výrazný třes, pocení, střídání pocitu horka a zimy) jsou přirozené a normální. Traumatizovanou osobu je pak podle nich důležité ošetřit blízkostí a správně vedenými doteky především během prvních dvaceti minut od prožití události, neboť se tím výrazně snižuje riziko vzniku posttraumatických stresových poruch i jiných následných psychosomatických obtíží.

Osobně jsem měla možnost seznámit se před několika lety s Pesso – Boyden terapií prostřednictvím Y. Lucké. Tehdy mě velmi zaujalo, že terapeut se pacienta může také dotýkat, což nebylo, domnívám se, ve „starších“ terapeutických směrech obvyklé. Podle mého názoru se mnoho terapeutů dotyků s pacientem dokonce obává. Jejich obavy jsou možná oprávněné z hlediska udržení vlastních a profesionálních hranic, avšak doporučila bych jim, aby se s terapiemi orientovanými na tělo alespoň seznámili, neboť pokud jsou při dotýkání zachována jistá pravidla (a somaticky orientované terapie tato pravidla znají

a ctí) nemusí být dotek ani pro jednoho z účastníků zatěžující a ohrožující, ale naopak prospěšný.

Ne všechny z výše uvedených (nastíněných) metod pracují přímo s dotyky, některé se zabývají **tělesným prožíváním a chováním těla** pacientů na úrovni **symbolické**.

Všem je však patrně společné to, že usilují o zlepšení komunikace „duše“ s tělem a popírají dichotomické členění člověka na tělesnou část a mysl, které je podle některých autorů v psychologii a psychoterapii zatím stále rozšířené.

V současné době nalézají somaticky orientované terapie stále větší uplatnění a rozšiřuje se jejich počet, což patrně vychází z potřeby hledání nových účinných způsobů psychoterapeutické léčby.

Somaticky orientované terapeutické směry v sobě kombinují teoretické i praktické principy psychoanalýzy, prvky z buddhismu nebo různé relaxační metody.

Jejich význam byl objeven také v léčbě sexuálních poruch a dysfunkcí.

### **2.2.1.7. Katatymně imaginativní psychoterapie**

Katatymně imaginativní psychoterapie patří mezi **hlubinně orientované terapeutické přístupy**. Vychází z psychoanalytických a psychodynamických teorií, avšak na druhé straně používá také vlastní propracované techniky. Podle H. Leunera, autora tohoto přístupu, spočívá katatymně imaginativní technika psychoterapie „*mezi převážně verbálními a převážně neverbálními psychoterapeutickými postupy*“ (2007, s. 225).

Jedná se o přístup, který je založen na **vědomém zpracovávání imaginativních předloh**, které nabízí psychoterapeut, a které jsou vedeny a motivovány pocitovým naladěním pacienta. Před každou imaginací je pacient uveden do **relaxovaného stavu**. Takové uvolnění umožňuje odklonění vědomé pozornosti na vnitřní duševní procesy, ať

už vědomé či nevědomé povahy. Výhodou oproti čistě psychoanalytické terapii, která pracuje s nočními sny, nabízí katatymně imaginativní terapie pacientovi aktivní a vědomou účast na prožívaném obrazu. Do obsahu a průběhu snu nelze vědomě zasahovat, zatímco do imaginací ano. Pacient v průběhu imaginace sděluje své obrazy i pocity terapeutovi, který ho v jeho imaginaci může provázet, chránit před nadměrnou úzkostí, empaticky ho podporovat v dalších exploracích a v konfrontacích s konfliktním materiálem, či ho povzbuzovat ve vhodnějších způsobech jednání, vztahování apod. Skutečnost, která se odehrává před pacientovým vnitřním zrakem, je smysluplně zobrazena v symbolické představě.

Imaginovaný materiál pacient poté výtvarně zpracovává (většinou kreslí) doma a přináší tento výtvar na další setkání. Terapeut si tak může porovnat, jak se jeho prožívání pacientovy imaginace lišilo či shodovalo s pacientovým obrazem. Imaginovaný obraz je v tomto setkání propracováván, prohlouben a integrován s aktuálními konflikty a životními osudy v biografickém kontextu pacienta pomocí rozhovoru. Rozhovor se většinou nekoná v den imaginace z toho důvodu, aby mohl imaginovaný obraz pocitově doznít. Výhodou zpracovávání imaginace pacientem doma je také pokračování započatého procesu imaginace i v době mezi jednotlivými sezeními.

Metoda umožňuje „*propracování konfliktů, otevření zdrojů a podporu kreativních procesů*“ ([http://web.quick.cz/kip/co\\_je\\_kip.htm](http://web.quick.cz/kip/co_je_kip.htm), cit. 11. 03. 2007). Osvědčuje se především v léčbě neurotických, funkčních a psychosomatických obtížích. Vhodná je však také v krizových intervencích, při zpracovávání traumatických zážitků a také v psychoterapii poruch osobnosti. Její forma je většinou individuální, ale lze ji modifikovat také pro práci se skupinami či partnerskými páry ([http://web.quick.cz/kip/co\\_je\\_kip.htm](http://web.quick.cz/kip/co_je_kip.htm), cit. 11. 03. 2007).

Mezi základní motivy, které nabízí terapeut pacientovi, aby je ve své imaginaci osobitě rozvinul, patří motiv louky, potoka, lesa, výstupu na horu apod. Pacient není nucen do imaginace zadaného tématu, může se od něho jakkoliv odklonit. Například pro účely

odstranění napětí u výrazně úzkostných pacientů nabízí terapeut nejprve motiv „bezpečného místa“.

Rozličné imaginativní metody je možno využít také jako přípravy na důležitou životní událost, které se pacient obává - například náročnou zkoušku. Současné výzkumy, které se zabývají léčebnými účinky katatymně imaginativní psychoterapie totiž dokazují, že pokud se centrální nervová soustava (mozek) dostane do kontaktu s nějakou situací a jejím řešením, zůstává v něm tato zkušenost uložena a to i tehdy, pokud se tak děje pouze na imaginativní rovině.

Metody imaginací využívají také například aktivní sportovci, kteří si představují pohyb a jeho přesné provedení. Zjistilo se, že časté imaginování určitého pohybu má vliv na jeho provedení ve skutečnosti.

Závěrem kapitoly, jejímž cílem bylo představit neverbální psychoterapeutické směry a přístupy, se zamýšlím nad následující otázkou: Je vhodnější indikovat adolescentnímu pacientovi rovnou terapeutický přístup, který je orientovaný spíše neverbálně (například arteterapii nebo muzikoterapii), nebo ho zařadit do terapie spíše verbálního charakteru a využívat v ní pouze rozličných neverbálních momentů či prvků? Domnívám se, že právě otázka vhodnosti určitého terapeutického přístupu je zároveň odpovědí. Každá psychická porucha nebo potíž vyžaduje odlišný terapeutický přístup a to by mělo být při výběru metody rozhodující.

Například terapeutka P. Hellerová uvádí, že volba psychoterapeutického přístupu je individuální a závislá na řadě okolností. Terapeut musí zvážit vhodnost daného přístupu z hlediska pacientovy osobnosti, jeho věku, fáze onemocnění a motivace ke spolupráci (Hellerová, 2007, s. 10).

Pro adolescenta může být z různých důvodů vhodná například rodinná terapie, kognitivně behaviorální terapie nebo terapie zaměřená na člověka (jedná se tedy o převážně verbální přístupy). V takových případech je podle mého názoru práce s mimoslovními

prvky zvláště důležitá, přestože se jedná téměř vždy o kombinaci přístupů, ve které si terapeut pouze vypůjčuje metody z nonverbálních terapeutických směrů a doplňuje jimi rozhovor.

Tato úvaha je v souladu s eklektickým nebo také transteoretickým přístupem v psychoterapii, který osobně preferuji a také tato diplomová práce se o něj opírá. Proto zde velmi krátce zmíním teorii eklektického přístupu a jeho historii v České republice.

Text bude omezen na území ČR, neboť v celé diplomové práci dávám přednost „domácím“ zdrojům a to ze dvou důvodů: považuji je za stejně kvalitní jako zdroje zahraniční a domnívám se, že psychoterapie vychází z kultury daného prostředí a její praktikování je na této kultuře značně závislé.

### **2.2.2. Eklektický přístup v psychoterapii na území ČR**

V současné době je eklektický nebo také transteoretický přístup stále více aktuální a využíváný. Jedná se o přístup, který podporuje a podněcuje terapeuty ke kombinaci různých technik, přístupů a dovedností v práci s konkrétním pacientem podle jeho specifických potřeb. V historii české a československé psychoterapie byl tento směr, domnívám se, používán již dříve. Například v roce 1967-68 kdy se v Československu začala formovat terapeutická výcviková skupina SUR (název podle počátečních písmen příjmení zakladatelů Skála, Urban, Rubeš).

Základem terapeutické a výcvikové komunity SUR byla dynamická psychoterapie, inspirovaná psychoanalýzou Sigmunda Freuda, která se však *„jak v oblasti terapeutické tak výcvikové“ nevyvíjela jako „dogmatická škola či směr, ale obohacuje se prvky z jiných škol, mj. ze školy kognitivně-behaviorální“* (Andrlová, 2005, s. 34).

Jedním z nejvýznamnějších představitelů transteoretického přístupu v ČR je S. Kratochvíl. Eklektická psychoterapie není podle tohoto autora *„novým směrem*

s vlastním svérázným školícím programem, který by měl stát vedle jednostranných směrů“ (Kratochvíl, 1997, s. 295).

*„Transteoretický přístup umožňuje nezaujatý pohled na pacienta a jeho problém. Na terapeuty je kladen vyšší nárok ve smyslu širšího vzdělání a nutnosti více se řídit vlastním rozumem a intuicí v konkrétní situaci, jsou však osvobozeni od dogmat a těsných uniforem absolventů škol“ (Kryl, 2001, s. 22).*

Výuce v oblasti psychoterapie s eklektickým zaměřením se intenzivně věnoval například K. Balcar na 3. Lékařské fakultě a také na katedře psychologie v Praze (Kratochvíl, 1997, s. 284).

V souladu s eklektickým přístupem je jedna z definic psychoterapie, podle které je *„psychoterapie situace, ve které se snažíme všemi prostředky, které známe, pomoci tomu, kdo o naši pomoc stojí“ (Vančura in Vymětal, 2003, s. 15).*

### **3. Adolescence a specifika v terapii adolescentů**

Slovem adolescence označujeme jednu z vývojových etap života jedince. Termín pochází z latinského slova „**adolescere**“ a znamená dorůstat, dospívat, mohutnět.

Jedná se o přechodnou dobu mezi dětstvím a dospělostí (Vágnerová, 2005, s. 321).

V roce 1904 poprvé publikoval ve Spojených státech knihu s názvem Adolescence Stanley Hall. Jednalo se o první významné dílo, které se zabývalo tímto pro veřejnost novým vývojovým obdobím. Do té doby (před nástupem průmyslové revoluce) končilo dětství rovnou dospělostí (Gjuričová, 2005, <http://www.rodinnaterapie.cz/index.php?page=adolescence>, cit. 08. 27. 2007).



Stejně jako každé vývojové období člověka má i adolescence určité **specifické charakteristiky**. Dochází zde ke „*komplexní proměně osobnosti ve všech oblastech: somatické, psychické i sociální*“ (Vágnerová, s. 321, 2005).

V období adolescence dochází **k proměně dítěte v dospělého jedince** a domnívám se, že tyto dvě fáze – dětství a dospělost se v ní mohou dramaticky prolínat a střídat, než přejde plynule jedna v druhou.

### 3.1. Časové vymezení adolescence

Adolescence začíná přibližně v 15 letech života člověka a její konec bývá označován dovršením 20. roku života, avšak u jednotlivých autorů se **datování adolescence** různí. Někteří vývojoví psychologové uvádějí počátek adolescence již v jedenáctém roce života.

P. Macek datuje adolescenci dokonce již od deseti let věku života a člení celé toto vývojové období na časnou, střední a pozdní adolescenci. Někteří významní vývojoví psychologové s tímto členěním nesouhlasí a považují jej za neoprávněné. Domnívají se, že Macek slučuje časnou adolescenci se zcela odlišnou vývojovou etapou v životě individua – s **pubescencí**.

Například Langmeier a Krejčířová zahrnují pubescenci, která předchází adolescenci, do období dospívání. Zde je patrný střet termínů, neboť samo slovo adolescence, jak je uvedeno v úvodu této kapitoly znamená původně „dospívat“. Mackovo členění v tomto ohledu se tedy příliš neliší od členění Langmeiera a Krejčířové. Záleží na tom, zda uvažujeme o termínu „dospívání“ ve svém původním významu – tedy o adolescenci.

V této práci zmíním jak Mackovo členění adolescence, tak členění období dospívání dle Langmeiera a Krejčířové. Důvodem je to, že v diplomové práci často používám termín „dospívající“. Tento výraz je v časování období adolescence u obou zmíněných autorů

shodný, avšak jeden z nich označuje jeho první fázi časnou adolescencí, zatímco kolektiv Langmeier – Krejčířová jej označují pubescencí.

Protože adolescence bývá často nazývána pomocí metafory „mostem“ mezi dětstvím a dospělostí a každý most pak někde začíná a má své pilíře (domnívám se, že základní pilíř pro adolescenci stojí právě v pubescenci - zvláště přihlédneme-li k intraindividuálním a interindividuálním rozdílům v rozvoji tohoto období), je mi bližší datování adolescence dle P. Macka.

Také podle Gjuríčové se v současnosti adolescence vymezuje počátkem biologické puberty (asi od 11 let) a její konec bývá označován dokončením procesu zrání osobnosti, která se mimo jiné projevuje vlastní ekonomickou samostatností. *„Školáci v devíti deseti letech si zkoušejí adolescentní chování na diskotékách, být dítě už není in. Malé holčičky nosí sexy šaty jako teenagerky a jejich maminky je nosí také“* (Gjuríčová, 2005, <http://www.rodinnaterapie.cz/index.php?page=adolescence>, cit. 09. 15. 2007).

Zahraniční zdroje dokonce uvádějí období preadolescence, které datují od 8 do 11 let věku dítěte (Schilling, Knafl, Grey, 2006, s. 412).

Domnívám se, že je důležité respektovat období puberty jako kvalitativně odlišnou vývojovou etapu, ať už se nazývá časnou adolescencí či první fází dospívání s přihlédnutím ke skutečnosti, že u některých jedinců se může období dospívání rozvinout dříve u jiných později.

### **Datování adolescence dle Langmeiera a Krejčířové:**

#### **DOSPÍVÁNÍ:**

**Období pubescence** – zhruba od 11 do 15 let

**a) fáze prepuberty** neboli první pubertální fáze. Prepuberta bývá charakterizována objevením se prvních sekundárních pohlavních znaků a zrychleným růstem. Končí nástupem menarché u dívek a první noční polucí (výronem semene) u chlapců. Tato fáze většinou začíná u dívek v 11 letech a končí ve 13 letech, zatímco u chlapců bývá o 1 až 2 roky opožděna.

**b) fáze vlastní puberty** – druhá pubertální fáze. Její nástup bývá pozorován po ukončení fáze předchozí a trvá až do dosažení reprodukční schopnosti. Reprodukční schopností se zde rozumí objevení hlavních sekundárních pohlavních znaků a u dívek je charakterizována dostavením se pravidelného menstruačního cyklu, který bývá ve svých počátcích rozkolísaný a nepravidelný. Časové vymezení této fáze je zhruba od 13 do 15 let.

**Období adolescence** – 15 až 20 nebo 22 let

V adolescenci dosahuje jedinec plné reprodukční zralosti a dochází postupně k ukončení jeho tělesného růstu. Plná reprodukční zralost představuje připravenost všech orgánů nezbytných k početí, vývoji a narození potomka. Teprve ve dvaceti letech bývá ukončen růst uteru (dělohy) u dívek. Varlata (testes) u chlapců rostou ještě po dvacátém roce. Tělesný růst bývá nerovnoměrný. Dolní a horní končetiny rostou především v počátku dospívání rychleji než ostatní části těla. Dospívající proto působí dojem tělesné nevyváženosti a pohybové neobratnosti. V adolescenci dochází ke zvýraznění odlišností v tělesné konstituci dívek a chlapců (postavy chlapců se vyznačují nárůstem svalové hmoty, zatímco postavy dívek se spíše zaoblují na „typicky ženských partiích“). (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 138-142)

**Datování dle P. Macka:**

**ADOLESCENCE:**

### **Časná adolescence:**

Bývá datována od 10 do 13 let. Toto období je charakteristické dosažením reprodukční zralosti, objevením se sekundárních pohlavních znaků, zvýšeným zájmem o vrstevníky opačného (nebo dle sexuální psychologie preferovaného) pohlaví. Dominují zde pubertální změny.

### **Střední adolescence:**

Začíná přibližně ve 14ti letech a končí dovršením 16. roku života jedince. V této fázi dochází k hledání vlastní identity, jedinečnosti a autentičnosti. Adolescenti se v tomto věku potřebují výrazněji odlišit od svého okolí, především od dospělých autorit, například ve stylu oblékání, v poslechu hudby i v chování (Macek, 1999, s. 45) Naopak je pro tento věk specifická potřeba identifikace se svými vrstevníky a příslušnost k určité skupině (Loyd, 1985 in Macek 1999, s. 46). V prožívání dominují četné filozofické, psychologické i etické úvahy a hodnocení sebe a ostatních. Vzrůstá zájem jedince o společenské a celosvětové dění.

### **Pozdní adolescence:**

Tato fáze počínající 17. rokem trvá až do dosažení dospělosti a zralosti (maturace), tedy cca do 20. – 22. roku. Pozdní adolescent začíná více uvažovat o své budoucnosti, perspektivách, cílech a plánech. Mnohem více je zde v popředí potřeba „někam patřit“, sdílet s druhými své pocity, podílet se na něčem. Posiluje se zde sociální aspekt identity. (Macek, 1999, s. 47).

Jak je z uvedených členění patrné, jednotliví autoři se liší nejen v časovém vymezení tohoto vývojového období (respektive v používání termínů). Mackův popis jednotlivých období je zaměřen více sociálně-psychologicky, zatímco Langmeier a Krejčířová uvádějí více biologických aspektů typických pro jednotlivé fáze dospívání.

### 3.2. Charakteristiky prožívání v adolescenci

Období adolescence je charakteristické značnými **změnami v oblasti emocionality**. Dochází zde k častým a nápadným změnám nálad, impulzivnímu jednání, emocionálním rozladám a k nepředvídatelným reakcím a postojům. Adolescenti mívají zhoršenou koncentraci pozornosti, která je s touto emoční nestálostí spojena, a bývají také zvýšeně unavitelní. Období apatie střídají krátké fáze vystupňované aktivity. Dříve se vývojoví psychologové domnívali, že emoční instabilita v adolescenci je způsobena vnitřními změnami v organizmu jedince. Některé studie však neprokázaly, že by adolescentní prožívání bylo charakteristické přítomností emočních krizí, které jsou v přímé souvislosti s fyziologickým vývojem a pohlavním zráním. Například Meadová (1935) se na základě sledování dospívající dívky ze společnosti kmene Mannů v oblasti tichomořských ostrovů domnívala, že krize dospívajících nejsou spojeny s převratnými biologickými změnami v organismu, ale spíše jsou podmíněny společností, která klade přílišný důraz na individualismus, výchovnými rozpory v rodině a také patriarchální strukturou rodiny (Meadová in Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 147). Přestože Meadová učinila tento závěr v roce 1935 v Americe, domnívám se, že by mohl být platný i v současnosti. Přikláním se však více k multifaktoriálnímu přístupu, který zkoumá a popisuje adolescenci a její projevy z hlediska nejen biologických, ale také psychologických a sociálních věd.

Důležitou oblastí v adolescenci, která úzce souvisí s prožíváním, je **oblast mezilidsky vztahová** (Helus in Macek 1999). Závažným způsobem se mění vztahy k rodičům a k jiným autoritám z adolescentova okolí. Dochází **k emancipaci od původní rodiny** (viz.například ukázka n.p:12). Prožívání rodičovských osob a dospělých nabývá často extrémních podob, od idealizaci až po zavrhování. Ivo Plaňava uvádí, že dospívající odmítají a kritizují hodnoty rodičovské generace proto, že „*pro své dozrávání potřebují pevný bod, jehož by se drželi, a protože chtějí, aby to byl bod jejich, jimi nalezený a zvnitřněný*“. Pokud se adolescentovi nedaří uvolnit z přílišné závislosti na rodičích a přemístit zčásti své citové vazby na vrstevníky, může dojít k rozvoji nenávistných

pocitů, či dokonce pohrdání vůči vlastním rodičům. Adolescenti tím bývají znepokojeni a snaží se tyto své pocity racionalizovat, přičemž většinou dochází k závěru, že negativní afekty u nich vyvolávají rodiče svým chováním. Jiným extrémním typem nezdaru v citovém odpoutávání se od rodičovských osob a vyústěním strachu o ztrátu rodičovské lásky může být stažení se do pasivity a regrese na dřívější vývojový stupeň charakteristický infantilní závislostí. Takový dospívající jen velmi stěží navazuje plnohodnotné vrstevnické vztahy a odmítá často nové kontakty s věkově blízkými lidmi (2005, s. 104). Výjimkou nebývají ani **úniky do denního snění a do vlastních fantazií** (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 149).

V adolescenci se nemění jen vztahy k okolí, ale také k sobě samému. Dochází k **restrukturalizaci sebepojetí**, sebehodnocení i sebpřijetí na základě zvýšené schopnosti sebereflexe, která je pro adolescenci charakteristická. Sebepojetí se formuje po celou dobu ontogeneze, avšak v dospívání dochází k jeho stabilizaci vlivem změny vztahového rámce k vlastnímu já. K uvažování o sobě samém adolescent vztahuje „*názory a soudy subjektivně významných osob, vrstevnické standardy a společenské normy*“ (Macek, 1999, s. 61). Sebpřijetí neboli sebeakceptace se utváří srovnáváním reálného já, (tj. jak se vnímám, jaký jsem) s ideálem já (jaký bych chtěl být, jaký bych měl být podle druhých). Ideální já pak může být vhodným motivačním činitelem k rozvoji vlastní osobnosti, avšak pokud je diskrepance mezi reálným a ideálním já značná, může docházet k rozvoji nepříjemných pocitů, které pramení z vnitřních konfliktů těchto dvou dimenzí já (Macek, 1999, s. 61, 62).

Již v časně adolescenci dochází k prvním prožitkům zamilovanosti. Ta má většinou podobu spíše „platonické“ lásky. Teprve později adolescenti prožívají první zkušenosti v sexuálním a partnerském životě. Formují se zde **vyšší city** jako je láska, přátelství nebo altruismus. Pro adolescenta je velmi důležité přijetí opačným pohlavím (viz. například ukázka n.p.10 v empirické části). Dívky i chlapci si osvojují takové chování, o kterém se domnívají, že je sexuálně přitažlivé (Fontana, 1997, s. 268).

Přitažlivost své osoby také zvyšují oděvem. Dívky se někdy oblékají „vyzývavě“ a jak dívky, tak chlapci vyžadují zvláště „značkové“ oblečení. Někdy však naopak takové oblečení odmítají jako projev „konzumní“ kultury společnosti, kterou neakceptují. Pro takovou skupinu adolescentů je důležitější originalita jejich oděvu. Především dívky si takové oblečení často samy zhotovují.

Podle P. Macka získávají zvláštní význam „*emoce a city související s erotickou sférou života, estetické city a mravní cítění*“ především ve střední adolescenci (Macek, 1999 s. 60).

V období adolescence dochází k diferenciaci citových prožitků na jemnější odstíny a druhy emocí (Macek, 1999, 60-63). „*Zvyšuje se také schopnost odpovídat selektivně na určité podněty a schopnost desenzibilizace na některé druhy podnětů, které adolescenta excitovaly v dětství*“ (Švancara in Macek, 1999, s. 60, 61).

Domnívám se, že v adolescenci se celkově mění prožívání ve smyslu prohloubení kvality emocí na úkor intenzity emočních prožitků. Možná proto adolescenti vyhledávají více vzrušujících (mnohdy riskantních) zážitků, aby dosáhli takové úrovně excitace, kterou zažívali dříve, avšak tehdy k tomu stačil podnět slabší intenzity. Nemám však pro toto tvrzení žádné experimentální ani metodologicky propracované důkazy.

Adolescentní populace se často navenek projevuje zvýšeným sebevědomím. Projevuje se to například v hlučném projevu, „klackovitém chování“, odmlouváním, předváděním se a v konfliktech s autoritami. Podle Plaňavy dochází k těmto projevům z toho důvodu, že sebevědomí adolescentů ještě není stabilizované. A protože dospívající „*nevědí, oč je opřít, vžívají se do toho, že je mají*“ a demonstrují tento svůj prožitek okolnímu světu (2005, s. 103 - 104). Podobně jako neustálené sebevědomí, mívají adolescenti velmi rozkolísané, zranitelné, ale silné (intenzivní) city. Stává se pak často, že předstírají nejen okolí, ale i sami sobě, že jsou cyničtí a nenávistní. Plaňava se domnívá, že se dokonce cynickými mohou stát, „*neboť si svou bezcitnost vsugerují*“. Pocity nenávisti k ostatním

lidem, skupinám, nebo okolí podle tohoto autora pramení často právě z rozkolísaného sebevědomí (2005, s. 104).

R. Michalčáková vytvořila studii, která se týká prožívání a forem strachu v období ranné (časné) adolescence (10-13 let). Výzkumný soubor tvořili dívky a chlapci ve věku 11 a 13 let. Výsledkem studie bylo zjištění, že v časně adolescenci narůstají oproti předchozím vývojovým obdobím obavy především ze školního výkonu a hodnocení nebo obavy z vlastní budoucnosti. Dalšími výraznými situacemi, které u populace časných adolescentů vyvolávají strach, jsou obavy ze ztráty přátel nebo z nedostatku vlastních schopností a kompetencí. Podle Michalčákové tyto výsledky reflektují **pocity nejistoty**, které jsou pro dospívající příznačné (2007, s. 126).

Tato problematika (strach ze selhání a nedostatku vlastní kompetence) se částečně objevuje v některých případech, které uvádím v empirické části (například ukázky n.p.:1, 5, 7).

Podle L. J. Stoneho a J. Churcha jsou téměř všichni adolescenti idealisté. Projevuje se to v jejich fantazijních představách o dokonalé společnosti nebo dokonalosti vlastní osoby. Fantazírují například o „čisté lásce“, ať už naplněné či zmařené nebo o hrdinství. Jejich fantazie se však týkají také představ o smrti nebo „náboženské čistoty“ (1984, s. 515).

### 3.3. Výrazové prostředky adolescentů

Pro adolescentní věk je typická **potřeba odlišnosti od okolí**, především od světa dospělých.

Jedná se o období, které bývá charakteristické **samostatnou subkulturou**. Váže se na ni styl úpravy zevnějšku, způsob trávení volného času, specifická jazyková komunikace, preference určité hudby apod. (Gjuričová, 2005, <http://www.rodinnaterapie.cz/index.php>, cit. 09. 15. 2007).



Adolescenti používají při komunikaci specifického slovníku a slangu, kterému rozumí většinou jen ve skupině svých vrstevníků a který má být méně přístupný ostatním. Specifický slovník jim napomáhá posilovat a zpevňovat skupinovou či vrstevnickou solidaritu. „*Mnoho slov adolescentů jsou zkratkami jejich běžného chování a běžné zkušeností*“. Zejména při vyjadřování postojů k druhým lidem a jejich hodnocení mají tendenci používat specifické výrazy, kterým rozumí (tj. pociťují je) v rámci své komunity (8) stejně. Specifický slovník reprezentuje také určitou hodnotovou orientaci adolescentů a může sloužit i pro získání statusu a prestiže ve vrstevnické skupině (Macek, 1999, s. 50,51).

Důležitý je fakt, že adolescenti nemají potřebu vymezení a odlišnosti jen vůči světu dospělých, ale také mezi různými adolescentními komunitami navzájem. K tomu napomáhá specifický účes, oděv nebo poslech hudby, která je mezi jednotlivými adolescentními skupinami uznávána. Hudba je důležitým atributem adolescentní subkultury. „*Vyjadřuje hodnoty, názory a pocity adolescentů je instrumentem pro sdělování a sdílení*“ (Macek, 1999, s. 51).

Poslech určité hudby je pak pro adolescenta nerozlučně spjat s návštěvou určitých kulturních zařízení nebo aktivit (návštěva klubů, koncertů, festivalů, diskoték apod.). Současní adolescenti v ČR mají na výběr mnohem větší množství hudebních směrů, které do určité míry vyjadřují názory, postoje, konkrétní filozofii a životní styl jejich tvůrců, než tomu bylo v minulosti. Vytváří se tak větší a mnohdy pro adolescenty nepřehledné množství komunit a skupinek. Domnívám se, že větší výběr sice otevírá adolescentní populaci více možností seberealizace, ale zároveň pro ně může být matoucí v rozhodování o tom, kam se začlenit.

---

(8) Pozn.: Adolescentní komunitou rozumím například skupinu adolescentů ze stejného města, školy, apod., kde jsou vhodné podmínky k tomu, aby taková komunita vznikla.

### 3.4. Kognitivní schopnosti v adolescenci

Podle švýcarského psychologa J. Piageta je adolescence obdobím, kdy se u jedince vytváří schopnost formálního neboli **abstraktního myšlení**. Tomuto stadiu předchází způsob myšlení založený především na konkrétních operacích.

Stadium **konkrétních operací** je období, ve kterém se nacházejí děti na prvním stupni základní školy. Pokrývá mladší školní věk. Toto vývojové období je podle Piageta typické tím, že děti získávají uspořádanou soustavu myšlení, jež jim umožňuje předvídat dění ve svém okolí a tak toto dění částečně ovládat. Myšlení dětí je zde spjato s jejich konkrétními zkušenostmi. Děti sice dokážou formulovat hypotézy bez přítomnosti jakýchkoliv názorných předloh, ale pod podmínkou, že s takovou předlohou již učinily nějakou zkušenost. Nedokáží ještě dobře vysvětlovat jevy v okolí, ale umí je dobře popisovat. Důsledkem toho je pro ně snazší uvádět příklady jevů než k nim formulovat definice. Hypotézy, které si vytvářejí, nejsou schopny ověřovat porovnáním se skutečností. Myšlení dítěte je v tomto období méně egocentrické a vyžívá u něj tzv. schopnost konzervace. Tato myšlenková operace se vyvíjí postupně - v sedmi až osmi letech dítě dokáže zachovat v mysli podstatu látky, v devíti až desíti letech také váhy a přibližně ve dvanáctém roce objemu. Hlavní kognitivní strukturou v tomto stadiu je takzvané grupování neboli seskupování, které dítěti umožňuje úspěšně třídit předměty a události do souborů podle jejich společných znaků. Získává tak postupně schopnost řešit problémy a vytvářet si realističtější obraz o světě. Vedle grupování se zde objevuje i seriace (řazení). Dítě je schopno řadit předměty v pojmech velikosti nebo váhy. Je nyní schopno správně vnímat vztahy mezi předměty a využívat tohoto poznání k řešení problémů (Piaget in Fontana, 2003, s.69,70).

V další etapě kognitivního vývoje jedinec přechází do stadia **formálních operací**. Vznik stadia formálních operací je typický pro adolescentní věk, avšak jedná se zároveň o poslední vývojové stadium, kterého by měl jedinec dosáhnout k úplné **zralosti**

**usuzování.** Přesto se však ještě myšlení adolescenta odlišuje od myšlení dospělého „*stupněm svého rozvoje*“ (Piaget in Fontana, 1997, s. 70).

Tato fáze začíná myšlením „*reflexivním*“, které se objevuje již v 11ti – 12ti letech, kdy jedinec začíná usuzovat hypoteticko-deduktivně, „*tj. o prostých předpokladech, nesouvisejících nutně se skutečností nebo s jeho domněnkami, přičemž se spoléhá na důslednost samotného usuzování (vi formae (9)), nikoliv na soulad závěrů ze zkušeností*“ (Piaget, 1970, s. 126). Adolescent již dokáže formulovat hypotézy, aniž by k tomu potřeboval konkrétní zkušenost. „*Dospívající je schopen pracovat s pojmy, které jsou vzdáleny od bezprostřední smyslové zkušenosti, jsou obecnější, abstraktnější*“. Díky tomu je adolescent schopen chápat „*abstraktní pojmy, jako je spravedlnost, pravda, právo apod.*“ (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 147).

Dalším důležitým mezníkem ve vývoji myšlení je v adolescenci nahlédnutí skutečnosti, že pojmy, veličiny nebo třídy na sobě mohou být za určitých okolností závislé. Například čas na délce dráhy apod. Adolescent si dokáže uvědomit, že některé veličiny zůstávají konstantní. Piaget se domnívá, že základem kognice ve stadiu formálních operací je mřížově-grupová struktura, která umožňuje poznání, že „*cokoliv může být vztaženo k čemukoliv jinému*“ (Piaget in Fontana, 1997, s. 71).

Domnívám se, že právě tato výše uvedená **schopnost vztažnosti** opravňuje terapeuta k takové práci s adolescentem, ve které může vystřídat rozhovor s neverbální technikou či prvkem. Adolescent si na rozdíl od dítěte dokáže obě formy terapie **propojit**. Ví, že se nejedná o hru a pokud ho momentálně vyzveme například ke kreslení, je si vědom, že vše nějak souvisí s jeho problémem, na jehož řešení lze pracovat také v symbolické rovině (třeba pomocí obrázku).

Myšlení v adolescenci je **flexibilní**, protože není svázáno rigidními způsoby v nahlížení na objekty a vztahy. Jsou o tom přesvědčeni například Papaliová a Oldsová, jejichž názor vychází rovněž z Piagetovy teorie. Autorky uvádějí, že „*adolescent má přístup*

*k rozsáhlému počtu kognitivních operací, kterými lze řešit problém. Ve svém myšlení je všestranný a umí zacházet s problémem mnoha způsoby a z odlišných úhlů pohledu“ (Papalia, Olds, 1975, s. 563).*

---

(9) Pozn.: vi formae - podle formy

### **3.5. Vývojové úkoly v adolescenci**

Důležitým vývojovým úkolem v adolescenci je dle J. Kocourkové schopnost jedince **vyrovnat se se změnami**, „ *které se s ním dějí uvnitř, a navíc musí porozumět úkolům, které na něho čekají ve světě dospělých, a musí postupně tyto úkoly akceptovat*“ (1995, s. 139).

Adolescenci a pubescenci nazývá E. H. Erikson věkem „*identity proti konfúzi rolí*“ (1996, s. 14). Jak je patrné již z názvu, kterého Erikson užívá, důležitým úkolem adolescenta, aby mohl bezkonfliktně postoupit do další vývojové etapy, je **nalezení vlastní identity**. Ustanovení vlastní identity pak chápe Kocourková jako „*přízpůsobení se obvyklým normám společnosti jak bez nadměrného vyhovování druhým, tak bez neustálé opozice proti všem stávajícím normám a pravidlům*“ (Kocourková, 1995, s. 139). Jednou z komponent ustálené identity je podle Kocourkové také identifikace se sexuální rolí a sexuální orientací.

Erikson chápe pojem identity ve smyslu integrace nových sociálních rolí se všemi předchozími identifikacemi, které si adolescent vytvořil v dětství. Nové sociální role souvisejí většinou s hledáním budoucího povolání a s postupným širším začleňováním do společenského dění. Adolescent přijímá roli studenta nebo učně, později také zaměstnance a v neposlední řadě roli občana daného státu.

Hledání vlastní identity bývá nerozlučně spjata s **experimentováním a testováním hranic** – vlastních i druhých. Adolescenti si zkouší různé druhy chování, vystupování a rolí, což napomáhá k zodpovězení otázek, které si adolescenti často kladou: „*Kdo jsem? Která z těchto rolí, které zažívám a zkouším, mě nejvíce vystihuje?*“ (Fontanta, 1997, s. 267).

Testování hranic přináší dospívajícím mnoho obtíží, setkávají se kvůli tomu často s odmítavými reakcemi. Pro adolescenta je přitom velmi důležité, aby se cítil přijímán. Touží po pozitivních kontaktech (Chapman, 2003, s. 25, 26).

Podle Eriksona se v dospívání jedinec musí vyrovnávat s **rychlým fyziologickým růstem a pohlavním vyspíváním**. Dívky více přibírají na váze a dochází u nich k ukládání tuku v oblastech takových partií, jako jsou stehna, hýždě nebo poprsí. Chlapci v adolescenci naopak nabírají více svalové hmoty a rostou více než dívky do výšky.

Zdrojem vnitřních frustrací, které se odrážejí v adolescentově prožívání, pak mohou být vlastní tělesné proporce, které neodpovídají ideálu (zvláště často prezentovanému v médiích). Z tohoto důvodu se mohou u individua vyskytnout pocity méněcennosti a pochybnosti o svém tělesném vzhledu.

Jak uvádí Erikson, adolescenti si dělají starosti o to „*jak se jeví v očích ostatních ve srovnání s tím, co sami o sobě cítí*“ (Erikson, 1996, s. 14).

Také podle J. Šípka je identita jedince těsně spjata s identitou jeho vlastního těla. Dospívající přitom mohou mít s tělesným prožíváním a se sebeexpresí potíže, což je patrné například v jejich chůzi. „*Nezvládají ještě své tělo co do motoriky a gest*“ (ústní sdělení, 15. 9. 2007). Domnívám se, že tento jev by mohl úzce souviset například s nerovnoměrným vývojem končetin v období adolescence.

Většina autorů zabývajících se adolescencí se shoduje na několika hlavních vývojových úkolech, které by měl adolescent zvládnout k tomu, aby mohl úspěšně postoupit do dalšího životního cyklu. Jedná se o následující úkoly: separace od primární rodiny, dosažení vlastní identity, vývoj dospělé sexuality a získání sociální a pracovní kompetence (Kocourková, 1995, s. 139). Dosahování prvních dvou zmíněných vývojových úkolů bývá v literatuře také nazýváno jako „separačně-individuační proces“.

Důležitým úkolem, jehož splnění vlastně uzavírá období adolescence, je dosažení **zralosti osobnosti**. Vymezit a popsat „zralou“ osobnost se pokusil například G. W. Allport. Zralá osobnost podle Allporta vykazuje následující rysy: schopnost prožívat starosti druhých lidí, stejně jako své, schopnost sympatie a empatie, vřelé a nesobecké vztahy s druhými, citová jistota, realistické vnímání sebe samého, realistický přístup ke světu, schopnost správně hodnotit a činit rozhodnutí, zastávat jednotnou životní filozofii jakožto soudržný a nerozporný názor na svět s smysl života (Allport in Fontana, 1997, s. 266).

Domnívám se, že Allportova definice zralé osobnosti je velmi náročná a přeceňující člověka jako takového. Opravdové zralosti podle těchto kritérií mnohdy nedosáhne ani jedinec v pokročilém věku, natož adolescent. Nutno však brát v úvahu to, že Allport hovoří o schopnostech a neznámá to tedy, že se podle těchto kritérií musí jedinec chovat vždy, aby mohl být posuzován jako osobnostně zralý.

### **3. 6. Specifika v psychoterapii adolescentů**

Psychologové se shodují v tom, že každé věkové období duševního vývoje jedince je něčím charakteristické a výjimečné. V souladu s těmito poznatky nelze pochybovat o tom, že také psychoterapie, má-li být účinná, musí respektovat aktuální vývojové období jedince a přizpůsobit mu své prostředky, průběh i způsob léčby.

Účelem této kapitoly je zdůraznit znovu některé charakteristiky adolescentního období, které jsem uvedla v textu výše a které jsou důležité pro stanovení optimálního přístupu v psychoterapeutické práci s adolescenty. V úvodu nutno zmínit, že některá doporučení, která se týkají „optimálního přístupu“ v psychoterapii adolescentů, jsou spíše mými názory a postřehy.

Jedním z důležitých faktorů adolescence, který je třeba v psychoterapii respektovat je to, že adolescentova **osobnost**, jeho **sebepojetí**, sebevědomí a sebepřijetí ještě **není ustáleno**. Adolescentova „rodící se“ osobnost bývá většinou ještě **velmi zranitelná**. Zvláště v psychoterapii adolescentů by se tedy měl terapeut **vyvarovat vynášení soudů a závěrů** o osobě a budoucnosti pacienta. Velmi necitlivé zacházení v tomto ohledu jsem zaregistrovala na jedné ze stáží, kdy terapeutka šestnáctileté dívky při testování pomocí metody Nedokončených vět sdělila, že její mínění o sobě je „sobecké a narcistické“. To proto, že sedmnáctiletá dívka doplnila v dotazníku větu začínající slovy: Moji tajnou ctižádostí je... slovy: „aby si o mě všichni mysleli, že jsem velmi chytrá“.

V adolescenci vystupuje do popředí **potřeba osamostatňování** se od vlivu autorit (především rodičovských). Adolescent se více či méně vědomě snaží vyvázat z citové ale i z kognitivní závislosti na rodičích a v dětství velmi důležitých osobách. Hledá a utváří si vlastní názory, postoje, vzorce myšlení nebo chování, které od důležitých vztahových osob v dřívějších vývojových obdobích bezvýhradně přijímal. V důsledku toho, domnívám se, může být pro terapeuta náročné, pokud je například věkově blízký rodičům pacienta. Adolescenti pak mohou **odmítat terapeutovy rady, doporučení** a jakoukoliv snahu pomoci z toho důvodu, že jim připomíná vlastní rodiče, z jejichž vlivu se **potřebuje vyvázat** a jejichž hodnoty a vzorce chování a myšlení často popírá.

Proces utváření a upevnění osobnosti s sebou přináší pro okolí řadu nepříjemných zkušeností s dospívajícím. Není výjimečné, že dospívající **testuje nejen své hranice** a možnosti, ale také hranice a schopnosti druhých. Tomuto patrně neunikne ani psychoterapeut. Dospívající často testuje, co ještě okolí „vydrží“, co mu ještě „projde“ a

co už ne. V těchto ohledech by terapeut měl být sice přísný, střežit si své soukromí, a nepodlehnout případné devalvaci svých schopností, ale zároveň by neměl zaujmout primárně obranný postoj. Adolescent je k takovému chování od druhých citlivý. Projevuje se to například ve vztazích k učitelům ve škole. Pokud adolescent zaregistruje ze strany učitele (ale i jiné autority ze světa dospělých) strach, agresi nebo bezradnost ve vystupování vůči své osobě, jen těžko jej přijme jako skutečnou autoritu. Podobně by k tomu mohlo dojít ve vztahu s psychoterapeutem, který by působil jako „slabá“ nebo naopak arogantní osobnost. Domnívám se, že k takovému terapeutovi by nemohl adolescentní pacient navázat kvalitní spolupracující vztah s očekáváním podpory a pomoci ve svých psychických potížích.

Jak již bylo uvedeno v kapitole o psychoterapeutickém vztahu, práce s adolescentem v psychoterapii vyžaduje **zvýšenou míru autenticity** (Bolton, Scherer, 2003, s. 215-216). Psychoterapeut, domnívám se, může být pro adolescenta svým způsobem i učitelem. „Dobrý“ učitel je pak, dle Fontany, takový člověk, který je schopen adolescenta chápat a sympatizovat s ním, trpělivě tolerovat jeho příležitostné výbuchy a nesrozumitelné chování, vzbudit jeho zájem a aktivitu a poskytovat mu jasná, soudržná a rozumná vodítka k chování, které je pro svět dospělých a pro dosahování životních cílů nejvhodnější (Fontana, 1997, s. 269).

Věk adolescence je nerozlučně spjat s **přípravou na budoucí povolání** a jeho výběrem. Zvláště v pozdní adolescenci hledá dospívající konkrétní pracovní místo a uplatnění. V tomto ohledu mu může být terapeut nápomocen například tak, že s ním probere situaci přijímacího pohovoru a připraví jej na ni. Někdy stačí i zdánlivá maličkost, která může **podpořit adolescentovo sebevědomí**, například nácvik „optimálního“ podání a stisku ruky v úvodu setkání s budoucím zaměstnavatelem.

Adolescenti mívají občas tendence unikat z reálného světa do **fantazie, představ a snění**. Nedomnívám se, že by přitom nedokázali odlišovat skutečnost od fantazie, možná, že jsou si v takových případech až příliš vědomi reality, proto se z ní snaží



uniknout. Vnímání světa dospívajícími bývá často „černobílé“, což označuje dva protikladné pohledy. Něco je zcela dobré a něco naopak zcela špatné. Adolescenti nebývají ochotni připustit variantu, která by se pohybovala mezi těmito extrémy. V psychoterapii by se pak obsahům fantazijní produkce měla věnovat zvýšená pozornost spolu s hledáním možností, jak adolescentovi nabídnout jiný úhel pohledu, který by mohl přijmout a který by nespočíval v těchto extrémech.

Domnívám se (v rozporu s pravidly ohledně terapeutického vztahu), že terapeut by občas mohl sdělit svému pacientovi i některou osobní zkušenost s řešením určitého problému, pokud by o to pacient projevil zájem. Dodává to vztahu mezi dvěma lidmi více autenticity a lidského rozměru.

V psychoterapii u dětí do jedenácti let věku probíhá komunikace především **prostřednictvím činnosti ve formě hry**. Teprve „s přibývajícím věkem narůstá význam verbální komunikace a neverbální komunikace nabývá nových forem“ (Langmajer, Balcar, Špitz, 1989, s. 185). „Pokud jde o dospívající a dospělé pacienty, tak těžištěm léčby je rozhovor. Jedná se tedy o vztahovou a dialogickou terapii“ (Vymětal, 2007, s. 128).

Přestože podle citovaných autorů se v terapii adolescentů stává hlavním nosným médiem **rozhovor**, nelze opomíjet význam **neverbálních výrazových prostředků**, pomocí nichž také dochází k vyjadřování citových kvalit. Zvláště tehdy, pokud si představíme, že až osmdesát procent komunikace probíhá na neverbální úrovni.

Význam neverbální úrovně chování a práce s neverbálními momenty, či prvky, v psychoterapii spatřuji například ve shodě s Š. Gjuríčovou v tom, že dítě se teprve učí verbalizovat své vnitřní prožitky, avšak "v adolescenci může být prožívání ještě stále obtížně verbalizovatelné" (ústní sdělení, 29. 10. 2007).

Této hypotéze nasvědčuje například **symptomatika duševních potíží** - typická především pro adolescentní pacienty, která se projevuje „řečí těla“ (například mentální anorexii, či některé z typů sebepoškozování). Tělesnými symptomy se manifestuje

obvykle to, co v danou chvíli jinak vyjádřit nelze. Neverbální prvky pak mohou být vhodnými facilitátory rozhovoru, pokud je slovní vyjadřování obtížné.

Jinou zkušenost s adolescenty z hlediska schopnosti verbalizovat své prožívání uvádí například psychoterapeutka K. Kotovská: *"Děti své prožívání obtížně verbalizují, nikoliv však adolescenti. Z mé zkušenosti adolescenti o svém prožívání hovoří rádi, často poeticky, často pateticky, oproti mnoha dospělým často ukrutně realisticky"* (ústní sdělení, 15. 11. 2007).

Dobrá schopnost verbalizace v adolescenci je patrna také například z deníků adolescentů nebo z jejich literárních projevů (píši rádi poezii apod.).

Oba názory, které jsem uvedla, považuji za validní a domnívám se, že k těmto tvrzením je nutné přistupovat z hlediska odlišných zkušeností jednotlivých odborníků z praxe. Určitou úlohu zde může hrát skutečnost, že Š. Gjuríčová pracuje především s dospívajícími, kteří jsou, nebo v nedávné minulosti byli, nedobrovolně hospitalizováni na psychiatrické klinice, zatímco K. Kotovská přichází více do kontaktu s mladými lidmi, kteří terapii navštěvují dobrovolně (z vlastního rozhodnutí) a jsou tedy více motivováni k práci na sobě.

Domnívám se, že obtížná verbalizace prožívání může být přítomna například v časně adolescenci, zatímco během pozdního stadia adolescence tyto potíže ustupují. Nutno uvažovat také o **interindividuálních odlišnostech** adolescentů. Někteří dospívající o sobě mluví rádi a mají dobrou schopnost introspekce a slovního vyjadřování, zatímco jiní nikoliv. Ne všichni lidé jsou stejně verbálně vybavení. V psychoterapii je zřejmě potřeba nejprve „otestovat“ jedince z tohoto hlediska.

K. Kotovská k problematice verbalizace prožívání v adolescenci dodává, že pokud v této oblasti nastanou potíže, může to být způsobeno mimo jiné tím, že adolescent pociťuje tolik emocí, že je pro něj jejich sdělování obtížné (ústní sdělení, 15. 11. 2007).

Obě terapeutky se však shodují, že adolescenti teprve hledají způsob, jakým své pocity mohou sdělovat a testují si míru a intenzitu sdělování svých pocitů a prožitků, která by pro ně byla **přijatelná a především bezpečná**.

Podle P. Hellerové patří sice k základním psychoterapeutickým metodám používaným v léčbě adolescentů především kognitivně – behaviorální terapie, psychoanalytická a dynamická psychoterapie, rodinná terapie nebo skupinová terapie vedená v rámci dynamického přístupu. Tyto převážně verbálně orientované metody Hellerová doporučuje kombinovat s arteterapií nebo muzikoterapií, tedy přístupy zaměřenými spíše nonverbálně (Hellerová, 2007, s. 10).

Práce s neverbálními prvky nebo technikami nemusí být vždy v psychoterapii s adolescenty výhodná a úspěšná. Podle L. Brodové zde **existují určitá rizika**. Adolescenti bývají citliví na situace, kdy se s nimi jedná jako s dětmi, neboť **děťmi se již necítí být**. Kreslení, modelování z hlíny a podobné aktivity jim mohou takovou situaci připomínat, a pokud je k této činnosti vyzveme, můžeme se setkat s odmítnutím. Situace může v adolescentovi vyvolat zároveň určité obavy z toho, že pomocí nonverbálního výtvoru o nich bude odhaleno více, než jsou ochotni sdělit slovně. Terapeut by se však neměl odmítnutím nebo obavami pacienta nechat zaskočit. Měl by mu dokázat vysvětlit, že cílem není „prokouknout“ jeho osobnost, ale že aktivita, kterou navrhuje je součástí práce na problému, se kterým do terapie dochází. Podle mého názoru je vhodné, pokud se terapeut sám k aktivitě, kterou navrhl, přidá (může s pacientem pracovat například na stejném výtvoru, nebo každý vytváří něco svého paralelně) a nepozoruje pouze pacientovo chování nebo analyzuje jeho expresi. Takto účastně pracuje s dospívajícími například výše uvedená terapeutka L. Brodová. Myslím si, že je to jeden ze způsobů, jak adolescentovi ukázat, že nejen děti se zabývají takovými aktivitami. Hlavní význam však spočívá v tom, že terapeut, pokud se navrhované aktivity sám účastní, dává pacientovi k dispozici něco „ze sebe“, neboť také jeho výtvor či vyjádření může být analyzováno zároveň pacientem. Podle mého názoru je taková spolupráce vhodná zvláště ke zmírnění úzkosti pacienta, jejímž zdrojem by mohl být právě strach z odhalení sebe sama. Jak

uvádí L. Brodová: je předem důležité zvážit možná rizika (z nichž některé zde byly nastíněny) a „rozhodnout se, zda do takových rizik přesto jít či nikoliv“ (ústní sdělení, 2007).

Terapeut však, domnívám se, musí uvažovat nejen o rizicích, které se týkají osobnosti adolescenta, ale také o svých možnostech a ochotě odkrýt více ze sebe sama, neboť v práci s neverbální obecně je jakékoliv „sebezakrytí“ složitější oproti rozhovoru (viz.kapitola 1.1. Neverbální komunikace a chování).

Při dotazování a sběru dat pro empirickou část diplomové práce jsem se dozvěděla, že někteří psychoterapeuti se používání neverbálních metod, prvků nebo technik v terapii s dospívajícími zcela vyhýbají a preferují výhradně rozhovor. Domnívají se, že pouze tato metoda je pro práci s dospívajícími adekvátní a nechtějí podstupovat výše nastíněná rizika.

Určitá úskalí v psychoterapeutickém procesu vyplývají také z **neverbálního chování a komunikace terapeuta**. Může dojít k tomu, že si pacient nesprávně vyloží terapeutův úsměv nebo údiv, ale také k tomu, že podvědomě vycítí něco, co by terapeut slovy nerad vyjádřil.

Podle Tintěrové je neverbální chování zvláště citlivým spouštěčem **protipřenosových reakcí**. „Často stačí drobný bezděčný pohyb či gesto a terapeut může pacienta zablokovat, pokazit již vykonanou terapeutickou práci“ (Tintěrová, 1982, s. 17, 45).

Domnívám se, že přes všechna rizika a úskalí, neverbální techniky a prvky, a zvláště signály z oblasti neverbální komunikace (kterým se ani nikdy zcela vyhnout nelze) mají v psychoterapii adolescentů důležitou úlohu. Na význam těchto neverbálních jevů se pokusím ukázat v empirické části diplomové práce pomocí konkrétních příkladů práce s neverbálními prvky.

J. Kocourková uvádí, že v psychoterapii s dospívajícími lze zaznamenat řadu úskalí již při prvním kontaktu. Adolescenti totiž málokdy přicházejí do psychoterapie dobrovolně, většinou jsou k tomu **nuceni svým okolím**. Tento zájem druhých osob na tom, aby se změnili, přizpůsobili nebo „*nedělali starosti*“ velmi dobře vnímají a je pro ně velmi obtížné přijmout psychoterapeuta jako pomáhající osobu, která jim může pomoci vyznat se lépe v sobě samém a nahlédnout na vlastní podíl na konfliktech, které ho do psychoterapie přivedly (Kocourková, 1995, s. 141, 142).

V. Oaklanderová uvádí, že dospívající často přicházejí s tématy, o nichž by chtěli sami mluvit, „*ale i v takovém případě nechtějí nic víc než s někým sdílet, co se v jejich životě děje, nebo si postěžovat na školu či ostatní členy rodiny*“. Zkušenost V. Okladnerové je taková, že adolescenti často u terapeuta „*zastavují jakýkoliv pokus o hlubší hledání v sobě samých*“ (Oaklander, 2003, s. 161). Terapeut je dle této autorky zvláště v těchto případech nucen hledat takové metody, které by napomohly k vyjádření emocí, pocitů a toho, co je skrýváno, aby se dalo s adolescentem dále společně pracovat. V tomto ohledu se Oaklanderové osvědčují především **projektivní a neverbální techniky**.

M. Rejmíš, který terapeuticky pracuje s adolescenty závislými na drogách, uvádí, že v psychoterapii adolescentů je problematická především jejich motivace. Dle zkušeností tohoto autora je u dospívajících výrazná kolísavost v motivačním procesu. Není výjimečné, že adolescent si přeje vymanit z uživatelského prostředí drog a změnit svůj životní styl na „*ne-poškozující*“, ale zároveň se obává, že tím ztratí možnost někam patřit, za něčím si stát a revoltovat proti světu dospělých. Za „*zdroje růstu motivace*“ u adolescentních pacientů považuje Rejmíš „*vztah terapeuta a klienta*“, potvrzování a oceňování zvládnutí psychoterapeutického procesu (režimu apod.) a také výsledky psychoterapeutického procesu (<http://www.skaluvinstitut.cz/files/ZaverecnePraceVdoc.>, cit. 04.02.2008).

Zvláště u adolescentů nastupuje brzy po započetí terapie přenosové chování a reakce, testující terapeutovu **trpělivost a toleranci**. Adolescenti zároveň často provokují

odmítnutí, opuštění a kritiku. Zajímavé je, že přestože verbálně psychoterapii otevřeně kritizují a znehodnocují, zřídka kdy přestávají na sezení docházet. Adolescent *„může zesměšňovat různé terapeutovy způsoby, provokovat jeho vztek a zároveň úzkostně čekat na jeho reakci“* (Kocourková, 1995, s. 142). Není výjimečné, že kromě vzteku se adolescentní pacienti snaží v terapeutovi vyvolat pocity strachu. Popisují například sebepoškozující tendence nebo experimentování s drogami a alkoholem. Někdy však lze vidět naopak chování velmi přizpůsobivé a vyhovující s tendencemi terapeuta idealizovat. To vše klade značné nároky na udržení psychoterapeutické neutrality. *„Vyváženost mezi osobní připraveností psychoterapeuta k vřelému a chápajícímu postoji a zároveň udržení profesionální hranice, neutrální a rozumné pozice provází celý psychoterapeutický proces“* (Kocourková, 1995, s. 142). Kocourková k tomuto dodává, že takové chování terapeuta je důležitou podmínkou pro adolescentův zdárný separačně -individuální vývoj. S adolescenty se v psychoterapii jedná z velké části o proces hledání **únosné emoční vzdálenosti**, v níž by mohl adolescent budovat svou autonomii, ale také emočně důležité vazby (Kocourková, 1995, s. 142). Také podle P. Hellerové se v psychoterapeutickém procesu s dospívajícími pohybujeme neustále *„na tenké hraně vzájemného respektu, direktivity a kompromisu, ale i přijetí“* (Hellerová, 2007, s. 10).

Terapeut se v psychoterapii s adolescenty musí navíc vyrovnávat s vlivy jeho rodičů nebo jiných důležitých osob, které si přejí jeho uzdravu či nápravu. Rodiče či učitelé se mohou snažit v kritických okamžicích terapeuta manipulovat nebo znevažovat jeho schopnosti, v případě kdy terapie nevede k výsledkům, které očekávali. Hellerová uvádí, že při práci s rodinou je *„vždy nutné najít efektivní způsob spolupráce, který akceptují všichni zúčastnění“* (Hellerová, 2007, s. 10).

Přes všechna tato úskalí, která práce s dospívajícími přináší, existují určité momenty, které jsou pro práci s adolescenty pro terapeuta motivující. Ve shodě s Kocourkovou se domnívám, že se jedná o práci velmi zajímavou, při které je možné pozorovat proces

přeměny dítěte v dospělého člověka jakožto rodící se individualitu. V tomto procesu může terapeut napomáhat k převaze pozitivních změn, které adolescentní věk provázejí.

Psychoterapie s adolescenty je ještě v jednom ohledu velmi motivující, domnívám se, že se jedná o období, kdy je ještě jedinec **přístupem změně**, v pozdějším věku už se nevhodné vzorce chování a návyky většinou jen ukotvují a také jejich terapie může být obtížnější.

V literárně - přehledové části jsem čerpala informace nejen z odborné literatury, ale také z ústních sdělení odborníků, se kterými jsem v průběhu psaní diplomové práce spolupracovala a kterým bylo téma diplomové práce určitým způsobem blízké. Cílem bylo zaznamenat osobní a jedinečné zkušenosti psychoterapeutů, kteří všeobecně přijímané teoretické poznatky někdy zajímavě doplňují, někdy také korigují nebo pozměňují. Domnívám se, že ústní sdělení v této práci napomáhají k ověřování teoretických poznatků uvedených v literatuře a činí tak teoretické základy celkově „pružnějšími“. Jedním z důvodů častého využívání rozhovoru v této části je také to, že jsem v literárních pramenech často nenalezla k dané problematice dostatek informací.

# EMPIRICKÁ ČÁST



Cílem empirické části diplomové práce je seznámení s různými možnostmi využití neverbálních prvků v psychoterapii adolescentů prostřednictvím krátkých ukázek, které jsem shromáždila z praxe psychoterapeutů a rozbor jednotlivých neverbálních prvků, které se v ukázkách objevují z několika hledisek. V průběhu analýzy jsem se zaměřila například na situace, ve kterých se nejčastěji neverbální prvky vyskytly nebo na účinky, kterých bylo jejich zařazením do terapeutického setkání dosaženo. Jednotlivé jevy, které jsou předmětem analýzy, uvádím v textu níže.

V úvodu empirické části považuji za důležité připomenout stručně definici neverbálního prvku, kterou jsem uvedla v části literárně-přehledové.

### **Neverbální prvek v této práci označuje dva možné jevy:**

1) prvek (fragment) převzatý z neverbální techniky či neverbálního terapeutického přístupu, případně originální neverbální postup, který vnesl do psychoterapeutického setkání terapeut nebo sám pacient.

2) neverbální podnět nebo signál, který pacient či terapeut vysílá v rámci neverbální komunikace (více či méně vědomě). V tomto případě pojem neverbální prvek označuje konkrétní projevy obou zúčastněných, jako je oblečení, gestikulace, mimika atd. Jedná se o fragmenty z oblasti neverbální komunikace.

Empirická část je rozdělena na dvě hlavní kapitoly. První obsahuje příklady (krátké ukázky) z psychoterapeutických setkání terapeuta s adolescentem, ve kterých sleduji a popisuji výskyt jevu – neverbálního prvku. Ukázky jsem shromažďovala pomocí rozhovorů s odborníky, kteří pracují s dětmi a dospívajícími, pozorováním na stážích a praxích a také z dostupné literatury. Podle tohoto kritéria je první kapitola také rozčleněna.

Druhá kapitola se zabývá analýzou neverbálních prvků a to z několika hledisek: jaký efekt měl výskyt neverbálního prvku v dané ukázce, který typ neverbálního prvku se v příkladu objevuje (viz. definice), v jaké situaci se vyskytuje, a pokud byl převzat z nějaké existující nonverbální psychoterapie, pak zjišťuji, o který přístup se jednalo. Mezi další aspekty, které budu analyzovat patří například to, zda neverbální prvek vzešel z iniciativy pacienta nebo terapeuta a zda se jednalo o iniciativu vědomou nebo spíše intuitivní.

Při získávání příkladů práce s neverbálními prvky jsem se zaměřila především na výskyt jevu – neverbálního prvku - a efektu, kterého tím bylo dosaženo. Nezabývala jsem se podrobněji jinými údaji (například obtížemi, které pacienta do terapie přivedly, ani procesem psychoterapie z dlouhodobého hlediska apod.). Jedním z důvodů tohoto omezení je to, že odborníci často vzpomínali a vyprávěli takové příběhy, které se odehrály s delším časovým odstupem a určité detaily a podrobnější informace si nepamatovali. Zároveň jsem byla limitována informacemi, které byly uvedeny v ukázkách, které jsem čerpala z odborné literatury.

## **1. Ukázky práce s neverbálními prvky**

V následujícím textu budou uvedeny všechny ukázky práce s neverbálními prvky, které se mi podařilo pro účely diplomové práce nashromáždit. Kapitola je rozčleněna na tři části podle způsobu, kterým jsem jednotlivé příklady získávala. Každá ukázka je označena zkratkou n.p. (neverbální prvek) a číslicí, která uvádí pořadí ukázky v textu. Označení je důležité vzhledem k analýze neverbálních prvků, kterou se budu zabývat v další kapitole.

### **1.1. Z rozhovorů s odborníky**

Za účelem rozhovoru, jehož hlavním tématem měly být jakékoliv zkušenosti odborníků s neverbálními prvky v praxi, jsem kontaktovala psychoterapeuty, kteří pracují především s dětskými a dospívajícími pacienty, a kteří používají jako nejdůležitější prostředek terapeutického působení rozhovor. Neoslovovala jsem tedy „vyhraněné“ arteterapeuty,

muzikoterapeutky apod., neboť v diplomové práci chci poukázat na význam nonverbálních prvků v jakémkoliv typu psychoterapie, tedy i tam, kde hlavním prostředkem zůstává dialog.

Požádala jsem o spolupráci mnoho odborníků, kteří splňovali tato kritéria výběru, avšak osobní zkušenost z praxe mi nabídlo nakonec jen několik z nich. Důvodem byla jejich časová zaneprázdněnost, občas také oboustranné nedorozumění, které způsobilo nedostatečné pochopení tématu a smyslu mé diplomové práce nebo jen skutečnost, že si na žádný příklad ze své praxe odborník nevzpomínal. Setkala jsem se také s odborníky, kteří s adolescenty pracují pouze formou rozhovoru.

Svou spolupráci mi však přes všechna úskalí včetně značné časové vytíženosti poskytly psychoterapeutky: MUDr. Lea Brodová, PhDr. Šárka Gjuričová, PhDr. Tamara Hrachovinová a PhDr. Martina Skalníková, kterých si nejen proto velmi vážím. Se všemi odborníky, jejichž jména jsem zde uvedla, jsem se setkala při různých příležitostech v minulosti dokonce předtím, než jsem začala uvažovat o tématu diplomové práce a seznámila jsem se tak již dříve s jejich nejen profesními, ale také osobnostními kvalitami. Je pro mě velkou ctí, že jejich zkušenosti mohu zmínit ve své diplomové práci.

#### **Rozhovory a příklady práce s neverbálními prvky poskytli odborníci:**

MUDr. Lea Brodová, FN Motol, Centrum rodinné terapie

PhDr. Šárka Gjuričová, Centrum rodinné terapie

PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc., IKEM, FF UK katedra psychologie

PhDr. Martina Skalníková, Pedagogicko-psychologická poradna Středočeského kraje Kolín

Z příkladů, které následují, není patrné, která z psychoterapeutek jej poskytla. Nepovažovala jsem tuto informaci za důležitou a její neuvedení, domnívám se, zároveň více chrání pacienty, kterých se příběh týkal, před jejich případnou identifikací. Všechna jména pacientů, která v ukázkách vystupují, jsou smyšlena, přestože vždy uvádím pouze jména křestní.

### **n.p.1:**

Dvacetiletá pacientka s primárně somatickým onemocněním (diabetes), docházela dlouhodobě do psychoterapie pro depresivní poruchu a poruchu přizpůsobení. V psychoterapii si přála především pomoci v nezdárných partnerských i jiných mezilidských vztazích.

V průběhu psychoterapie si pacientka k terapeutce vytvořila vztah velmi kvalitní a spolupracující, v této oblasti nebyl shledán problém. Její osobnost však vykazovala výrazné alexithymické rysy a také sníženou schopnost introspekce. Bylo pro ni velmi obtížné pracovat s emocemi, především o nich mluvit. Po čase se zdálo, že psychotherapeutický proces začíná právě na těchto potížích stagnovat.

Terapeutka měla pocit, že se problém „nikam neposouvá“ a rozhodla se vyzkoušet jiný postup než rozhovor, který, zdá se, nepřinášel očekávané výsledky terapeutické práce. Na příštím setkání tedy nabídla své pacientce plastelínu a požádala ji, aby svou situaci a své pocity zkusila vymodelovat.

Pacientka s návrhem souhlasila a začala spontánně modelovat. Výsledkem její tvořivosti bylo plastelínové jablíčko, se kterým intenzivně otáčela a sdělovala, že se jedná o shnilé, červivé jablko. V průběhu následného rozhovoru vyšlo najevo, že pacientčin výtvar a také manipulace (otáčení) s ním, zrcadlily její pocity méněcennosti, kterými trpěla kvůli svému somatickému onemocnění. Snažila se otáčením zakrývat červivost a shnilá místa na jablíčku. Sdělila terapeutce, že jablíčko je špatné a nezdravé tak, jako ona.

Teprve po tomto neverbálním pokusu s plastelínou o změnu nepříznivého (stagnujícího) vývoje psychoterapie, vyšlo najevo, že psychické obtíže se patrně vztahují k prvotní somatické diagnóze. Na základě tohoto zjištění pak bylo možno opět rozvíjet psychoterapii žádoucím směrem, neboť bylo otevřeno nové důležité téma pro rozhovor.

Domnívám se, že pacientka se s jablíčkem, které vyrobila, okamžitě identifikovala. Snad pro ni bylo snadnější mluvit negativně o předmětu než o sobě samé. Přitom o sobě neměla příliš pozitivní mínění. Připadala si méněcenná a nekompetentní a před lidmi se snažila skrývat své nedostatky. Výrazným zdrojem těchto negativních prožitků své osoby bylo somatické onemocnění, které jí v životě jistě přinášelo mnohá omezení.

Pokud bych s touto pacientkou měla možnost mluvit, zajímalo by mě, zda se domnívá, že si za své onemocnění nějak může sama (u některých pacientů tomu tak bývá a trápí se výčitkami za něco, co ve skutečnosti nemohli ovlivnit), či zda se s ním identifikovala natolik, že ho považuje za součást své osobnosti. Tyto okolnosti, domnívám se, byly u této adolescentní (skoro dospělé) dívky přítomny a měly na její sebepojetí také vliv.

Kterým směrem se nadále psychoterapie vyvíjela nevím, ale podle informací terapeutky byla tímto neverbálním prvkem prolomena bariéra a stagnace v komunikaci na verbální úrovni a bylo možno na tento okamžik (psychologický moment) dále navazovat v průběhu dalších terapeutických setkání.

Podle mého názoru byla v tomto případě velmi důležitá skutečnost, že pacientka poprvé vyjádřila v terapii své negativní emoce vůči somatickému onemocnění, kterým trpěla (a tím i vůči své osobě), což pro ni bylo velmi obtížné – obzvlášť, když se snažila své domnělé i skutečné nedostatky před okolním světem pečlivě skrývat. Neverbální moment v podobě modelování z plastelíny ji umožnil své pocity vyjádřit a napomohl také k otevření nového, důležitého tématu.

## **n.p.2:**

Následující ukázka uvádí příklad neverbálního prvku, který se odehrál v pracovních rodinných terapeutů.

Odborníky vyhledali rodiče kvůli konfliktnímu vztahu se svou dospívající, čtrnáctiletou dcerou. Identifikovali ji jako „problematickou“ a skrze psychoterapii si přáli její nápravu.

Patrně nebyli ještě dostatečně připraveni připustit, že problém většinou tkví v celém rodinném systému. K rodinné terapii přistoupili s tím, že ten, kdo se musí změnit, má být právě dcera.

Vztahy mezi rodiči a jejich jedinou dcerou byly velmi vypjaté a tato realita se projevila také na jednom z prvních terapeutických setkání. K rodinné terapii dorazili všichni tři.

Tentokrát nebyl problém v nedostatečné verbální komunikaci, jak tomu někdy dle zkušeností terapeutů při setkáních tohoto typu bývá. Té bylo v tomto případě možná až příliš. Rodiče neustále dívku obviňovali a vyčítali ji skutečné i domnělé křivdy, kterých se v jejich očích dopustila. Zdálo se, že tímto způsobem komunikace by dokázali vyplnit celý čas určený nejen pro rodinnou terapii. Dospívající dcera nejprve pasivně naslouchala a nesnažila se nijak bránit. Působila poněkud rezignovaně.

Náhle se však otočila beze slov i se židlí ke všem zády a zůstala tak sedět. Každý z členů rodiny, včetně terapeutů, si všiml náhlé změny v chování dívky. Nastalo ticho a také výčitky a obviňování ustaly. Terapeutka spontánně zareagovala tak, že se otočila i se židlí stejně jako dospívající dívka a překvapivě i rodiče postupně učinili totéž. Seděli tak rázem všichni v kruhu zády k sobě a mlčeli.

Podle terapeutky toto „prudké přepnutí komunikačního stylu“ v emočně vypjaté atmosféře snad uvedlo do chodu jiný způsob uvažování a pozastavilo projevy negativních emocí u všech zúčastněných. Psychoterapeutka k tomuto případu dodává, že není vždy důležité, zda situaci rozumíme, ale přesto na ní nějak zareagujeme.

Efektem neverbálního prvku, který vyslala sama dospívající dcera, bylo podle terapeutky už samotné „přepnutí komunikačního stylu“, které poskytlo prostor pro jiný způsob uvažování. Rodiče si možná poprvé uvědomili, že tudy cesta nepovede. Tato reakce jejich dcery je přiměla zastavit se a uvědomit si, že ať se zlobí jakkoli, změnu v jejím chování tak nedosáhnou. Mohli se tak dozvědět o jejím pocitu v rodině, který nedokázala nebo ani nemohla vyjádřit slovy.

Domnívám se, že důležitým neverbálním psychologickým momentem bylo pro dospívající dceru také to, že ji v její reakci terapeutka následovala a otočila se i se židlí stejně jako ona. Možná tak vyjádřila porozumění vůči bezmoci dívky, možná se připojila k výzvě: pojďme se zkusit domlouvat jinak.

### **n.p.3:**

Tato ukázka je zajímavá tím, že se přímo dotýká vztahu mezi terapeutem a pacientem a skutečností, že neverbální prvek vnesla do terapie aktivně sama pacientka.

Dvacetiletá dívka přišla do terapie s výraznými vztahovými problémy - nejen s rodiči, u kterých stále bydlela. Stěžovala si na opakované konflikty mezi ní a jimi a také na to, že není schopna navázat kvalitní partnerský ale ani přátelský vztah. Stávalo se jí často, že si někoho „vyhlédla“ nebo oblíbila a daný člověk její sympatie neopětoval a více či méně otevřeně ji odmítl. Diagnostikována jí byla porucha přizpůsobení.

V průběhu několika počátečních terapeutických setkání se u této dívky vyvinul silný přenosový vztahu zaměřený na terapeutku. Přestože si jej byla vědoma, ještě dlouho o něm nedokázala mluvit. Teprve později (asi na šesté setkání) sebou pacientka přinesla malou dřevěnou plastiku, kterou sama zhotovila, a kterou terapeutce darovala. Znázorňovala ptáčka - kosa, na jehož ocásku seděl další, menší ptáček. S terapeutkou poté mluvila o tom, co plastika představuje, jak a proč vznikla.

Pacientka uvedla, že tento symbol viděla na jednom z obrazů na výstavě a uvědomila si, že přesně zachycuje její pocity a přání k terapeutce a rozhodla se tento výjev vyřezat do dřeva a přinést na setkání. Uvedla, že větší kos symbolizuje terapeutku a menší žlutý ptáček na ocásku je ona a že se jedná o jiný druh než je kos. To proto, že jsou si vzájemně cizí, že k sobě nepatří, neboť nejsou příbuzní.

Menší ptáček si sedl kosovi na ocásek, protože u něj cítil velkou oporu a blízkost a nechtěl slézt dolu a postavit se na vlastní nohy. Několikanásobně větší kos měl k ptáčkovu otočenou hlavu a podle pacientky měl „zlost v očích“. Kdyby si ten menší sedl blíže k hlavě, mohl by „schytat klovnutí“. Pacientka vysvětlovala, že kos na svých bedrech žádného cizího ptáčka asi nechce, proto se ten malý žlutý posadil opatrně na ocásek. Přestože cítí ke kosovi velkou důvěru, zároveň se hodně obává jeho odmítnutí (zde symbolicky v podobě fyzického klovnutí). Tato pacientčina obava byla patrně ovlivněna jejím přesvědčením, že skutečnou oporu a pomoc může očekávat jen od blízkých, především příbuzných osob.

Tato dřevěná plastika dvou ptáčků primárně napomohla k otevření důležitého tématu ohledně vztahu pacientky k terapeutce a jejích pocitů, ale později také osvětlila problém v navazování vztahů pacientky k ostatním lidem obecně. Ukázalo se, že pacientka potřebuje velmi blízký vztah, který by však pro druhé byl velmi zatěžující a ne-li dokonce nereálný. Její představa vztahu připomínala spíše silnou závislost, nebo dokonce symbiózu matky a novorozence.

Její obtíže možná pramenily z raného dětství, kdy podle výpovědí byla velmi fixována na rodiče a vyžadovala na nich více pozornosti a blízkosti než byli schopni své dceři poskytnout. Pacientka své nenaplněné potřeby přenášela do všech svých vztahů a tentokrát zvláště na psychoterapeutku. Několikrát vyslovila přání, že by chtěla být její dcerou. To však až mnohem později, když začala cítit vztah jako důvěrnější a přestala se obávat, že větší ptáček (kos) by mohl klovnout.

V několika dalších setkáních sloužil velký a malý ptáček ze dřeva jako předmět, který symbolicky zastupoval přání pacientky ohledně velmi blízkého pouta s terapeutkou a napomáhal ke korekci této příliš závislé a nezralé představy vztahu. Často se však plastika osvědčila také jako prostředník při vyjadřování pocitů. Pacientka totiž dlouhou dobu nebyla příliš ochotna a možná ani schopna verbalizovat své pocity přímo. Terapeutka ji v průběhu pokračující psychoterapie vyzývala, aby zkusila mluvit o tom, jak



se cítí malý žlutý ptáček. Snažila se také zjistit, co by napomohlo k tomu, aby se mohl malý ptáček osamostatnit a opustit hřbet kosa a pokoušela se pacientku přimět skrze tento symbolický předmět k náhledu, že takový vztah je ve skutečnosti nerealizovatelný. Používala k tomu otázky typu: „Jak se cítí ten ptáček dnes? Co by se stalo, kdyby slezl dolů? Jak se asi cítí ten větší? Co se stane, až ten malý vyroste? Pořád se bojí klovnutí?“ atd.

Většinou bylo možno tímto způsobem komunikaci navázat a prostřednictvím plastiky pracovat na silném až patologickém přenosovém vztahu. Jelikož terapie doposud pokračuje, nelze uvést, jaký efekt byl tímto neverbálním prvkem docílen ve své celkové podobě. Podle posledních informací je však obou ptáčků ze dřeva stále méně potřeba, pacientka již dokáže mluvit více o sobě a svých pocitech bez tohoto zástupného předmětu.

Domnívám se, že podobně jako u první ukázky (n.p.1), bylo pro tuto pacientku přijatelnější a bezpečnější mluvit o sobě skrze předmět, se kterým se navíc zcela vědomě identifikovala. Patrně by trvalo mnohem déle, než by se téma závislosti na terapeutce a analogie této závislosti ve vztazích pacientky obecně v rozhovorech otevřelo. Zvláště když pacientka byla zpočátku velmi opatrná, aby terapeutka nic nepoznala. Ukázka je také zajímavou ilustrací toho, že pacient není v psychoterapii pasivní činitel, ale mnohdy předčí svou aktivitou v psychoterapeutickém procesu samotného terapeuta.

**(I.) n.p. 4 a):**

V praxi se může stát také to, že neverbální prvek nemusí mít žádný účinek. Takový případ uvádí rodinná terapeutka, která se dlouhodobě setkávala při své práci se čtyřčlennou rodinou, se kterou se jen velmi obtížně komunikovalo na verbální rovině. Nikdo z jejích příslušníků nebyl příliš ochoten mluvit. Přestože terapeutka, jak uvedla, se většinou na jednotlivá sezení s rodinou zvlášť nepřipravuje a ponechává tak prostor pro spontánní průběh psychoterapie, tentokrát se rozhodla, že přinese na příští setkání

s touto rodinou Orffovo instrumentárium. Položila si otázku: „Když mluvením cesta nevede, tak co to zkusit jinak?“.

Avšak stalo se, že stejně tak jako se s rodinou „špatně mluvilo“, s Orffovými nástroji se špatně mluvilo také. Členové rodiny drželi křečovitě a bezradně hudební nástroje a neverbální komunikace skrze hudební výraz byla jakoby zamrzlá.

**n.p.4b):**

Kolega terapeut, který se rovněž sezení s rodinou účastnil, zareagoval na nastalou situaci pohotově a navrhl, že by mohli zkusit něco jiného. Pokusil se všechny zúčastněné přimět, aby každý sám za sebe ztvárnil nějaké zvíře. Dále informaci neupřesňoval. Terapeutka začala nápad rozvíjet a ukázala slona pomocí protažení jedné ruky překříženou přes druhou, kterou si přidržovala u nosu a znázornila tak sloní chobot.

Rodinní příslušníci nejprve hleděli na oba terapeuty nechápavě, ale přidal se otec rodiny, který si přitáhl kolena až těsně k bradě. Jeho pozice, jak poté uvedl, znázorňovala ústřici.

Po tomto pokusu bylo možno dále rozvinout rozhovor, který se týkal nejen otcových pocitů v terapii, ale podobných pocitů všech členů rodiny i v jiných situacích. Svým neverbálním projevem symbolizoval uzavřenost, kterou bylo možné sdělit i sdílet s terapeuty a ostatními členy právě touto neverbální analogií. Orffovo instrumentárium pro tuto rodinu možnost vyjádřit se v tomto případě nenabízelo.

---

(I.) Pozn.: Ukázkou jsem rozdělila na dvě části (a,b) proto, že se jednalo o jedno terapeutické setkání, ve kterém se však vyskytla různá práce s neverbálním prvkem dvakrát.

## **n.p. 5:**

Podobně jako ukázka předchozí, bude i tato příkladem toho, že práce s neverbálním prvkem nemusí vždy přinést očekávaný výsledek.

Čtrnáctiletá dívka, které byl asi ve dvanácti letech diagnostikován diabetes, se dostala do kontaktu s psychoterapeutkou skrze Pedagogicko-psychologickou poradnu proto, že odmítala chodit do školy. Ráno před odchodem často trpěla nauzeou, plakala a cítila se špatně jak psychicky, tak fyzicky.

V úvodním rozhovoru vyšlo najevo, že tyto potíže by mohly být ovlivněny strachem z neúspěchu, který tato dívka silně prožívala, a který byl umocňován pocitem nedostačivosti pro somatické onemocnění (diabetes) a zvláště pak naléháním její matky, aby v životě něco dokázala a byla úspěšná především ve školních výkonech. Podle pedagogicko-psychologického vyšetření navíc matka příliš neodhadla studijní předpoklady a schopnosti své dcery a dívku dlouhodobě svými nároky přetěžovala.

Pro adolescenty je důležité zažívat pocity úspěchu, seberealizovat se a získávat ocenění, které přispívá ke kladnému sebehodnocení a sebepřijetí a tím také k formování zralé osobnosti (viz. kapitola 3. Adolescence a specifika v terapii adolescentů). Této dívce se však příliš ocenění nedostávalo, především ne ze strany nejbližší osoby - matky. Intenzita potřeby kladného hodnocení a úspěchu tak pro ni silně narůstala. Jelikož však nebyla schopna zcela matčiným přáním v oblasti výkonu vyhovět, potřeba zažívat úspěch se patrně vystupňovala do strachu ze selhání. Ten se manifestoval také somatickými příznaky v podobě ranní nevolnosti před odchodem do školy.

V průběhu setkávání s touto dívkou zaregistrovala terapeutka také to, že je pro ni velmi obtížné vyjadřovat emoce v situacích, ve kterých své pocity nedokáže zcela kontrolovat a uhlídat. V jiných situacích tomu tak nebylo. Dokázala například velmi dobře popisovat pocity smutku, když je na nějakou dobu odloučena od svého psa. Vyjadřování emocí bylo

zablokováno pouze v takových okamžicích, kdy se dívka obávala, že se její emoční doprovod prožívání „vymkne kontrole“.

Mezi strachem ze selhání ve výkonových oblastech a neschopností vyjadřovat emoce a pocity v situacích, kdy se dívka cítí ohrožena nezvládnutím kontroly sama nad sebou, by mohla existovat souvislost. Pocit nedostačivosti ve školních výkonech podporovaný matčiny nespelnitelnými nároky se možná částečně přesunul také na oblast citovou, kdy se dívka obává neadekvátnosti a nezvládnutelnosti svých emočních prožitků.

Terapeutka se domnívala, že pro úspěšné pokračování psychoterapie by mohlo být prospěšné, pokud by se s adolescentkou pokusily postupně odblokovat její „zakázané“ emoce. Jako první krok k tomuto cíli zkusila dívce zadat techniku „čmáranice“, kterou se inspirovala od dětské psychoterapeutky V. Oaklanderové z knihy Třinácté komnaty dětské duše. Cílem byla snaha pacientku uvolnit z napětí, které bylo způsobeno její neustálou kontrolou sebe sama, a zkusit ji přimět k vyjádření emocí, kterých se obávala skrze projektivní metodu. Nebo alespoň zjistit, zda to bude možné.

Technika „čmáranice“ spočívá v tom, že dítě (adolescent) je vybídnuo, aby se zavřenýma nebo otevřenýma očima (jak chce), jakýmkoliv tahy pokreslilo čistý list papíru tak, aby na něm nezůstalo prázdné místo. Nemá se přitom snažit vytvořit konkrétní obrázek, ale pouze volně „čmárat“. Poté, co list papíru pokreslí, má se na něho podívat ze všech stran a obtáhnout nebo vybarvit místa, která něco připomínají. Hledá v nestrukturované změti čar tvary, obrazy apod. V této dodatečné úpravě má dovoleno také mazat, co se nehodí. Následuje rozhovor o tom, co vidí a terapeut může dítě vybídnout také k tomu, aby se s obrazem identifikovalo a zkusilo o něm mluvit jako o sobě.

Pokus o „čmáranici“ však u výše uvedené pacientky zcela selhal. Nebyla schopna udělat na papír ani čárku, ať už se zavřenýma nebo otevřenýma očima. Podle terapeutky, která se nad nastalou situací zamýšlela, k tomu došlo snad proto, že dívku tato zcela

nestrukturovaná situace zaskočila. Neumožnila ji totiž kontrolu nad tím, co dělá. Ani neverbální prvek v podobě projektivní kresebné techniky se tedy v tomto případě příliš neosvědčil a terapeutka s pacientkou musely hledat jiné cesty ke zdárnému vyústění psychoterapie.

Podle posledních informací se situace pacientky (ranní nevolnost před odchodem do školy) zklidnila až po té, co začala užívat medikaci (antidepresiva) a naučila se pravidelně provádět relaxační a dechová cvičení.

#### **n.p. 6:**

Patnáctiletá dívka byla dlouhodobě hospitalizována na dětské psychiatrické klinice v Praze Motole kvůli mentální anorexii. Po tomto pobytu byla předána k následné péči odborníkům z Centra krizové intervence (CKI) - Poradně pro lidi v tísní v místě svého bydliště, kde pokračovala v individuální psychoterapii. Užívala medikaci (antidepresiva) a navštěvovala zároveň ambulantního dětského psychiatra, který ji však předepisoval pouze léky a problémy s ní dlouze nerozebíral. Konzultace spočívala v napsání receptu.

Pacientka byla velmi samostatná a zodpovědná. V době zahájení psychoterapie v CKI navštěvovala devátou třídu, s výborným prospěchem. Mezery měla kvůli dlouhodobé hospitalizaci jen v matematice. Přála si dostat se na výběrovou hotelovou školu a nedostatky v matematice vnímala jako velmi stresující.

Náhled na své onemocnění s přáním vyléčit se a umět udržet anorexii pod kontrolou získala na dětské psychiatrické klinice, kde se setkala s dívkou, která trpěla rovněž mentální anorexií a vypadala podle slov pacientky velmi špatně. Nechtěla také tak dopadnout a začala výrazně spolupracovat s terapeutky. Její motivace k léčbě byla patrná i v průběhu následné individuální psychoterapie. Dívka si během hospitalizace oblíbila relaxaci a vyslovila přání na individuálních sezeních v tomto pokračovat.

Již na první schůzce s terapeutkou pacientka sdělila, že by chtěla být více svobodná, aby se nenechávala manipulovat lidmi ani svou nemocí. Byla si vědoma rizika, že mentální anorexie se může znovu naplno projevit. Stěžovala si také na to, že doma se jí samotné relaxace nedaří, neboť je stále nucena myslet na své mezery v matematice, které zároveň vyplňuje nutkavými myšlenkami na jídlo a na nic jiného se nemůže soustředit. Vyjádřila také svou potřebu povídat si s někým nezúčastněným.

S terapeutkou mohla na rozdíl od ambulantního psychiatra své pocity sdílet a svěřovat se jí. Při tomto setkání si připomenula postupy relaxačních cvičení, které již částečně zapoměla a přijala od terapeutky radu, aby zkusila doučování z matematiky a vyplnila tak mezery v učivu efektivněji.

Na dalším setkání dívka referovala, že doučování si opravdu našla a stav se opět zlepšil. Také relaxace doma se začaly více dařit.

Následující konzultace byla věnována nácviku komunikačních dovedností, neboť dívka sdělovala, že není schopna říci „ne“ a je tak často nucena udělat to, do čeho se jí vůbec nechce. Také si stěžovala, že není schopna přijímat pochvaly a nedokáže ani dát najevo, že by o pochvalu stála.

Jeden z terapeutických rozhovorů otevřel téma, které se týkalo vztahu pacientky se svou matkou. Dívka mluvila o tom, že necítí ze strany matky dostatečný zájem o to, co dělá, jak se jí vede a jak se cítí. A větší zájem by si moc přála. Měla pocit, že většinu matčiny pozornosti na sebe strhává mladší, mentálně retardovaná sestra. Terapeutka tedy navrhla, aby pacientka přišla na další setkání spolu s matkou.

Psychoterapeutku na první pohled zaujala velmi blízká fyzická podobnost matky i dcery. V průběhu rozhovoru však zjistila, že obě si jsou podobné nejen vzhledově, ale i povahově a že také jejich potřeby se příliš neliší. Během společného setkání vyšlo najevo, že obě by si spolu rády povídaly, ale ani jedna si o to té druhé nedokáže říci. Teprve v přítomnosti terapeutky si byly obě schopny vysvětlit, že o sebe mají zájem, ale

že je těžké dát to najevo. Nepříznivá situace, kdy dcera měla pocit, že jí matka věnuje jen málo pozornosti, byla v průběhu tohoto společného sezení prolomena. Matka s dcerou si od té doby začali povídat o svých pocitech, úspěších, ale i nezdarech a potížích. Dokonce si spolu plánovaly tzv. „holčičí chvílky“.

Terapeutka používala při práci s touto dívkou mnoho neverbálních technik, prvků a metod. Například Scénotest (nejen k diagnostickým, ale také terapeutickým účelům) nebo různé varianty tzv. „teploměru“. Jedná se o stupnici, na které pacient vyjadřuje stupeň své nálady („náladoměr“), zlobivosti, míry úzkosti apod., a zaznamenává na ni nejen současný a minulý stav, ale také například ideální míru, které by chtěl dosáhnout. Důležité je pozastavení se nad tím, co myslí, že by mu k dosažení ideálního stupně mohlo pomoci. Metodu lze použít formou tužka papír, ale jednotlivé stupně lze znázornit i jinak, jak bude patrné například v ukázce n.p. 9.

V tomto případě jsem se však ve vyprávění terapeutky zaměřila podrobněji na jeden neverbální prvek, nebo spíše techniku z katatymně imaginativní psychoterapie, kterou jsem v její práci zaregistrovala a která mě zaujala asi nejvíce. Pozornost jí bude věnována v následujícím textu.

Dívka nápadně často na setkáních hovořila o tématu, které se týkalo jejího sebepojetí. Nebyla si sama sebou příliš jistá, především ne v tom, zda dokáže vytrvale bojovat s onemocněním anorexií, o kterém věděla, že bude asi už navždy součástí jejího života. Také si byla vědoma, že záleží pouze na její vůli a na tom, zda anorexii dovolí, aby jí život vážněji narušovala. V tomto ohledu však pociťovala výraznou nejistotu.

Terapeutka spontánně dívce navrhla v okamžiku, kdy se téma nejistoty opět objevilo, imaginaci „růžového keře“, neboť s ní v podobných případech učinila dobré zkušenosti a chtěla vyzkoušet, jak na metodu zareaguje tato pacientka.

Imaginaci „růžového keře“, jak jsem se dočetla v literatuře, poprvé použil H. C. Leuner, zakladatel katatymně imaginativní psychoterapie. Metoda spočívá v tom, že terapeut

vybídne pacienta, aby zavřel oči, zkusil se uvolnit (k tomu se většinou používají různé relaxační metody) a poté aby se soustředil sám na sebe a představoval si, že je růžovým keřem.

V. Oaklanderová, která tuto metodou využívá v práci s dětskými pacienty, uvádí, že je prospěšné pokud dětem nabízíme různé návrhy a možnosti v průběhu imaginace. Například pomocí otázek: Jsi malý keř? nebo: Jsi Velký? Máš květy? Jaké jsou tvé kořeny? apod. Takové pobízení je vhodné především tam, kde dítě zaujímá obranný postoj nebo je více uzavřené. Pobídka k rozvinutí fantazie jim umožní, „*aby se uvolnily a mohly vstoupit do světa neomezených možností*“ a samy si vyberou, která varianta jim nejvíce vyhovuje nebo přijdou „*na něco lepšího*“ (Oaklander, 2003, s. 37).

Poté co imaginace odezní, dítě dle potřeby pomalu otevírá oči a svou představu má nakreslit a v následném rozhovoru kresbu popsat. Přitom se má opět vrátit do růžového keře a mluvit o něm jako o sobě. Komentář má velmi cennou diagnostickou i terapeutickou hodnotu.

Imaginace růžového keře se této pacientce, jak sdělila, velmi líbila a prožívala ji příjemně. Měla jsem možnost vidět její kresbu, která působila rovněž příjemným dojmem. Keř byl umístěn uprostřed papíru, ani příliš malý, ani velký, s malými růžovými kvítky. Ze staršího silného dřeva vyrůstaly mladé zelené výhonky. Všimla jsem si však, že na keři zcela chyběly trny, které obvykle růžové keře mají. Domnívám se, že skutečnost, že je pacientka vynechala zcela, by mohla symbolizovat její neschopnost říkat „ne“ a občasné tendence nechat sebou manipulovat. Keř bez jediného trnu působil poněkud bezbranně a podle vyprávění se tak pacientka v komunikaci s druhými občas (přes nácvik komunikačních dovedností) ještě cítila.

Důležitý však byl především pacientčin komentář k tomuto obrázku. Uvedla, že přestože keř vypadá jako malý a bezradný, není to tak úplně pravda. Není to sice ještě tak úplně



vidět, ale uvnitř je keřem velmi silným, protože pod tenkými větvičkami má skryté silné kmeny, které tenčí větvičky mohou vyživovat a umožňovat jim bohatý růst.

Pacientka v následném rozhovoru terapeutce sdělila, že pro ni technika růžového keře byla velmi cenná, protože si jejím prostřednictvím uvědomila svou vnitřní sílu, soudržnost a pevnost, a došla k poznání, že by mohla sama sobě více věřit.

Po této imaginaci, jejíž efekt byl, domnívám se, především podpurný, pacientka přestala na konzultace docházet, neboť, dle zpráv, které o sobě podávala telefonicky, se cítila dobře. Byla přijata na vytouženou školu a její tenze výrazně opadla.

Na konzultaci se sama objednala až po dlouhé době, kdy za sebou měla již jeden měsíc v nové škole a na internátě. Znovu se objevily (patrně vlivem změny prostředí) nutkavé myšlenky na jídlo a obavy, že kamarádky z internátu se tajně baví o její anorexii a také, že nezapadá příliš do nového kolektivu. S pomocí terapeutky však tuto situaci opět ustála a postupně přestala na psychoterapii docházet zcela. Našla si přítele a dokonce s klidným svědomím přijala i čtyřku z matematiky, která by ji předtím velmi trápila.

Psychoterapie měla ve své celkové podobě zdárný průběh, což bylo, domnívám se, způsobeno nejen bohatými zkušenostmi a dovednostmi psychoterapeutky, ale také pacientčinou motivací k práci na sobě samé. Během této individuální péče dívka prožila několik situací, kdy ji anorexie začala opět více ovládat, ale vždy dokázala nepříznivý vývoj svého stavu změnit. V ukázce se vyskytuje mnoho důležitých psychologických okamžiků, které dívce pomáhaly překonat nesnáze a mezi nimi také imaginace růžového keře. Domnívám se, že pro tuto pacientku bylo velmi důležité, že si mohla (byť v imaginaci) ověřit, že je uvnitř silná a že je hodna větší sebedůvěry. Neverbální prvek v podobě imaginace tak pacientce nabídl jednu z cest, jak tuto svou vnitřní kapacitu objevit a dostat se k ní blíže.

## 1.2. Případy z pozorování

Pozorování zaměřené na výskyt jevu, neverbálního prvku, v terapeutickém setkání jsem prováděla vždy na pracovišti, které jsem navštěvovala v rámci odborných praxí a stáží. Výběr institucí a pracovišť pro stáž byl vždy ovlivněn mým zájmem o dětskou klinickou psychologii a dětskou psychiatrii a také tématem diplomové práce, kterou jsem se chystala napsat. Ve všech odborných zařízeních, která jsem v průběhu stáží měla možnost poznat, byla velmi kvalitní úroveň péče o dětské pacienty a zajímavé je, že na každém z nich jsem zaregistrovala alespoň jedenkrát práci s neverbálním prvkem, přestože se většinou jednalo o verbálně zaměřená terapeutická setkání. Následující ukázky pocházejí většinou z psychoterapie skupinové (nejčastěji rodinné).

**Pracoviště, kde jsem sledovala a zde uvedla příklady práce s neverbálními prvky:**

Centrum rodinné terapie, Fakultní nemocnice Motol

Dětská psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice Motol

Pedagogicko-psychologická poradna Středočeského kraje Kolín, oblastní pracoviště Kutná Hora

Úvodem této kapitoly považuji za důležité upozornit na skutečnost, že následující ukázky jsou oproti předchozím ještě více zatíženy mými subjektivními dojmy, neboť se jedná o příklady, které jsem sama pozorovala. Vlastnímu porozumění jsem se však zcela nevyhýbala v žádné ukázce, která je v diplomové práci uvedena. Domnívám se, že zcela objektivní pohled v práci tohoto typu ani není realizovatelný.

### **n.p.7:**

Eva (17 let) byla hospitalizována na dětské psychiatrické klinice pro dg. mentální anorexie. S nemocí se potýká cca 1,5 roku. Jedná se o její první kontakt s podobnou institucí vůbec. Navštěvuje zde „verbální skupinu“ (takto je v DPK FN Motol skupinová terapie nazývána a je určena pro děti od 13 let, neboť odborníci v Motole se shodují, že od této věkové hranice je již jedinec schopen efektivně využívat verbální terapii).

Eva hovoří před skupinou o svých potížích, které se týkají jídla, excesivního cvičení, rozpadu vztahů, včetně rodinných, a sděluje, že nemá sílu s nemocí bojovat, přestože by se jí velmi ráda zbavila. Z mého pohledu je Eva je k léčbě skutečně motivována, což jsem u mnoha anorektických dívek, které jsem na skupinové terapii poznala, nezaznamenala. Terapie vypadá již z tohoto důvodu velmi nadějně a zdá se, že Eva potřebuje od odborníků především podporu. Je si vědoma, že na nemoc musí „vyzrát“ sama.

Skupinové setkání tentokrát patří Evě, která se na počátku hodiny sama přihlásila o slovo. Přála si o svých potížích promluvit. V momentu, kdy v diskusi odhaluje svůj strach a obavy z toho, že anorexii nezvládne a nedostane ji nikdy pod svou kontrolu, jí terapeutka vyzývá, aby s nemocí zkusila změřit své síly fyzicky.

Nabídne jí k tomu symbolicky svou osobu s tím, že si má představit terapeutku v roli mentální anorexie. Dívka s nápadem souhlasí a sděluje, že je zvědavá, jak to půjde.

Domluví se, že proti sobě postaví obě dlaně a Eva bude tlakem působit na dlaně terapeutky, která představuje anorexii. Jejím úkolem je snažit se ji přetlačit, unavit a zdolat. Eva je nejprve mírně rozpačitá, přikládá k terapeutčím dlaním své a sděluje opět, „to nemá cenu, já nemám sílu“. Když se však pustí do boje s anorexií v podobě terapeutky skutečně a oprostí se od svého pocitu neřešitelnosti, zjišťuje, že to není tak zlé. Terapeutka ji v zápase povzbuzuje slovy typu: „já jsem tvoje anorexie, jsem silná a nepřemůžeš mě, pořád na mě budeš myslet“, apod. Zvenčí to vypadá tak, že Eva je

terapeutkou skutečně přemáhána, několikrát je vytlačena až mimo kruh spolupacientů. Zdá se však, že Eva se jen tak nevzdává a neúspěchy ji motivují k tomu, aby více „zabrala“. Její výraz napovídá, že se na nemoc skutečně rozčílila a do symbolického boje se zcela vžila. Postupně dochází k tomu, že sice nepřetlačí terapeutku, ale nenechá se ani sama vytlačit mimo kruh.

Na dalších sezeních se toto cvičení opakuje a Eva je čím dál tím silnější a pouští se do boje s větší vervou. Zdá se, že si vede také v procesu úzdravy lépe, neboť během hospitalizace přibírá na váze a dostala již první vycházku domů (cca po 3 týdnech).

Domnívám se, že efektem terapeutčiny intervence v podobě neverbálního prvku, zde bylo Evino uvědomění, že tak jako dokáže zmobilizovat své fyzické rezervy, podobně by tomu tak mohlo být i s obnovením sil, které by ji pomohly vydržet nad psychickým nátlakem své nemoci. Eva se přesvědčila pomocí tělesného souboje, že není tak slabá, jak se zpočátku terapie domnívala, a zjistila, že kapacitu na zvládnutí tak závažného duševního onemocnění musí najít především sama v sobě, a že to je možné.

#### **n.p.8:**

Tato krátká ukázka je typickým příkladem nonverbálního prvku typu 2 (viz. definice). Situaci, ve které se odehrála, jsem pozorovala v Centru rodinné terapie.

Asi čtrnáctiletý chlapec seděl v čekárně a prohlížel si časopis, který ležel na stole. Jeho výraz a gesta, kterými doprovázel čtení časopisu (vzdychání, podpírání hlavy, nenavazování jakéhokoliv kontaktu s ostatními lidmi v čekárně – oči upřené do stránek časopisu) na mě působil dojmem „znuděnosti“ a zároveň rozzlobenosti.

Rodiče měli s terapeutkami sezení o samotě a chlapce měli přizvat ke konzultaci teprve později. Zdálo se, že situace rodinné terapie je pro něj nová a ne příliš srozumitelná. Patrně by se takové situaci raději vyhnul a dával to neverbálně najevo.

Když se pro něj dostavila jedna z terapeutek, aby se přidal na sezení spolu s rodiči, chlapec dal gesty i mimikou najevo naprostý nezájem o komunikaci s ní. Jeho „řeč těla“ byla nyní ještě více odmítavá. Terapeutka si toho všimla a nenechala se odradit.

Využila barevně vyvedeného obrázku indiferentních příšer na jeho tričku, které v celém kontextu negativistický postoj k rodinné terapii ještě zdůrazňovaly a zkusila s ním komunikaci přes tato „monstra“ slovy: „Hm, koukám, že ty příšerky na tvém tričku by mě nejraději sežraly, co?“ Chlapce patrně její postřeh zaujal a poprvé odklonil oči od časopisu, aniž by je „obracel v sloup“. Usmál se, a řekl, „hm, to jo“. Došlo k navázání očního kontaktu, chlapec, domnívám se, ocenil zájem terapeutky o jeho „protestní“ oděv, a náhle začal být ochoten více spolupracovat. Navázání pozitivnější komunikace bez toho, aniž by terapeutka využila vhodně neverbálního prvku v podobě jeho oblečení by bylo, domnívám se, mnohem obtížnější.

#### **n.p.9:**

Šestnáctiletá Kateřina bývá na terapeutické skupině vždy spíše zamlklá, nechce se jí o ničem mluvit, nerada hovoří o sobě a jen zřídkakdy se vyjadřuje k problémům druhých. Na dětské psychiatrické klinice je hospitalizována již třetí týden pro poruchu příjmu potravy nespecifikovaného typu. Váhu si sice na klinice udržuje v normě, ale bylo u ní shledáno velké riziko recidivy, pokud bude hospitalizace ukončena.

Působí na mě uzavřeným dojmem, z hlediska temperamentu spíše introvertně. Její neochota mluvit, především o sobě, by mohla být jejím temperamentovým laděním ovlivněna. Domnívám se, že sdělování svých pocitů před skupinou je u ní z větší části problematické proto, že se stydí.

V úvodu jednoho setkání se terapeutka v kruhu zeptala, jak se kdo cítí. Každý měl svou náladu vyjádřit pomocí výběru čísla od 0 k 10 (náladoměr). Nula znamená velmi špatnou náladu a desítka naopak nejlepší. Katka jako obvykle v tomto selhává, není schopna

uvést, jak se cítí. Oči má sklopené k zemi a „kroutí hlavou“, že neví. Je zamračená, vypadá smutně.

Terapeutka je si vědoma, že Katka mívá s verbální komunikací problém, a že v průběhu psychoterapeutických setkání je spíše stranou. Tentokrát ji však nenechala jen tak snadno vyhnout se jakékoliv diskusi o své osobě. Chtěla ji přimět, aby se více zapojila, neboť by to pro ni mohlo být prospěšně. Mohla ji v kruhu přejít a nechat bez odpovědi, což také několikrát učinila, protože ji nechtěla nutit. Na tomto sezení se na ni však více zaměřila a vyzvala, aby tedy neříkala číslo „náladoměru“, ale stupeň své nálady zkusila alespoň ukázat pomocí rukou. Natočila se i s křeslem směrem ke Kateřině a vysvětlila ji, jak to s tím vyjádřením myslí. Dlaně dala nejprve daleko od sebe a řekla: „hele, tohle je hodně dobrá nálada“ a poté, když dala dlaně jen kousek od sebe: „a tohle zase moc špatná, tak zkus ukázat, jak to máš dneska ty“. Instrukce byla podobná tomu, jako když rybář ukazuje, jak velkou rybu chytil.

Kateřina tentokrát zareagovala pozitivně a nesnažila se opět vyhnout rozhovoru slovy „nevím“ apod. Po celou dobu terapeutku se zájmem sledovala, pak se smutně usmála a ukázala beze slov, že její nálada není příliš dobrá. Dlaně měla cca 8 centimetrů od sebe. Terapeutka ji vyjádřila uznání, že dokázala alespoň tento malý krůček v komunikaci a slíbila jí, že se k její ne příliš dobré náladě později vrátí, až postupně všichni účastníci skupiny vyjádří svůj aktuální pocit pomocí „náladoměru“, tak jak bylo původně zamýšleno.

Nakonec citlivě zaměřila svou pozornost i pozornost skupiny zpět ke Kateřině, aby zkusila o své náladě povědět více (čím je to způsobeno, zda se jí událo něco nepříjemného, apod.).

Terapeutce se podařilo Kateřinu zapojit do dění ve skupině a do následné skupinové diskuse o tom, jak se kdo cítí, jaké pokroky v léčbě u sebe zaznamenala apod., přestože diskusi s ní nebylo ani nadále možno příliš rozvinout nebo alespoň ne tak, jako s ostatními pacienty.

Domnívám se, že bez tohoto zdánlivě nevýznamného kroku by se možná Kateřina ani tentokrát nerozpovídala vůbec. Nebyla nucena sdělovat číslo nálady a mluvit, do čehož se jí nechtělo a ani to patrně před skupinou nedokázala a zároveň se nemusela cítit přehlédnutá a neschopná, což jsou okamžiky pro adolescenty velmi citlivé.

Zdalo se, že terapeutčina vynalézavost přece jen zapůsobila a Kateřina tak mohla poznat, že o její osobu je také zájem. Tak jak jsem sledovala vývoj psychoterapeutické skupiny, udělala Kateřina z hlediska komunikace velký pokrok a zdálo se mi, že je spokojenější. Snad se začala cítit více účastna. Jak vypadaly příští „skupiny“ a zda na nich Kateřina rozvíjela diskuse o sobě samé, nevím, neboť jsem končila stáž.

#### **n.p.10:**

Petr (14 let) byl hospitalizován rovněž v Dětské psychiatrické klinice FN Motol. Důvodem byly stížnosti rodičů, spolužáků a také třídní učitelky ohledně problematického chování (krádeže, lhaní, kouření marihuany, roztěkanost). Již dříve mu byla u ambulantního psychiatra diagnostikována hyperkinetická porucha chování (F90.1), avšak stav se v poslední době výrazně zhoršil.

Na skupinové psychoterapii byl sám mezi samými děvčaty (na celém oddělení byli v té době jen dva chlapci) a snažil se na sebe vždy upoutat pozornost svých vrstevnic. V tomto ohledu vypadal velmi spokojeně a pyšně. Svým chováním narušoval skupinovou terapii a často se snažil vyprovokovat také terapeutku. Například si sedl a na druhou židli si dal nohy a čekal, jak a zda bude terapeutka reagovat. Ta se jeho chováním nenechala zaskočit, a když to zpozorovala, řekla: „Dovolíš?“, a sedla si vedle něho, tam kde předtím byly protestně jeho nohy. Více jeho chování nekomentovala. Petr neměl na vybranou, neboť žádost terapeutky byla laskavá, ale zároveň důrazná, sundal tedy své nohy z křesla a rezignoval.

V průběhu terapie byl Petr většinou velmi roztěkaný a nesoustředil se na to, co kdo říká. Když byl dotázán, co si o tématu, které se zrovna probíralo myslí, byl myšlenkami nepřítomen a komunikoval neverbálně s jednou z pacientek naproti v kruhu. Na výzvu terapeutky vůbec nereagoval, neboť ji patrně ani nezaregistroval. Ta se opět nenechala odradit, položila mu ruku na rameno, aby upoutala a ukotvila jeho pozornost a zdůraznila slovně, že se ptá na jeho názor. Petr teprve tehdy zpozorněl a začal se ptát „o čem je řeč“? Tato situace, kdy byl Petr „přistižen“, že je myšlenkami jinde, se ještě několikrát opakovala. Terapeutka ale vytyčila, co proti jeho nesoustředěnosti pomáhá a usměrnila ho dotykem na rameno nebo na temeno hlavy vždy, když zaregistrovala jeho nepozornost. Tentokrát již stačilo provést tento úkon beze slov a bez očního kontaktu, což bylo příznivé pro zbytek skupiny, neboť to neustále nenarušovalo verbální projev ostatních. Petr vždy zpozorněl a zapojil se do dění ve skupině.

K této ukázce je nutno uvést, že terapeutka kontakt zkusila a Petr nereagoval výrazným odmítnutím. Mohlo by se však stát, zvláště u adolescentů, že budou na dotek (především v oblasti hlavy – viz. kapitola 2.2.1.6. Terapie zaměřená na tělo) reagovat velmi negativně. Domnívám se, že k takové metodě je důležité přistupovat poněkud opatrně a nespoléhat na to, že výsledek bude kladný. V tomto případě se však pokus terapeutky podařil a byl efektivní.

#### **n.p.11:**

V pedagogicko-psychologické poradně v Kutné Hoře jsem vyzorovala jeden zajímavý neverbální prvek s polštářky na křesle. Přestože se v tomto případě nejednalo o psychoterapii, ale o poradenství, učinila jsem výjimku a případ jsem do ukázek zařadila.

Adolescentní dívka ve věku 15 let navštívila poradnu dvakrát, z důvodu profesního poradenství. Potřebovala (ona sama i její rodiče) poradit s výběrem vhodné střední školy. Nebyla u ní stanovena žádná diagnóza a nikdy nenavštěvovala psychologa ani



psychiatra. Při prvním sezení, kterého jsem se měla také možnost účastnit, jsem pozorovala, jak se dívka v křesle „ošívá“ a působí staženě a nejistě. Zdálo se, že neví „co s rukama a nohama“. Držení těla poté, co se usadila, bylo spíše shrbené. Než si do křesla sedla, působila na mě mnohem sebejistěji. Přemýšlela jsem, čím je to způsobeno. Snad tím, že pro ni byla tato situace zcela nová (do té doby s podobnou institucí zkušenost neměla). Možná se i obávala, jak na psychology působí, což je, domnívám se, v kontaktu s odborníky tohoto typu snad pro většinu lidí přirozené a nikoliv neobvyklé.

Poté, co jsem se jednou během konzultace s kolegyní usadila do výše uvedeného křesla sama, pochopila jsem její neverbální chování mnohem více. Připadalo mi, že na křesle něco chybí, že je zbytečně příliš velké, neútluné a nepohodlné.

Asi za čtrnáct dní měla tato dívka přijít do poradny ještě jednou, pro výsledky testování a na závěrečný rozhovor. Během časového odstupu, kdy dívka v poradně nebyla, se na pracoviště pořídily shodou okolností tři malé polštářky (dozvěděla jsem se až později, že ostatním kolegyním na křeslech rovněž něco nevyhovovalo), které se na jednotlivá křesla umístily. Příjemné změny si všiml každý. Nevzhledná velká křesla z koženky již nepůsobila tak nepřívětivě. Změnu v posezení jsem zaregistrovala také já, neboť jsem si uvědomila, že s polštářky lze učinit mnoho věcí například k odbourání napětí. Lze se za ně „schovat“, hrát si s nimi a tím zaměstnat ruce, se kterými si člověk v napětí neví rady, pohodlně se do nich opřít apod. Čekala jsem, co se bude dít, až přijde do poradny opět výše uvedená adolescentka.

Mé očekávání nezklamalo. Dívka nejprve zajásala slovy „já, to jsou pěkný polštářky“, a jen co dosedla, už jeden držela na klíně, druhý sebrala z vedlejšího křesla aby se do něj opřela a po celou dobu rozhovoru polštářkem všelijak otáčela a zaměstnávala tak své ruce. Působila mnohem méně napjatě oproti předchozímu setkání. Všimla jsem si, že polštářek jí poskytl oporu také v tom, že k němu mohla sklopit oči a prohlížet si jeho barevné struktury a tvary, když nevěděla, „kam s očima“.

Nelze vyloučit, že můj pohled na neverbální chování této dívky před a po pořízení polštářků mohl být mým subjektivním očekáváním výrazně zkreslen. Úlohu zde mohl sehrát také fakt, že se možná cítila více jistě proto, že zde byla již podruhé, ale osobně se domnívám, že polštářky v tomto případě pomohly významně.

### **1.3. Příklady práce s neverbálními prvky převzaté z literatury**

Výběr literatury, ze které pocházejí následující ukázky, byl spíše náhodný. Čerpala jsem z odborné literatury, která mě zaujala mnohdy pro svůj obsah nebo téma, které na první pohled nesouviselo s tématem diplomové práce. Pokud jsem však při čtení objevila jakýkoliv neverbální prvek, uvedla jsem jej v této podkapitole. Později jsem se snažila také o aktivní hledání příkladů podle klíčových slov. Prohlédla jsem tak spoustu učebnic a publikací, které se zabývaly psychoterapií, adolescencí, apod., ale málokdy jsem se setkala s konkrétními praktickými příklady, které by ilustrovaly práci s nonverbalitou v souladu s tématem diplomové práce, které jsem si vybrala. Množství ukázek je tedy, podobně jako v předchozích podkapitolách, poněkud omezené.

Přestože jsem v literárně-přehledové části diplomové práce uvedla, že dávám přednost „domácím“ zdrojům, v této kapitole budou převažovat zdroje zahraniční. Důvodem je to, že jsem v nich našla více kazuistik, které se týkají práce s neverbalitou.

**Ukázky pocházejí z následujících publikací (viz. Seznam použité literatury a internetových zdrojů):**

Jak mluví tělo

O nemocech duše

Ostrov rodiny

Systemická terapie a poradenství

## **n.p.12:**

Autoři metody a stejnojmenné publikace Ostrov rodiny jsou rodinní terapeuti Z. Rieger a H. Vyhnálková.

Jedná se o metodu či techniku, která se jim během dlouholeté praxe osvědčila nejen v terapii, ale také v diagnostice rodinného systému. Spočívá v kolektivní práci, pokud možno všech členů rodiny, kteří se mají pokusit představit si svůj domov jakožto svébytný ostrov, na kterém společně žijí. Představu poté přenášejí na list papíru, kde znázorňují hranice svého ostrova, umístění jednotlivých členů (včetně domácích zvířat) v prostoru, materiál, ze kterého je utvořeno oplocení, apod.

Variantou je modelování představy přímo v prostoru pracovny za použití provazů, židlí nebo polštářků. Důležitou součástí je rozmístění jednotlivců (obyvatelů ostrova) v jejich vybudovaném „sídle“. Na ostrov, který vymodelovali, se pak všichni osobně rozestaví. Pokud ostrov jen kreslí, pak své postavy znázorní pomocí koleček, čtverečků atd. Neopomíjejí ani nepřítomné členy, v pracovně je mají nahradit například výše uvedenými polštářky nebo prázdnými židlemi.

Z modelu vlastního ostrova rodiny, na jehož konečné podobě by se měli všichni účastníci shodnout, je patrné mnoho důležitých psychologických momentů. Například jak se kdo v rodině cítí, kolik má kolem sebe prostoru, zda si nepřipadá stísněně nebo naopak izolovaně. Přestože metoda je v primární fázi neverbální, nikdy se neobejde bez doprovodných diskusí, komentářů a často i střetů jednotlivých příslušníků ostrova. Terapeuti jejich práci pozorně sledují, mohou také připojovat své komentáře, a pokud je výtvar hotov, nastává fáze rozhovoru, během něhož mají terapeuti možnost rodinný systém více poznat a pochopit. Samotná spolupráce na modelu ostrova však mívá často také terapeutické účinky.

Z tohoto důvodu jsem metodu s názvem Ostrov rodiny zařadila do diplomové práce, přestože svou povahou splňuje spíše kritéria nonverbální techniky než pouhého prvku.

Jak jsem však uvedla v literárně–přehledové části, připouštím v definici neverbálního prvku i možný plynulý přechod v techniku, neboť někdy je jejich rozlišení obtížné.

Autoři Rieger a Vyhnálková popisují v této publikaci několik kazuistik, které jsou sice z etických důvodů smyšlené, avšak věrně kopírují situace, se kterými se v praxi skutečně setkávají. Ukázkou jedné takové kazuistiky, ve které se vyskytuje adolescentní chlapec zde uvádím.

Odborníky vyhledala rodina se dvěma dětmi, šestnáctiletým Davidem a třináctiletou Aničkou. Důvodem návštěvy byly podle rodičů problémy s Davidem, který začal chodit pozdě domů a někdy nepřišel vůbec. Jeho chování se zhoršilo po nástupu do 1. ročníku gymnázia, do té doby byl „*nesmírně bystrý a všímavý k přáním rodičů*“. S Aničkou podle rodičů potíže nebyly. Narozdíl od Davida ji považovali za vzornou.

Poté co terapeuti vyslechli stížnosti rodičů na Davidovo chování, požádali členy této rodiny (na setkání přišla celá nukleární rodina), aby namalovali svůj ostrov (zkráceně Or) na tabuli. Nejprve nechali malovat rodiče spolu a sourozence samostatně, aby mohli porovnat představy rodičů a dětí. Vysvětlili jim instrukci a dále sledovali, jak si budou počínat. Rodiče tedy malovali svou představu dohromady a David s Annou každý zvlášť.

Obrázek rodičů v konečné podobě symbolizoval symetrický kruhový útvar s pevnými hranicemi, kde všichni rodinní příslušníci stáli semknuti uprostřed útvaru. Anička nakreslila tvar hrušky, obklopený tvrzí, sebe s rodiči umístila doprostřed a Davida na vrchol, tam kde bývá u hrušky stopka. Dospívající David namaloval ostrov, který tvarem připomínal bumerang, na jehož jednom konci stál on, uprostřed mladší sestra a teprve na druhém konci oba rodiče.

Terapeuti si výtvary prohlédli a vyzvali nyní rodinu, aby ještě jednou vytvořila svůj „ostrov“ pomocí prádelní šňůry přímo v místnosti, tentokrát však všichni společně a s tím, že se na vytvořený Or zkusí poté i postavit.

Iniciativy se ujal nejprve otec, který za bezvýhradné podpory matky, své manželky i tentokrát vytvořil symetrický kruh stejně jako na obrázku. Když prohlásil, že dílo je hotovo, terapeut se zeptal: „*Chce ještě někdo něco udělat?*“. David, který tuto otázku, zdá se, velmi uvítal, se pustil do práce a celý ostrov předělal podle svého původního plánu na obrázku. Šňůru přemístil tak, že v prostoru ohraničovala bumerang nebo zakulacený srp. Rodiče Davidova aktivita zprvu rozlítla, podle reakcí se jim nelíbilo, že David vůbec má jinou představu než oni.

K dalšímu vyhocení došlo tehdy, když se na svůj ostrov měli postavit. Na jeho úzké bumerangovité pevnině bylo totiž jen velmi málo místa. David dokonce stál jednou nohou v „oceánu“. To otce rozčílilo ještě víc a přál si, aby se ostrov vrátil do podoby, kterou vytvořil prvně on. Zlobil se, že do toho David vůbec zasáhl a matka s ním.

Poté se rodina pokusila přeci jen o kompromis a dohodla se, že tedy zkusí znovu otcovu verzi. Výsledkem však bylo, že v symetrickém kruhu se všichni cítili ještě více stísněně, přestože všichni stáli na pevnině a ani David nepřepadl mimo ostrov.

Během této modelové situace padlo mezi jednotlivými členy mnoho dosud nevyslovených a zároveň inspirujících myšlenek. Asi nejdůležitější bylo Davidovo prohlášení, že už mu přeci není třináct let a že má právo na vlastní představy, plány, cíle a životní styl, přestože je od toho rodičovského poněkud odlišný.

Domnívám se, že v Davidově verzi Ostrova rodiny se výrazně projevila jeho potřeba a tendence vyhledávat pro sebe soukromí bez těsné blízkosti rodičů. Náznak potřeby postupného osamostatňování od nukleární rodiny spatřuji například v situaci, kdy David jednou nohou společný Or opouštěl (přepadával do prostoru oceánu).

Také podle terapeutů se měla rodina postupně vyrovnat s tím, že přechází do nové vývojové etapy, kdy je potřeba snižovat míru kontroly nad svým synem a nechávat ji více na něm samotném.

Po této a několika dalších konzultacích mohli rodinní terapeuti stanovit závěr, který zněl: „*typická vývojová krize, související s vyhraňováním dospívajícího syna, chystajícího se na separaci od Ora*“.

Rodiče i děti poté dostali od terapeutů jedno doporučení a to, že David si bude svou docházku domů kontrolovat sám, avšak vždy se s rodiči dohodne na nějakém čase. Pokud nesplní svůj slib, nebude jeho chování komentováno, ale pouze se provede zápis do kalendáře, jak se plnění daří. Pokud David překročí neplnění dohody 33% a více, pak to bude znamenat, že není schopen plnit dohody v souladu se svým věkem. (volně dle Rieger, Vyhnálková, 2001, s. 15, 16, 25-55)

### **n.p.13:**

Psychoanalyticky orientovaná terapeutka La Barreová popisuje ve své monografii s názvem *Jak mluví tělo* případ pacientky Donny, která vyhledala terapeutku pro neustálé a život obtěžující pochybnosti o sobě samé. Donna si jen velmi málo věřila a ke všemu co učinila, potřebovala ujištění okolí o tom, že je to správné. Domnívala se, že je neschopná a nemožná a problém ji značně komplikoval také partnerské i jiné mezilidské vztahy.

Předem nutno upozornit, že nevím, zda se jedná o adolescentku nebo dospělou ženu, neboť v kazuistice chybí údaj o jejím věku a také informace, podle kterých by bylo možno její věk posoudit. Pro La Barreovou asi nebyl tento údaj příliš důležitý, podstatou ukázky, kterou ve své publikaci uvedla, byla především ilustrace rozličné práce s neverbalitou. Proto jsem ji zařadila také do své diplomové práce.

La Barreová v pozici psychoterapeutky si po čase setkávání s Donnou uvědomila, že jí činí velké potíže se soustředěním na to, co Donna sděluje. A to přesto, že obsah jejich slov byl vždy, jak uvádí, důležitý.

Terapeutka se pokusila příčinu tohoto problematického soustředění na svou pacientku analyzovat, a přemýšlela, co to u ní samé způsobuje. Až po několika dalších sezeních si povšimla, že když s Donnou mluví, zaujímá vždy schoulenou pozici těla. Zjistila také, že se jedná o velmi rušivý moment, neboť se v této pozici necítila dobře, měla tak pocit sevřenosti, což ji proces naslouchání a soustředění značně ztěžovalo. La Barreová z počátku nerozuměla tomu, proč se vždy takto schoulí, neviděla žádný racionální důvod, proč by tomu tak mělo být zrovna při setkání s touto pacientkou. Pokud se však zaměřila na tělesnou pozici Donny, všimla si, že také ona zaujímá vždy schoulenou pozici. Dokonce nejen když sedí v křesle. Její záda se zakulatila a nahrbila, jakmile vstoupila do pracovny.

Tehdy si terapeutka uvědomila, že pacientčinu pozici sama nevědomě zrcadlí a cítí se v ní velmi nepříjemně, což ji v naslouchání skutečně brání. Barreová uvádí, že: *„tento typ pozičního zrcadlení se vyskytuje často ve většině interakcí, takže samo o sobě není nic neobvyklého“* (La Barre, 2001, s. 246). Přemýšlela však o tom, jak se asi cítí ve své pozici Donna, když to také u ni, jakožto u druhé osoby, vyvolává negativní pocity.

Při dalším setkání terapeutka vědomě změnila nezávisle na pacientce svou tělesnou pozici, aby ulevila nepříjemnému pocitu, který v ní vyvolávala a protáhla se ve svém křesle. Všimla si, že stejnou pozici zaujala tentokrát i pacientka. Barreová cítila, že doposud byla nucena k tomu, aby v pohybu napodobovala Donnu a nyní se poprvé stalo, že zrcadlila Donna ji. Pacientka si patrně také uvědomila, co se stalo a po krátké pauze začala náhle nahlas uvažovat o tom, že nebude nikdy schopna vyrovnat se své terapeutce. Teprve v tomto okamžiku byla Donna schopna sdělit, jaké pocity nedostačivosti v ní terapeutka vyvolává. Vnímala ji jako osobnost a autoritu. Podle toho, co dále sdělovala, vyšla najevo skutečnost, že si ji velmi idealizuje. Její povahu, schopnosti i vzhled považovala za bezchybný. Měla pocit, že se obléká lépe a barevněji než ona, že je přirozeně asertivní a obdivovala všechny rysy, které terapeutku charakterizovaly s tím, že pokud by se pokusila sama o změnu u sebe, nebylo by to nikdy

dostatečně opravdové, nevycházelo by to z jejího nitra. A Donna si přála být tak ideální, jako pro ni byla La Barreová.

Při dalším rozhovoru na toto téma se ukázalo, že Donna zaujímá svou schoulenou pozici proto, že si ve vztahu s terapeutkou připadá jako se svou matkou. Tedy nedostačivě a méněcenně.

Matka byla dle vyprávění pacientky přehnaně ovládající a chovala se vůči všem dětem v rodině tak, jako by byly mladší než ve skutečnosti. Donna se navíc cítila „ve stínu“ svých dalších sourozenců a byla často fyzicky trestána. Při rozhovoru s matkou často pociťovala bolest a svíravý pocit na hrudi, který ji nutil do schouleného postoje.

Podobnou pozici pak zaujímal také v terapeutických setkáních, protože terapeutka v ní vyvolala pocity méněcennosti svými „dokonalými“ vlastnostmi, které zažívala rovněž se svou matkou.

Donnino fyzické a neverbální chování, které si terapeutka uvědomila pomocí pozičního zrcadlení své pacientky, předcházelo porozumění a otevření tématu, které bylo pro další psychoterapeutický postup klíčové. La Barreová si uvědomila, že se jedná o „komplikovaný problém“, na kterém je třeba dále pracovat. Pomocí „řeči těla“ terapeutka zjistila, co ji brání v naslouchání a teprve po tomto uvědomění pro ni přestala být schoulená pozice rušivá. Mohla se tak na Donnino vyprávění lépe soustředit. (volně dle La Barre, 2001, s. 245-251).

#### **n.p.14:**

Následující případ práce s neverbálními prvky pochází z publikace s názvem Systemická terapie a poradenství autorů Schlippeho a Schweitzera. Publikace je doplněna krátkými kazuistikami, z nichž jednu zde uvádím.



Popisuje příběh terapeutky V. Satirové v rámci jednoho setkání s rodinou – matkou a dospívající dcerou. Do terapie přišly obě proto, že si nerozuměly, jejich vztah byl velmi konfliktní.

Již při prvním setkání se ukázalo, že problém bude nejspíš ve způsobu komunikace mezi nimi. Matka svou dceru v pracovních sezeních začala napadat a vznášela k její osobě různé stížnosti a obvinění. Dcera na to nijak nereagovala.

Případ je na první pohled velmi podobný s ukázkou, kterou jsem uvedla v úvodu (n.p.2). Avšak je odlišný způsobem práce s neverbalitou a také tím, že iniciativa tentokrát nevzešla od pacientky, jako tomu bylo ve výše uvedeném případě, ale od terapeutky.

V. Satirová nejprve sledovala chování obou zúčastněných a po chvíli, kdy už snad měla vytvořenou jasnější představu o tom, co potíže mezi matkou a dcerou ovlivňuje, přerušila matčin prudký výpad a požádala ji, zda by směla říci, čeho si všimla.

Překvapená matka, která zásah do své řeči proti dceři nečekala, souhlasila. Terapeutka ji uchopila za ruku a vyzvala ji, aby ukázala na dceru prstem. Poté co tak matka učinila a k dceři mířila obviňujícím gestem napřímeného ukazováčku, zeptala se terapeutka dcery, jak na ni toto matčino chování působí. Na to se dcera otočila k matce zády a více neříkala.

Terapeutka pokračovala dále a ptala se opět matky: *„Je to ono, čeho jste chtěla dosáhnout?“* Ta odpověděla, že nikoliv. Dcera na ni pohlížela odměřeně úkosem ze své pozice zády k ní. *„Jak by jste tedy mohla dosáhnout, aby dcera udělala to, co žádáte?“* ptala se terapeutka dále. Matka krátce přemýšlela a poté místo ukazováčku v rozkazující a obžalující pozici nastavila směrem k dceři otevřenou dlaň. Ta se k ní opět otočila čelem a s úsměvem. Takové gesto přijala mnohem lépe.

Po této krátké neverbální výměně spolu náhle matka s dcerou dokázaly mluvit o svých potřebách, přáních a touhách v jejich vztahu. S pomocí terapeutky si především matka uvědomila, že vyčítáním a obviňováním svou dceru nezmění.

Nevím, jak probíhala terapie dále, ale domnívám se, že pokud v sobě matka dokázala najít pro dceru gesto v podobě otevřené dlaně, což předvedla v pracovních rodinných terapeutů, podobně byla snad schopna otevřít se spolupráci s dcerou tak, aby jejich vztah byl kvalitnější, jiným způsobem než který používala doposud. (volně dle: Schlippe, Schweitzer, 2001, s. 122)

### **n.p.15:**

Příběh schizofrenní pacientky René a její psychoterapeutky M. Sechehayové je poněkud atypický a snad v celých dějinách psychoterapie ojedinělý. Do ukázek jsem jej právě pro svou atypičnost zařadila na závěr.

Jedná se o příběh, který mne velmi zaujal - vnímám ho jako podnětný pro zamyšlení a domnívám se, že se jedná o případ psychoterapeutickou veřejností spíše přehlížený.

Marguieret Sechehayová byla v padesátých letech minulého století ve Švýcarsku psychoanalyticky orientovaná psychoterapeutka. Ve své praxi se setkala s dívkou jménem René, která údajně trpěla schizofrenií. Tato diagnóza však nebyla nikdy potvrzena a mnozí se v současné době domnívají, že se jednalo pouze o neurózu. Doloženo však je, že René byla velmi plachá a patrně trpěla sociální fobií. Sechehayová se dívky ujala a terapeuticky s ní pracovala celých sedm let.

Vztah terapeutický však proměnila Sechehayová spíše ve vztah mateřský. Usoudila, v souladu s tehdejší psychoanalytickou praxí, že obtíže René jsou způsobeny frustrací v raném dětství, ranou poruchou vztahu k rodičům a že dívka ustrnula v orální fázi psychosexuálního vývoje. Snažila se proto svou pacientku provést tímto důležitým obdobím znovu a nahradit jí matku, jejíž vztah k dceři považovala za nefunkční.

Přiměla tedy René, aby se vžila do role batolete, přestože byla již téměř dospělá. Cílem bylo splnit dívce dodatečně její základní potřeby a přání, o něž byla jako kojeneček

ochuzena. Sechehayová postupně procházela s René všechny důležité okamžiky kojeneckého a batolecího období, chovala se k ní jako matka.

Mnoho situací, které se za normálních okolností mezi matkou a dítětem odehrávají, však nahrazovala symbolickými neverbálními prvky. Například René ve skutečnosti nekojila ze svého prsu, ale přikládala si pro větší autentičnost k hrudi jablko, které mělo prs nahradit a symbolizovat.

Také s ní uléhala do postele a dávala jí různé dárky na důkaz mateřské lásky, například panenku, s níž si potom se svou svěřenkyní i hrála. Patrně bylo takových okamžiků, kdy terapeutka pracovala s rozličnými neverbálními prvky více, v literatuře jsem však více informací nenalezla. Sechehayová považovala všechny neverbální momenty, které se mezi matkou a dítětem odehrávají (nebo mají odehrát), za důležité a domnívala se, že René by je měla znovu prožít, aby se vyléčila.

Obětavost terapeutky přinesla nečekané výsledky, René se po letech terapie skutečně uzdravila a dokonce vystudovala univerzitu (předtím by to nebylo možné, neboť měla značný strach z lidí a sociálních situací).

Metoda Sechehayové byla často kritizována, především proto, že byla časově i osobnostně velmi náročná. Někteří odborníci dokonce soudili, že René netrpěla schizofrenií, ale byla pouze neurotická (Vacek, 1996, s. 207,208). Domnívám se, že kritika je v jistých ohledech oprávněná, těžko si lze představit tak intenzivní úsilí a obětavost ke každému, kdo vyhledá terapii. Avšak pokud Sechehayová pomohla být jen jednomu pacientovi (ať už od psychotického onemocnění, nebo pouze od neurotické poruchy), domnívám se, že jí patří uznání.

V této ukázce jsem vyčerpala asi všechny informace, které jsem o příběhu René nalezla v literatuře a na internetových stránkách. Jsem si vědoma toho, že by jich bylo třeba více a domnívám se, že v tomto příběhu bychom našli také mnohem více neverbálních prvků. V dostupné literatuře však jakákoliv další zmínka chybí. Sama Sechehayová sice

napsala publikaci s názvem Autobiografie schizofrenní dívky (v orig. Autobiography of a Schizophrenic Girl), která vyšla v roce 1951 v New Yorku. V českém překladu však neexistuje a ani v originále jsem neměla možnost výtisk sehnat. Do knihovny katedry psychologie FF UK byl originál objednan, ale zatím nebyla žádost vyřízena.

Výše uvedenou ukázkou nebudu v další části diplomové práce analyzovat tak podrobně jako ostatní, neboť to není vzhledem k výraznému nedostatku informací ani možné. Zařadila jsem ji do příkladů spíše pro zajímavost, a protože mě osobně zaujala. (volně dle: Vacek, 1996, s. 207,208)

## **2. Analýza neverbálních prvků**

Tato kapitola bude věnována analýze neverbálních prvků, které se vyskytují v jednotlivých ukázkách (n.p.1–n.p.15). Zpracování dat bude provedeno formou kvalitativní.

V úvodu analytického procesu jsem si stanovila několik důležitých otázek, které budou předmětem podrobnějšího zkoumání. Podle následujících otázek bude analytická část také strukturována a rozdělena na několik dílčích kapitol.

### **Přehled nejdůležitějších otázek pro analýzu:**

- 1) Ve které situaci terapeutického setkání se neverbální prvek vyskytuje?
- 2) Jak konkrétní neverbální prvek vypadá?
- 3) Jakého účinku bylo pomocí neverbálního prvku dosaženo?
- 4) Byl efekt pozitivní, záporný nebo žádný?
- 5) O který typ neverbálního prvku (dle definice) se jedná?
- 6) Použil psychoterapeut vlastní (originální) přístup nebo převzal prvek z některého existujícího typu neverbální psychoterapie (viz. kapitola 2.2. Neverbální psychoterapie) – v tomto případě, o který terapeutický směr se jedná?
- 7) Iniciativa práce s neverbálním prvkem vychází od terapeuta nebo od klienta?
- 8) Byla tato iniciativa vědomá (předem připravená) nebo spíše intuitivní?
- 9) Které důležité charakteristiky vývojového období adolescence jsou u daného pacienta zjevně přítomny?

Odpovědi na výše uvedené otázky jsem vyhledávala v každé ukázce zvlášť a vždy je zaznamenávala do předem připravených tabulek. Jednotlivé tabulky jsou pro přehlednost spojeny do jedné rozsáhlejší, která je součástí přílohy diplomové práce a je nazvána Přehled faktorů pro analýzu neverbálních prvků. V průběhu vyhledávání informací a odpovědí na otázky, které jsem si předem stanovila, se občas přihodilo, že nebylo možné na některou z otázek najít odpověď vlivem nedostatku informací v konkrétní ukázce. Na takové případy je vždy upozorněno a jsou z dané části analýzy vynechány.

## **2.1. Situace výskytu neverbálních prvků**

První část analýzy je věnována zkoumání situací, které neverbální prvek vyvolaly. V jejím úvodu uvádím přehledovou tabulku, která zaznamenává odpovědi na otázku č.1.

Pokud se v některé ukázce vyskytuje více možných odpovědí a jevů najednou, jsou v tabulce očíslovány, aby bylo odlišeno, že se jedná o různé situace. Neznamena to však, že by uvedené pořadí znamenalo větší důležitost jednoho jevu oproti druhému. Protože se jedná o druhou tabulku v pořadí v celé diplomové práci, je označena číslem 2.

**Tabulka č. 2: Přehled situací výskytu neverbálních prvků v jednotlivých ukázkách**

Ukázka	Situace výskytu neverbálního prvku
n.p.1	pacientka obtížně hovoří o svých emocích a pocitech
n.p.2	vypjatá atmosféra, slovní napadání ze strany rodičů
n.p.3	1) silný přenosový vztah k terapeutce, 2) obtížná verbalizace pocitů
n.p.4 a)	nedostatečná verbální komunikace všech členů rodiny
n.p.4 b)	nedostatečná verbální komunikace všech členů rodiny
n.p.5	1) pokus přimět dívku k vyjádření pocitů podléhajících přílišné kontrole, 2) potřeba uvolnění napětí
n.p.6	pacientka se cítí nejistá a málo silná
n.p.7	dívka sděluje pocit nedostatku sil ke zvládnutí anorexie
n.p.8	chlapec odmítá s terapeutkou začít jakkoliv komunikovat
n.p.9	dívka nerada mluví před skupinou, nedokáže sdělit svou aktuální náladu
n.p.10	chlapec provokuje terapeutku, je na skupině neklidný, předvádí se
n.p.11	dívka působí nejistě, neví „co s rukama a nohama“, ošívá se, zjevné napětí
n.p.12	rodinná terapie, nespokojenost rodičů se synem – vyčítání, nepřijetí jeho potřeby osamostatňování
n.p.13	1) pacientka zaujímá pravidelně tělesnou pozici, která působí na terapeutku rušivě (skrze poziční zrcadlení), 2) pacientka se cítí nejistá sama sebou
n.p.14	rodinná terapie, matka verbálně napadá dceru
n.p.15	terapeutka v průběhu psychoterapie provází dívku předchozími vývojovými obdobími a koriguje tak její nezdárný vývoj

Pokud se zaměříme na situaci výskytu jevu – neverbálního prvku dle tabulky č. 2, lze si všimnout, že mnoho situací, ve kterých se neverbální prvky objevují v sobě obsahují určité společné znaky. Na základě těchto společných rysů jsem vytvořila několik kategorií, do nichž lze jednotlivé ukázky zařadit podle toho, který situační faktor (znak) v nich převažuje.

Pro tyto účely jsem stanovila následující kategorie s krátkým popisem podmínek pro začlenění jednotlivých ukázek do každé z nich:

**Vypjatá atmosféra:** patří sem znaky verbálního napadání (hádky, vyčítání, obviňování, odsuzování) v průběhu psychoterapeutického setkání mezi účastníky psychoterapie.

**Vnitřní tenze pacienta:** vnější projevy neklidu (ošívání se, nervozita, zaměštnávání horních končetin manipulací s předměty apod.), lze sem zařadit všechny situace, kdy je potřeba pacienta uvolnit.

**Neochota komunikovat** (II.): neochota o sobě mluvit nebo začínat komunikaci (vyhýbání se očnímu kontaktu, odmítavá verbální i neverbální gesta, staženost, nedostatečná angažovanost v komunikaci).

**Nedostatečná schopnost verbalizace:** neschopnost nebo obavy vyjádřit slovy pocity, problém, emoce. Rozdíl mezi kategorií Neochota komunikovat a Nedostatečná verbalizace spočívá v tom, že v prvním případě se jedná o záměr (pacient z různých důvodů komunikovat nechce – například mu nevyhovuje situace, terapeut apod.), zatímco při nedostatečné verbální komunikaci by pacient komunikoval rád, ale nedokáže to, stydí se, není toho z různých důvodů schopen. Tato kategorie obsahuje také situace, kde se u pacienta projevují obtíže při prožívání nebo vyjadřování svých pocitů a emocí (alexithimie, přílišná kontrola citových projevů, zablokování emocí apod.).

**Narušování průběhu psychoterapie:** jedná se o rušivé elementy v psychoterapeutickém setkání, které jsou vědomého i nevědomého obsahu. Může sem patřit záměrné vyrušování, jako akt provokace, nebo okamžiky, které nevědomě způsobují obtížné soustředění pacienta nebo terapeuta.

**Potřeba povzbuzení:** neverbální prvek se vyskytuje v situaci, kdy je verbalizace možná, avšak pomocí neverbální metody (prvku) může být vyslovené umocněno, vyvráceno nebo snadněji uchopitelné. Do kategorie lze umístit i takové ukázky, kdy pacient přichází do terapie s pocity méněcennosti.

**Symbolizace v praxi neproveditelného:** neverbální prvky zde slouží jako náhrada k prožití situací, které z různých důvodů nemohou být v psychoterapii opakovány nebo praktikovány



(II.) Pozn.: Kategorie s názvem Neochota komunikovat se týká především ukázky n.p.8. V tomto případě by možná pacient nejraději nekomunikoval ani nonverbálně, ale jak jsem uvedla v literárně-přehledové části diplomové práce, nekomunikovat zcela, není nikdy možné.

Jednotlivé kategorie uvádím v následující tabulce s přiřazením konkrétních ukázek do každé z nich s celkovým počtem výskytu ve všech ukázkách (n.p.1– n.p.15).

**Tabulka č. 2.1.: Zařazení ukázek n.p.1–n.p.15 do kategorií situací výskytu neverbálního prvku**

<b>Kategorie situace</b>	<b>Ukázky n.p.1 – n.p.15</b>	<b>Celkový výskyt v ukázkách n.p.1 – n.p.15</b>
Vypjatá atmosféra	n.p.2, n.p.12, n.p.14	3
Vnitřní tenze pacienta	n.p.5, n.p.11	2
Neochota komunikovat	n.p.8,	1
Nedostatečná schopnost verbalizace	n.p.1, n.p.3,n.p.4a), n.p.5, n.p.9,	5
Narušování průběhu psychoterapie	n.p.10, n.p.13	2
Potřeba povzbuzení	n.p.6, n.p.7, n.p.9, n.p.13	4
Symbolizace v praxi neproveditelného	n.p.3, n.p.15	2

Na základě údajů z tabulky č. 2.1. lze seřadit jednotlivé kategorie situací dle celkové četnosti výskytu ve všech ukázkách do následujícího pořadí (od nejfrekventovanější po nejméně častou kategorii).

- 1. Nedostatečná schopnost verbalizace**
- 2. Potřeba povzbuzení**
- 3. Vypjatá atmosféra**
- 4. Vnitřní tenze pacienta,**  
**Narušování průběhu psychoterapie,**  
**Symbolizace v praxi neproveditelného**
- 5. Neochota komunikovat**

Dle výše uvedeného pořadí je patrné, že výskyt neverbálního prvku nejčastěji vyvolaly situace, ve kterých byl dialog mezi terapeutem a pacientem ztížený vlivem nedostatečné schopnosti pacienta verbalizovat konkrétní problém, pocit nebo téma, o kterém by přitom mluvit chtěl (celkem 5 případů).

Ve 4 případech se neverbální prvek objevoval tehdy, pokud bylo potřeba pacienta povzbudit v komunikaci, podpořit jeho slova nebo se jejich obsah pokusit zkorigovat prožitím neverbální situace.

Neverbální prvky se celkem ve 3 ukázkách vyskytly v situaci vypjaté atmosféry mezi účastníky psychoterapie, ve které byl jeden z účastníků (nejčastěji identifikovaný pacient) verbálně napadán.

Další z častěji zaznamenaných situací, které se ve všech ukázkách vyskytly shodně 2x, jsou: vědomé, či méně vědomé narušování průběhu psychoterapie (v obou případech pacientem), situace vnitřní tenze pacienta a potřeba symbolizace v praxi nerealizovatelného.

Situace, která se ve všech ukázkách vyskytla jen jednou, a byla tedy nejméně častá, zůstává neochota pacienta komunikovat nebo komunikaci zahájit.

Závěrem první části analýzy lze konstatovat, že nejčastější situací, která vyžadovala podporu v podobě neverbálního prvku, je obtížná schopnost pacientů vyjádřit slovně své pocity, prožitky, emoce, téma, problém apod. Tato skutečnost je v souladu s názory některých odborníků z praxe, kteří uvádějí, že pro dospívající může být schopnost verbalizace ještě obtížná nebo nedostatečně rozvinutá (viz. kapitola 3.2. Specifika v psychoterapii adolescentů).

V mnoha případech se v ukázkách n.p.1 – n.p.15 vyskytuje více situačních jevů najednou, z toho důvodu jsou některé ukázky zařazeny do více kategorií. Pro umístění do

kategorií je rozhodující, které společné situační znaky jsou v ukázce dominantní a zjevné.

V některých případech bylo takové rozhodnutí složité. Například pokud se podrobněji podíváme na ukázkou n.p.9, můžeme zaregistrovat nejen obtížnou verbalizaci z důvodu studu pacientky. Její uzavřenost a nezúčastněnost na skupinové terapii by mohla být způsobena rovněž tím, že pacientka komunikovat vůbec nechtěla. Situace by tedy mohla být zařazena do kategorie Neochota komunikovat. Avšak domnívám se, že dominantní v tomto případě byla stydlivost a introvertovanost pacientky, která podle mého pozorování o komunikaci stála a potřebovala k tomu pouze povzbudit.

## **2.2. Podoba neverbálních prvků**

Následující část analýzy bude sestávat z popisu konkrétních neverbálních prvků.

Jedná se tedy o odpověď na otázku č. 2: Jak konkrétní neverbální prvek vypadá?

Použij k tomu opět tabulku.

**Tabulka č. 3: Popis konkrétní podoby (formy) neverbálních prvků**

Ukázka	Krátký popis neverbálního prvku
n.p.1	pacientka modeluje červivé jablíčko, kterým se cítí být
n.p.2	dívka se otočí ke všem zády, když je rodiči kritizována
n.p.3	pacientka vyrobí a přinese na setkání plastiku ptáčků ze dřeva, která má symbolizovat její vztah k terapeutce
n.p.4 a)	terapeutka navrhuje použití Orffových nástrojů
n.p.4 b)	rodina je vybíduta aby představila nějaké zvíře, otec se schoulí do ústřice
n.p.5	adolescentka má zkusit volně čmárat na čistý list papíru (technika "čmáranice")
n.p.6	imaginace růžového keře
n.p.7	své síly má pacientka demonstrovat fyzicky přetahováním s terapeutkou
n.p.8	terapeutka zkusí navázat hovor prostřednictvím "příšerek" na tričku chlapce
n.p.9	terapeutka nabízí možnost nemluvit, vyjádření pomocí „náladoměru“
n.p.10	adolescent je "ukotvován" pomocí dotyku terapeutky
n.p.11	umístění polštářků na nehostinná křesla, adolescentka s nimi může jakkoliv manipulovat
n.p.12	model "Ostrova rodiny"
n.p.13	poziční zrcadlení
n.p.14	verbální napadání navrhuje terapeutka nahradit neverbálním gestem a poté je matka vybíduta, aby zkusila jiné, které by dceru spíše přimělo k žádoucí reakci
n.p.15	kojení prsem je nahrazeno jablíčkem přiloženým na hrudi, terapeutka si s adolescentkou hraje, apod.

Z přehledové tabulky je patrné, že neverbální prvky v jednotlivých ukázkách nabývaly rozličných podob, nelze je tedy dále třídit do sjednocujících kategorií. Každý neverbální prvek byl svým charakterem výjimečný. Tato část analýzy slouží pouze k popisu jejich podoby, který může být užitečný pro snadnější představu o tom, co se v daných ukázkách při práci s neverbalitou událo.

### 2.3 Účinky neverbálních prvků

Následující analýza představuje popis efektu, kterého bylo pomocí neverbálního prvku v každé ukázce dosaženo. Zabývá se nejen tím, zda byl účinek kladný, záporný nebo žádný, ale podává také informaci o tom, jak se účinek projevil. Tato část analýzy je hledáním odpovědí na otázku č. 3 a 4, které jsem zaznamenávala do následující tabulky.

**Tabulka č. 4: Účinky jednotlivých neverbálních prvků**

Ukázka	Účinek neverbálního prvku	Efekt kladný (+) / žádný (-)
n.p.1	možnost verbalizace pocitů o sobě samé	+
n.p.2	1) „přepnutí“ komunikačního stylu - prostor pro zamyšlení, 2) zklidnění situace	+
n.p.3	1) verbalizace pocitů, 2) korekce závislého přenosového vztahu skrze dřevěnou plastiku	+
n.p.4 a)	žádný, jen zjištění, že nejde "mluvit" ani pomocí hudebních nástrojů	-
n.p.4 b)	následná verbalizace a rozhovor o tom, jak se cítí ústřice	+
n.p.5	žádný, dívka nepřijala pro ni nestrukturovanou situaci	-
n.p.6	pacientka dochází k uvědomění, že je uvnitř silná, začíná si více věřit	+
n.p.7	uvědomění skryté kapacity ke zvládnutí problému s anorexií	+
n.p.8	zahájení komunikace možné	+
n.p.9	1) podpora pro zapojení do dění ve skupině, 2) možnost vyjádřit náladu	+
n.p.10	větší soustředěnost při skupinové terapii, zklidnění	+
n.p.11	snížení intenzity napětí pomocí manipulace s polštářky	+
n.p.12	1) uvědomění příliš těsných hranic v rodině vzhledem k dospívajícímu synovi, 2) zklidnění konfliktní situace	+
n.p.13	1) verbalizace pocitů a problémů, které pacientku a následně také terapeutku nutí do schoulené pozice, 2) omezení rušivého vlivu	+
n.p.14	1) uvědomění, že nedorozumění s dcerou vězí v nevhodném způsobu komunikace, 2) zklidnění atmosféry	+
n.p.15	pacientka je vyléčena	+

Účinky neverbálních prvků, kterých terapeut nebo pacient svou aktivní či pasivní prací s neverbálním prvkem dosáhl, lze kategorizovat podobným způsobem jako jednotlivé situace v první části analýzy.

Kategorie účinků (efektu) práce s neverbálními prvky lze stanovit následovně:

**Podpora verbalizace:** tato kategorie zahrnuje všechny neverbální prvky, jejichž účinkem bylo umožnění verbalizace doposud nesděleného, obtížně sdělitelného, nebo zcela nesdělitelného (například vlivem studu pacienta nebo neschopností najít pro pocit či problém „správná“ slova). Účinky neverbálních prvků v této kategorii se týkají možnosti vyjádřit emoce a pocity, které byly předtím u pacienta zablokované nebo jejich vyjádření podléhalo přílišné kontrole.

**Zklidnění vypjaté atmosféry:** do kategorie je možno začlenit ukázky, kde se vyskytla konfliktní situace mezi účastníky psychoterapie (nejčastěji se jedná o příklady z oblasti rodinné terapie) a kde ke zklidnění této vypjaté atmosféry významně přispěl výskyt neverbálního prvku.

**Uvědomění vnitřních sil:** v příkladech n.p.1–n.p.15 se občas vyskytla situace, ve které pacient pochyboval o svých schopnostech a dostatku psychických sil, které by potřeboval k tomu, aby své psychické potíže překonal. Práce s neverbálním prvkem mu různým způsobem umožnila zažít zkušenost větší kompetentnosti a objevit svou skrytou kapacitu.

**Efekt žádný:** kategorie sjednocuje ukázky, ve kterých neměl neverbální prvek žádný význam a nepřispěl k jakémukoliv posunu v psychoterapii nebo nastalé situaci žádoucím směrem.

**Komunikace zahájena:** patří sem takové účinky neverbálního prvku, jejichž společným znakem je překonání neochoty zahájit komunikaci (s terapeutem, ostatními účastníky terapeutického setkání apod.) nebo se jakkoliv zapojit do psychoterapeutického procesu ze strany pacienta. Kategorie úzce souvisí s výskytem situace, kdy účastník psychoterapie z nějakého důvodu verbálně komunikovat nechce, přestože je jinak verbalizace schopen.

**Omezení rušivých vlivů:** v některých ukázkách lze zaregistrovat různé rušivé elementy, jejichž původcem je většinou více či méně vědomě pacient, a které negativně ovlivňují průběh psychoterapie, neboť znemožňují plné soustředění na situaci. Do kategorie lze začlenit takové příklady, kde neverbální prvek napomohl těmto rušivým vlivům zamezit.

**Zmírnění napětí:** kategorie sjednocuje případy, ve kterých bylo účinkem neverbálního prvku zmírnění vnitřní tenze pacienta, která byla předtím více či méně zjevná.

**Získání jiného pohledu na problém, otevření nového tématu:** práce s neverbálními prvky může mít i takové účinky, kdy pacient nebo účastníci psychoterapie dojdou k uvědomění, že potíže, kvůli kterým do terapie přišli, mohou být udržovány nebo ještě více komplikovány nevhodným způsobem řešení, o které se doposud snažili. Vlivem zařazení neverbálního prvku do terapeutického setkání může dojít k uvědomění některých skutečností nebo k větší ochotě si tyto skutečnosti připustit, které zdárnému vyřešení potíží brání. Do této kategorie zařazuji rovněž takové účinky, kdy neverbální prvek přinesl otevření nového tématu, o kterém bylo možno následně rozvíjet rozhovor.

**Symbolizace umožněna:** kategorie úzce souvisí se situací, ve které se neverbální prvek vyskytuje jako symbolický zástupce různé potřeby či přání pacienta. Efektem neverbálního prvku je zde to, že takovou symbolizaci umožňuje a pacient může skrze neverbální prostředky prožít to, co v reálném životě z různých důvodů nelze.

**Jiné:** tato kategorie je pouze doplňková a vytvořila jsem ji pro potřebu začlenění ukázky n.p.15, která je ve své celkové podobě velmi atypická a pro analýzu ne příliš vhodná. Efektem zde bylo vyléčení pacientky, což však bylo způsobeno vlivem mnoha jiných momentů v psychoterapii, nejen pomocí neverbálních prvků. Protože se domnívám, že k tomu významně přispěly, ukázkou n.p. 15 jsem se rozhodla alespoň částečně zapojit do analýzy. Ne ve všech částech analýzy to však bude možné (nedostatek informací v této ukázce).

Při pokusu o kategorizaci účinků neverbálních prvků v psychoterapeutických situacích jsem se opět setkala s tím, že některé ukázky bylo možné zařadit do více kategorií. Stejně jako v předchozím případě jsem se zaměřila na to, jaké účinky v dané ukázce převažují a jsou zjevné.

Stanovené kategorie účinků se zařazením ukázek n.p.1–n.p.15 shrnuji v následující tabulce.

**Tabulka č. 4.1: Přehled kategorií efektivity práce s neverbálními prvky se zařazením ukázek n.p.1 – n.p.15**

Kategorie účinku neverbálních prvků	Ukázky	Celková četnost výskytu ve všech ukázkách
Podpora verbalizace	n.p.1,n.p.3,n.p.4b),n.p.9	4
Zklidnění vypjaté atmosféry	n.p.2, n.p.12, n.p.14	3
Uvědomění vnitřních sil (pro zvládnutí problému)	n.p.6,n.p.7	2
Efekt žádný	n.p.4a),n.p.5,	2
Komunikace zahájena	n.p.8	1
Omezení rušivých vlivů	n.p.10, n.p.13	2
Zmírnění napětí	n.p.11	1
Získání jiného pohledu na problém, otevření nového tématu	n.p.1, n.p.2, n.p.3, n.p.12, n.p.13, n.p.14	6
Symbolizace umožněna	n.p.3, n.p.15	2
Jiné	n.p.15	1

Pokud se zaměříme na celkovou četnost výskytu jednotlivých kategorií efektivity neverbálních prvků ve všech ukázkách, pak lze kategorie seřadit od nejčetnější do nejméně četné do následujícího pořadí:

- 1. Získání jiného pohledu na problém, otevření nového tématu**
- 2. Podpora verbalizace**
- 3. Zklidnění vypjaté atmosféry**
- 4. Uvědomění vnitřních sil (pro zvládnutí problému),**  
  - Efekt žádný,**
  - Omezení rušivých vlivů,**
  - Symbolizace umožněna**
- 5. Komunikace zahájena,**  
  - Zmírnění napětí,**
  - Jiné**



Z výše uvedeného pořadí vyplývá, že neverbální prvky nejčastěji významně přispěly k získání nového úhlu pohledu na řešený problém a často také přinesly možnost otevření nového tématu, které do té doby nebylo v psychoterapeutickém setkání diskutováno ani sděleno (celkový výskyt 6 případů).

Dalším častým efektem práce s neverbálním prvkem bylo umožnění verbalizace obtížně sdělitelného (celkový výskyt ve 4 ukázkách). Neverbální prvek v těchto případech pomohl najít pacientovi vhodná slova k vyjádření svého pocitu, problému apod., což pro něho bylo předtím obtížné nebo dokonce nemožné.

Neverbální prvky se také osvědčily v situacích vypjaté atmosféry a bouřlivých emocí mezi účastníky psychoterapie. Celkem ve 3 případech neverbální prvek napomohl ke zklidnění této konfliktní situace.

Práce s neverbálními prvky napomohla 2x ke zvýšení pacientovy sebedůvěry a umožnila mu zjistit své skryté psychické rezervy a kapacitu pro zvládnutí potíží na neverbální úrovni.

Dalšími častými efekty nonverbálních prvků (momentů), které jsem zaregistrovala rovněž ve dvou ukázkách, bylo uvědomění a následná možnost omezení rušivých vlivů, které ztěžovaly soustředění pacientovy i psychoterapeutovy pozornosti na verbální projev a také umožnění symbolizace v praxi neproveditelného.

Pouze ve dvou případech neměl neverbální prvek účinek žádný.

Skutečnost, že práce s neverbálními prvky přispěla nejčastěji k možnosti otevření nového tématu a změnu úhlu pohledu na problém, považuji za velmi významnou, neboť v psychoterapii se jedná o důležité momenty. Zde se ukázalo, že neverbální prvky zauímají v této problematice důležité místo.

### 2.3.1 Porovnání situace a efektu neverbálního prvku

V průběhu analýzy jsem si utvořila hypotézu, podle které účinek neverbálního prvku svým charakterem úzce souvisí s podobou situace, která jej vyvolala - většinou nastalou situaci změnil v opak. Tuto úvahu se pokusím analyzovat a rozvinout v další části rozboru.

Prvním krokem bude pokus o přiřazení kategorií situací ke kategoriím účinků, které by spolu mohly souviset. V další fázi provedu porovnání těchto kategorií z hlediska shody situace a efektu, tj. pokusím se zjistit, zda v jednotlivých ukázkách neverbální prvek změnil nastalou situaci, nebo měl účinek jiný.

Kritériem k přiřazení je to, zda ke kategorii situace výskytu neverbálního prvku existuje kompatibilní kategorie účinku. Kompatibilní je v tomto případě takový účinek, který změnil nastalou situaci opačným směrem, tj. umožnil vyrovnat určitý deficit, který se v situaci vyskytl.

#### Přiřazení kompatibilních kategorií:

##### Kategorie situace

##### Kategorie účinku

Vypjatá atmosféra.....	Zklidnění vypjaté atmosféry
Vnitřní tenze pacienta.....	Zmírnění napětí
Neochota komunikovat.....	Komunikace zahájena
Nedostatečná schopnost verbalizace.....	Podpora verbalizace
Narušování průběhu psychoterapie.....	Omezení rušivých vlivů
Potřeba povzbuzení.....	Uvědomění vnitřních sil
Symbolizace v praxi neproveditelného.....	Symbolizace umožněna

Kategorie, které k sobě dle výše uvedeného kritéria přiřadit nelze, zůstávají: Efekt žádný a Získání jiného pohledu na problém, otevření nového tématu.

Zcela jsem z této části analýzy vyřadila kategorii s názvem Jiné, která zahrnuje pouze ukázkou n.p. 15, neboť ta je zcela atypická. Z ukázky n.p. 15 jsem však využila alespoň data, která se týkají účinku neverbálního prvku, pomocí kterého bylo možno symbolizovat v praxi neproveditelné, neboť to bylo dle dostupných informací možné.

Pomocí další tabulky provedu porovnání všech kategorií, které jsem k sobě přiřadila, z hlediska četnosti shody výskytu v jednotlivých ukázkách.

**Tabulka č. 5: Porovnání kategorií situace a kategorií efektu neverbálního prvku – shoda situace, ve které se neverbální prvek vyskytl a účinku nonverbálního prvku, kterým bylo docíleno změny této situace v ukázkách n.p.1– n.p.15**

Kategorie situace	Výskyt v ukázkách n.p.1 – n.p.15	Kategorie účinku	Výskyt v ukázkách n.p.1 – n.p.15	Shoda (počet případů)	Neshoda (počet případů)
Vypjatá atmosféra	n.p.2, n.p.12, n.p.14	Zklidnění vypjaté atmosféry	n.p.2, n.p.12, n.p.14	3	0
Vnitřní tenze pacienta	n.p.5, n.p.11	Zmírnění napětí	n.p.11	1	1
Neochota komunikovat	n.p.8,	Komunikace zahájena	n.p.8	1	0
Nedostatečná schopnost verbalizace	n.p.1, n.p.3,n.p.4 a), n.p.5, n.p.9	Podpora verbalizace	n.p.1, n.p.3, n.p.4b), n.p.9	3	2
Narušování průběhu psychoterapie	n.p.10, n.p.13	Omezení rušivých vlivů	n.p.10, n.p.13	2	0
Potřeba povzbuzení	n.p.6, n.p.7, n.p.9, n.p.13	Uvědomění vnitřních sil (pro zvládnutí problému)	n.p.6, n.p.7	2	2
Symbolizace v praxi neproveditelného	n.p.3, n.p.15	Symbolizace možná	n.p.3, n.p.15	2	0
-	-	Efekt žádný	n.p.4a), n.p.5	0	2
-	-	Získání jiného pohledu na problém, otevření nového tématu	n.p.1, n.p.2, n.p.3, n.p.12, n.p.13, n.p.14	0	6
<b>Celkem</b>	<b>19 situací</b>		<b>21 účinků (po odečtení 2 případů nulového efektu)</b>	<b>14 shod situace a efektu</b>	<b>13 neshod situace a efektu</b>

Z tabulky č. 5 je patrné, že situace, ve které se neverbální prvek vyskytl, byla celkem ve 14 případech z 19 neverbálním prvkem, který vyvolala změna a to v opačném smyslu. Pokud například pacient nebyl schopen sdělit, jak se cítí, neverbální prvek mu pomohl k tomu, aby svou aktuální náladu slovy vyjádřil. Situace se tedy zařazením neverbálního prvku změnila z pohledu – „nelze“ na „lze“ ve většině případů. Toto zjištění podporuje hypotézu o tom, že situace, ve které se neverbální prvek objevil, svým charakterem ovlivnila také podobu jeho účinku v opačném směru.

Na základě tabulky č. 5 lze zjistit další údaje. Pokud například od celkového počtu neshod situace a efektu (celkem 13 neshod) odečteme kategorii Efekt žádný (v celkovém počtu 2 případy), získáme údaj o tom, že neverbální prvek sice v 11 případech situaci, která ho vyvolala nezměnil, ale jeho účinek byl jiný, se situací nepřímo související.

Tuto skutečnost ilustruji pro lepší orientaci na příkladu. Zaměříme-li se v tabulce například na ukázkou n.p. 13, pak můžeme vidět, že potřeba pacientku povzbudit a pomoci jí nalézt svou skrytou kapacitu ke zvládnutí potíží (kategorie Potřeba povzbuzení) se s pomocí neverbálního prvku nepodařila, avšak práce s neverbálním prvkem byla efektivní v tom, že se podařilo otevřít nové důležité téma pro dialog, které mělo na budoucí průběh psychoterapie značný vliv (v tomto případě konfliktní vztah s matkou a bezvýhradné přejímání jejich názorů na svou osobu).

Dle výše uvedených dat v tabulce č. 5 lze zaregistrovat další zajímavou skutečnost, která se týká počtu situací a počtu účinků neverbálního prvku. Rozdíl mezi celkovým počtem situací výskytu neverbálních prvků (19) a celkovým počtem účinků těchto neverbálních momentů (23) v ukázkách totiž naznačuje, že v některých případech jeden neverbální prvek ovlivnil pozitivně hned několik faktorů, které se v situaci odehrály a umožnil tak rozvinutí psychoterapie více směry.

Některé kategorie situace a efektu nejsou navzájem kompatibilní, jak je z tabulky i předchozího textu zřejmé. Z hlediska efektivity práce s neverbálními prvky tak vznikly dvě

nové kategorie, které v tabulce stojí samostatně. Jedná se o kategorii Efekt žádný a Získání jiného pohledu na problém, otevření nového tématu. Zejména druhá zmiňovaná kategorie účinků se vyznačuje značnou četností v jednotlivých ukázkách práce s neverbálními prvky (celkem 6 případů). Zvláště z tohoto údaje vyplývá, že neverbální prvek nemusí vždy změnit situaci v opačném směru a může mít účinek zcela nepředvídatelný a odlišný od původní situace, která ho vyvolala.

Podrobnějším rozbořením tabulky č. 5 je rovněž možno zjistit, který neverbální prvek byl „nejúčinnější“. Jedná se o takový nonverbální moment v dané ukázce, který převyšuje počtem účinků ostatní. V tomto ohledu jsem zaznamenala jako nejefektivnější neverbální prvek v ukázce n.p.3 (pacientka přinesla na setkání výtvar znázorňující dva ptáčky), který měl celkem tři možné efekty. Usnadnil pacientce verbalizaci pocitů, umožnil symbolizaci přenosového vztahu mezi pacientkou a terapeutkou a tím napomohl k jeho následné korektivní práci a přispěl významně při otevření nového tématu, které předtím nebylo v terapii vysloveno. Mezi další neverbální prvky, které svou účinností převyšují ostatní patří: n.p.1, n.p.2, n.p.12, n.p.13 a n.p.14. U všech jsem zaznamenala celkem dva efektivní momenty. Shodně se uplatnily jako důležité činitele při otevření nového tématu nebo získání jiného úhlu pohledu na problém. N.p. 1 též napomohl k usnadnění verbalizace, n.p.2, n.p.12 a n.p.14 se výrazně podílely na zklidnění vypjaté atmosféry a n.p.13 přispěl k omezení rušivých vlivů v terapeutickém setkání.

Z údajů, které se týkají pozitivního nebo žádného efektu je patrné, že neverbální prvek se v praxi neosvědčil pouze ve dvou případech. Účinek se neprojevil v případě neverbálního prvku n.p.4a) a n.p.5. V příkladu n.p.4a) nenapomohlo k vyjádření, které bylo verbálně zablokováno, ani Orffovo instrumentálum (tj. nástroje používané v muzikoterapii) a v situaci n.p.5 nepřijala dívka nestrukturovanou situaci v podobě techniky „čmáranice“.

Z celkového pohledu se však neverbální prvky v terapii s dospívajícími jedinci spíše osvědčily (21 účinků oproti 2 nezdarům).

## **2.4. Rozbor neverbálních prvků z hlediska jejich typu, iniciativy pacientů a terapeutů a nonverbálních terapeutických přístupů, které odborníci v praxi nejčastěji využívali**

V této části analýzy jsou předmětem zkoumání všechny ukázky práce s neverbálními prvky z několika různých hledisek, které spolu více či méně souvisí. Jedná se o hledání odpovědí na otázky č. 5, 6, 7 a 8.

V jednotlivých příkladech budu zjišťovat například otázku iniciativy pro zařazení neverbálního prvku do psychoterapeutického setkání – zda se jednalo o vědomou, či spíše intuitivní aktivitu nebo zda tato aktivita vzešla od terapeuta nebo pacienta.

Dále se zabývám typem neverbálního prvku v každé ukázce (dle definice 1 nebo 2) a zda terapeut či pacient vnesl do setkání neverbální prvek, který si vypůjčil z některé techniky určitého nonverbálního psychoterapeutického přístupu. V těchto případech zjišťuji, o který psychoterapeutický přístup se jedná nebo zda byl psychoterapeut / pacient ve svém počínání originální a vynalezl vlastní metodu.

Předmětem další analýzy je to, zda a jak spolu výše uvedené jevy souvisí.

V úvodu uvádím tabulku, která je přehledem odpovědí na otázky č. 5, 6, 7 a 8, které jsem stanovila v textu výše. Jednotlivé otázky, které zde pro větší přehlednost zopakují, jsem navíc rozšířila následujícím způsobem:

5) O který typ neverbálního prvku (dle definice 1 nebo 2), který se v případě vyskytl, se jedná? Který z těchto typů ve všech ukázkách převažuje?

6) Použil psychoterapeut vlastní (originální) přístup nebo převzal prvek z některého existujícího typu neverbální

psychoterapie (viz. kapitola 2.2. Neverbální psychoterapie)

- popřípadě o který terapeutický směr se jedná? Které nonverbální terapeutické přístupy nebo nonverbální prvky z nich vypůjčené terapeuti využívali nejčastěji? Do jaké míry byli terapeuti ve svém přístupu originální?

7) Iniciativa práce s neverbálním prvkem vychází od terapeuta nebo od klienta? Byli terapeuti aktivnější v iniciativě k práci s neverbálním prvkem než pacienti?

8) Byla tato iniciativa vědomá (dopředu připravená) či spíše intuitivní? Který typ iniciativy se v případech vyskytl častěji?

Z výše uvedeného je patrné, že otázky jsem rozšířila ve smyslu množství výskytu jednotlivých faktorů, které budou dále analyzovány.



**Tabulka č. 6 Přehled dalších faktorů pro analýzu neverbálních prvků**

Ukázka n.p.1 – n.p.15	Typ n.p.1 / 2	Originální přístup / neverbální komunikace / neverbální terapeutický přístup	Iniciativa od terapeuta / pacienta (T / P)	Iniciativa vědomá / intuitivní (V / I)
n.p.1	1	Arteterapie	T	V
n.p.2	2	neverbální komunikace a chování	P	I
n.p.3	1	Arteterapie	P	V
n.p.4a)	1	Muzikoterapie	T	V
n.p.4b)	1	Psychogymnastika	T	I
n.p.5	1	Arteterapie	T	V
n.p.6	1	Katatyvně imaginativní psychoterapie	T	I
n.p.7	1	Psychogymnastika	T	V
n.p.8	2	neverbální komunikace a chování	T	I
n.p.9	2	neverbální komunikace a chování	T	V
n.p.10	1	Terapie zaměřená na tělo	T	I
n.p.11	2	neverbální komunikace a chování	P	I
n.p.12	1	originální přístup	T	V
n.p.13	2	neverbální komunikace a chování	T	I
n.p.14	2	neverbální komunikace a chování	T	I
n.p.15	2	originální přístup	T	V

Jednotlivé údaje z výše uvedené tabulky lze pro větší přehlednost shrnout následujícím způsobem. Jedná se o vyjádření četností výskytu jednotlivých jevů, které tabulka č. 6 představuje. Především těm bude věnována zvýšená pozornost v následujícím textu.

**Tabulka č. 6.1. Přehled četností výskytu jednotlivých faktorů dle tabulky č. 6.**

	Celkový výskyt ve všech ukázkách n.p.1 - n.p.15 (četnosti výskytu)
Iniciativa vědomá	8
Iniciativa intuitivní	8
Typ neverbálního prvku 1	9
Typ neverbálního prvku 2	7
Iniciativa vědomá se zařazením prvku typu 1	6
Iniciativa vědomá se zařazením prvku typu 2	2
Iniciativa intuitivní se zařazením prvku typu 1	3
Iniciativa intuitivní se zařazením prvku typu 2	5
Iniciativa od terapeuta	13
Iniciativa od pacienta	3
Neverbální prvek typu 2 - neverbální komunikace a chování	6
Neverbální prvek typu 1 pochází z techniky:	9
Arteterapie	3
Muzikoterapie	1
Terapie zaměřená na tělo	1
Katarticky imaginativní psychoterapie	1
Psychogymnastika	2
originální přístup (není převzat z žádného nonverbálního terapeutického směru)	2

Na základě údajů, které poskytuje tabulka č. 6. a 6. 1. lze konstatovat, že neverbální prvek se častěji objevoval v podobě typu 1 (celkem 9 ze 16ti případů), tj. jako část nebo fragment, který si terapeut vypůjčil z některého nonverbálního psychoterapeutického přístupu, popřípadě vynalezl neverbální prvek vlastní – originální přístup.

Pojmem intuitivní iniciativa, který v tabulce používám, označuji takovou aktivitu, která proběhla bez jakékoliv předchozí přípravy nebo plánování. Intuitivní podnět k rozvinutí výskytu jevu neverbálního prvku je spíše spontánní reakcí zúčastněných. Intuice je založena především na zkušenostech, které člověk učinil v průběhu svého života. Slovníky uvádějí, že se jedná o výsledek vnitřního myšlenkového procesu, který člověku sděluje, co má udělat, nikdy mu ale nenapovídá, proč tak má jednat ([http://cs.wikipedia.org/wiki/Intuice.](http://cs.wikipedia.org/wiki/Intuice), cit. 03.04.2008). Naproti tomu termínem iniciativa

vědomá označují takovou aktivitu, kterou předem terapeut nebo pacient plánoval, a přemýšlel o jejím efektu.

Uvědomuji si, že otázka, zda iniciativa vzešla od pacienta (značeno P) nebo terapeuta (T) je mnohdy nejednoznačná. Například v ukázce n.p.11 pořizuje polštářky na křeslo jedna z terapeutek, ale teprve dívka je využije ke zmírnění svého napětí. Podobně jako v příkladu n.p.8. Tričko s „příšerami“ si oblékl chlapec a zřejmě tím i (ať už vědomě či nevědomě) částečně vyjadřoval svůj postoj k situaci, která ho měla čekat v pracovních rodinných terapeutů. Mohl takto oblečen přijít se záměrem vyprovokovat nějakou reakci, ale byla to až terapeutka, která skutečně zareagovala a použila jeho oděv k prolomení bariéry v samotném začátku komunikace. V prvním případě tedy považuji za iniciativní adolescentku, zatímco ve druhém terapeutku.

Ve všech ukázkách, kde se neverbální prvek vyskytl v podobě neverbální komunikace a chování byl neverbální prvek zároveň typu 2. Tato skutečnost vyplývá již ze samotné definice neverbálního prvku tohoto typu. Předpokládala jsem, že v ukázkách, kde terapeut (nebo pacient) vyvinul iniciativu k práci s neverbálním prvkem vědomě, by se mělo zároveň jednat o neverbální prvek typu 1 – tedy o takový prvek, který byl převzat z některého existujícího nonverbálního terapeutického přístupu. Naopak v případech, kde byla iniciativa spíše intuitivního charakteru, jsem očekávala, že se zároveň bude jednat o neverbální prvek typu 2 (různé momenty z nonverbální komunikace a chování). Zařazení neverbálního prvku 1. typu do terapeutického setkání totiž podle mého názoru častěji vyžaduje určitou přípravu a plánovitost. Tato hypotéza nebyla dle údajů uvedených v tabulce č. 6 vyvrácena. Terapeut nebo pacient využil vědomě neverbálního prvku typu 1 ve většině případů (6 z celkového počtu 8 ukázek), kde se vyskytla iniciativa vědomá.

Intuitivně pak účastníci terapeutického setkání využili neverbálního prvku typu 2 v 5 případech z 8 příkladů, ve kterých se jednalo o iniciativu intuitivní.

Skutečnost, že také pacient v jednom případě vnesl do terapeutické situace neverbální prvek typu 1 (tedy část techniky, která je používána v některém typu nonverbálního psychotherapeutického přístupu) vědomě (viz. ukázka n.p.3), by mohla nasvědčovat tomu, že veřejnost je s různými typy psychoterapie rovněž do určité míry seznámena. Domnívám se, že většina populace bez ohledu na vzdělání někdy zaslechla informace o metodě arteterapie a tuší alespoň její existenci - to se zde také částečně projevilo. K jednoznačnému závěru by bylo potřeba uvedenou skutečnost mnohem podrobněji zkoumat. Podle mého názoru se jedná o pozitivní jev, jestliže se veřejnost zajímá více o psychotherapeutické metody, neboť lidé v nich mohou nalézt významný zdroj podpory svého duševního zdraví sami, bez toho, aniž by museli vyhledat odborníka.

Zajímavé jsou údaje, které ukazují, od koho vzešla aktivita (iniciativa) pro zařazení některého neverbálního prvku do průběhu psychotherapeutického setkání. Byli v tomto ohledu aktivnější terapeuti nebo pacienti? Pokud se zaměříme na součet počtu aktivit terapeutů a pacientů v tabulce č. 6. 1. zjistíme, že skóre jejich aktivit je 13:3 ve prospěch terapeutů. Přestože psychotherapeuti byli v práci s neverbalitou výrazně aktivnější, považuji za významnou skutečnost, že alespoň v některých případech přišel s nápadem zařadit neverbální prvek do psychoterapie sám pacient. Domnívám se, že to nasvědčuje tomu, že pacienti nejsou v terapeutickém procesu pouze pasivní „trpitelé“. Zdá se tedy, že ani slovo pacient není v oblasti psychoterapie příliš výstižné, neboť v původním významu z latiny nejenže označuje osobu trpící, ale slovo je rovněž trpného (pasivního) rodu. Přesto jsem nadále rozhodnuta používat raději tento termín, než slovo klient. Důvody jsem vysvětlila v poznámce k úvodu diplomové práce. Pokud bych v psychoterapii od termínu pacient opustila, domnívám se, že by tak mělo být učiněno také v oblasti medicíny, neboť i tam vyžaduje léčba aktivní spolupráci jedince. Také podle L. Brodové každý člověk, který vyhledá pomoc lékaře musí na svém uzdravení spolupracovat a především chtít pomoci, „*v první řadě si musí nechat dát i zlomenou*

*nohu do dlahy*“. Další proces, který se týká hojení rány nebo zlomeniny pak považuje Brodová z velké části za „*sebeúzdравu*“ (ústní sdělení, 06.10.2007).

Ukázalo se, že psychoterapeuti byli v práci s neverbálními prvky originální pouze ve dvou případech - k tomu je nutné vzít v úvahu, že určitá úroveň originality psychoterapeuta byla potřebná zároveň ve všech případech, kde měl neverbální prvek podobu neverbální komunikace nebo chování (jedná se tedy o typ 2 - dle definice). Zde neexistuje žádný předem předepsaný postup a reakce na neverbální signál od pacienta vyžaduje pohotovost a vynalézavost ze strany terapeuta vždy. Pokud připočteme k výskytu jevu originálního přístupu všechny ukázky práce s neverbálními prvky typu 2, pak se míra vynalézavosti psychoterapeutů významně zvýší. Od tohoto počtu je však nutné odečíst případy, kdy iniciativa pro použití prvku typu 2 vzešla od pacienta, neboť pak se jedná o jeho originální přístup. Dodržením tohoto pravidla dospějeme ke zjištění, že terapeut reagoval svým vlastním originálním přístupem na nastalou situaci celkem 6 x, tj. aktivita psychoterapeutů byla originální téměř v polovině případů (celkem 16 ukázek). V ostatních situacích se terapeuti patrně opírali spíše o osvědčené postupy a metody, se kterými se v průběhu vzdělávání seznámili (například prvky z arteterapie atd.)

Neverbální prvky nejčastěji pocházely z dílny arteterapeuticky orientovaného přístupu (četnost výskytu 3 situace), následoval přístup originální a psychogymnastika (obojí v počtu 2 případů). Terapeut využil v jednom případě prvek z muzikoterapie, terapie zaměřené na tělo a jedenkrát rovněž z přístupu katatymně imaginativní psychoterapie.

Rozhodnutí o tom, ke kterému nonverbálnímu přístupu se prvek v ukázce vztahuje, jsem provedla na základě informací, které jsem o jednotlivých terapeutických školách získala z literatury. V literárně-přehledové části je každý z těchto přístupů stručně popsán. Informace, které jsem v kapitole uvedla, jsou pouze orientační a slouží k seznámení s nonverbálními přístupy praktikovanými na území ČR obecně. Nebylo tedy možné pracovat s touto kapitolou ve smyslu hlubší analýzy neverbálních prvků typu 1 a bylo nutné přibrat na pomoc odbornou literaturu.

Pokud by se podařilo shromáždit pro analýzu více ukázek, domnívám se, že by se v nich objevily neverbální prvky převzaté z mnoha dalších nonverbálních přístupů, například také z dramaterapie nebo dokonce tanečně-pohybové terapie, apod.

## **2.5. Charakteristické problémy souboru pacientů ve vztahu k období adolescence**

Poslední část analýzy zachycuje některé psychologické charakteristiky a problémy adolescence jako vývojového období, které jsou u souboru pacientů v jednotlivých ukázkách přítomny. Informace nemají vždy přímou souvislost s neverbálními prvky, které se vyskytly v daném terapeutickém setkání. Uvádím je zde pro ilustraci potíží, se kterými adolescenti mohou do terapie přicházet a charakteristických projevů adolescence, které specifickým způsobem mohou ovlivňovat průběh terapeutických setkání.

Nejedná se vždy o psychické potíže, které by splňovaly diagnostická kritéria dle MKN – 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize). Psychoterapii však mohou navštěvovat nejen jedinci s diagnostikovanou duševní poruchou, ale také s problémy, které ještě nevykazují znaky psychopatologie, avšak jsou přesto pro jedince nebo jeho okolí obtěžující nebo nepříjemné a mohly by se v duševní poruchu rozvinout. V souboru pacientů v ukázkách n.p.1–n.p.15 jsem zaregistrovala častěji právě potíže takového charakteru, které ještě diagnostická kritéria nesplňují. To může být ovšem ovlivněno také nedostatkem informací, které se mi podařilo při sběru dat získat.

Pokud není z dostupných informací v ukázce zřejmé, zda se jedná o adolescenta či nikoliv, údaje jsou v analýze vynechány.

Pro přehlednost jsem zaznamenala některé charakteristické problémy, se kterými pacienti v ukázkách n.p.1–n.p.15 do terapie docházeli, a o kterých se domnívám, že souvisí s vývojovým obdobím adolescence, opět pomocí následující tabulky.

Zaměřila jsem se na takové psychické nesnáze nebo potíže, které byli u jednotlivců v souboru pacientů nejvíce zjevné a v popředí ostatních problémů, které si v psychoterapii přáli (ať už samotní adolescenti nebo jejich okolí) odstranit.

**Tabulka č. 7: Přehled charakteristik a specifických potíží souboru pacientů ve vztahu k vývojovému období adolescence**

Ukázka	Některé problémy pacientů, které souvisejí s věkem adolescence
n.p.1	snížené sebevědomí (primárně kvůli somatickému onemocnění), nedostatečně rozvinutá schopnost introspekce, vztahové problémy (partnerské)
n.p.2	konfliktní vztahy s rodiči
n.p.3	vztahové problémy (v rodině, s partnery), nedokončený separačně-individuační proces
n.p.4 a)	-
n.p.4 b)	-
n.p.5	strach ze selhání ve výkonových oblastech a ztráty kontroly nad emocemi
n.p.6	nepřijetí dospělých tělesných proporcí (dle teorie o mentální anorexii), nedostatek sebeúvěry, nedostatek schopnosti sebeprosazení a komunikačních dovedností
n.p.7	strach ze změny dětských tělesných proporcí (anorexie), pocit nedostatku vlastních kompetencí a sil
n.p.8	odmítání situace rodinné terapie, možná přeneseně také dospělých autorit,
n.p.9	stud mluvit před větší skupinou lidí, uzavřenost, nekomunikativnost
n.p.10	potřeba pozornosti a obdivu od vrstevnic, provokování, testování hranic terapeutky
n.p.11 (III.)	zvažování budoucnosti (povolání, další vzdělávání)
n.p.12	problémové chování ve vztahu k rodičům, potřeba osamostatňování a větších pravomocí při rozhodování o svém životě, testování hranic v rodině
n.p.13	-
n.p.14	konfliktní vztah s matkou
n.p.15	nezdárný předchozí vývoj („nefunkční“ matka), strach ze sociálních situací

(III.) Pozn.: V ukázce n.p. 11 se nejednalo o situaci terapeutickou, ale o pedagogicko-psychologické poradenství. Zvažování budoucích cílů a směřování individua však k adolescenci neodmyslitelně patří, proto jsem ukázkou od analýzy zařadila.

Informace, které se týkají souboru pacientů vzhledem k typickým projevům a problémům adolescentního období, lze na základě tabulky č. 7 roztrždit do několika následujících kategorií:

**Neustálené sebevědomí:** kategorie sjednocuje takové projevy pacientů, které naznačují jejich rozkolísané sebevědomí, sebedůvěru nebo sebepřijetí. Jedná se nejen o sebevědomí snížené, ale také naopak zvýšené (jako v příkladu n.p. 10, kde se adolescentní chlapec chová na první pohled k terapeutce až příliš sebevědomě)

**Vztahové problémy:** lze sem zařadit vztahové problémy adolescentů, které se týkají konfliktů s rodiči, vrstevníky, partnery apod.

**Pocit nedostačivosti:** do kategorie lze umístit všechny případy, kde se vyskytuje strach ze selhání ve výkonových ale i citových oblastech, pocit nedostatku vlastních sil a kompetencí apod.

**Testování hranic:** patří sem takové projevy pacientů, které jsou aktem provokace (terapeuta, rodičů), nebo situace, kdy adolescent zkouší, co si může ke svému okolí ještě dovolit.

**Nerozvinutá schopnost introspekce:** patří sem nedostatek schopnosti mluvit o sobě, svých pocitech apod. vlivem snížené míry schopnosti zaměřit svou pozornost jedince k sobě samému a ke svému prožívání

**Nedostatek asertivity (komunikačních dovedností):** kategorie sjednocuje charakteristiky, které naznačují například neschopnost adolescenta otevřeně odmítnout požadavky druhých nebo naopak neschopnost požádat o něco ostatní.

**Úvahy o budoucnosti:** tato kategorie je určena pro případy, kdy adolescent uvažuje nebo se rozhoduje o své budoucí životní dráze, povolání, vzdělání, atd. a potřebuje v tomto ohledu podporu nebo radu odborníka.



**Nepřijetí dospělých tělesných proporcí:** dle teorií o příčinách poruch příjmu potravy se často v těchto případech jedná o neochotu pacienta / pacientky přijmout skutečnost, že přestává být dítětem a stává se dospělým (se všemi důsledky, právy a povinnostmi, které sebou dospělost přináší). Poruchy příjmu potravy mohou být manifestací strachu z přijetí role dospělého skrze odmítání dospělé vyhlížející postavy. Kategorie sjednocuje problémy, které se týkají neadekvátního vnímání vlastního tělesného schématu.

**Separálně-individuační proces:** jak již bylo uvedeno v literárně-přehledové části diplomové práce (kapitola 2.1.3. Charakteristiky prožívání v adolescenci), mělo by ve vývojovém období adolescence docházet k postupnému osamostatnění se od původní rodiny a k emancipaci od důležitých vztahových osob (ve smyslu zmírnění závislosti na těchto osobách, bezvýhradnému přejímání jejich názorů, postojů apod.). Jedná se o separálně-individuační proces, kdy se jedinec vyvazuje z dřívějších vlivů důležitých osob a utváří si vlastní, novou identitu. Tato kategorie sjednocuje takové případy, kdy je u pacienta zaznamenán problém, který je separálně-individuačním procesem ovlivněn, nebo kde je problematika potřeby osamostatňování jinak výrazná.

Jednotlivé ukázky práce s neverbálními prvky n.p.1–n.p.15 přiřadím do výše uvedených kategorií v následující tabulce.

**Tabulka 7.1.: Charakteristické projevy souboru pacientů, které souvisejí s vývojovým obdobím adolescence – začlenění ukázek do kategorií**

<b>Charakteristiky pacientů ve vztahu k adolescenci - kategorie</b>	<b>Ukázky n.p.1-n.p.15</b>	<b>Celkový počet výskytu</b>
Neustálené sebevědomí	n.p.1, n.p.6, n.p.9, n.p.15	4
Vztahové problémy	n.p.1, n.p.2, n.p.3, n.p.12, n.p.14, n.p.15	6
Pocit nedostačivosti	n.p.1, n.p.5, n.p.7	3
Testování hranic	n.p.10, n.p.12	2
Nerozvinutá schopnost introspekce	n.p.1	1
Nedostatek asertivity (komunikačních dovedností)	n.p.6, n.p.9	2
Úvahy o budoucnosti	n.p.11	1
Nepřijetí dospělých tělesných proporcí	n.p.6, n.p.7	2
Separáčně-individuační proces	n.p.3, n.p.12	2

Podobně jako v předcházejících částech analýzy lze opět shrnutím údajů v tabulce 7.1. stanovit pořadí všech kategorií.

#### **Pořadí kategorií dle četností výskytu:**

- 1. Vztahové problémy**
- 2. Neustálené sebevědomí**
- 3. Pocit nedostačivosti**
- 4. Testování hranic,  
Nedostatek asertivity (komunikačních dovedností),  
Nepřijetí dospělých tělesných proporcí,  
Separáčně-individuační proces**
- 5. Nerozvinutá schopnosti introspekce, Úvahy o budoucnosti**

Na základě výše uvedeného pořadí lze konstatovat, že nejčastěji odborníka vyhledali adolescenti s problémy vztahovými (celkem 6 případů). Pacienty také často charakterizovaly projevy sníženého nebo naopak zvýšeného sebevědomí (výskyt ve 4 případech). Následovaly problémy, který se týkaly pocitů vlastní nedostačivosti

a nekompetentnosti (3 případy), nízká úroveň asertivity (komunikačních dovedností), potřeba zkoušet a testovat pevnost hranic (terapeuta nebo rodičů) a neochota přijmout skutečnost měnících se tělesných proporcí dospívajícího těla (vše ve 2 případech). Rovněž dvakrát se v ukázkách vyskytl pacient s problematickým separačně-individuačním procesem a jednou jsem zaregistrovala pacientku se sníženou schopností introspekce.

Při rozhodování o umístění každého jednotlivého případu do kategorie jsem se zaměřila opět pouze na to, co je v ukázkách zjevné. Některé ukázky by bylo možno zahrnout do více kategorií, avšak vzhledem k nedostatku informací o jednotlivých pacientech by se jednalo spíše o subjektivní domněnky.

Domnívám se, že výše uvedené charakteristické projevy a problémy adolescentních pacientů, kteří v jednotlivých ukázkách vystupují, jsou v souladu s teorií o adolescenci jako vývojovém období individua (viz. kapitola Adolescence a specifika v terapii adolescentů). V tomto ohledu je tedy empirická část diplomové práce v souladu s teoretickými základy, které období dospívání popisují a vysvětlují a jež jsem uvedla v části literárně-přehledové.

## **II. Závěr**

Cílem diplomové práce bylo poukázat na to, že práce s neverbalitou, v tomto případě v podobě neverbálních prvků, je důležitá v jakkoliv orientované psychoterapii, tedy i takové, jejímž hlavním prostředkem je rozhovor.

Domnívám se, že diplomová práce k tomuto cíli přispěla a poukázala na to, že neverbální prvky mohou být významnými facilitátory například tam, kde je rozhovor z různých důvodů obtížný, stagnující nebo dokonce nemožný.

Zařazení práce s neverbálními prvky do psychoterapeutického setkání (ať už spontánní či předem připravené) bylo ve většině případů, které jsem uvedla v jednotlivých ukázkách,

prospěšné a efektivní jak pro pacienty, tak pro terapeuty. Různé neverbální momenty se uplatnily například jako prostředníci k vyjadřování obtížně sdělitelných a popsatelných pocitů, napomohly k otevření nového důležitého tématu pro následný rozhovor nebo k získání jiného úhlu pohledu na daný problém, pomáhaly zamezit různým rušivým vlivům, které se v terapii naskytly a také se osvědčily v případech, kdy pacient potřeboval podpořit a nalézt své skryté psychické rezervy prostřednictvím neverbální zkušenosti (imaginace apod.).

Výsledky analýzy neverbálních prvků také ukázaly některé zajímavé skutečnosti, například, že pacient není v psychoterapii jen pasivním účastníkem, ale že mnohdy svou aktivitou předčí samotného terapeuta.

Na úplný závěr této diplomové práce snad lze zmínit některá doporučení. V pracovní psychoterapeuta, který pracuje s adolescenty (a nejen s adolescenty) by neměly chybět pastelky, keramická hlína nebo alespoň plastelína, nějaký hudební nástroj, apod. Terapeut by měl mít u sebe nejen takové předměty a znalosti různých neverbálních technik, ale především tvůrčí nápady a schopnost pohotově zareagovat třeba využitím nonverbálního přístupu v případě, že slova vážnou. Měl by být zároveň zvýšeně vnímavý vůči svým i pacientovým neverbálním signálům a jejich možné příčiny a důsledky by měl být schopen analyzovat.

### **III. Diskuse**

Čtenář se možná zamýšlí nad tím, zda je vůbec možné odlišit od sebe neverbální metodu (techniku) od neverbální komunikace a chování, jak jsem učinila v definici neverbálního prvku v úvodu diplomové práce. Rozdělila jsem tak neverbální prvek na dva zdánlivě odlišné typy (viz. definice – 1 a 2). Jsem si vědoma, že nedílnou součástí každé neverbální techniky z oblasti arteterapie, muzikoterapie, tanečně-pohybové terapie apod. je především neverbální chování nebo komunikace, které jsou ve své podstatě základem léčebných účinků těchto jednotlivých terapeutických přístupů. Potřebovala jsem však

odlišit od sebe případy, ve kterých účastníci terapie pouze registrovali některý neverbální signál u sebe nebo u ostatních nebo reagovali nějakým neverbálním gestem, chováním apod. oproti situacím, ve kterých se jednalo o využití části techniky nebo metody, která byla již předem vytvořena jakožto soubor určitých postupů a nonverbálních aspektů. Neznamená to tedy, že rozdělením neverbálního prvku na dva různé typy se domnívám, že jeden z nich za neverbální komunikaci a chováním je, zatímco druhý se neverbální komunikace a chování netýká. Přestože jsou od sebe v této diplomové práci odlišeny, jejich společným základem je nonverbální komunikace.

Při získávání příkladů práce s neverbálními prvky od odborníků jsem se setkala, podobně jako při pokusu rozčlenit psychoterapii na převážně verbální a neverbální, s jejich velkou časovou zaneprázdněností a vytížeností. Mimoto jsem občas narazila na určité nepochopení. Neverbální komunikace a neverbální prvky jsou nedílnou součástí snad každého typu psychoterapie a různí odborníci pracují s neverbalitou na více či méně vědomé úrovni. Někdy jim proto připadalo mé téma poněkud zbytečné nebo až příliš samozřejmé na to, aby mohlo tvořit téma diplomové práce. Domnívám se, že každý odborník občas využije při své práci informace z neverbálního chování pacienta nebo použije nějakou techniku neverbálního typu - tedy neverbální prvky. Je však možné, že tak činí poněkud automaticky a nezamýšlí se nad příčinami a důsledky, kterých tím bylo nebo mohlo být dosaženo. Sběr podkladů pro ukázky práce s neverbalitou byl také z tohoto důvodu obtížný.

Přesto jsem se nenechala odradit, neboť jsem přesvědčena, že zpracování tématu je přínosné alespoň pro mne samotnou. V počátcích své praxe možná uvítám poznatky o možnostech práce s neverbálními prvky, které jsem získala od expertů, než se také pro mě stanou automatickými a samozřejmými.

Jedním z úskalí této diplomové práce zůstává nízký počet ukázek, který může způsobovat určité zkreslení v podrobnější analýze.

Domnívám se, že neverbální prvky, techniky, metody apod. je možné využívat nejen v psychoterapii adolescentů, ale také v poradenství a v terapeutické práci s dospělými. V práci s neverbálními prvky u dospělých jedinců by však mohlo dojít ke vzrůstu míry rizikovosti, kterou jsem zmínila v kapitole 3.2. Specifika v terapii adolescentů. Zkušenosti z praxe ukazují, že dospělí bývají mnohem méně ochotni absolvovat například kresebné techniky při psychologickém vyšetření než děti a dospívající. Situace vyšetření a psychoterapie se od sebe sice liší, přesto bychom se mohli setkat také v terapeutickém setkání s nepochopením nebo odmítnutím, pokud bychom dospělému pacientovi nabízeli vyjádření pomocí nonverbálních metod častěji než u adolescentů. Záleželo by také na tom, zda si dospělý ještě umí hrát podobně jako děti. Neverbální techniky a metody totiž, domnívám se, vyžadují určitou míru „hravosti“ jak ze strany terapeuta, tak pacienta.

Nedostatek příkladů, které jsem nashromáždila, ovlivňuje patrně také to, že se v ukázkách nevyskytly žádné případy, ve kterých by neverbální prvek vyvolal efekt negativní. Domnívám se, že i to se může v praxi stát.

V různých životních situacích jsem zaregistrovala, že mohou existovat také neverbální prvky jako „překážky“. V psychoterapeutickém setkání by tomu mohlo být podobně. Do této kategorie by bylo možné zařadit například způsob vybavení pracovny terapeuta. Stává se někdy, že terapeut nevědomě umístí mezi sebe a pacienta stůl nebo jinou součást nábytku. To potom působí jako „bariéra“, která může bránit v rozvinutí pozitivního a spolupracujícího vztahu.

Viděla jsem také (nejen jednou), že terapeuti v průběhu sezení popíjejí třeba kávu nebo čaj. V tom případě, domnívám se, by měli nabídnout nějaké tekutiny také pacientovi (nejlépe do hrníčku ze stejné kolekce), neboť v opačném případě by se mohl pacient cítit vůči odborníkovi v nerovné pozici, což může mít za následek opět nižší míru spolupráce, která je v procesu psychoterapie tolik důležitá.

Rovněž není vhodné, pokud například terapeut pohlíží v průběhu terapie na hodinky. Pacienti jsou vůči takovým okamžikům velmi vnímaví a mohou si takové jednání ze strany terapeuta vysvětlovat jako nezáměr.

Jedná se o zdánlivě zanedbatelné detaily, které však mohou mít zásadní vliv na průběh a výsledek terapie, zvláště pokud dojde k jejich nahromadění.

## Seznam použité literatury a internetových zdrojů:

ANDRLOVÁ, M. *Současné směry v české psychoterapii: Rozhovory s významnými psychoterapeuty*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 222s. ISBN 80-7254-603-1.

BENDA, J. *Využití všímavosti v psychoterapii klientů s psychotickými symptomy*. Projekt disertační práce. Praha, 2007. 24s.

BLÍŽKOVSKÁ, J. *Úvod do taneční terapie*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1999. 103s. ISBN 80-210-2100-4.

BOADELLA, D. *Biosyntéza: Základy nové tělesné psychoterapie*. Časopis Energie & Charakter. Ročník 1. Tegze & synové, 1996. česká verze časopisu Energy and Charakter, Journal of Biosynthesis. Velká Británie a Spolková republika Německo – David Boadella. 101s.

BOLTON, K., O. - SCHERER, D. G. *Therapeutic engagement with adolescents in psychotherapy*. Psychotherapy. American Psychological Association, 2003. volume 40, fall 2003. 215-225

BRODOVÁ, L. *ústní sdělení*, Praha: 06. 10. 2007.

ČÍŽKOVÁ, K. *Tanečně-pohybová terapie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 119 s. ISBN 80-7254-547-7.

ERIKSON, E., H. *Osm věků člověka*. Praha: Portál, 1996. 21.s.

FONTANA, D. *Psychologie ve školní praxi*. 1.vyd. Praha: Portál, 1997. 384s. ISBN 80-7178-063-4.

GJURIČOVÁ, Š. *ústní sdělení*, Praha: 29. 10. 2007.

HARTL, P. - HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 776s. ISBN 80-7178-303-X.

HELLEROVÁ, P. *Specifické rysy psychoterapie adolescentů. Česká a slovenská psychiatrie, Suppl.*, 2007, roč. 103, č. 2, s.1 – 36. ISSN 1212 – 0383.

HORNEOVÁ, A. - LANYADOVÁ, M. *Psychoterapie dětí a dospívajících: psychoanalytický přístup*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 681s. ISBN 80-7254-568-X.

CHAPMAN, G. *Dospívající a pět jazyků lásky*. 1.vyd. Praha: Návrat domů, 2003. 230s. ISBN 80-7255-085-3.



JEBAVÁ, J. *Úvod do arteterapie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1997. 103s. ISBN 80-7184-394-6.

KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. 5.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1995. 855s.

KOCOURKOVÁ, J. *Konflikty adolescence a psychoterapie*. In. Psychoterapie IV. Sborník přednášek. Triton, 1995. S. 139-143. ISBN: 80-85875-15-2

KOTOVSKÁ, K. *ústní sdělení*, Praha: 15. 11. 2007.

KRATOCHVÍL, S. *Příběhy terapeutických skupin*. 1.vyd. Praha: Triton, 2007. 266 s. ISBN 978-80-7254-934-4.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1997. 392s. ISBN 80-7178-179-7.

KRYL, M. Kombinace interpersonálně pracující skupiny s individuální kognitivně-behaviorální terapií u pacientky s obsedantně-kompulzivní poruchou – kazuistika. *Psychiatrie, Suppl.*, 2001, roč.5, č. 4, s.22 - 24, 1211 - 7579

KUŘÁKOVÁ, E. - SLABOCHOVÁ, D. *Ad Fontes Cursus Latinus*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 345s. ISBN 80-246-0928-2.

LA BARRE, F. *Jak mluví tělo: neverbální chování v klinické praxi*.1.vyd. Praha: Triton, 2001. 302 s. ISBN: 80-7254-446-2.

LANGMEIER, J. - BALCAR, K. - ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1989. 296s.

LANGMEIER, J. - KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3.vyd. Praha: Grada Publishnig, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.

LUDEWIG, K. *Systemická terapie: základy klinické teorie a praxe*. Praha: Pallata, 1994. 150s. ISBN 80-901710-0-1.

LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. 1.vyd. Rosice u Brna: Gloria, 1997. 153 s. ISBN 80-901834-4-1.

MACEK, P. *Adolescence: Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. 208s. ISBN 80-7178-348-X.

MICHALČÁKOVÁ, R. *Strachy v období rané adolescence*. 1.vyd. Brno: Barrister & Principal, 2007. 149s. ISBN 978-80-87029-15-2.

NEVŠÍMALOVÁ, S. et al. *Neurologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2002. 368s. ISBN 80-7262-160-2.

OAKLANDER, V. *Třinácté komnaty dětské duše*. 1. vyd. Dobříš: Drvoštěp, 2003. 264s. ISBN 80-903306-0-6.

PAPALIA, D. E. - OLDS, S. W. *A child's world: infancy through adolescence*. New York: McGraw-Hill, 1975. 666 s. ISBN 0-07-048450-3.

PETRÁČKOVÁ, V. et al. *Akademický slovník cizích slov*. 1.vyd. Praha: Academia, 1995. 445s., I. díl, A-K. ISBN 80-200-0523-4.

PEASE, A. *Řeč těla: Jak porozumět druhým z jejich gest, mimiky a postojů těla*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 144s. ISBN 80-7178-582-2.

PIAGET, J. *Psychologie inteligence*. 5.vyd. Praha: SPN, 1970. 150s.

PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 148s. ISBN 80-247-0858-2.

RIEGER, Z. - VYHNÁLKOVÁ, H. *Ostrov rodiny*. 2.vyd. Hradec Králové: Konfrontace, 2001. 254s. ISBN 80-86088-06-5.

SCHULZ VON THUN, F. *Jak spolu komunikujeme? Překonávání nesnází při dorozumívání*. 1.vyd. Grada, 2005. Praha. 197s. ISBN: 80-247-0832-9.

SCHILLING, L.- KNAFL, K. - GREY, M. Changing Patterns of Self-Management in Youth with Type I Diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 2006, vol. 2, no. 6, s. 412-424.

SCHLIPPE, A. - SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. 1.vyd. Brno: Cesta, 2001. 251s. ISBN 80-7295-013-4.

SMITH, E. W. L. *Tělo v psychoterapii*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 208s. ISBN 978-80-7367-144-0.

STEJSKALOVÁ, M. Orchestr bez dirigenta. *Psychologie dnes*, 2007, roč. 13, č. 2, s. 38-41.

STONE, L. J. - CHURCH, J. *Childhood and adolescence: a psychology of the growing person*. 5. vyd. New York: Random House, 1984. 638s. ISBN 0-394-33011-0.

SULLIVAN, H. S. *Psychiatrické interview*. 1.vyd. Praha: Triton, 2006. 266s. ISBN 80-7254-604-X.

SVOBODA, M. - Krejčířová, D. - Vágnerová, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 792s. ISBN 80-7178-545-8.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.

ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 1.vyd. Praha: Portál, 1998. 248s. ISBN 80-7178-264-5.

ŠÍPEK, J. *ústní sdělení*, Praha: 15.9.2007.

TEGZE, O. *Neverbální komunikace*. 1.vyd. Praha: Computer Press, 2003. 482s. ISBN 80-7226-429-X.

TIMULÁK, L. Výzkum důležitých momentů v procesu psychoterapie: přehled dosavadních zjištění, *Československá psychologie*, 2002, roč. 46, č. 6, s. 536-547.

TINTĚROVÁ, G. *Neverbální chování a jeho využití v psychoterapii neuróz*. Diplomová práce. FF UK, 1982. 109s.

VACEK, J. *O nemocech duše*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 1996. 416s. ISBN 80-204-0535-6.

VALENTA, M. *Dramaterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 152s. ISBN 80-7178-586-5.

VALENTA, M. *Dramaterapie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 256s. ISBN 978-80-247-1819-4.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 320s. ISBN 80-7178-998-4.

VYMĚTAL, J., et al. *Speciální psychoterapie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2007. 400 s. ISBN 978-80-247-1315-1.

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2003. 264.s. ISBN 80-247-0253-3.

ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 256s. ISBN 978-80-7367-237-9.

ŽIBRITOVÁ, G. *Sociálna komunikácia*. 1.vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1984. 150s.

### **Internetové zdroje:**

<http://www.arteterapie.cz/>

<http://www.casp.upol.cz/soppvv.php>

<http://www.dramaterapie.atlasweb.cz/teorie.htm>

<http://www.pbsp.cz/texty/txtsir1.htm>

<http://www.psychoterapeuti.org/instituty>

[http://web.quick.cz/kip/co\\_je\\_kip.htm](http://web.quick.cz/kip/co_je_kip.htm)

<http://www.rodinnaterapie.cz/index.php?page=adolescence>

[http://www.sati.mbnf.net/index.php?id=sati1\\_cz&ukaz=1,5,](http://www.sati.mbnf.net/index.php?id=sati1_cz&ukaz=1,5)

<http://www.skaluvinstitut.cz/files/ZaverecnePraceV.doc>

<http://www.volny.cz/bodyterapie/obsah.html>

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Technika>

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Intuice>

## Resumé

Téma diplomové práce se zabývá jednou z oblastí dětské klinické psychologie – psychoterapií dospívajících.

Zaměřeno je především na rozličné nonverbální momenty, neboli prvky, v psychoterapeutických setkáních s adolescentními pacienty a možnosti využití těchto prvků v procesu psychoterapie.

Cílem je poukázat na to, že někdy zdánlivě zanedbatelné nonverbální momenty mohou mít zvláště v terapeutické práci s dospívajícími významnou úlohu a měla by jim proto být věnována ze strany terapeutů zvýšená pozornost. A to i v takových případech, kdy byla adolescentovi původně indikována taková psychoterapie, jejímž hlavním médiem léčebného působení je převážně rozhovor (například rodinná terapie).

Práce je založena na jednom z předpokladů, že neverbální techniky obecně, v tomto případě alespoň některé jejich prvky, mohou působit jako facilitátory rozhovoru, například tehdy, pokud slova neumožňují pacientovi vyjádřit určitou osobní zkušenost, pocit, či emoci, nebo když se nedaří s dospívajícím navázat komunikaci na verbální úrovni.

Termín neverbální prvek v této práci nabývá dvou různých podob:

- 1) prvek neboli část z určité techniky používané v některém převážně nonverbálně orientovaném psychoterapeutickém přístupu (arteterapii, dramaterapii, apod.)
- 2) prvek nebo také moment, který se týká neverbální komunikace a chování pacienta nebo terapeuta, například určité gesto jednoho ze zúčastněných, pohyb, výraz tváře, apod.

Literárně-přehledová část diplomové práce se zabývá charakteristikami vývojového období adolescence, neverbální komunikací, chováním a psychoterapií obecně. Součástí je pokus o rozdělení psychoterapií na převážně verbálně nebo spíše neverbálně

orientované. Jednotlivé neverbální přístupy, které jsou v současné době aplikovány na území České republiky jsou poté v této části stručně popsány. Další důležitou součástí je kapitola zabývající se specifiky v psychoterapii adolescentů, jejímž cílem je poukázat na význam práce s neverbalitou v psychoterapii dospívajících vzhledem k některým charakteristikám tohoto vývojového období. Teoretické informace zde uvedené jsou čerpány převážně z odborné literatury, ale také z rozhovorů s odborníky - psychoterapeuty.

Empirická část obsahuje celkem 15 ukázek, které mi poskytli odborníci, věnující se dětským a adolescentním pacientům, kteří ve své práci používají především rozhovoru. Přesto však někdy v terapeutických setkáních využili určitých nonverbálních signálů od pacienta, nebo zařadili do setkání některou z nonverbálních technik, se snahou o posun psychoterapie žádoucím směrem, pokud rozhovor přestával být dostačující. Někteří z nich si také vzpomněli na situace, kdy takovouto neverbální aktivitu vyvinul sám pacient. Každá z těchto ukázek je tedy ilustrací rozličného způsobu práce s neverbálním prvkem v jeho různých podobách, na základě konkrétních zkušeností těchto terapeutů.

Neverbální prvky, které se v jednotlivých ukázkách objevují jsou následně analyzovány a tříděny dle několika kritérií. Podrobnější rozbor sleduje například účinnost všech neverbálních prvků, jejich formu (podobu), nejčastější situace, které je vyvolaly, nebo to, zda iniciativa k zařazení určitého nonverbálního momentu do psychoterapeutického setkání vzešla častěji od terapeuta nebo pacienta apod.

Dle výsledků této analýzy a třídění dat lze konstatovat, že různorodá práce s neverbálními prvky, tak jak se vyskytovala v jednotlivých ukázkách, se v průběhu psychoterapie většinou osvědčila a byla velmi efektivní.

Tato skutečnost naznačuje, že v psychoterapii (nejen) s dospívajícími by měl být terapeut zvýšeně vnímavý vůči nonverbálním signálům, které pacient vysílá, a měl by zároveň

dokázat flexibilně použít alespoň některou část neverbální techniky, kterou zná, v případě, že zaregistruje v procesu psychoterapie určitou stagnaci.

## Résumé

The thesis deals with one of the areas of children's psychology – psychotherapy of adolescents.

The study mainly focuses on different non-verbal moments, or factors, occurring at psychotherapeutic sessions held with adolescent patients, and it outlines the possibilities of application of these factors in the psychotherapeutic process.

The objective of the thesis is to show that sometimes seemingly insignificant non-verbal moments may play an important role, especially in therapeutic work with adolescents, and therefore therapists should pay increased attention to these symptoms. This also applies in case that a patient was originally indicated a psychotherapy, the main medical treatment medium of which is predominately an interview (for example a family therapy).

The thesis is based on one of the assumptions that in general non-verbal methods, in this case at least some of their elements, may work as facilitators of an interview, for example if the patient fails to express certain personal experience of his or her, his/her feeling or emotion with the help of words, or when a therapist fails to enter into verbal communication with the patient.

The expression “non-verbal factor“ used in this thesis may be interpreted in the following two different meanings:

- 1) an element or a part of certain method applied in a predominantly non-verbal oriented psychotherapeutic approach (art therapy, drama therapy, etc.);
- 2) an element or a moment, which is related to non-verbal communication and the behaviour of the patient or the therapist, for example certain gesture made by one of the parties, a movement, face expression/countenance, etc.



The part of the thesis dealing with literary overview information is outlining characteristics of different development stages of adolescence, with non-verbal communication, and with behaviour and psychotherapy in general. The thesis also includes a part attempting to categorize psychotherapies to predominately verbally oriented ones or rather non-verbally oriented psychotherapies. This part of the thesis then briefly describes individual non-verbal approaches, which are at present applied on the territory of the Czech Republic. Another important part of the thesis is the section dealing specifically with psychotherapy of adolescents; the objective of this section is to highlight the importance of non-verbal method application in psychotherapy of adolescents, with respect to specific characteristics of the said developmental stage. The theoretic information stipulated therein has been gained mainly from professional literature, as well as from interviews made with medical specialists – psychotherapists.

The practical part of the thesis contains the total of 15 case illustrations having been provided by medical specialists working with children and adolescent patients and using mainly interviews with the patients. In spite of the above-said they sometimes utilised certain non-verbal signals made by their patients during psychotherapeutic sessions, or they applied some of the non-verbal methods with the intention to move the psychotherapeutic process in the desired direction, especially when an interview failed to bring the desired results. Some of the medical specialists also recalled situations upon which such a non-verbal activity was shown by the patient. Each of these case illustrations therefore brings an example of different working methods implementing non-verbal factors of different forms, based on concrete experience of these therapists.

The non-verbal factors mentioned in individual case illustrations are subsequently analysed and categorized according to several criteria. A more detailed analysis for example focuses on effectiveness of all non-verbal factors, their form (shape), most frequent situations having caused them, or on identification whether certain non-verbal

moments occurring during a therapeutic session were raised more frequently by the therapist or the patient, etc.

Based on the results of the said analysis and on the data classification it is possible to claim that various work with non-verbal factors, as shown in individual case illustrations, has proven useful in most of the psychotherapeutic sessions, and it was very effective.

This finding indicates that the therapist working (not only) with adolescents should be increasingly sensitive to non-verbal signals being sent by the patient, and that he or she should also be able to flexibly apply at least some parts of the non-verbal techniques he/she knows, when registering that the psychotherapeutic process is showing certain stagnation.

Tab.č.1: Přehled psychotherapeutických směrů se zařazením do kategorie 1 – 5

Psychotherapeutický směr	Posuzovatel	Kategorie	Název výcvikového institutu, který posuzovatel absolvoval nebo je v něm lektorem, popřípadě jména lektorů, kteří posuzovatele osobně vzdělávali	Pracoviště posuzovatele	Akreditace terapeutického přístupu v ČR
Analytická psychoterapie	Mgr. Martin Skála	3	Česká společnost pro analytickou psychologii	DPS Ondřejov	ČLS JEP
Arteterapie	MUDr. Mgr. Bc. Art. Radvan Bahbouch, PhD.	2 až 3	Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity	FF UK katedra psychologie	MŠMT
Biosyntéza	MUDr. Mgr. Bc. Art. Radvan Bahbouch, PhD.	2	Diabasis: R. Hoffman, L. Zink, E. Frankel	FF UK katedra psychologie	není (1)
Daseinsanalýza	X	4	X	X	ČLS JEP, MŠMT
Dramaterapie	X	2	X	X	není (2)
Dynamická psychoterapie (SUR)	Bc. Olga Škvařilová	4	Pražský psychotherapeutický institut - Skálův institut (SUR)	Sdružení Podané ruce, o.s. Brno, Drogové služby ve vězení	ČLS JEP
Gestalt psychoterapie	X	3	X	X	ČLS JEP
Integrativní psychoterapie	X	3	X	X	MŠMT
Katymně imaginativní psychoterapie	MUDr. Lea Brodová	2	Česká společnost pro katymně imaginativní psychoterapii	Dětská psychiatrická klinika FN Motol	ČLS JEP
Kognitivně-behaviorální psychoterapie	Doc. PhDr. Jiří Šipek, CSc.	3	Institut KBT - Doc. Zbytovský	soukromá praxe, FF UK katedra psychologie	ČLS JEP
Logoterapie a existenciální analýza	PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.	4	Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu	IKEM	ČLS JEP
Muzikoterapie	PhDr. Irena Kukačková	2	Jitka Vodňanská (J Apolináře)	SPC - Speciálně pedagogické centrum	MŠMT
Satiterapie	PhDr. Jana Gebauerová	2	Atelier satiterapie	Soukromé psychologické poradenství v Přerově	není (3)
Pesso - boyden terapie	MUDr. Mgr. Bc. Art. Radvan Bahbouch, PhD.	2 až 3	Remedium: M. Howald, I. Baardman, L. Perquin, A. Pessoa	FF UK katedra psychologie	není (4)
Psychoanalytická psychoterapie	X	4	X	X	ČLS JEP
Přístup zaměřený na člověka	PhDr. Vendula Junková	4	Komplexní vzdělávací program v PCA, Praha	FF UK katedra psychologie	ČLS JEP
Rodinná terapie	PhDr. Šárka Gjurčiová	3	Institut rodinné terapie, Praha	Centrum rodinné terapie	ČLS JEP, MŠMT
Systemická psychoterapie	X	3	X	X	ČLS JEP
Tanečně - pohybová terapie	Bc. Olga Škvařilová	1	Tanečně pohybová terapie pod záštitou ADTA USA	Sdružení Podané ruce, o.s. Brno, Drogové služby ve vězení	není (5)
Terapie zaměřená na tělo	MUDr. Mgr. Bc. Art. Radvan Bahbouch, PhD.	2	Diabasis: R. Hoffman, L. Zink, E. Frankel	FF UK katedra psychologie	není (6)
Transakční analýza	PhDr. Blanka Čepická	3	Česká asociace transakční analýzy	ČATA, S.E.N.A. s.r.o.	ČLS - JEP

Přehled faktorů pro analýzu neverbálních prvků

Ukázka	Situace výskytu neverbálního prvku	Podoba neverbálního prvku	Účinek, který neverbální prvek vyvolal	Efekt kladný (+) / žádný (-)	Typ n.p. 1/2	Původní terapeutický směr / neverbální komunikace / originální přístup	Iniciativa terapeut / pacient	Iniciativa vědomá / intuitivní (V / I)	Některé problémy pacientů, které souvisejí s věkem adolescence
n.p.1	pacientka obtížně hovoří o svých emocích a potech	pacientka modeluje červivé jablíčko, kterým se cítí být	možnost verbalizace pocitů o sobě samé	+	1	arteterapie	T	V	snížené sebevědomí, nedostatečně rozvinutá schopnost introspekce, vztahové problémy
n.p.2	Vypjatá atmosféra, slovní napadání ze strany rodičů	dívka se otočí ke všem zády, když je rodiči kritizována	1) přeprnutí komunikačního stylu - prostor pro zamýšlení, 2) zklidnění situace	+	2	neverbální komunikace a chování	P	I	konfliktní vztahy s rodiči
n.p.3	1) silný přenosový vztah k terapeutce, 2) obtížná verbalizace pocitů	pacientka vyrobí a přinese na setkání plastiku ptáčku ze dřeva, která má symbolizovat její vztah k terapeutce	1) verbalizace pocitů a 2) korekce závislého přenosového vztahu skrze dřevěnou plastiku	+	1	arteterapie	P	V	vztahové problémy, nedokončený separačně-individuační proces
n.p.4 a)	nedostatečná verbální komunikace všech členů rodiny	terapeutka navrhuje použití Orffových nástrojů	žádný, jen zjištění, že nejde "mluvit" ani pomocí hudebních nástrojů	-	1	muzikoterapie	T	V	-
n.p.4 b)	nedostatečná verbální komunikace všech členů rodiny	rodina je vybidnuta aby představila nějaké zvíře, otec napodobí ústíci	následná verbalizace a rozhovor o tom, jak se cítí ústíci	+	1	psychogymnastika	T	I	-
n.p.5	1) pokus přimět dívku k vyjádření pocitů, podlejších přílišné kontrole, 2) potřeba uvolnění napětí	adolescentka má zkusit volně čmárat na čistý list papíru (technika "čmáranice")	žádný, dívka nepřijala pro ni nestrukturovanou situaci	-	1	arteterapie	T	V	strach ze selhání ve výkonových oblastech a ztráty kontroly nad emocemi
n.p.6	pacientka se cítí nejistá a málo silná	imaginace růžového keře	pacientka dochází k uvědomění, že je uvnitř silná, začíná si více věřit	+	1	katatymné imaginativní psychoterapie	T	I	nepřijetí dospělých tělesných proporcí, nedostatek sebevědomí a sebeprasažení
n.p.7	dívka sděluje pocit nedostatku sil ke zvládnutí anorexie	svě síly má pacientka demonstrovat fyzicky přetahováním s terapeutkou	uvědomění skryté kapacity ke zvládnutí problému s anorexií	+	1	psychogymnastika	T	V	strach ze změny dětských tělesných proporcí (anorexie), pocit nedostatku vlastních kompetencí a sil
n.p.8	chlapec odmítá s terapeutkou začít jakkoliv komunikovat	terapeutka zkusí navázat hovor prostřednictvím "příšerek" na tričku chlapce	zahájení komunikace možné	+	2	neverbální komunikace a chování	T	I	odmítnutí situace rodinné terapie, možná přenesené také dospělých autorit
n.p.9	dívka nerada mluví před skupinou, nedokáže sdělit svou aktuální náladu	terapeutka nabízí možnost nemluvit, vyjádření pomocí "náladoměru"	1) podpora pro zapojení do dění ve skupině, 2) možnost vyjádřit náladu	+	2	neverbální komunikace a chování	T	V	stud mluvit před větší skupinou lidí, uzavřenost, nekomunikativnost
n.p.10	chlapec provokuje terapeutku, je na skupině neklidný, předvádí se	adolescent je "ukotvován" pomocí dotyku terapeutky	větší soustředěnost při skupinové terapii, zklidnění	+	1	terapie zaměřená na tělo	T	I	potřeba pozornosti a obdivu od vrstevníků, provokování, testování hranic terapeutky
n.p.11	dívka působí nejistě, neví „co s rukama a nohama“, ošivá se, zjevné napětí	umístění polštářků na nehostinná křesla, adolescentka s nimi může jakkoliv manipulovat	snížení intenzity napětí pomocí manipulace s polštářky	+	2	neverbální komunikace a chování	P	I	zvažování budoucnosti (povolání, další vzdělání)
n.p.12	Rodinná terapie, nespokojenost se synem – vyčítání, nepřijetí jeho potřeby osamostatňování	model "Ostrova rodiny"	1) uvědomění příliš těsných hranic v rodině vzhledem k dospívajícímu synovi, 2) zklidnění konfliktní situace	+	1	originální přístup (Vyhnálková, Rieger)	T	V	problémové chování ve vztahu k rodičům, potřeba osamostatňování a větších pravomocí při rozhodování o svém životě, testování hranic v rodině
n.p.13	1) pacientka zaujímá pravidelné tělesnou pozici, která působí na terapeutku rušivě (skrze pozici zrcadlení), 2) pacientka se cítí nejistá	pozici zrcadlení	1) verbalizace pocitů a problémů, které pacientka a následně také terapeutku nutí do "schoulené" pozice, 2) omezení rušivého vlivu	+	2	neverbální komunikace a chování	T	I	-
n.p.14	Rodinná terapie, matka verbálně napadá dceru	verbální napadání navrhuje terapeutka nahradit neverbálním gestem a poté je matka vybidnuta, aby zkusila jiné, které by dceru spíše přimělo k žádoucí reakci	1) uvědomění, že nedorozumění s dcerou vězí v nevhodném způsobu komunikace, 2) zklidnění atmosféry	+	2	neverbální komunikace a chování	T	I	konfliktní vztah s matkou
n.p.15	terapeutka v průběhu psychoterapie provází dívku předchozími vývojovými obdobími a koriguje tak její nezdáný vývoj	kojení prsem je nahrazeno jabíčkem přiloženým na hrudi, terapeutka si s adolescentkou hraje, apod.	pacientka je vyléčena	+	2	originální přístup	T	V	nezdáný předchozí vývoj („nefunkční“ matka), nadměrný strach ze sociálních situací

## Dotazník pro posouzení psychoterapie z hlediska míry zastoupení neverbálních technik a rozhovoru

Tento dotazník byl sestaven pro účely rozdělení aplikovaných psychoterapeutických směrů v ČR na převážně verbální a převážně neverbální. Bude součástí diplomové práce s názvem Neverbální prvky v psychoterapii adolescentů.

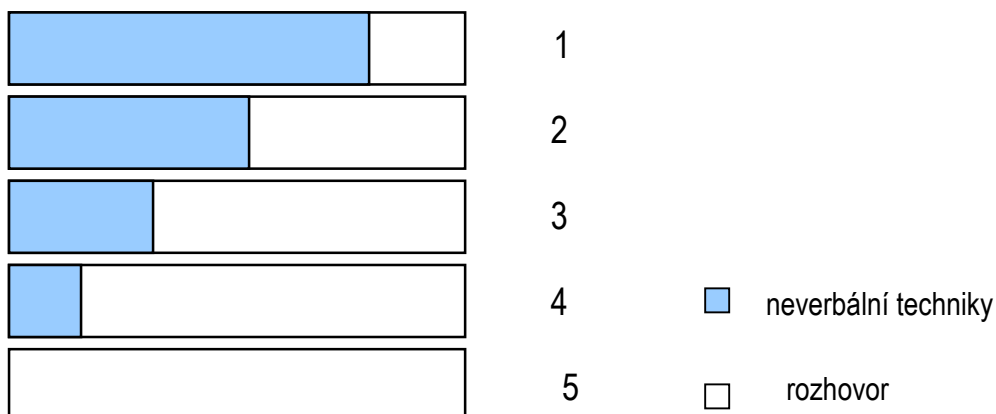
Prosím, pokuste se posoudit výcvik v psychoterapii, ve kterém jste lektorem, nebo jste jím prošli, podle toho, zda a v jaké míře jsou v něm zastoupeny neverbální terapeutické techniky.

Pozn.: Neverbální techniky – všechny metody mimoslovního charakteru (přestože jsou patrně vždy doplňovány rozhovorem). Například prvky z arteterapie, muzikoterapie, pohybové terapie apod.

K posouzení použijte níže uvedený klíč a vyberte jedno z čísel:

- 1 – výcvik je zaměřen především na neverbální techniky
- 2 – neverbální techniky a rozhovor jsou zastoupeny rovnoměrně
- 3 – ve výcviku se vyučuje neverbálním technikám, avšak za hlavní médium terapeutického procesu je považován rozhovor
- 4 – ve výcviku se učí neverbálním technikám jen minimálně
- 5 – terapeutický výcvik se nezabývá neverbálními technikami vůbec

grafické znázornění:



Číslo, které jste vybrali: .....

Děkuji Vám za spolupráci a chtěla bych Vás požádat ještě o uvedení následujících údajů:

Název institutu, ve kterém jste lektorem / absolventem:.....

.....

Název pracoviště, kde svou terapeutickou „školu“ praktikujete:.....

.....

