

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií



## **Vliv dramaterapie na klienty s neurotickou poruchou**

Disertační práce

**Mgr. JANA OLEJNÍČKOVÁ**

Doktorský studijní program, Speciální pedagogika

Školitel: prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.

Olomouc 2013

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně s využitím uvedených zdrojů.

V Olomouci dne 8. června 2013

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji svému školiteli panu prof. PaedDr. Milanovi Valentovi, Ph.D. za odborné vedení práce a všestrannou podporu při studiu.

Děkuji také prof. PhDr. Miroslavovi Chráskovi, CSc. za spolupráci a odborné vedení při zpracování kvantitativního výzkumu.

Dále bych ráda poděkovala doc. MUDr. Jánů Praškovi, CSc. a MUDr. Anežce Ticháčkové za umožnění odborné praxe na Klinice psychiatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc. Děkuji také účastníkům výzkumu.

Nemalé poděkování patří rodině a přátelům, především však PhDr. Kateřině Stejskalové, Ph.D., Mgr. Jaromíru Mašťalířovi a Bc. Nikitě Novosadové za podporu, trpělivost a kritické připomínky.

<b>ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
-------------------	----------

## **TEORETICKÁ ČÁST**

<b>1 NEUROTICKÉ PORUCHY, PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM A SOMATOFORNÍ PORUCHY .....</b>	<b>10</b>
---	-----------

<b>1.1 ÚZKOST A STRACH .....</b>	<b>10</b>
----------------------------------	-----------

1.1.1 MOZEK A STRACH.....	12
---------------------------	----

<b>1.2 ÚZKOST V KONTEXTU VÝVOJE .....</b>	<b>13</b>
---	-----------

1.2.1 DŮVĚRA V PRVNÍCH MĚSÍCÍCH ŽIVOTA .....	14
--	----

1.2.2 ÚZKOST A CIZÍ LIDÉ .....	15
--------------------------------	----

1.2.3 SEPARAČNÍ ÚZKOST.....	16
-----------------------------	----

1.2.4 ÚZKOSTI V OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ .....	17
--	----

1.2.5 ÚZKOSTI V DOSPĚLOSTI .....	18
----------------------------------	----

<b>1.3 OBECNÁ DIAGNOSTIKA NEUROTICKÝCH PORUCH.....</b>	<b>18</b>
--	-----------

1.3.1 ZNAKY ÚZKOSTI .....	20
---------------------------	----

1.3.2 KLASIFIKACE DLE MKN-10 .....	20
------------------------------------	----

1.3.3 F 40 FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY .....	21
---	----

1.3.3.1 F 40.0 Agorafobie.....	21
--------------------------------	----

1.3.3.2 F 40.1 Sociální fobie.....	22
------------------------------------	----

1.3.3.3 F 40.2 Specifické (izolované) fobie.....	23
--	----

1.3.4 F 41 JINÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY .....	24
--	----

1.3.4.1 F 41. 0 Panická porucha (epizodická paroxysmální úzkost).....	24
---	----

1.3.4.2 F 41.1 Generalizovaná úzkostná porucha .....	25
--	----

1.3.4.3 F 41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha .....	26
--	----

1.3.5 F 42 OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA .....	26
---	----

1.3.6 F 43 REAKCE NA ZÁVAŽNÝ STRES A PORUCHY PŘIZPŮSOBENÍ .....	27
---	----

1.3.6.1 F 43.0 Akutní reakce na stres .....	27
---	----

1.3.6.2 F 43.1 Posttraumatická stresová porucha.....	28
--	----

1.3.7 F 44 DISOCIATIVNÍ (KONVERZNÍ) PORUCHA .....	28
---	----

1.3.8 F 45 SOMATOFORNÍ PORUCHY .....	28
--------------------------------------	----

1.3.9 F48 JINÉ NEUROTICKÉ PORUCHY .....	29
---	----

1.3.9.1 F 48.0 Neurastenie.....	29
---------------------------------	----

<b>2 KLIENT S NEUROTICKOU PORUCHOU VE SKUPINOVÉ TERAPII .....</b>	<b>30</b>
---	-----------

<b>2.1</b>	<b>KLIENT S NEUROTICKOU PORUCHOU .....</b>	<b>30</b>
<b>2.2</b>	<b>SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE.....</b>	<b>31</b>
2.2.1	ÚČINNÉ FAKTORY VE SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPII .....	34
2.2.1.1	Skupinová sounáležitost .....	35
2.2.1.2	Emocionální subvence .....	36
2.2.1.3	Pomáhání jiným-altruismus .....	37
2.2.1.4	Sebeexplorace a sebeprojevení.....	37
2.2.1.5	Odreagování .....	38
2.2.1.6	Zpětná vazba, konfrontace .....	39
2.2.1.7	Vhled .....	39
2.2.1.8	Korektivní emoční zkušenost.....	40
2.2.1.9	Zkoušení a nácvik nového chování .....	41
2.2.1.10	Získávání nových informací a sociálních dovedností .....	42
2.2.2	SKUPINOVÁ DYNAMIKA.....	43
2.2.2.1	Cíle a struktura skupiny .....	43
2.2.2.2	Normy skupiny .....	44
2.2.2.3	Role ve skupině .....	46
2.2.2.4	Koheze .....	47
2.2.2.5	Tenze .....	48
2.2.2.6	Projekce .....	48
2.2.2.7	Tvorby podskupin.....	49
2.2.2.8	Stádia vývoje uzavřené skupiny .....	49
<b>2.3</b>	<b>TERAPEUTICKÉ SMĚRY .....</b>	<b>50</b>
2.3.1	HLUBINNÁ PSYCHOTERAPIE.....	50
2.3.2	KOGNITIVNĚ- BEHAVIORÁLNÍ PSYCHOTERAPIE .....	54
2.3.2.1	Behaviorální terapie.....	54
2.3.2.2	Kognitivní terapie.....	56
2.3.2.3	Kognitivně-behaviorální terapie.....	58
<b>3</b>	<b>DRAMATERAPIE.....</b>	<b>59</b>
<b>3.1</b>	<b>CÍLE DRAMATERAPIE.....</b>	<b>60</b>
<b>3.2</b>	<b>INTERDISCIPLINÁRNÍ ZDROJE DRAMATERAPIE .....</b>	<b>61</b>
3.2.1	HRA .....	62
3.2.2	DRAMATICKÁ VÝCHOVA .....	63
3.2.3	PSYCHODRAMA .....	66

3.2.3.1	Dramaterapie a psychodrama – podobnosti a odlišnosti.....	68
<b>3.3</b>	<b>CÍLE, STRUKTURA A MOŽNOSTI DRAMATERAPEUTICKÉ INTERVENCE.....</b>	<b>70</b>
<b>3.4</b>	<b>DRAMATERAPEUT.....</b>	<b>73</b>
3.4.1	TERAPEUT.....	73
3.4.2	DRAMATERAPEUT.....	75

## **EMPIRICKÁ ČÁST**

### **4 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM.....80**

<b>4.1</b>	<b>CÍLE VÝZKUMU A STANOVENÍ HYPOTÉZ.....</b>	<b>80</b>
<b>4.2</b>	<b>VÝZKUMNÝ SOUBOR.....</b>	<b>81</b>
<b>4.3</b>	<b>METODY SBĚRU DAT.....</b>	<b>84</b>
4.3.1	TECHNIKA STANDARDIZOVANÉHO POZOROVÁNÍ.....	84
4.3.2	DVOUFAKTOROVÝ SÉMANTICKÝ DIFERENCIÁL.....	86
<b>4.4</b>	<b>REALIZACE VÝZKUMU A JEHO PRŮBĚH.....</b>	<b>86</b>
<b>4.5</b>	<b>VALIDITA MĚŘENÍ A ANALÝZA VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU.....</b>	<b>88</b>
4.5.1	VALIDITA MĚŘENÍ SÉMANTICKÝM DIFERENCIÁLEM (SD).....	89
4.5.2	ANALÝZA VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	90
<b>4.1</b>	<b>INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ANALÝZY KVANTITATIVNÍCH DAT.....</b>	<b>96</b>

### **5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....98**

<b>5.1</b>	<b>CÍL VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....</b>	<b>98</b>
<b>5.2</b>	<b>VÝZKUMNÝ SOUBOR.....</b>	<b>99</b>
<b>5.3</b>	<b>METODY SBĚRU DAT.....</b>	<b>100</b>
5.3.1	POZOROVÁNÍ.....	101
5.3.2	INTERVIEW.....	102
5.3.3	SKUPINOVÁ DISKUZE.....	103
<b>5.4</b>	<b>ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....</b>	<b>104</b>
5.4.1	KATEGORIE.....	105
5.4.1.1	Kategorie čas.....	106
5.4.1.2	Kategorie cíl.....	110
5.4.1.3	Kategorie dramaterapeut.....	114
5.4.1.4	Kategorie dramaterapie.....	122
5.4.1.5	Kategorie informovanost.....	125

5.4.1.6	Kategorie KBT a dynamická skupina.....	131
5.4.1.7	Kategorie práce ve skupině.....	135
<b>5.5</b>	<b>INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ANALÝZY KVALITATIVNÍCH DAT.....</b>	<b>146</b>
<b>6</b>	<b>DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>151</b>
<b>6.1</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>153</b>
6.1.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI SMĚREM K TERAPEUTICKÉMU TÝMU A ZDRAVOTNICKÉMU PERSONÁLU.....	153
6.1.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI SMĚREM K DRAMATERAPEUTŮM .....	154
<b>ZÁVĚR</b>	<b>.....</b>	<b>156</b>
POUŽITÁ A PROSTUDOVANÁ LITERATURA .....		157
SEZNAM PUBLIKAČNÍ ČINNOSTI AUTORKY DISERTAČNÍ PRÁCE.....		163
ANOTACE DISERTAČNÍ PRÁCE .....		164
SUMMARY .....		165
ZUSAMMENFASSUNG.....		166
SEZNAM ZKRATEK.....		167
SEZNAM TABULEK, SCHÉMAT A GRAFŮ .....		168
SEZNAM PŘÍLOH.....		170

## ÚVOD

Oblast zkoumání, kterou jsme si zvolili pro účely této práce je u nás zatím zcela neprobádaná. Téma dramaterapie a její vliv na klienty s neurotickou poruchou s sebou nese mnoho otázek, na které jsme v rámci předkládané práce hledali odpovědi. Výzkumné problémy stanové autorkou předkládané práce směřovaly k efektivním faktorům skupinové terapie a míry subvence skupinové dynamiky prostřednictvím dramaterapie.

Důvodem pro rozhodnutí zkoumat danou oblast byl fakt, že daný okruh zájmu nemá u nás dostatečnou odborně publikační platformu. Kromě jiného autorka považuje neobvyklý způsob terapeutické práce, který dramaterapie nabízí za účinný prostředek v procesu sebeuvědomování, sebenahlížení a sebehodnocení, které je pro léčbu klientů s neurotickou poruchou významné.

Chceme-li propojit a dát do kontextu dramaterapii a klienty s neurotickou poruchou, je nezbytné tyto okruhy blíže specifikovat. Dramaterapii, lze jednoduše charakterizovat syntézou dvou pojmů *drama* a *terapie*. Drama je pojem z oblasti divadelního umění směřující k expresi tedy k určitému výrazu. Drama je však možné chápat v mnohem širším kontextu, kdy se nemusí jednat pouze o divadlo (drama) jako výsledný produkt, ale o procesní stránku - tvůrčí proces, který výslednému divadelnímu tvaru předchází. V tvůrčím procesu je klíčová hra jako aktivita, prostřednictvím které je možné se odreagovat či si vyzkoušet nejrůznější situace či životní role. Terapie je specifická cesta vedoucí ke změně a právě dramatické prvky v ní mohou zprostředkovat imitaci reálného světa, ve kterém se jedinec učí znovu orientovat.

Dramaterapie, s ohledem na její krátkou historii, si ve světě expresivních terapií neustále buduje své místo a má snahu stát se podpůrnou součástí i v dalších oblastech. Intervenční oblast, kterou si autorka zvolila pro účely této práce je, jak již bylo zmíněno, dramaterapie s klienty s neurotickou poruchou. Jedná se o dramaterapeutické působení na klientelu, která může v dramaterapeutickém procesu léčby velmi prosperovat.

V roce 2007 byla autorce umožněna praxe na Klinice psychiatrie ve Fakultní nemocni v Olomouci a dramaterapie se od té doby stala součástí pravidelného programu v terapeutickém procesu u klientů s neurotickými poruchami, poruchami vyvolanými stresem a somatoformními poruchami, které jsou v Mezinárodní klasifikaci MKN-10 zařazeny pod kódem F 4. Důvodem volby daného zařízení byl možnost kvalitního zázemí pro výzkum, jež klinika psychiatrie v Olomouci poskytuje.



Možnosti dramaterapie v léčebném procesu, faktory ovlivňující práci dramaterapeuta, cíle, které si klade a obraz jeho spolupráce s odborným terapeutickým týmem, byly předmětem zkoumání této práce. Cílem bylo zprostředkovat ucelený pohled na kompetence dramaterapie v procesu léčby u klientů s neurotickou poruchou na otevřeném oddělení Kliniky psychiatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc.

Disertační práce se skládá ze dvou částí: teoretické a empirické. V teoretické části se autorka zaměřuje na charakteristiku neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy, její symptomatologii a možné způsoby léčby a intervence. Další část teoretické platformy této práce bylo podrobněji popsat skupinovou psychoterapeutickou práci s akcentem na skupinovou dynamiku a efektivní faktory skupinové terapie, které úzce souvisí s výzkumy předkládané práce. Nedílnou součástí je kapitola o dramaterapii, která se zaměřuje na stručnou charakteristiku interdisciplinárních zdrojů dramaterapie a strukturu dramaterapeutického sezení. Empirická část práce zahrnuje vzájemně se doplňující kvalitativní i kvantitativní výzkum. Kvantitativní část výzkumu vychází z poznatků z předvýzkumu a přináší podněty vztahující se k samotnému dramaterapeutickému procesu. Kvalitativní část šetření na kvantitativní výzkum navazuje a operuje s údaji týkajícími se nejen samotného procesu, ale také vnějších faktorů, které fungování dramaterapie na Klinice psychiatrie v Olomouci ovlivňují.

Poznatky získané empirií jsou nejen obohacením pro oblast dramaterapeutického působení, ale také otevírají prostor pro další zkoumání s cílem podpořit dramaterapeuty v práci s klienty s neurotickou poruchou, která má dle autorky svůj smysl a měla by mít i své místo v odborné teoretické rovině.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 NEUROTICKÉ PORUCHY, PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM A SOMATOFORNÍ PORUCHY

Autorka považuje za důležité zabývat se referenčním rámcem a tématy relevantními předmětu disertační práce jako je vymezení neurotické poruchy, symptomů, příčiny a způsobu léčby této poruchy. Zmíněné informace by měly vést k prohloubení znalostí v předkládané problematice a následně posoudit, zda a popřípadě do jaké míry může být dramaterapie účinnou formou práce s klientem s neurotickou poruchou.

V této kapitole se nezaměříme pouze na definování neurotické poruchy, ale také na fenomén neurózy a pojmy strach a úzkost. V této části práce bude rovněž shrnuta symptomatologie, diagnostická vodítka a možnosti intervence u klientů s neurotickou poruchou.

### 1.1 Úzkost a strach

Strach a úzkost jsou nepostradatelnými emocemi v životě každého člověka. Fungují jako varování před blížícím se nebezpečím a mají za normálních okolností nezastupitelný ochranný charakter. Úzkost je emoční stav, jehož příčinu nelze přesně definovat. Je doprovázena nepříjemnými vegetativními příznaky, které často vedou k únavě až vyčerpání. Strach je reakce na nebezpečí a trvá pouze po dobu ohrožení. Úzkost i strach jsou doprovázeny podobnými pocity (Smolík, 2001).

Úzkost může ve své mírné podobě napomáhat lepším výkonům. Balint (in Kaast, 2012) nazýval tento pocit jako „slast úzkosti“. Jedná se o napětí, které je spojeno s lepší koncentrací a soustředěností a nijak člověka neohrožuje. V momentě, kdy člověk svou vlastní úzkost přestane mít pod kontrolou, začne mu život znepríjemňovat. Pocity napětí, které prožívá, se často v dnešní době schovávají za slova jako nervózní, ve stresu, pod tlakem a podobné výrazy. Samotný kořen slova „úzkost“ má indogermánský původ a znamená zúžení, soužení, tíseň a stísněnost. Nadměrná úzkost pak může člověku ztěžovat přemýšlení a komplikovat vykonávání i těch nejjednodušších věcí (Kaast, 2012 ve shodě s Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006).

Průběh a intenzita úzkosti je tedy různá. Může mít podobu mírného neklidu až paniky nebo je schopna postupně narůstat během sekund, minut, hodin i měsíců. Rozlišujeme úzkost spontánní, kdy je rozvíjena nečekaně nebo spontánní panika, která se rozvíjí při velké intenzitě. Je-li přítomná jen za určitých okolností, jde o situační nebo fobickou úzkost a při velké intenzitě se jedná o situační nebo fobickou paniku. Vyskytne-li se úzkost při myšlence na určitou situaci, jde o anticipační úzkost nebo anticipační paniku (Smolík, 2001).

Lidé s tendencí k úzkosti mohou mít obavu, že se přestanou ovládat, strach je zcela přemůže a budou panikařit. Důsledkem těchto obav je přecitlivělost ke strachu, který způsobuje vyhýbání se situacím vyvolávajícím tyto emoce. Velmi lehce následně vzniká začarovaný kruh, kdy si úzkostný člověk zvykne na vyhýbavý způsob jednání a přestane dělat činnosti způsobující obavy. Následně je však více nejistý, nevěří si a konfrontace s pro něj rizikovou situací či jednáními se jeví jako víc nebezpečná než ve skutečnosti je. O to méně pak věří tomu, že by ji mohl zvládnout (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006).

V úzkostném obrazu prožívání sebe sama se objevují existenciální otázky, kdy člověk ve svých představách selhává v určitých situacích a ztrácí vlastní hodnotu. Panika, která může v souvislosti s těmito myšlenkami přijít, se stupňuje do podob, kde už představy o budoucnosti nejsou. Panická úzkost je o přítomném okamžiku, kdy prožívání teď a tady je nesnesitelné. Stále se objevují fantazie spojené s vlastní likvidací a tedy i se strachem ze smrti. Tento pocit je často propojen s pocitem bezmoci a s tendencí delegovat zodpovědnost na druhé. V pocitu úzkosti hledají lidé pomoc kdekoliv a ten, kdo jim poskytne radu, je v pozici autority. Pocity úzkosti působí tedy nejen na identitu, ale také na vztahy k okolnímu světu (Kaast, 2012).

Myšlenky, chování a tělesné pocity se při úzkosti vzájemně doplňují. Myšlenky se plánovitě nemusí vztahovat ke smrti, ale jsou spojeny s určitým pocitem zániku či vyloučení. Vztahují se jak k člověku samotnému, tak k osobám mu blízkým např.: „Co když syn onemocní? Co když přijdu o práci? Co když se ztrapním, nezvládnou to apod.“ Chování doprovází myšlenky, jako je odkládání konkrétních úkolů, vyhýbání se určitým situacím i lidem, neustálé ujišťování se u druhých, naříkání si apod. V těle se pak tyto myšlenky projeví jako napětí, třes, zčervenání, ztížené dýchání, pocení či bušení srdce apod. Pokud se pocit úzkosti objevuje příliš často, trvá nebo se projevuje v nevhodných situacích, pak je třeba obrátit se na odborníka (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006).

Obvykle nenajdeme přesné ohraničení mezi jednotlivými poruchami s úzkostí a strachem, je ale důležité je co nejlépe specifikovat, jelikož některé typy úzkostných poruch potřebují specifický terapeutický postup (Smolík, 2001).

### **1.1.1 Mozek a strach**

Úzkost a strach jako reakce na pro osobu stresovou či rizikovou situaci má své centrum v mozku. Do této kapitoly je zařazeno fungování strachu v mozku záměrně z toho důvodu, že jsou dané poznatky využívány i v psychotherapeutické práci. Především pak v kognitivně behaviorální psychotherapii (dále pak KBT). I přesto, že dramaterapeut při své práci poznatky z neurologie přímo nevyužívá, měl by dle autorky znát princip fungování člověka s úzkostí, mít je na paměti v práci se skupinou a dokázat je propojit s technikami dramaterapie (jako je např. nácvik různých situací apod.).

Ústřední centrum strachu v mozku je amygdala fungující jako paměťová úschovna. Konfrontujeme-li se s určitým signálem nebezpečí – něco nás letí, něco nás bodne či se ozývá hlasitý zvuk, jsou tyto signály dovedeny skrze smyslové orgány do senzoričkého talamu, kde se projeví a jsou velmi rychle vedeny senzoričkou kůrou do laterální části amygdaly. Tento proces je velmi rychlý a většinou než si uvědomíme, že se něco děje, zareagujeme obranným reflexem nebo ztuhneme (Grawe, 2007).

„Přesně tak reagoval náš autonomní nervový systém, uvolnil adrenalin, zvýšil krevní tlak a mobilizoval celý náš systém a připravil ho na reakci obrany nebo útoku. Tato bleskurychlá reflexní poplašná reakce je spuštěna centrální částí amygdaly“ (Grawe, 2007, s. 92). O něco později se zase znovu začneme uvolňovat a začneme situaci analyzovat. Korová oblast mozku zapojí do této analýzy i hipokampus, který se zaměřuje na zpracování informací v kontextu. Skrze něj pak mohou být aktivovány paměťové stopy (Grawe, 2007).

Amygdala tedy v sobě uchovává veškeré emočně laděné prožitky, situace a zkušenosti. Setkáme-li se s podobnou situací, která již nastala v minulosti, amygdala dokáže rozlišit, zda jde o nebezpečí či nikoliv. Projevuje se to zbystřením pozornosti a spustí se automatické reakce a člověk přestává uvažovat. Na stres a strach v mozku reaguje také hypotalamus, jenž řídí centrum vegetativního nervstva. Na konci tohoto nervstva se vyplavuje stresový hormon kortizon z kůry nadledvin. Při strachu dochází v mozku k hyperaktivitě neuropřenašečů adrenalinu a noradrenalinu. Locuscoeruleus je jádro v prodloužené míše, ze kterého tyto signály vycházejí. Při panickém záchvatu

je jádro zvýšeně aktivováno a stejně tak i neurony v mozku a celém těle, které vyplavují adrenalin (v těle v sympatickém nervovém systému) a noradrenalin (v mozku). Na základě těchto reakcí v těle se do paměťových stop vtisknou tyto situace a zážitky s nimi spojené velmi rychle. Dokonce i okolnosti, které nejsou nebezpečné a jen zdánlivě připomínají ohrožující situaci uloženou v paměti, mohou vyvolat úzkost a panický záchvat. Spustí se tzv. falešný poplach (Praško, J., Prašková, H., Vašková, K., Vyskočilová J., 2006).

Grawe (2007) přibližuje tento falešný poplach na příkladu se ženou, která byla přepadená v podzemní garáži. Zmíněná žena nebude mít pravděpodobně strach pouze z dalšího přepadení, ale také z podzemních garáží a bude se jim pokud možno vyhýbat. Podmíní si strach, který proběhl v určité situaci, místě a v určitém kontextu. Amygdala pak reaguje na ohrožující situace, i když je vědomě nevnímáme. Člověk tedy může zažívat pocit úzkosti a nemusí vědět či si vědomě propojit s čím je tento negativní pocit spojený (Grawe, 2007).

## 1.2 Úzkost v kontextu vývoje

V průběhu života se člověk dostává do určitých vývojových mezníků, kdy si jedinec osvojuje různé strategie v jednání, adaptuje se na nové skutečnosti a konfrontuje se s prostředím a se sebou samým. Konfrontace vyvolává úzkost, která se i v průběhu života složitě vyvíjí. Jak již bylo výše zmíněno, strach a úzkost neoddělitelně patří k životu. Kdy se však poprvé setkáváme s vlastní úzkostí a strachem, je jen těžko určitelné. Již v období prenatalním, jak je značné z pozorování matky, má vliv na dítě a jeho způsob reagování na okolní svět. Vysoký význam má tedy vliv rodičů, nakolik poskytují dítěti pocit bezpečí a srozumitelné informace o fungování světa. Samotný vývoj je paradoxně taktéž zdrojem úzkosti, jelikož v průběhu růstu se člověk postupně vzdává určitých naučených adaptačních strategií a přijímá nové. Dítě, které si je jisto matčinou pozorností a zájmem se bude pravděpodobně adaptovat na nové situace lépe a daleko jistěji se bude pouštět do procesu poznávání světa. Změna způsobů jednání a reakcí na konkrétní situace je otázkou také pro psychoterapeutické působení, kdy je snaha nalézat nová řešení tam, kde stará selhávají (Vavrda in Vymětal, 2007).

„Dítě vnímá blízkou osobu jako samostatnou, svébytnou, nikoli jako pouhou mateřskou postavu naplňující jeho potřeby. Vědomí stálosti objektu získává dítě tím, že v dobách, kdy je matka přítomná, stále znovu internalizuje obraz matky.

Této internalizaci napomáhají tzv. přechodové objekty. Díky těmto internalizovaným obrazům dobré matky čili dobrým obrazům blízké osoby se v dítěti také rozvíjí pocit, že se o sebe může postarat samo“ (Kaast, 2012, s. 82).

### **1.2.1 Důvěra v prvních měsících života**

V prvních měsících života se dítě potřebuje především ujistit, že svět je v zásadě bezpečné místo k žití. Tento pocit mu poskytuje většinou matka či osoba blízká. Podle slov Eriksona (in Vymětal, 2007) potřebuje získat pocit důvěry, který je základní pro zvládnání situací vzbuzujících úzkost a strach v dalším životě. Jedinec, který tuto důvěru nemá, život pojímá jako plný ohrožení (Vavrda in Vymětal, 2007).

Bowlby (in Grawe, 2007) říká, že pokud jedinec má ve svém okolí osobu, které důvěruje a ví, že mu bude k dispozici vždy, když bude potřebovat, je pak méně náchylný k úzkosti. Motivační schémata související s potřebou připoutání jsou odrazem právě intrapsychického modelu, kdy se u jedince usadily tyto zkušenosti. Velmi záleží na tom, jak jsou blízké osoby v dětství jedinci dostupné a nakolik se do něj dokážou vcítit.

Matka dítěti zprostředkovává model hodnocení situací a způsoby jejich řešení. Daný proces probíhá často nevědomě. Člověk pak může vyrůstat v atmosféře ohrožení, která se mu jeví jako samozřejmá. Autoři, kteří zastávají teorii příklánějící se k vrozenému předpokladu k úzkosti, připouštějí vznik úzkosti na základě zkušeností s osobami blízkými, vlivu prostředí a traumatických událostí, které během života člověk prožívá (Vavrda in Vymětal, 2007).

Winnicott (in Vavrda in Vymětal, 2007) se v otázkách vývoje zmiňuje o tzv. přechodových objektech, které dítě potřebuje v období zhruba kolem 4. a 6. měsíce. Tímto objektem je pro dítě často něco lehce uchopitelného a permanentně přítomného. V tomto procesu vzniku přechodových objektů je opět důležitá role matky, která by měla být schopná zprostředkovat dítěti „iluzi bezpečného světa.“ Přechodovým fenoménem je věc, která je na pomezí mezi psychickou a vnější realitou a je tedy prostředkem, jak se dítě vyrovnává s hrozbou. Typickým příkladem je strach ze spánku, kdy se dítě bojí zůstat samo při usínání. Strach ze spánku je spojen s mytologií a pohádkami, kdy smrt je pojmenována jako např. „věčný spánek“ a v noci se také budí různé temné síly apod. Předmět je pak prostředek, který dítěti zajišťuje bezpečí, jedná se např. o přikrývku, kterou ho rodiče zakrývají či oblíbenou hračku. Dítě si reprezentanta bezpečí, tedy danou věc, zvolí libovolně. Stabilita prostředí s tím spojená je pro dítě důležitým aspektem pro jeho

duševní rovnováhu. Dítě samo přispívá k vyrovnávání se se strachem a udržení rovnováhy nějakou ritualizovanou aktivitou, děti si například před spaním „pobrukují“ či „povídají“. Zabránil-li se lidem vyrovnat se se strachem za pomoci vlastního rituálu, dostaví se často velmi silná úzkost (Vavrda in Vymětal, 2007).

V dětství se na vývoji úzkosti, jak je patrné, velmi podílejí rodiče, jejich způsob výchovy, možnost zajistit stabilní prostředí a schopnost pochopit dětské strachy. Extrémní přístupy (přílišné ulevování, rozmazlování a neschopnosti nastavit hranic), jsou vždy nežádoucím jevem. Taky je samozřejmě nevhodné dítě strašit nějakým nebezpečím. Dlouhodobé odloučení způsobené hospitalizací nebo jiným důvodem, může být taktéž prediktorem úzkosti, stejně jako samotní rodiče, kteří se neumí vypořádat s vlastní úzkostí, vyhýbají se obávaným situacím a dítě si pak tento přístup nevědomky osvojuje (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006).

Jedna z forem, jak se dítě vyrovnává se strachem či s nějakým traumatem, je hra. Stejně velký význam má pro dítě (a nejen pro dítě) i pohádka. Význam hry i pohádky se pojí s vývojem symbolických funkcí. Hra pomáhá dítěti porozumět okolnímu světu. Ve světě pohádek jde zase o princip „jakoby“ hrozby. Jedná se ve své podstatě o dětské horory, kde se postava často konfrontuje se smrtí (Šípková Růženka, Sněhurka apod.). Pohádka však umožňuje zachovat si odstup od dané situace a proces vyrovnávání se je podpořen ještě šťastným koncem pohádky. Podobný princip jako má pohádka se objevuje i v příbězích mytologických a biblických, což potvrzuje, že tento mechanismus je využíván od pradávna (Vavrda in Vymětal, 2007).

Zaměříme-li se na souvislost kapitoly s celým konceptem této práce, nacházíme zde propojení s dramaterapeutickou prací, která ve svém fungování hru i příběh využívá. Jedinec se může konfrontovat s příběhem někoho jiného, nalézat řešení, mít nadhled i propojovat důležité aspekty ve hře se svým vlastním životem. V dramaterapii je, jak je v praktické části této práce zmíněno, hra prostředkem k odreagování a na základě zkušeností z pozorování autorky a zpětných vazeb klientů trpících úzkostí, byla pro některé práce s příběhem prostředkem k nalezení vlastního tématu na terapii. O hře se lze více dozvědět v kapitole o dramaterapii.

### ***1.2.2 Úzkost a cizí lidé***

Vavrda (in Vymětal, 2007) popisuje celou řadu úzkostí, se kterými se jedinec v průběhu svého vývoje střetává a za pomoci různých strategií také vyrovnává. Jedná se,



jak už bylo výše řečeno, často o určitou konfrontaci s okolím. Kolem 6. a 7. měsíce života se objevuje strach z cizích lidí, tedy z osob, které nejsou v častém kontaktu s dítětem. Tato úzkost vrcholí přibližně v 8. a 10. měsíci života dítěte.

Dítě by se mělo v tomto období dokázat oddělit od matky a tuto úzkost přirozeně překonat, díky již získané důvěře k matce. (Malá, 2012). Kaast (2012) říká, že strach v tomto období souvisí se zklamáním, že dítě nevidí blízkou osobu.

„Kojenci, kteří do té doby byli odkázáni na přijímání, si v této fázi začínají sami brát“ (Kaast, 2012, s. 77). Brát v tomto případě znamená natahovat se po věcech, ohmatávat je apod. Jedná se o zážitek zkušenosti, že si sami něco vezmou a nejsou odkázáni na druhé. Je to také období diferenciací, kdy si kojenci zkoušejí nové spektrum vztahů (Kaast, 2012).

Úzkost, kterou dítě prožívá v přítomnosti cizí osoby, může zmírnit přítomnost blízké osoby (nejlépe matky) nebo pro dítě známé prostředí. Důležitý je přístup „cizí“ osoby, která by měla dát dítěti prostor, aby ji poznalo. Napomoci může také komunikace skrze oblíbený předmět nebo oblíbenou hru dítěte (Vavrda in Vymětal, 2007).

### ***1.2.3 Separční úzkost***

Separční úzkost je obvykle spojená s obdobím okolo 9. měsíce života. Dítěti dělá problém, když matka nebo osoba, která je mu blízká odejde jen do vedlejší místnosti. Jedná se o normální jev s touto etapou spojený, který by mělo dítě přirozeně překonat. Ještě okolo druhého roku se u dítěte může objevovat strach ze separace od matky, ale už mu postačí přechodový předmět či fotografie matky. Důležitá je však stále důvěra k matce ne osobě blízké, že se vrátí. Pokud se tato úzkost neobjevuje, značí to, že vývoj je opožděn či narušen. Pokud se dítě na žádnou blízkou osobu v dětství nenavázalo a postrádá tedy někoho, kdo by mu chyběl a při jehož odchodu by pociťoval úzkost, bude mít tato zkušenost vliv na navazování budoucích blízkých vztahů. Problémy v partnerství a celkově komplikované vztahy s neschopností jít ve vztahu do hloubky mohou pak být následkem nedostatečného připoutání v dětství (Říčan, 2006).

Úzkost je dle Kaast (2012) obecně spojená s kontrolou nad nebezpečím. Člověk si neustále musí udržovat přehled o situaci. Vavrda (in Vymětal, 2012) podotýká, že samotné vzdálení se od matky není pro dítě až tak stresující, v momentě, kdy se samo vzdaluje a má nad situací kontrolu a moc. Behavioristé vysvětlují separční úzkost jako



diskomfort, který dítě pociťuje, když matka není na blízku. Spojení matky s prapůvodním pocitem přežití vyvolává při jejím odchodu pocit ohrožení.

Období dětství je provázáno s mnoha situacemi, které mohou přirozeně vyvolávat úzkost (například narození sourozence či úzkost spojená s rozpoznávání pohlaví). Instituce jako jesle, mateřská i základní škola jsou zdrojem strachu, jelikož dítě se adaptuje na nové prostředí a přijímá nové role v životě. Základní škola je důležitým a náročným mezníkem, kdy se na dítě kladou daleko větší nároky než v předešlých institucích. Kolem 9. až 11. roku se objevuje strach ze smrti, kdy se dítě vzdává tzv. omnipotentních obran, tedy mechanismů přinášejících představu, že svět ovlivňuji vlastní vůlí a mám nad ním kontrolu (Vavrda in Vymětal, 2007).

Vývojově přirozené strachy je někdy obtížné oddělit od patologických projevů úzkostí. „Matky předškolních dětí uvádějí ve více než čtyřiceti procentech, že jejich dítě trpí různými strachy a úzkostmi. V předškolním věku je běžný strach z cizích lidí, strach ze tmy, ze zvířat, z vody, z bouřek, z pohádkových bytostí. Kolem 9. roku věku se objevuje strach z krve, ze zranění, z manipulací, které s tím souvisí (injekce, odběry krve, použití skalpele a podobně). Strach ze zubních zákroků nastupuje kolem 12. roku věku“ (Malá, 2013).

#### ***1.2.4 Úzkosti v období dospívání***

Úzkosti v období dospívání jsou spojeny s obdobím pohlavního dozrávání jedince, což je mimořádně významná etapa života jedince. Úzká propojenost je s obavami, které přináší změny somatické a motorické. Koordinace těla je zhoršená, což lze ve vývoji vnímat jako krok zpět. Jedinec se učí zacházet se svým „jiným“ tělem, které mění tvar, hmotnost i výšku. Úzkost pak vzbuzují negativní a devalvující poznámky, typu „ty kopyto“ apod., jelikož je propojená i s vlastním sebehodnocením. Strategie, které jedinec využívá, jsou například vyhýbání se situacím, ve kterých dochází k devalvujícím připomínkám. Nemalý vliv na strachy v dospívání má vývoj sekundárních pohlavních znaků. Dívkám začínají růst prsa, chlapcům se mění hlas, rostou vousy a celkově člověka potkávají změny, na které okolí reaguje. Právě reakce okolí jsou dalším zdrojem emoční nepohody, jak z důvodu viditelnosti změny, tak může být příčinou i to, že se tělo mění později než u vrstevníků. Riziková je taktéž identifikace s dospělou rolí, jako je u dívek přijetí menstruace, tedy dívka se stává ženou. Nepřijetím této role, kdy je vývoj z nějakého

důvodu opožděn, může dojít k psychopatologické touze odstranit či zabránit menstruaci, což je jeden z motivů vzniku onemocnění mentální anorexie (Vavrda in Vymětal, 2007).

Dospívání je spojeno taktéž s vytváření nových vztahů, novostí lásky a dobrodružství spojeno s jejich navazováním a sexuálním vzrušením. Tyto vztahy jsou propojeny se sny a představami o budoucnosti a je zde také viditelný vliv zázemí, které jedinci poskytlo informace o tom, jak o druhou osobu pečovat či co od druhého očekávat (West, 2002).

### **1.2.5 Úzkosti v dospělosti**

S dospíváním je taktéž spojena obava ze samostatnosti, která je již jasným krokem k dospělosti. I přesto, že po ní jedinec touží, představa, že mu rodiče již neposkytují podporu, v něm vzbuzuje pocity napětí. Tenze se projevuje častými výbuchy, konflikty s rodiči a nepřiměřenými reakcemi. V mladé dospělosti člověk také zažívá obavu, že si nenajde partnera a zůstane sám. Dospělost je pak doprovázena úzkostmi spojenými s rodičovstvím a se vztahem k dětem. V pozdějším věku se pak člověk potýká s obavami, že už spoustu věcí nezvládá jako dřív. Ve spojitosti s odchodem do důchodu vzniká obava z vlastní bezmoci a strach z umírání a ze smrti (Vavrda in Vymětal, 2007).

V každém období života je tedy člověk vystaven určitému strachu či úzkosti. Jak již bylo zmíněno na začátku této kapitoly, během života se neustále adaptujeme na nové situace, role a s nimi spojenou zodpovědností. Strach ze selhání nebo pocit nepohody by však neměl přecházet do patologií, kde se stávají obtěžující natolik, že narušují kvalitu života jedince. Hovoříme zde o formě úzkosti, která je natolik zatěžující, že se člověk začne nepřiměřeně vyhýbat situacím, lidem či objektům až nakonec upadá do izolace. V momentě, kdy okruh těchto faktorů vyvolávajících nadměrnou obavu narůstá, je na místě vyhledat odbornou pomoc.

## **1.3 Obecná diagnostika neurotických poruch**

Chceme-li blíže specifikovat neurotické poruchy je pro účely této kapitoly důležité objasnit termín neuróza, který předcházela současnému pojmenování Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Termín „neuróza“ byl poprvé použit v roce 1789 W. Cullenem. M. Beard v r. 1880 pojmenoval syndrom chronické, duševní, tělesné slabosti a únavy následkem vyčerpání nervového systému „neurastenie“.

„Dráždivé srdce“, tak nazval v roce 1871 Da Costastav, který byl koncem 19. století skryt pod termíny jako melancholická panika, obsese, traumatická neuróza a jiné. Freud použil termín „úzkostná neuróza“, ten však byl Schneiderem zpochybněn a zcela vypuštěn z Amerického diagnostického a statistického manuálu DSM-III (1980). Po roce 1980 byla většina výzkumných studií, prováděna na základě diagnostiky podle DSM-III, ale ani přesto se nepodařilo některé podskupiny neurotických poruch zcela ohraničit. Evropskými psychiatry je například DSM-III kritizováno pro přísné oddělení depresivních a úzkostných poruch a také smíšená úzkostně depresivní porucha je stále předmětem diskuzí (Smolík, 2001).

„Neuróza neohrožuje život, na neurózu se neumírá. Skutečností však je, že neuróza často kazí člověku život, když si s ní nedovede poradit. Neurotici se často subjektivně cítí hůř než pacienti vážně tělesně nemocní“ (Kratochvíl, 2006, s. 15).

Neurotická porucha je diagnostikována u lidí, kteří trpí tělesnými nebo duševními obtížemi a u kterých nebyl nalezen organický podklad, tedy prokazatelné poškození příslušných orgánů či mozku. V současné 10. revizi, platné od roku 1993, byla zrušena kapitola s jednoduchým názvem neurózy a místo ní byla s čísly F40-F49 zařazena kapitola „Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy“. Dříve byla neurotická porucha stavěna do opozice k psychóze, u níž dochází k narušení duševních funkcí a změně ve vnímání reality. Naproti tomu neurotické poruchy jsou charakteristické právě úzkostí, vegetativní příznaky, celkově nespokojeností a maladaptivním chováním. Rozdělování poruch pod jednotlivá čísla se přestalo řídit jednotným hlediskem podle hlavních příznaků neurotického onemocnění a nyní názvy vycházejí ze zjišťovaných příčin. (Kratochvíl, 2006, Papežová 2006).

Neurózami se zabývalo mnoho autorů, jako např. Adler, jehož nauka o neurózách v propojení s pocity méněcennosti je pro dramaterapii zajímavá. „Neuróza je obranou prožívání proti vlastní bezmocnosti člověka, který utíká do nemoci (další z obranných mechanismů osobnosti), aby si vybudoval fixní pocit vlastní hodnoty („dokázal bych to, kdybych nebyl nemocný...“) (Valenta, 2011, s. 59). Terapeut by měl klientovi dodávat odvalu k řešení životních úkolů a zároveň dokázat rozpoznat nerealistický plán klienta a najít s ním cestu ke změně životního stylu (Kratochvíl, in Valenta, 2011).

### ***1.3.1 Znamky úzkosti***

Obecné znamky a příznaky úzkosti jsou jak psychické tak somatické. Při psychických příznacích prožívá osoba pocety ohrožení, obtížně se koncentruje, je nadměrně bdělá, trpí insomnií a má snížené libido. Somatické příznaky jsou třes, cukání, rozechvělost, bolesti v zádech a hlavy, také napětí ve svalech, zkrácení dechu, hyperventilace, rychlá unavitelnost, má tzv. „úlekovou“ reaktivitu a vegetativní hyperaktivitu: rudnutí, blednutí, tachykardie, pocení, studené ruce, průjem, sucho v ústech a časté močení. Také se objevuje parestezie a obtíže s polykáním (Smolík, 2001).

Kromě psychiatrického vyšetření patří do diagnostiky úzkostí také vyšetření tělesných onemocnění a základní laboratorní vyšetření (krevní obraz, moč, sediment, jaterní enzymy, urea, kreatin), EKG a EEG. V psychiatrickém vyšetření zjišťujeme, na jaké situace je úzkost vázaná, v jakých časových intervalech se objevuje (zda jde o panické záchvaty či o generalizovanou úzkostnou poruchu), zda je strach spojen s událostí ještě nenastalou či situací, která již nastala (anticipační úzkost versus fobie). Otázky, které lékař či psycholog při vyšetření pokládá, jsou zaměřené na myšlenky nemocného a na jeho fyzické prožívání úzkostí. Prožívání určité situace může mít podobu strachu až paniky. Důležitými informacemi pro vyšetřujícího jsou reakce nemocného na úzkostnou událost, zda se těmito situacím vyhýbá nebo má naučené strategie, jak úzkost zvládat. Úzkost se může měnit v závislosti na vnitřních i vnějších podnětech (např. při sportovní aktivitě, menstruaci, přítomnosti konkrétní osoby apod.). Závažnost tohoto onemocnění lze posoudit na základě omezení, které člověku způsobuje a také podle toho, nakolik je narušena kvalita jeho života. Pokud nemoc a její trýznivé prožívání zasahuje do pracovního, partnerského života i volného času může to vést až k sebepoškození, raptu či sebevraždě. Pro upřesnění diagnostiky můžeme využít i dotazníkové metody (Papežová, 2006).

### ***1.3.2 Klasifikace dle MKN-10***

V následující kapitole jsou podrobně popsány poruchy, které se vyskytují u pacientů na Klinice psychiatrie otevřeného oddělení C. Znalost symptomů je velmi důležitá, neboť během terapie často dochází k jejich výskytu. Terapeut má být tedy srozuměn s těmito příznaky a vhodně reagovat při jejich výskytu.

**Neurotické poruchy členíme dle „Mezinárodní zdravotnické organizace“ pod kód F4.**

F 40 Fobické úzkostné poruchy

- F41 Jiné úzkostné poruchy
- F42 Obsedantně – kompulzivní poruchy
- F 43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení
- F 44 Disociační (konverzní) poruchy
- F 45 Somatoformní poruchy
- F 46 Jiné neurotické poruchy

### **1.3.3 F 40 Fobické úzkostné poruchy**

Porucha, která je vyvolávána objekty nebo situacemi, kterým se pacient záměrně vyhýbá a které nejsou běžně nebezpečné. Projevy této poruchy nejsou nijak rozdílné od ostatních úzkostných poruch. Může se vyskytovat od mírných projevů např. pocitu nepohody až po silné, jako je děs. Často pacientův zájem směřuje k symptomům jako palpitace, pocity omdlení a může se i přidružit druhotný strach ze smrti. Pacienta neuklidní ani to, že ostatní kolem něj nepovažují situaci za nebezpečnou. Anticipační úzkost vyvolává pocit, že přijde další fobická situace. Mimo sociální fobie jsou ostatní fobie častější u žen. Panická ataka je projev závažnosti fobie, ale při diagnostice by měla být fobii dána přednost (MKN, 2006).

#### **1.3.3.1 F 40.0 Agorafobie**

Slovo agorafobie je přeloženo z řečtiny a znamená strach z tržiště. Původně byl pojem agorafobie používán pro strach z velkých prostranství, v současné době má však daleko širší spektrum pojetí. Zahrnuje strach nejen z velkého prostoru, ale také z uzavřeného např. z opuštěných domů, vstup do obchodů. Osoba má strach z prostředí, ze kterých je obtížné odejít a je zde nedostupná případná pomoc. Shluk lidí na veřejných prostranstvích, cestování ve veřejném dopravním prostředku bez doprovodu, pobyt ve výtahu, obchodních domech nebo restauracích apod. jsou pro člověka trpícího agorafobií podněty pro rozvoj panické ataky. Panická ataka není vždy symptomem této poruchy. Agorafobie se častěji vyskytuje (ve věku mezi 15 a 35 rokem života) u žen než u mužů. V léčbě je doporučena kognitivně – behaviorální terapie, která bývá často úspěšná u všech typů agorafobie. Často je praktikována „expoziční“ terapie, což znamená postupný nácvik na místech, která jsou spojená s agorafobií. Léky jsou podávány v případě panické úzkosti (Kopista, Kopistová, Raboch, Pavlovský, 2003).

### 1.3.3.2 F 40.1 Sociální fobie

Sociální fobie s sebou nese specifický strach z kontaktu s lidmi. Tato porucha se často začíná vyskytovat v adolescenci, kdy osoba má strach ze zkoumavých pohledů a styku s jinými lidmi. Sociální fobie jsou často spojeny s nízkým sebehodnocením a strachem z kritiky. Osoby s touto poruchou jsou přesvědčeny, že problém je u nich v sekundárních projevech úzkosti, jako je zčervenání, třes rukou, nucení k močení a příznaky se mohou stupňovat až k panické atace. U sociální fobie musí být v diagnostice přítomny oba následující příznaky, a to výrazný strach být středem pozornosti nebo strach z vlastního chování, které může být trapné nebo ponižující. Také nápadné vyhýbání se situacím, kdy by klient mohl být středem pozornosti nebo se dostal do situací, kde by se mohl chovat způsobem, který by vedl k ponížení a rozpakům může být symptomem sociální fobie. Může to vést až k úplné sociální izolaci (Praško, J. a kol., 2005).

U této poruchy bývá často rozvinutá „anticipační úzkost“, osoba se již předem situace obává a má strach, že ji nezvládne. Objevují se i tělesné příznaky jako je nucení k močení, třes rukou, zrudnutí apod. Osoba tyto příznaky často vnímá jako prvotní příčinu svých obtíží (Kopista, Kopistová)

Obava z tzv. „zvědavých očí“, kdy člověk v přítomnosti jiných nemůže jíst, telefonovat, psát, mluvit apod., se často rozvine v pubertě a dospívání. Osoby trpící sociální fobií se vyhýbají situacím, kde mají pocit, že zpanikaří nebo se přestanou ovládat. Tento strach se většinou neprojevuje v prostředí domova, kde se cítí v bezpečí, ale např. v malých kolektivech pracovníků, na schůzi i na neformálním setkání, ve společnosti či na návštěvě aj. Tato fobie je často spjatá s nedostatkem sebedůvěry, obavou z kritiky a autorit. Během života trpí sociální fobií zhruba 3-13 % populace a období nadměrné stydlivosti potká v životě až 80-90 % lidí. Tato porucha se často rozvine ve věku 14-20 let, kdy je obvyklé, že se dospívající v určitých situacích stydí. Lidé se sociální fobií se však daným situacím vyhýbají a časem se na ně stanou přecitlivělí. Není vždy přesně jasné, kdy se u konkrétního člověka tato fobie rozvine. Málokdy se tomu tak stane po traumatu jako je posměch spolužáků, spíše jde o časté sociální neúspěchy či o nápodobu rodičovských vyhýbavých vzorů chování. Izolace, kdy si člověk neosvojí některé sociální dovednosti, které v určitých chvílích potřebuje, může taktéž způsobit rozvoj této nemoci. V lidech je evolučně zakódovaný strach, který nejspíš pochází z primitivních civilizací, kdy příslušník jiného kmene či vyloučený jedinec byl často zdrojem posměchu, ponižování

a následného zabití. Vyloučení ze společnosti je tedy spojeno s pocitem strachu z opovržení a ze smrti. Osamělost, život bez partnera či problém oddělit se od rodičů a osamostatnit se je často důsledkem této nemoci. Tendence k závislosti na alkoholu a drogách je taktéž cestou, jak člověk se sociální fobií snižuje svou úzkost a dodává si krátkodobý pocit „odvahy“. Proto u těchto lidí závislost vzniká poměrně rychle (Praško, Vyskočilová, Pígllová, Prašková, 2005).

Aby nedocházelo k rozvoji přidružených duševních poruch a škodlivých adaptačních mechanismů, je potřeba včasné poskytnutí psychoterapie a farmakoterapie. Započetí terapie předchází informování pacienta, jelikož mnoho postižených sociální fobií ji přikládá ke svému osobnostnímu rysu či extrémní stydlivosti. Terapeut je tady v pozici, kdy osobu se sociální fobií přesvědčuje, že jde o chronickou poruchu a dlouhodobý terapeutický plán ji může pomoci. Co se týče psychoterapeutické práce velké úspěchy má u této nemoci právě KBT, u které je potřeba velká připravenost a kvalifikace terapeutů. Stejně jako farmakoterapeutická léčba přinese KBT úlevu více než dvěma třetinám nemocných. Za účinné metody je považován nácvik sociálních dovedností, cílené vystavování obávaným situacím a kognitivní restrukturalizace (Raboch, Pavlovský, 2003).

#### *1.3.3.3 F 40.2 Specifické (izolované) fobie*

Specifické fobie jsou zaměřené na vysoce izolované situace a objekty jako je např. strach ze tmy, blízkosti určitých zvířat, pohled na krev, pohyb v otevřených či uzavřených prostorech, požívání určitých jídel. Velmi bohatá škála těchto podnětů může způsobit úzkost a strach ([www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html](http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html)).

Při diagnostice musí být přítomny oba následující příznaky. Výrazný strach z určitého objektu nebo situace, která není zahrnuta v diagnostice agorafobie a sociální fobie a nápadné vyhýbání se určitým objektům nebo situacím, které nejsou zahrnuty do agorafobie a do sociální fobie. Specifická fobie často vzniká v dětství nebo v době dospívání a pokud se neléčí, může přetrvávat i několik desítek let. Oproti agorafobii nemá předmět vyvolávající fobii tendenci ke změnám intenzity (MKN, 2006).

Jako u jiných poruch se využívají principy KBT a vhodným doplňkem jsou relaxační techniky. U této poruchy není vždy potřeba využít farmakoterapie (Raboch, Pavlovský, 2003).



### **1.3.4 F 41 Jiné úzkostné poruchy**

#### *1.3.4.1 F 41. 0 Panická porucha (epizodická paroxysmální úzkost)*

Panika je pojem odvozený z řecké mytologie, kde je vykreslený bůh trpasličího vzrůstu a obutý v šaškovských botách Pann. Tento bůh žil osaměle, měl zvláštní smysl pro humor a byl náladový. Výskokem z úkrytu a pronikavým výkřikem strašil poutníky chodící kolem jeho jeskyně. Vystrašení zažívali silný aktuální strach, který byl pojmenován panika (Raboch, Pavlovský, 2003).

U panické poruchy jsou přítomny opakované ataky úzkosti (paniky) bez závislosti na konkrétní situaci či podnětu a nelze je proto předvídat. Podobně jako u jiných úzkostných poruch se projevují u různých pacientů odlišně. Náhlé vypuknutí palpitací, bolesti na hrudníku, pocit dušení, závratí, pocit nereálnosti apod. jsou typickými projevy, které pacient v panice zažívá. Přidružen je často sekundární strach ze smrti, ze zešílení a ztráty kontroly. Panická porucha musí být odlišena od panických atak, které mohou být součástí jiných poruch např. depresivních ([www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html](http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html)).

Četnost panických atak je velmi různá a i když trvají kolikrát jen pár minut, mohou se dostavovat až několikrát za den. To může způsobit trvalý strach z další ataky tzv. anticipační strach. Panická porucha se často objevuje u mladých dospělých, kteří si zažili v minulosti těžká stresová období. Ukončení partnerských vztahů, ztráta blízké osoby, závažná nemoc i zneužití psychoaktivních látek může podnítit vznik panické poruchy. Tato porucha bývá však často dlouho nedagnostikována, jelikož fyzické příznaky, které ji, jak již bylo výše popsáno, charakterizují, jsou symptomy, které pacient jako první zpozoruje. Osoba s panickou poruchou se léta může soustředit pouze na svou fyzickou schránku. Proto by měl lékař vždy udělat diferenciální diagnostiku a při dlouhodobějším nezjištění fyzických příčin nemoci zvážit možnost panické poruchy.

Dle některých zahraničních studií (Raboch, Pavlovská, 2003) tvoří až 12% nemocných vyhledávajících pravidelně lékařskou pomoc osoby s panickou poruchou. Pacienti s panickou poruchou se často vyskytují i mimo psychiatrickou oblast, a to často právě u všeobecných lékařů a jiných odborníků, pro určité vegetativní příznaky a pocity nepohody, které přikládají nějaké somatické nemoci. U neléčených pacientů se mohou častěji rozvinout depresivní stavy a problémy s návykovými látkami. Z celkového počtu má dle Rabocha a Pavlovského (2003) problém s alkoholem 27% a 15% bere dlouhodobě hypnotika. V léčbě je samozřejmě využívána jak léčba



psychoterapeutická tak farmakoterapeutická. V terapii jsou využívány, jak již bylo několikrát zmíněno, techniky KBT, ale také postupy psychodynamické, kdy se práce s pacientem zaměřuje na jeho separační konflikty z dětství a relaxační techniky (Raboch, Pavlovský, 2003).

Příčiny panické poruchy nejsou přesně známy. Podílí se na ní mnoho faktorů, a to v různé míře. Míněny jsou především faktory vrozené, biochemické, podmínky vývoje v dětství, výchova, rysy osobnosti, stres, životní události, tělesná onemocnění, léky, alkohol i drogy. Všichni tito činitelé mohou ovlivnit, zda budeme mít tendenci k panickým poruchám. Vrozené faktory mají významný vliv, což lze vyzkoušet v rodinném prostředí jedince, kde nalézáme tyto poruchy častěji. Jedná se o tzv. výskyt biologické zranitelnosti. Pravděpodobně se ovšem dědí především dispozice, a ne panická porucha. Odolnost a zranitelnost osobnosti je zčásti vrozená. Nepostradatelný vliv má také temperament, což souvisí se skutečností, že nelze zcela změnit svou povahu, ale můžeme snížit šanci rozvinout stres. Dalším faktorem jsou biochemické reakce v mozku, konkrétně přenos serotoninu, u kterého dochází k poruše u všech typů úzkostných poruch. Zda je tohle příčina úzkosti či úzkost pouze doprovází, se zatím neví. Úzkost je také podmíněná výchovou a podmínkami v dětství. Pokud dítě v průběhu svého vývoje nezažívalo delší dobu pocit bezpečí, stává se často nejistým a obává se čelit novým věcem. Může to být způsobeno ztrátou rodičů, předčasným oddělením od matky či úzkostí rodičů, ale také perfekcionalistickou a nadměrně kritizující výchovou. Osobnost člověka je tím poznamenána a ovlivňují se tím její rysy. Zhruba u poloviny lidí trpících panickou poruchou jsou nápadné určité povahové rysy. Tito lidé mají tendenci si dělat zbytečné starosti, nejsou schopni říkat ne, těžko snášejí kritiku, přesto jsou však závislí na hodnocení druhých. To vše je schopno být příčinou panické úzkostné poruchy, která může mít vzestupné tendence (Praško, J., Prašková, H., Vašková, K., Vyskočilová J., 2006).

#### *1.3.4.2 F 41.1 Generalizovaná úzkostná porucha*

Generalizovaná úzkostná porucha postihuje 4-7 % lidí a většinou se jedná o ženy. Rozvíjí se v mladém věku a málokdy má tato chronická porucha tendenci ke spontánním remisím. Projevy nemoci postižení často považují za určitý rys jejich osobnosti, se kterým se nedá nic dělat (Raboch, Pavlovský, 2003).

Generalizovanou úzkostnou poruchu charakterizuje všeobecná a trvalá úzkost, která není fixovaná pouze na situaci a prostředí. Příznaky této nemoci jsou různé,

ale obvykle zahrnují neustálé svalové napětí, nervozitu, chvění, točení hlavy, závratě, nevolnost a častý strach z toho, že pacient sám nebo někdo z jeho okolí onemocní či se zraní apod. ([www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html](http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html)).

Symptomy jako zmíněné napětí, fluktuovaná úzkost a neustále každodenní obavy týkající se rodiny, financí, zdraví, práce apod. by měly trvat minimálně šest měsíců, aby generalizovaná úzkostná porucha mohla být diagnostikována. Typické pro tuto nemoc je nadměrné očekávání negativních událostí, vnitřní neklid, tenze a nerozhodnost. Pokud se porucha neléčí, stává se chronickou a sekundárně se k ní připojuje agorafobie a deprese. Právě změna katastrofické interpretace, psychoedukace a umění relaxace jsou prostředky psychoterapie, která se využívá k léčbě společně s farmakoterapií (Papežová, 2006).

#### *1.3.4.3 F 41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha*

U smíšené úzkostně-depresivní poruchy jsou příznaky jak úzkosti, tak i deprese, ale žádný typ příznaků nemá takovou míru symptomů, aby diagnóza mohla být stanovena samostatně na jednu z těchto poruch, proto se také pojmenovává jako všeobecný neurotický syndrom. Stejně jako u jiných poruch se k léčbě využívá farmakologická léčba a samozřejmě psychoterapeutická, nejčastěji KBT. Práce s depresivní kognicí a úzkostnými myšlenkami je nedílnou součástí léčebného procesu, který doprovází edukace postiženého formou učení se řešení problémů, plánování času a vystavování se problémům, kterých se pacient obává, ale které pro něj nejsou reálně nebezpečné (MKN, 2006 a Raboch, Pavlovský, 2003).

#### *1.3.5 F 42 Obsedantně-kompulzivní porucha*

Hlavním znakem jsou neustálé obsedantní myšlenky nebo nutkavé akty. Obsedantní myšlenky jsou nápady, představy nebo impulzy, které se opakují a neustále vtírají do mysli postiženého jedince. Vyvolávají tíseň, neboť jsou násilného nebo obscénního rázu a jsou vnímány jako nesmyslné. Kompulzivní čin je opakované chování, které je až stereotypní. Jejich funkcí je předcházení okolnostem objektivně nepravděpodobným. Jedinec obvykle rozpoznává, že jeho chování je nesmyslné a neúčinné a opakovaně se snaží mu čelit. Pacientem jsou myšlenky považovány za vlastní nikoliv vnucené (MKN, 2006).

Porucha se většinou vyskytuje v dospělosti ve stejné míře u žen i u mužů. Vyskytne-li se v adolescenci, jsou častěji postiženi muži. U 50 až 70 % případů se tato nemoc váže na stresovou událost, jako je sexuální problém, těhotenství, ztráta blízkého apod. (Vymětal a kol., 2007).

Dříve byla tato nemoc považována za těžko léčitelnou, ale v současné době víme, že se jedná o častou poruchu, která se vyskytuje u 2-3 % populace. Porucha je lidmi jí trpící obvykle označována jako „bludný kruh“. Běžné denní aktivity se stávají obtížně vykonatelné, jelikož jim předchází celá řada rituálů. Osoby trpící obsedantně- kompulzivní poruchou mají různé strachy, týkající se například obavy z infekce či zda zamkli dům apod. Bylo také zjištěno, že většina takto postižených dokázala svou poruchu dlouhodobě skrývat a lékaře většinou navštívili až ve chvíli, kdy měli somatické potíže jako např. ekzém, který propukl na základě častého mytí rukou apod. Při diagnostice je důležité zjistit, jak nutkavé myšlenky ovlivňují chování pacienta (například, zda osobu nutí strach z nákazy se neustále umývat nebo opakovaně kontrolovat, počítat věci či opakovat určité činnosti). Velmi účinná terapie se v daném případě jeví KBT v kombinaci s psychofarmaky, ale i bez nich, pokud si pacient nepřeje léky užívat.

### ***1.3.6 F 43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení***

#### *1.3.6.1 F 43.0 Akutní reakce na stres*

Reakci na závažný stres lze identifikovat nejen na základě symptomů, ale také na základě příčiny vzniku. Příčinou často bývá mimořádně stresující zážitek, který vyvolal akutní stresovou reakci nebo významné životní změny, které vedou k trvale nepříjemným okolnostem. Jedná se o reakci na vzniklou situaci, která je pro jedince natolik závažná, že ač dříve netrpěl psychickými poruchami, nyní jsou u něj vyvolány úzkostné stavy. Pocit ohrožení fyzické či psychické integrity, ztráta blízkého (únos, přepadení, znásilnění apod.) nebo změna sociální role např. rozvod, ztráta zaměstnání, to vše jsou situace vyvolávající stres a odráží se na duševním životě člověka. Ne u všech se zákonitě musí tato porucha rozvinout. Stejně jak jsou variabilní situace, při kterých může reakce na závažný stres nastat, tak jsou rozdílné symptomy této poruchy. Obvykle se projevují v této posloupnosti: zúžené vědomí a pozornost tzv. stav „ustrnutí“, kdy člověk není schopen chápat podněty a je dezorientován. Poté může nastat prohloubení tohoto emočního otupění či naopak může dojít k hyperaktivitě a k útěkovým reakcím. Vegetativní příznaky jsou přítomné v podobě pocení, chvění, tachykardie, zčervenání apod. Zmíněné symptomy mohou vymizet po několika hodinách až dnech, může se rozvinout i částečná či úplná amnézie. Krizová intervence, racionálně zklidňující psychoterapeutický postoj a popřípadě jednorázové podání benzodiazepinu může být vhodnou první pomocí (Raboch, Pavlovská, 2003 a MKN, 2006).

### *1.3.6.2 F 43.1 Posttraumatická stresová porucha*

Opožděná odpověď na stresovou situaci neobvykle katastrofického nebo hrozivého rázu, která téměř u každého vyvolá pronikavou tíseň. Např. člověkem nebo přírodou způsobená katastrofa, boj, přítomnost u násilné smrti někoho druhého, napadení, znásilnění apod. Typické jsou příznaky epizodického ožívání traumatu ve vtírajících se vzpomínkách či snech, které se objevují na pozadí pocitu „necitlivosti“ a emočního otupění. Osoba se začne stranit lidem, činností a vjemům, které trauma ožívají. Vzácně může dojít také k akutním výbuchům strachu a paniky. Příznaky začínají po traumatu (po období latence), které může trvat několik týdnů i měsíců. Průběh je kolísavý, u malé části pacientů může nastat chronický průběh, ale ve většině případů lze očekávat uzdravení (MKN, 2006).

### *1.3.7 F 44 Disociativní (konverzní) porucha*

Disociativní poruchy mají „psychogenní“ původ, protože bývají časově úzce spjaty s traumatickými událostmi, neřešitelnými problémy nebo narušenými vztahy. Začátky a konce disociativních stavů jsou často náhlé a zřídka kdy je můžeme postřehnout, snad jen s výjimkou záměrných interakcí nebo postupů, jako jsou hypnóza nebo odregování. Všechny typy disociativních stavů mají tendenci k úpravě během několika týdnů nebo měsíců, obzvláště pokud vznikly s nějakou traumatickou událostí. Chroničtější stavy se mohou rozvinout, pokud je stav spojen s neřešitelnou událostí nebo s interpersonálními obtížemi ([www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html](http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html)).

### *1.3.8 F 45 Somatoformní poruchy*

Porucha funkcí, chování a vjemů, která není způsobena somatickými poruchami ani narušením vegetativního nervového systému. Často navazuje na stresové události či problémy a je omezena na určitý systém nebo část těla. Hlavním rysem je opakované stěžování si na somatické problémy a neustálé požadavky na lékaře, navzdory negativním lékařským nálezům i ujišťování odborníků, že tyto problémy nemají somatický podklad (MKN, 2006).

### **1.3.9 F48 Jiné neurotické poruchy**

#### *1.3.9.1 F 48.0 Neurastenie*

Neurastenie je porucha, u které osoby pociťují jak duševní, tak i tělesnou slabost. Často mají pocity únavy, problémy se spánkem, závratě nebo bolesti hlavy apod. Dělí se na dva typy dle toho, jaká slabost u osob převládá. U duševní slabosti jde o únavu spojenou s nepříjemnými vtíravými vzpomínkami a myšlenkami. Často se tyto osoby těžko koncentrují a jejich myšlení je neefektivní. Tělesná slabost je spojená s neschopností relaxovat, vyčerpaností po minimální námaze spojené s pocity svalové bolesti. Raboch, Pavlovský (2003) doporučují dlouhodobé klinické vedení s využitím psychoterapeutických postupů a podávání antidepresiv (Aktualizované MKN-10 v shodě s Raboch, Pavlovský, 2003).

## **2 KLIENT S NEUROTICKOU PORUCHOU VE SKUPINOVÉ TERAPII**

### **2.1 Klient s neurotickou poruchou**

Klíčovým pojmem, s nímž nejen v rámci této kapitoly, ale i v celé práci, operujeme, je klient s neurotickou poruchou. Otázkou, která v tomto kontextu vyvstává, je samotné vymezení tohoto pojmu ve smyslu, koho můžeme za klienta s neurotickou poruchou považovat. Samotný fakt, že osoba trpí úzkostí, strachem či fobiemi, není sám o sobě důvodem k jejímu označení jako klienta s neurotickou poruchou, nesoucí v sobě nezbytnost psychotherapeutické, psychiatrické či psychologické intervence. Klientem se jedinec s neurotickou poruchou stává právě až ve chvíli, kdy požádá o intervenční zásah odborníků působících v dané sféře zájmu.

Klientem s neurotickou poruchou se tedy stává osoba, které byla diagnostikována některá z poruch s kódovým označením F40-F49 Neurotická porucha, porucha vyvolaná stresem a somatoformní porucha dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zaměřená na duševní poruchy a poruchy chování a táž osoba se rozhodla léčit, tedy vstoupit do terapeutického procesu, v našem případě institucionálně zastřešeného.

Neurotická porucha je, jak již bylo ve výše v kapitole o neurotických poruchách uvedeno, zpravidla doprovázena více či méně intenzivními strachy a úzkostmi, které pak přímo úměrně ovlivňují kvalitu klientova života. Subjektivně pociťované snížení kvality života je pak hybným momentem k žádosti o pomoc odborníka (Janíček, 2008). V této oblasti je zainteresovaná řada oborů jako je psychiatrie, psychotherapie, psychologie a věříme, že jedním z nich může být i speciální pedagogika ve smyslu dramaterapie. Její aplikace na danou cílovou skupinu pak odráží samotný výzkumný záměr této práce. Nezbytným předpokladem léčby je komplexní anamnéza, zahrnující nejen psychiatrické aspekty neurotické poruchy, ale hodnotící veškeré relevantní aspekty jedincova života.

V této souvislosti je zdraví pojímáno jako komplex psychologických, biologických a sociálních faktorů a jejich vzájemná interakce. Nedílnou součástí vyšetření jsou otázky vztahující se k samotné charakteristice úzkostných stavů. Často si klienti vytvářejí nejrůznější strategie, které využívají v úzkostných stavech (vezme si léky apod.). Dané situace se stávají nežádoucími s tendencí je potlačit, omezit, uniknout jim. Okruh situací však postupně expanduje a stává se pro člověka omezujícím. S těmito symptomy pak v terapii pracuje odborník, který se snaží o odstranění těchto nežádoucích strategií.

Způsob, který zvolí, bude záležet na dohodě mezi ním a klientem a také na psychoterapeutickém směru, který terapeut upřednostňuje. Terapeut může pracovat individuálně nebo skupinově. Skupinová psychoterapie je v léčbě úzkostí většinou dobře přijímaná, především protože klienti cítí, že nejsou na problémy sami. Funguje zde určitý efekt similarity. Právě bližší charakteristice skupinové formy psychoterapie bude věnována následující podkapitola.

## 2.2 Skupinová psychoterapie

Vymětal (2004) definuje psychoterapii jako vědomou, záměrnou, strukturovanou a vědecky podloženou interakci mezi terapeutem a klientem a taky mezi klienty navzájem. Jedná-li se pouze o kontakt mezi terapeutem a klientem, mluvíme o terapii individuální, pokud však je v terapii přítomno více klientů a jsou ve vzájemné interakci, hovoříme logicky o terapii skupinové.

Kratochvíl (2005, s. 15) skupinovou terapii definuje následovně: „Skupinová psychoterapie je postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem. Tím se liší od individuální psychoterapie, v níž jde o vztah mezi terapeutem a jedním pacientem, tak od kolektivní či hromadné psychoterapie, ve které působí terapeut psychologickými prostředky na více pacientů současně, avšak nevyužívá systematicky k léčebným účelům to, co se mezi nimi děje“. Vzhledem k faktu, že dramaterapie se soustředí ve svých cílech na kolektivní nevědomí, skupinovou katarzi a vzájemnou interakci mezi členy, považuje autorka za důležité objasnit a přiblížit průběh skupinové terapie, neboť uvedené charakteristiky mají velmi úzkou návaznost na empirickou část.

O účinnosti psychoterapie není pochyb, jelikož výzkumná zjištění pozitivního dopadu psychoterapie se pohybují od necelých dvou třetiny klientů po více než 90%. U většiny lidí, kteří ji podstoupí, navozuje individuálně uspokojivější stav či prožitek (Seligman, in Vybíral, Roubal 2010). O opačném působení psychoterapie se zmiňuje Lambert, Ogles (in Vybíral, Roubal, 2010), kdy zhruba u 5-10% klientů psychoterapie zapříčiní zhoršení psychického stavu nebo jim uškodí. V empirické části této práce je možné zjistit, že i dramaterapie se u některých klientů nejen mívá účinkem, ale za určitých podmínek zhoršuje psychické stavy jedince. Dle Garfielda (in Vybíral, Roubal, 2010) je však důležité upozornit, že ne všechna zhoršení jsou způsobená terapií



a ne všem zhoršením může terapeut zabránit. Psychoterapeuti by se dle Vybírala a Roubala mohli shodnout na dvou věcech, a to, že nelze vyléčit někoho, kdo alespoň částečně na terapii neparticipuje a že jistý přístup může být u někoho účinný, ale u jiného vůbec. Proměnné, které terapii ovlivňují, jsou vztah, techniky, které terapeut používá, ale také mimo terapeutické faktory. Simplifikovaně můžeme předpokládat, že psychoterapie může mít efekt tam, kde je klient připraven se měnit a zároveň je terapeut chopen s klientem navázat kvalitní terapeutický vztah (Vybíral, Roubal, 2010).

Skupinová terapie se zaměřuje na klienta a jeho sociální mikrosvět tvořený členy psychoterapeutické sezení. „Dochází ke konsenzu ve skupině, který umožňuje individuální transakce každého jejího jedince. Tuto strukturu lze postihnout pomocí sociomap“ (Blahbouh in Rieger, 2007, s. 37). V kontextu této práce se jedná o klienty s neurotickou poruchou, kteří nastoupili léčbu na otevřeném lůžkovém oddělení kliniky psychiatrie v Olomouci. Dohoda mezi zařízením a klientem je, že klient navštěvuje terapeutickou skupinu a účastní se veškerého programu v léčbě, včetně dramaterapie.

Zaměříme-li se na jednotlivce ve skupině, je třeba dívat se na něj celistvě. Každý, kdo do skupiny přichází, má nějaké vlastní zkušenosti se societou kolem sebe. Daná zkušenost pak ovlivňuje terapeutický proces. Rieger (2007) proto nehovoří pouze o fázi psychoterapeutické, ale upozorňuje také na fázi pre-terapeutickou, která představuje období, jež není nijak časově omezeno. Jedná se o časový úsek života osoby, která potřebuje psychoterapeutickou pomoc a snaží se nalézt podporu ve své rodině, okolí, u obvodního lékaře nebo si hledá odborníka v oblasti psychoterapie či psychiatrie. Podnětem pro hledání odborné pomoci se stávají neřešitelné problémy, které často člověka omezují a způsobují mu bolest. Právě hledání odborníka je cílem této fáze. Informovanost dané osoby a jejího sociálního okolí hraje nemalou roli v procesu léčby. Pro terapeuta je důležité vědět, jaká psychosociální pomoc je k dispozici v okolí budoucího klienta. Fáze psychoterapeutická přichází ve chvíli, kdy již klient odborníka vyhledá. Kontakt terapeuta s klientem může trvat od několika minut až po několik let. Na začátku této fáze se zájemce o terapeutickou péči seznámí s terapeutickým zařízením a terapeutem. Pokud se rozhodne stát se klientem tohoto zařízení, dochází mezi klientem a terapeutem k orientačnímu zmapování klientova problému. Ve chvíli, kdy je problém pojmenován a dojde k dohodě mezi terapeutem a klientem, zaměřuje se práce na požadovanou změnu.



V souvislosti s touto disertační prací jde o zařízení fakultní nemocnice, kde je klient po dobu 6- ti týdnů hospitalizován. Dohoda je tedy uzavřena mezi lékaři a pacientem na zmíněný časový úsek.

Asociace specialistů ve skupinové práci (Association for Specialist in Group Work-ASWG), která se zabývá prací ve skupině, vytvořila etické a výukové standardy pro terapeutů. Standardy se zaměřují na informovanost klientů, kteří by hned na začátku terapie měli být seznámeni s pravidly a základními faktory skupinové terapie. Měli by vědět, co očekávat. Techniky, které pak terapeuti budou ve skupinové práci využívat, by měly korespondovat s cíli terapie a měly by odpovídat kvalifikaci terapeuta (Corey, Schneider Corey, Callanan, Russel, 2006).

Skupina je složená z členů, kterých by mělo být v ideálním případě 7-11. Dle Riegera (2007) je to počet, který může postihnout i zaznamenat operativní paměť. Roli členů skupiny mají i terapeuti. Většinou se jedná o terapeutický pár muže a ženu, ale není to nutný předpoklad. „Terapeuti zajišťují podmínky pro vlastní existenci skupiny. Vytvářejí pro skupinu prostředí a po dohodě se členy skupiny definují cíle-a tedy také hranice-psychotherapeutického procesu. Určují místo a čas konání skupiny a jeho intervaly. Vymezení místa a času a definování základních rituálů a pravidel přispívají ke vzniku transakčního prostředí skupiny“ (Rieger, 2007, s. 37).

Organizace terapeutické skupiny s sebou nese plánování. Aspekt času, místa a počtu klientů je potřeba promyslet ještě před zahájením skupinové terapie. Jednou z otázek, která v tomto kontextu vyvstává – zda má být pacient informován o postupech a procesech v terapii. Každá psychotherapeutická škola odpovídá na tuto otázku jinak. Některé zastávají stanovisko, že klient by o dění a procesech v terapii neměl být předem informován, ale měl by si je prožít (Kratochvíl, 2005).

Co se týče dramaterapie, autorka zastává názor, že by klient měl mít možnost seznámit se s postupy dramaterapie, aby nebyl zúzkostňován myšlenkou, že neví, co bude následovat. „Klienti nezdědka popisují terapeutovu nadpozemskou moc a až nadlidské schopnosti. Tyto postoje vrchovatou měrou ponoukají terapeutů s výraznou touhou po moci k tomu, aby tento mýtus neeticky podporovali. Mýtus naopak můžeme bořit tak, že budeme vysvětlovat záměry technik a nebudeme kolem nich zbytečně vyvolávat auru tajemna. Vysvětlování cílů technik sice někdy narušuje plynulý tok skupinové práce, ovšem v indikovaných případech a situacích je vhodnější tok narušit

a techniku vysvětlit. Někteří klienti se sami vysvětlení dožadují“ (Corey, Schneider Corey, Callanan, Russel, 2006, s. 41).

### **2.2.1 Účinné faktory ve skupinové psychoterapii**

S. Bloch a E. Crouch (in Jániš, 2010) se zabývali definováním terapeutického faktoru. „Terapeutický faktor“ je dle nich takový prvek skupinové terapie, který je pro klienta účinný a pomáhá mu ke zlepšení např. v oblasti jeho chování či osobním růstu a je podpořen osobami v terapii přímo přítomnými: terapeut, členové skupiny a klient sám.

V tomto oddílu textu se pokusíme odpovědět na otázku, jak skupina pomáhá a co je jejím hlavním prostředkem ke změně. Naším cílem je vytvořit širší teoretický rámec pro praktickou aplikaci skupinové terapie, která je předmětem empirické části práce.

Domníváme se, že velmi výstižně pojmenovává terapeutickou změnu Yalom: „Myslím, že terapeutická změna je výrazně komplexní proces, který se děje skrze vnitřní souhrn lidských zážitků, které budu nazývat terapeutickými faktory“ (1999, s. 21). Ten také pojmenovává jedenáct základních faktorů, mezi něž patří: dodávání naděje, univerzalita, poskytování informací, altruismus, korektivní rekapitulace primární rodiny, rozvoj socializace (komunikace), napodobující chování, interpersonální učení, skupinová soudržnost, katarze a existenciální faktory (Yalom, 1999).

Kratochvíl (2005) tyto faktory rozdělil do deseti bodů: členství ve skupině, emoční podpora, pomáhání jiným, sebeexplorace a sebeprojevení, odreagování, zpětná vazba, konfrontace, náhled, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování, získání nových informací a sociálních dovedností.

Hranice mezi jednotlivými faktory je velmi propustná a pouze umělá. Nelze, aby jeden faktor fungoval samostatně bez toho druhého. Mohou však představovat různé části procesu (Yalom, 1999). „Přestože některé terapeutické faktory můžeme nalézt v každém typu skupinové terapie, každá skupina se liší v jejich vzájemné souhře a důrazu na některé z nich. Krom toho jednotliví pacienti stejné skupiny mohou mít užitek z velmi odlišných kombinací různých faktorů“ (Yalom, 1999, s. 22). Jak Yalom (1999) zdůrazňuje, každý autor se pokouší vystihnout účinné faktory, popsat je a zkompletovat, avšak žádný výkladový systém nemůže zachytit celou terapii. V terapii nalézáme mnoho cest jak pracovat, ale ve svém jádru je nekonečně komplexní. Tím, kdo vyhodnocuje účinnost jednotlivých faktorů, jsou také klienti, ale víme, že úplnost a přesnost tohoto hodnocení může být omezená. Hlediska mohou být zkreslená právě vztahem k terapeutovi

a ke skupině. Klientovo hodnocení ovlivňuje také délka terapie, čas, věk, diagnóza klienta a v nemalé míře taktéž zaměření terapeuta. Proto také faktory, které považuje za důležité terapeut, se mohou lišit od faktorů, které jsou přínosné pro klienta (Yalom, 1999).

Stejně jako jsou faktory účinné, jsou i faktory, které mohou působit v neprospěch klienta. V jejich důsledku se zhoršuje stav klienta a vede ho k nežádoucímu chování. Za antiterapeutické, takto lze nazvat faktory, jako jsou „přetrvávající závislost člena skupiny na terapeutovi“ či faktor, který je terapeutický a v určité situaci může klientovi uškodit např. situačně nepřiměřená upřímnost klienta (Jániš, 2010).

#### *2.2.1.1 Skupinová sounáležitost*

„Neexistuje lidský čin nebo myšlenka, které by už někdo jiný nesdílel“ (Yalom, 1999, s. 26). V terapii působí jako podpůrný faktor pocit, že člověk někam patří. Mnoho klientů mluví o skupinovém terapeutickém sezení jako bezpečném prostředí, kde mohou sdílet své problémy, tajemství a často je zde zmiňovaný pocit, že jsou klienti „jako na jedné lodi“. Klienti před vstupem do léčby mohou trpět pocitem izolovanosti a už samotná účast ve skupině působí terapeuticky a vyvolává změnu. Přijetí skupinou se stává pro klienta korektivní emoční zkušeností. Příznivá atmosféra ve skupině není však jediným cílem terapie, jde hlavně o to, aby se pacient zapojil do společnosti a vyrovnal se svými emočními problémy (Kratochvíl, 2005).

Hanušová mluví o obecném faktoru, kdy osoby s psychickým problémem mohou zažívat úzkost z osamělosti a strachu svěřit se cizím osobám (Hanušová in Vymětal, 2004). Yalom (1999) nazývá tento efektivní faktor jako univerzalitu, kdy „mnoho pacientů vstupuje do terapie se zneklidňujícím přesvědčením, že jsou jediní ztroskotanci, že jen oni sami mají ohrožující a nepřijatelné problémy, impulsy a fantazie. Samozřejmě i v tom je kus pravdy. Mnozí prožili mimořádně stresující a obtížnou konstelaci životních zkušeností a jejich mysl bývá zaplavována množstvím nevědomého materiálu“ (Yalom, 1999, s. 26).

Yalom velmi trefně hovoří o zkušenostech ze skupinové psychoterapie, kdy klienti vyjadřovali pocity úlevy, když zjistili, že podobné pocity a myšlenky nemají sami. Ve výcvikových technikách zadával studentům úkol, kde měli napsat na kus papíru, o kterých věcech na skupině nechtějí mluvit. Zmíněná tabu se překvapivě podobala. Nejčastěji uváděli účastníci skupin přesvědčení o své méněcennosti a strachu z toho, že to ostatní odhalí. Dalším „tajemstvím“ bylo, že nedokážou mít doopravdy někoho rádi

a třetí oblastí byla nejrůznější sexuální tajemství. Tyto poznatky se nijak nelišily od tabu a strachů lidí, kteří vyhledávají odbornou pomoc (Yalom, 1999).

Klientům pomáhá, když vidí, že ostatní klienti dělají pokroky a inspiruje je to k intenzivnější práci na sobě (Dierick a Lietaer in Jániš, 2010). Dramaterapie je dle našeho názoru metoda práce, která tento efektivní faktor, tedy skupinovou sounáležitost, může velmi podpořit. Prožitek hry posouvá hranice blízkosti s druhým člověkem. Dostáváme se do uměle navozené situace, která nám zprostředkovává prostor pro uvolnění napětí a tak i lepší možnosti se otevřít. Stejně tak se u klientů, kteří před vstupem do terapie měli pocit izolovanosti, dramaterapie stává místem, kde nalézají nové vztahy a radost z kontaktu.

### *2.2.1.2 Emocionální subvence*

Jak už bylo výše naznačeno, člen je do skupiny přijímán bez ohledu na své postavení, minulost, problémy a vlastnosti. Je přijat a uznáván jako samostatná osoba. Za odlišnosti od ostatních členů skupiny a odchylnost od společnosti není odsuzován. Skupina klienta akceptuje, neznamená to však, že souhlasí se vším, co dělá. Ve skupinách dochází ke kritice a konfrontaci, jde o zásadní přijetí klienta jako osoby. Nelze však od skupiny automaticky očekávat tolerantnost a pozitivní přístup ke všem členům. Rovněž klienti, obdobně jako každý jiný člověk, mohou mít tendenci podléhat předsudkům. Důležitým činitelem je zde právě terapeut, který koriguje skupinu, aby klienta nesrážela a neopovrhovala jím (Kratochvíl, 2005).

Významnou roli hraje koheze, která vzniká díky emoční podpoře členů skupiny mezi sebou, čímž se terapeuticky významně liší od individuální terapie. Vzájemná akceptace mezi členy skupiny ještě není totožná s kohezí, ale je s ní v těsné souvislosti. Mimo jiné může klient také u ostatních členů vidět, jak se zlepšuje jejich stav a jak pokročili a to mu dodává naději ve vlastní uzdravení a v úspěšnou terapii. „Víra ve způsob léčby je sama o sobě terapeuticky účinná“ (Yalom, 1999, s. 24).

Jednotliví členové skupiny se od sebe vzájemně liší také tím, jak se dokážou vyrovnávat se stresem (Yalom, 1999). Osobnost klienta terapii buď napomáhá, nebo ji naopak blokuje. Dle Hanušové (in Vymětal, 2004) je terapie účinnější u osob, které jsou motivované ke změně a k sebepoznání. Lépe se také pracuje s klienty s dobrým intelektem, kteří mají schopnost hovořit o svých problémech a hledat spojitosti mezi symptomy a životními událostmi. A nejen to, dalším aspektem pro lepší léčbu je přijetí alternativ

ve svém jednání, důvěra klienta k terapeutovi a zároveň uvědomění si zodpovědnosti za své problémy.

Pravdou však je, že se málokdy setkáme s klientem, který má všechny tyto předpoklady pro úspěšnou léčbu. Klienti vstupující do léčby mají svá očekávání, minulost a někteří už i zkušenosti s předchozí léčbou. V této souvislosti můžeme zmínit dramaterapii, jenž je v roli doprovodného programu v celkové terapii klientů. Měla by být možností volby jako psychoterapie samotná, samozřejmě záleží na nabídce daného zařízení. Dle výzkumníků skýtá dramaterapie možnosti pro podporu vztahů mezi klienty.

Z vlastních zkušeností autorka usuzuje, že klienti mají skrze dramaterapii možnost lépe se poznat, a tak i celková léčba ve skupinové psychoterapii dostává jiný rozměr. Konkrétní aspekty tohoto tvrzení budou předmětem empirického zkoumání.

### *2.2.1.3 Pomáhání jiným-altruismus*

Kladný terapeutický efekt má nejen samotné přijímání emoční podpory od skupiny, ale i její poskytování ostatním členům skupiny – pocit důležitosti pro druhé – možnost nabízet empatii, rady, návrhy a sdílet s dalšími členy skupiny jejich problémy. Pacient, který přichází do terapie, často trpí nízkým sebevědomím a sebehodnocením. Může přicházet s pocitem, že sám není schopen nic nabídnout. Při skupinové práci má možnost zažít zkušenost, že je užitečný a potřebný pro druhé. Tento faktor pomáhá překonávat chorobnou zaměřenost na sebe sama, zvyšuje pocit sounáležitosti a pocit vlastní ceny a moci. Může zde tedy docházet k jednotě přijímání a dávání (Kratochvíl, 2005).

Altruismus hraje v terapii důležitou roli – Warnden Duffy (in Yalom, 1999), legendární postava z věznice v Quentinu prohlásil, že nejlepší způsob jak pomoci člověku je ho nechat, aby si pomohl sám. Klienti potřebují cítit, že jsou užiteční a potřební. Psychiatrický klient mohl mít delší dobu před léčbou pocít, že je ostatním jen na obtíž. Prožitek důležitosti je příjemný a nabíjí sebedůvěru člověka, což je faktor, který působí terapeuticky. Nežádá se stává, že klient přijme postřeh od jiného klienta lépe než od terapeuta (Yalom, 1999).

### *2.2.1.4 Sebeexplorace a sebezjevení*

Skupinová psychoterapie vede pacienty k otevření se a projevení svých myšlenek či skrytých přání a zážitků. S tím souvisí i zkoumání sebe sama jako terapeutického mechanismu. K zjištění toho, co o sobě víme a co ne, používali Joseph Luft a Harry Ingham tzv. okno Johari. V okně Johari najdeme čtyři složky osobnosti: oblast slepoty,

oblast otevřenosti, oblast skrývání a oblast neznámého. Tyto oblasti jsou na sobě závislé a nelze je od sebe oddělit (in De Vito, 2008). **Otevřené já** jsou informace, které o sobě víme my i ostatní (naše barva pleti, názory, postoje, dle toho jak jsme sdílní). **Slepé já**, jehož otvírání je také součástí terapie, představuje oblast, kterou o sobě nevíme, ale ostatní ji znají. **Neznámé já** jsou zkušenosti ukryté hluboko v našem podvědomí, které neznáme ani my ani okolí, ale projevují se v našem chování. **Skryté já** představuje naše tajemství, názory a pohledy na svět, za které se můžeme stydět a nechceme je projevovat před ostatními (DeVito, 2008).

Sebeprojevení nese pro klienta určitou míru sebeodhalení, kdy odkrývá své myšlenky, pocity, zážitky, které mu často nejsou příjemné. Otevřeně začíná mluvit o věcech, které dříve skrýval. Klienti hovoří o zážitcích, které mohou být spojeny jak s pocity viny, tak i studu. Terapeutovým záměrem by mělo být také, aby při sebeodhalení klienta docházelo ke korektivní emoční zkušenosti. Může být velice traumatizující, když se jedinec svěří se svými niternými myšlenkami, a pak nedostane od skupiny podporu. Ve vztahu k druhým je sebeodhalení způsob angažovanosti, pokud nereagují, prožívá to jako odmítnutí, cítí se poníženo (Kratochvíl, 2005).

#### 2.2.1.5 *Odreagování*

Projevení afektu je důležitou součástí terapeutického procesu, i když samo o sobě nevede ke změně. Při abreakci se potlačené emoce a traumatizující zážitky vynesou na povrch a naplno se projeví. Abreakce je důležitá hlavně pro jedince, který své emoce projevovat nemohl, nemůže nebo se musí ovládat, aby například někomu neublížil, bojí se dát najevo svou lítost, hrdost mu nedovoluje své emoce vyjádřit nebo má obavu z negativních následků apod. Při intenzivní abreakci jedinec nejen vzpomíná, ale znovuprožívá situaci, jež byla traumatizující, kdy reaguje na určitou křivdu, neštěstí, ztrátu či trauma.

K odreagování dochází i ve chvíli, kdy jedinec vypráví o svých zážitcích spojených s tenzí, s pláčem, tolerovaným a podporovaným skupinou, s nadáváním a vyjadřováním pocitů křivdy, úzkosti, strachu, zklamání i agrese. To vše vede k značnému pocitu úlevy a pocitu „vypořádání se“ s potlačenou tenzí. Odreagování lze podpořit technikami psychodramatu, psychogymnastiky a jiných setkání. Jedním z prostředků aplikovatelných mimo jiné směrem k odreagování, může být právě dramaterapie (Kratochvíl, 2005).



### 2.2.1.6 Zpětná vazba, konfrontace

Jedinec prostřednictvím zpětné vazby dostává informaci o tom, jak na ostatní působí pacientovo chování. Jedinci kolem nás, mohou být dobrým zdrojem informací, které nám nejsou přístupné. Zpětná vazba – to, jak jiná osoba na osobu reaguje. Oproti interpretaci je zpětná vazba vždy pravdivá, je založená na pocitech druhé osoby. Je to specifický faktor skupinové terapie, a to zejména ve srovnání s terapií individuální. Zpětná vazba se může projevovat v gestech, mimice, např. ve zvýšené pozornosti nebo naopak nudy. Je však nejužitečnější, je-li slovně vyjádřena a příjemce ji nemusí „luštit“. Informace o jeho chování jsou explicitně a jasně vyjádřeny. Reakce na chování se může ve zpětné vazbě skupiny lišit. Co jeden člen může považovat za nežádoucí, jiný to toleruje a přijímá. Rozmanitost a variabilita působení vlastního chování na jedince a poznání individuálního charakteru tohoto působení je jednou z důležitých informací pro příjemce. Důležitost zpětné vazby ilustruje Kratochvíl na pacientce, která samu sebe prezentovala jako upřímnou, ale od skupiny měla zpětnou vazbu, že její upřímnost považují za urážení druhých apod. Zpětná vazba může být jak záporná, tak i kladná a příjemná. Pokud je zpětná vazba příliš negativní, užívá se pro ni někdy pojem konfrontace (Kratochvíl, 2005).

Má-li být konfrontace užitečná, měla by být vyvážena kladným vztahem mezi kritizujícím a kritizovaným, měl by být brán v úvahu aktuální stav kritizovaného, jeho schopnost kritiku přijmout a i atmosféra ve skupině. V opačném případě se může naprosto minout účelem – konfrontace bude vnímána pouze jako útok, na který bude reagováno protiútokem (Egan in Kratochvíl, 2005).

### 2.2.1.7 Vhled

Vhled – v kontextu terapeutického působení pojmán ve smyslu pochopení. V tomto případě pochopení souvislosti mezi klientovým problémem, jeho smýšlením, psychikou a vztahy. Vhled lze zařadit do širší kategorie interpersonálního učení, kdy dříve neuvědomované jednání se začíná promítat v klientově vědomí. U neurotických klientů je potřeba, aby získali náhled na své neurotické potíže a propojili si je s vlastními interpersonálními vztahy a osobními problémy. Skupina v terapii směřuje ke dvěma formám vhledu, a to interpersonálnímu a genetickému.

Dle Kratochvíla (2005) v terapii zpravidla stačí náhled, který je výrazem toho, jak se klient svým chováním a prožíváním podílí na současných problémech

a konfliktech. Genetický vhléd reprezentuje poznání vnitřních příčin postojů, emocí a chování, které jsou ukotveny v osobní minulosti klienta. Porozumí-li klient příčinám svého nepřizpůsobivého chování, mělo by tohle zjištění vést k motivaci na sobě pracovat. V ideálním případě by po hlubokém náhledu měly symptomy nemoci vymizet nebo by se mělo chování klienta změnit. Avšak vztah mezi vhlédem, symptomy a maladaptivním chováním je velmi složitý a těžko uchopitelný. Stává se, že i při hlubokém vhlédu přetrvávají u klienta symptomy nemoci. K získávání náhledu pomáhají různé techniky skupinové práce včetně dramaterapie.

#### *2.2.1.8 Korektivní emoční zkušenost*

Korektivní emoční zkušenost je pojem použitý v roce 1946 Franzem Alexanderem při popisu psychoanalytické léčby. Klient by měl být dle Alexandra vystaven emočním situacím, které nebyl schopen v minulosti zvládnout, tak aby došlo k reparaci tohoto pocitu. Samotný intelektuální náhled nestačí. Klient musí být do terapie citově zapojen. V individuální terapii se toho těžko dosahuje vzhledem k zvláštnosti vztahu terapeut a pacient, proto poskytuje skupinová terapie lepší podmínky pro dosažení korektivní emoční zkušenosti (Yalom, 1999).

Budeme-li konkrétnější a zaměříme se na klienta s neurotickou poruchou, zjistíme, že se často vyhýbá situacím, které v něm vyvolávají strach, a tak tento pocit posiluje. Vyhýbáním tak zabraňuje korektivní emoční zkušenosti (Vymětal, 2007).

K emoční korekci dochází ve chvíli, kdy se okolí chová jiným pozitivním způsobem, než klient očekává na základě své negativní zkušenosti. Navodit situaci, ve které by bylo možné dosáhnout korektivní emoční zkušenosti, je však velmi obtížné. Kratochvíl (2005) reflektuje své zkušenosti z terapie, kdy jakékoliv intelektuální vysvětlování se míjelo účinkem. V danou chvíli klient potřeboval silný emoční zážitek, aby mohlo dojít ke změně. Naplánovat však takový zážitek je obtížné. Ve skupinové terapii přispívají k navození korektivní situace ostatní klienti, kteří na jemný pokyn terapeuta vyjádří svou blízkost a podporu v momentě, kdy se klient rozhodne mluvit o traumatických zážitcích ze svého života. Jedná se o pokus, u kterého těžko poskytneme obecně platné instrukce, a nelze odhadnout, zda dojde ke korekci emoce.

Navození situací, jež mají vést ke korektivnímu prožitku, je citlivá oblast, pro kterou je třeba zkušeného terapeuta. Terapeut by měl mít schopnost odhadnout situaci a umět na ni profesionálně a vhodně reagovat (Kratochvíl, 2005).



Ve skupinové terapii obsahuje skupina mnoho vlastních konfliktů, jejichž kořeny sahají hluboko do prvotních vrstev: rivality sourozenců, soupeření o pozornost terapeutů/rodičů, boj o dominanci a postavení, sexuálního napětí, parataktickou disortozí, rozdíly sociální, ve vzdělání a v hodnotách jednotlivých účastníků. Afekt však nestačí pouze vyvolat, měl by být proměněn do korektivní emoční zkušenosti, proto je třeba, aby klienti vnímali skupinu jako dostatečně bezpečnou a podporující, aby o svém napětí mohli otevřeně mluvit. Nezbytným předpokladem je angažovanost klientů ve skupině a jejich adekvátní upřímná zpětná vazba, která podpoří účinné testování reality.

Yalom ve své publikaci mluví o svých pacientech, kterých se vždy po skupinové terapii ptal, co pro ně bylo rozhodujícím momentem v terapii, klienti mu často odpovídali, že právě nějaký hluboký citový zážitek, který se vztahoval k nějakému dalšímu členu skupiny a pouze zřídka k terapeutovi. Nejčastějším typem událostí bylo podle pacientů náhlé vyjádření hněvu nebo nelibosti k jinému pacientu, kdy se přehnala bouře a pacient zažil pocit uvolnění vnitřních zábran a získal lepší schopnost soustředit se na vztahy s lidmi (Yalom, 1999).

#### *2.2.1.9 Zkoušení a nácvik nového chování*

Yalom mluví o skupině jako o sociálním mikrosvětě, kdy se volně interakční skupina s několika málo strukturujícími pravidly stane pro své účastníky sociálním mikrosvětlem, ve kterém se postupem času stanou účastníci sami sebou i se svým jednáním, které používali v komunikaci mimo skupinu. Utvoří si ve skupině stejný mezilidský prostor, jaký jsou zvyklí obývat a jejich patologické chování se stane pro ostatní daleko průhlednější (Yalom, 1999).

Ve chvíli, kdy klienti rozeznávají nevhodné způsoby svého starého chování, přichází moment ke zkoušení nových způsobů jednání a skupina by k tomu měla poskytovat dostatek příležitostí. Pokrok záleží na pacientově osobnosti, jeho motivaci ke změně, také identifikaci se skupinou a rigiditě jeho dřívějších postojů. V upevnění nových reakcí má velký význam posilování ze strany skupiny. Ve chvíli, kdy je zpětná vazba kladná se nové chování upevňuje, pacient se přesvědčuje o možnostech a výhodách. Ve chvíli kdy dojde ke změně, může tato změna vyvolat celý nový cyklus interpersonálního učení (Kratochvíl, 2005).

Systematický, plánovaný nácvik je také součástí skupinové psychoterapie např. sebebeprosazovací nácvik, kdy nejistý pacient si má prosadit svůj názor a skupina

mu odporuje. V momentě, kdy si pacient v bezpečném prostředí ověří své schopnosti argumentace, posílí se tím jeho sebevědomí, které je při terapii krokem k úspěšnému zvládnání obávaných situací. Existuje zde značná pravděpodobnost, že tyto zkušenosti využije i v reálném životě. V plánovaném nácviku se také učí jak reagovat. Při hádce nebo ve chvíli, kdy je provokován anebo vystaven nepříjemné situaci. Neexistuje nějaký daný způsob jak správně reagovat, při této formě práce s klienty si členové terapeutické skupiny tzv. rozšiřují repertoár rolí k překonání neurotické stereotypnosti a rigidity (Kratochvíl, 2005). Učení pomocí „zástupné zkušenosti druhého“ je jev, kdy pacienti získávají některé vzory k nápodobě. Vidí, které formy chování jsou u nich oceňovány a posilovány, na které skupiny reaguje kladně. Imitační učení je dobrým faktorem také v potřebné angažovanosti v terapii, kdy pacient vidí, že ostatní se otevřeně projevují, řeknou o sobě závažnější věci, berou na sebe riziko sebeodhalení a jsou za to ve skupině kladně oceňováni, pomáhá to chovat se obdobně (Bandura, Kondáš in Kratochvíl, 2005).

Nacvičování a zkoušení nového chování navazuje na změnu postojů, náhled a pochopení, ale může to být i obráceně a pacient je donucen se chovat a jednat v rozporu se svými dosavadními postoji a teprve potom mění své postoje a názory (Kratochvíl, 2005).

#### *2.2.1.10 Získávání nových informací a sociálních dovedností*

Ve skupině klient získává spoustu poznatků o tom, jak se lidé chovají, o jejich zkušenostech ze života, nejde o zpětnou vazbu ani o interpretaci, kde dostává pohled na vlastní chování, ale o poznatky o interpersonálních vztazích a jejich kladném či záporném dopadu, o nevhodných mezilidských strategiích apod. Může zde zobecňovat, dělat závěry sám pro sebe, učí se pozorováním, vidí různé názory na tutéž otázku nebo na téhož člověka, i když by se sám aktivně nezúčastnil, může se mnoho naučit. Klientovi je umožněno pochopit zákonitosti interpersonálních vztahů, které pak použije v běžném životě, poznatky o kohezi a tenzi, stereotypii rolí, vůdcovskou roli apod. Porozumí-li těmto aspektům, dokáže se lépe orientovat ve vztazích.

Tato skutečnost potvrzuje, že i pacienti, kteří se aktivně terapii nezúčastnili, si mohou pro sebe něco odnést, někteří autoři hovoří o terapii pozorováním. Člověk tím získává i nové sociální dovednosti prostřednictvím druhých. Terapeuticky se může do jisté míry uplatnit i přijetí rad, i přes to, že psychoterapeuti mají dost výhrad k podávání

rad, ale skupina často uvádí účinný faktor léčby to, že jim skupina poradila (Kratochvíl, 2005).

I. D. Yalom a M. Leszcz (in Jániš, 2010) jsou přesvědčeni o tom, že klient si v terapii váží nejvíce toho, čeho se mu běžně v životě nedostává. Jániš (2010) ve svém článku Účinné faktory skupinové psychoterapie zmiňuje, že D. M. Kilvingham a D. Mullison (1988) a M. Kilvingham a D. C. Goldfine (1991) si tento fakt ověřovali a zkoumali vztah mezi řazením důležitosti faktorů a interpersonálním fungováním jednotlivých klientů. Přišli na to, že přátelští klienti si nejvíce cenní sebezpoznání, univerzality a kognitivních prvků. Více hostilní členové skupiny si upřímné sdílnosti, interpersonálního učení, altruismu a koheze, tedy spíše behaviorálních a emocionálních faktorů. Tím bylo zjištěno, že největší užitek mají klienti ve skupině, kde se jedná v protikladu k jejich obvyklým interpersonálním stylům.

### **2.2.2 Skupinová dynamika**

Skupinová psychoterapie využívá ve svých léčebných postupech skupinovou dynamiku, představující vztahy a interakce mezi členy skupiny a mezi skupinou a terapeutem. I tím se liší od kolektivní či individuální terapie, které nevyužívají k terapii interakci mezi členy skupiny. Skupinová dynamika je soubor skupinového dění a skupinových interakcí. Vytvářejí ji interpersonální vztahy interakce mezi členy skupiny a prvky z vnějšího prostředí.

#### **2.2.2.1 Cíle a struktura skupiny**

„Má-li být dosaženo maximálního terapeutického účinku, měli by si členové skupiny i terapeuti sami za sebe stanovovat cíle, a to jak na začátku skupinové terapie, tak v úvodu každého sezení“ (Corey, Schneider Corey, Callanan, Russel, 2006, s. 66).

Cílem terapeutické skupiny je dosáhnout u klientů vzhledu do problematiky a pomoci jim změnit nesprávné postoje. Přeměnou v rámci terapie by měly projít i maladaptivní vzorce chování ve směru přiměřené sociální adaptace. Zprostředkovat poznatky o mezilidských vztazích a skupinových procesech jako krok k efektivnímu a harmoničtějším jednání s lidmi. Podporovat zrání osobnosti a rozvíjení vlastního potenciálu, dosažení optimální výkonnosti a pocitu štěstí. Odstranit příznaky nemoci, ať už nácvikem, přecvičováním či vyřešením interpersonálních vztahů i intrapsychických konfliktů, které je spouštěly nebo udržovaly (Kratochvíl, 2005).

Terapeut by si měl buď stanovovat cíle obecné, kdy se bude snažit dosáhnout podmínek, aby se klienti na skupině cítili pohodlně a měli tak prostor pro dosahování svých osobních cílů nebo se může jednat o procesní cíle, kdy se terapeut snaží dosáhnout toho, aby klienti uměli na skupině o sobě hovořit a aby se dokázali podělit o své pocity a zůstávali v prostoru „tady a tady“. Pokud znají klienti cíle skupiny od prapočátku, vědí, co se od nich očekává, tak jsou schopni vytěžit ze skupiny maximum. Stejně jako terapeuti, by i klienti měli specifikovat své cíle a očekávání. Klienti mají většinou z počátku velmi mlhavé a nepřesné představy o tom, co se bude dít. Očekávají například, že se naučí porozumět svým pocitům, zlepší se jim komunikace a celkově se jim podaří porozumět sobě samému. Tento obecný rámec je však velmi těžko uchopitelný. Terapeut by proto měl s klientem pomocí otázek jeho zakázku více specifikovat. Jedna z možností jak pracovat s očekáváním a cíli terapeutického sezení je, aby si členové řekli své cíle navzájem. Což je i podnětem k tomu, aby se zamysleli nad tím, co vlastně chtějí a jaké jsou důvody jejich členství ve skupině. Cenný způsob jak zapracovat na cílech, je napsat si na začátku terapie dopis a na konci je možné s ním pracovat a reflektovat ho (Corey, Schneider Corey, Callanan, Russel, 2006).

Struktura skupiny je buď formální, daná organizací nebo neformální daná sympatiemi mezi členy skupiny. Různé osoby ve skupině mají jiné pozice a i jinou prestiž, formální a neformální role se liší. Formálním vůdcem ve skupině je terapeut, ale neformálním vůdcem se může stát i klient. Daný status s sebou nese určitá práva, ale i jisté povinnosti.

V dramaterapii, stejně jako v každé jiné skupinové práci platí, stanovit si s klienty pravidla a cíle. Důležité je, aby klienti věděli co dramaterapie je a k čemu jim může být prospěšná. Jinak se jim jen velmi těžko budou formulovat cíle, kterých chtějí pomocí dramaterapie dosáhnout.

#### *2.2.2.2 Normy skupiny*

Normy představují ve skupině soubor pravidel, rozlišují co je žádoucí a co ne, ovlivňují chování klientů ve skupině i mimo ni. Na členy je skupinou vyvíjen nátlak, aby normy dodržovali. Člen skupiny, který není schopen přijmout její pravidla a odmítá je dodržovat, je označován za devianta. Ze začátku poutá pozornost ostatních členů, jejichž záměrem je přimět jej ke konformitě. V případě, že tento postup selže, dochází zpravidla k vyloučení deviantního člena ze skupiny. Normy se ve skupině formují poměrně brzy a později se jen

těžko mění. K terapeutickým normám patří svěřování se s emocemi, sdílení problémů, zapojování se do skupinových aktivit, tolerance ostatních ve skupině, dávání zpětné vazby a zaměřenost na dosažení pozitivní změny u sebe i u ostatních. Můžou zde vzniknout i „antiterapeutické normy“, což je např. skrývání skutečných pocitů, vytváření podskupin nebo erotických dvojic, „tabu“ některých témat, jako agresivita vůči terapeutovi nebo sexuálních témat apod. Jsou-li klienti adekvátně připraveni na skupinovou terapii, jsou schopni formovat žádoucí skupinové normy (Kratochvíl, 2005).

Pravidla se se skupinou většinou probírají na prvním sezení či komunitním setkání. V našem případě se jedná o komunitním setkání oddělení kliniky psychiatrie. Pravidla drží strukturu skupiny stejně jako její cíle. Pravidla jsou – stejně jako cíle - daná terapeuty, institucí, ale i samotnými klienty. Důležité je vědět, že pravidla, která mají klienti na skupině v určitých případech, zcela nemusí nekorespondovat se způsobem jednání ve společnosti. Klienti mají např. projevovat své emoce, sdělovat druhým jak na ně působí, říkat si o pomoc apod. Členové skupiny se seznamují s pravidly, které souvisí se speciálním uspořádáním mezilidských vztahů. Příprava členů skupinu na terapeutický proces se nemusí stihnout hned během prvního sezení, řada pravidel a informací se projeví během dalších sezení (Corey, Schneider Corey, Callanan, Russel, 2006).

Dle Corey, Schneider Corey, Callanan, Russel (2006) je pro členy skupiny důležité stanovit si cíl. Další pravidla, která doporučují je: být flexibilní a neprodlévat se začátkem práce. Dle výše citovaných autorů by měl být klient „nenasytný“, tj. snažit se být aktivní a s respektem k ostatním si dokázat vzít slovo a věnovat se na skupině sobě. Soustředit se na pocity, projevovat se, experimentovat a usilovat o osobní růst jsou důležitá pravidla pro fungování zážitkové skupiny. Autoři se také shodují v tom, že by jedinec neměl očekávat, že všechny změny v jeho životě nastanou hned, a když nastanou, tak nelze předpokládat, že všichni v okolí klienta změnám porozumí. Také je důležité vědět, že ani klient sám nemusí plně porozumět všem členům skupiny. Důležité však je poskytovat zpětnou vazbu a učit se ji přijímat. Podstatné je nenechat se odradit neúspěchem, vyjadřovat své pocity a přebírat za své názory a výsledky v terapii zodpovědnost. Nedílnou součástí pravidel je také na skupině respektovat důvěrnost sdělených informací.

Autoři daných pravidel Corey, Schneider Corey, Callanan, Russel (2006) nesouhlasí s tím, že by si klienti měli v průběhu pravidla vytvářet pouze sami. Vytváření pravidel v průběhu terapie zabírá hodně času a může docházet až ke kontraproduktivním situacím. Pro autorku je velmi důležité, aby byli klienti na začátku seznámení jak s tím, co je to

dramaterapie tak i s pravidly fungování. Vzhledem k malé časové dotaci, kterou na dramaterapii terapeut ve zkoumané instituci má, je velmi limitující, když klienti informace postrádají a tím pádem mohou být více zúzkostněni.

### 2.2.2.3 *Role ve skupině*

Z Morenovské sociometrie vychází nejznámější popis základních rolí. Jedná se o dvě vůdcovské role a o černou ovci. Role vůdce je dvojitá, dle schopnosti vedení a dle oblíbenosti ve skupině, kdy jde o nejpopulárnějšího a nejoblíbenějšího člena ve skupině, nazývaného také jako „hvězda“. Vůdce je zpravidla schopný, racionální, aktivní, pracovitý apod. Vůdce „hvězda“ je zábavný, srdečný a nekonfliktní. Černá ovce je naopak pro členy skupiny nepřitažlivá, nesympatická a často lhostejná (Kratochvíl, 2005).

Jednou z dalších, v odborné literatuře prezentovaných, rolí je například monopolista. Yalom řadí monopolistu mezi problémové pacienty, říká o něm, že je strašák skupinových terapeutů. I autorka se s takovým pacientem během svého působení setkala a ve shodě s Yalomem může tuto roli zhodnotit v kontextu terapeutického působení jako velmi problematickou. Tito klienti bývají nervózní a úzkostní, když nemohou mluvit. A když už mluví někdo jiný, mají tendenci mu skákat do řeči. Odpovídají na každou otázku, která je položena celé skupině. Monopolista dokáže dlouhou dobu až do detailů vyprávět příběhy, které zažil nebo viděl v televizi. Někteří na sebe upoutávají pozornost neustálým kladením otázek terapeutovi nebo naváděním skupiny k rozebírání bizarních nebo sexuálních témat. Často popisují nějaké velké životní zvraty a ostatní členové skupiny jsou tak nuceni mlčet, protože ve srovnání s těmito pacienty se jim jejich problémy můžou zdát pomíjivé. Skupina může monopolistu vítat a možná i podporovat, ale po čase jim začne být nepříjemné neustálé strhávání pozornosti na sebe a přichází zklamání a hněv (Yalom, 1999).

Někteří terapeuti nechávají skupinu, aby se s klientem monopolistou vypořádala sama. Naopak jiní terapeuti, pracující způsobem, kdy je potřeba aktivity všech členů skupiny (což je i dramaterapie), zasahovali sami. U práce s monopolizujícím členem skupiny jej není dobré v hovoru rázně zastavovat. Zpětnou vazbu směrem k monopolistovi by měl terapeut vést citlivě a opatrně. Corey, Schneider Corey, Callanan, Russel (2006) v práci ve skupině využívají videokamery, kdy sezení natáčí, a pak každý klient reflektuje své chování a jednání, což se jim směrem v kontaktu s monopolistou osvědčilo (Corey, Schneider Corey, Callanan, Russel 2006).



Dále se ve skupině mohou vyskytnout role jako moralista, který má vždy pravdu a drží se pravidel, kvaziterapeut, přebírající iniciativu, explorační a podle představ ideálního terapeuta. Neopomeneme také roli miláčka skupiny, budícího i ostatních ochránářské postoje a role obětního beránka, na něhož se často obrací potlačovaná agrese. Další role ve skupině mohou být agresor, ochránce, provokatér, pedant, samotář nebo trpitel (Kratochvíl, 2005).

Další role, která se ve skupině může objevit je trpitel dožadující se neustále pomoci. Předkládá své problémy nebo stížnosti a následně, když mu je nabídnutá pomoc, tak jí odmítá. Neustále přináší do skupiny problémy ze svého okolí, somatické problémy a často je prezentuje takovým způsobem, že se zdají nepřekonatelné. Ostatní členové skupiny bývají zpravidla znudění a znechucení. Zmíněný je často skupinou vnímán jako „vysavač“ energie (Yalom, 1999).

Neurotičtí pacienti mají tendenci svou roli neustále opakovat v různých společnostech, jejich role bývají stereotypní. Součástí terapie je poznání těchto rolí pomocí zpětné vazby od skupiny. Znamená to také, aby si pacient rozšířil svůj repertoár rolí a ovládal je. Pak už je na něm, jak je bude schopen aplikovat do reálného života (Kratochvíl, 2005).

Samostatný a významný problém skupinové dynamiky je vůdcovství ve skupině. Vztah k terapeutovi, který je formálním vůdcem skupiny, je v různých vývojových fázích skupiny odlišný. V první fázi potřebují klienti, aby je terapeut vedl. V následující fázi přichází ze strany skupiny protest proti autoritě. V tomto směru se může projevit rovněž projekce z minulých zkušeností a opakování dřívějších vztahů k autoritám (Kratochvíl, 2005).

#### 2.2.2.4 Koheze

Koheze neboli soudržnost souvisí s přitažlivostí skupiny pro její členy. Koheze vyjadřuje stav, kdy členové skupiny chtějí ve skupině zůstat a udržet se v ní. Skupinová koheze je nutnou podmínkou účinnosti skupinové terapie. Ke kohezi přispívá uspokojování osobních potřeb jedince ve skupině nebo pomocí skupiny. Také skupinové cíle, které jsou v souladu s individuálními potřebami a výhody, které z členství plynou, očekávání jedince, že mu členství přinese užitek v podobě sounáležitosti, podpory a pocitu, že někam patří. Ke kohezi skupiny neodmyslitelně patří také sympatie mezi členy skupiny a jejich vzájemná přitažlivost, motivace ke členství a přátelská akceptující atmosféra. Nesporný



vliv mají v tomto kontextu skupinové aktivity, které jsou vnímány pozitivně a jsou pro klienty zajímavé a zábavné. Často se v nich využívá i technik, které vedou k podporování koheze ve skupině. Faktorem zvýrazňujícím skupinovou kohezi je rovněž také soupeření s jinou skupinou, kohezi zvyšuje i již sama existence paralelních skupin. Skutečné soupeření s jinou skupinou vyžaduje soupeření i uvnitř skupiny. V přítomnosti devianta skupiny, jehož chování je výrazně odlišné nebo který obhajuje rozdílné názory v otázkách pro skupinu významných, se skupina sjednocuje proti němu a tím vytváří opozici, ve které se cítí bezpečně. Laicky by se dalo říct: „pokud chcete, aby se skupina sjednotila, najděte jim společného nepřítele.“ Členové kohezních skupin si k sobě vytvářejí vzájemně hlubší vztah, což má terapeutický vliv (Kratochvíl, 2005).

#### 2.2.2.5 *Tenze*

Při vzájemné interakci mezi členy skupiny vzniká přirozeně i určité napětí. To je dáno mimo jiné i tím, že při uspokojování vlastních potřeb, musí jedinec brát ohledy na potřeby jiných. Ve skupině tak dochází k přirozené konfrontaci vzhledem k odlišným požadavkům, postojům, názorům i chování. Důležité je se na skupinu dokázat adaptovat. Při podrobení se normám skupiny mohou být některé potřeby členů omezovány nebo frustrovány. Reakce členů je obvykle navyklá a stereotypní, klienti ji mají tendenci potlačovat, ventilovat ji nepřímou nebo naopak ji projevit přímo. V tenzi mohou vznikat reálné konflikty, které jsou důsledkem přenesení minulých zkušeností do současné skupinové situace. Agresivita je jedna z forem tenze a může být jak skrytá, tak zjevná. Ve skupinové terapii se usiluje nikoliv o potlačování agrese, ale o její projevení. Hovoří se o ní, rozebírá se, mluví se o agresivních pocitech, ale nejde o skutečné destruktivní chování. K motorickému odreagování jsou využívány různé techniky jako např. tlučení do polštáře, trhání papíru apod. Je-li tenze příliš velká, členové mají tendenci ze skupiny unikát a jeli naopak příliš nízká, není pak podněcována jejich motivace na sobě pracovat a zbavovat svých neurotických postojů (Kratochvíl, 2005).

#### 2.2.2.6 *Projekce*

Do skupiny přichází každý klient s nějakými zkušenostmi z minulosti, které ovlivňovaly jeho vnímání druhých, emocionální reakce a způsob chování k druhým. Reaguje proto na ostatní klienty ve skupině nejen na základě toho, jak se k němu chovají, ale je ovlivňován zkušenostmi s podobnými lidmi či situacemi z jeho dosavadního života. Klient nemusí do druhých promítat jen vlastnosti jiných lidí, ale také vlastní zjevné nebo

skryté motivy. Do projekce patří i tzv. parataktická disortoze, kdy jde o překroucení obrazu o současné realitě na základě analogie z minulosti. Obvykle jde o nesprávnou společenskou generalizaci (Kratochvíl, 2005).

#### *2.2.2.7 Tvorby podskupin*

Ve skupině často vzniká tendence vytvářet podskupiny, čím je skupina větší, tím je i tato tendence častější. Podskupiny se mohou utvořit například na generačním základu na základě sympatií či společných zájmů. Skupina starších nebo naopak mladších nekonformních klientů, kteří vytvoří tzv. „rebelantskou“ podskupinu. Někdy se může projevit i rivalitní vztah mezi podskupinami a zbylou částí skupiny (Kratochvíl, 2005).

#### *2.2.2.8 Stádia vývoje uzavřené skupiny*

Ve vývoji skupiny se uvádějí tři až čtyři stádia, která mají svou určitou charakteristiku. Každý autor je popisuje jinak, ale lze zde nalézt společné rysy.

##### První stádium: orientace a závislost

Členové v prvním stádiu léčby očekávají, že budou vedeni, dožadují se informací, chovají se tak, jako by spása ležela pouze na terapeutovi. Jsou zde také známky toho, že si terapeuta idealizují a přeceňují jeho schopnosti. Obsah i styl komunikace se v této fázi podobá komunikaci při běžném společenském setkání, diskutuje se často o všeobecných věcech, dochází k vzájemnému „otřukávání“. Členové skupiny si udílejí rady, které často nemají velkou hodnotu, protože obsahují věci, které klient už několikrát slyšel, k problémům se přistupuje racionálně. Může se také stát, že členové nevěří tomu, že by jim skupina mohla být nápomocná a obracejí se pouze na terapeuta (Kratochvíl, 2005).

##### Druhé stádium: konflikt a protest

V druhé fázi skupiny jsou charakteristické konflikty mezi členy skupiny a i mezi členy skupiny a formálním vůdcem. Vytváří se zde hierarchie rolí, časté jsou negativní komentáře a kritika, členové jsou ochotní projevovat převážně emocionální reakce hostilního typu. V tomto stádiu vzniká hostilita a protest proti terapeutovi, očekávání na terapeuta byla v předešlé fázi tak velká, že logicky dochází ke zklamání z jejich nesplnění. Ještě větší negativní reakci vyvolávají terapeuti, kteří v terapeutické práci nenabízejí strukturu a tím silněji frustrují počáteční očekávání skupiny. Tyto projevy jsou zpočátku skryté a nepřímé, postupně může skupina vnímat terapeuta až jako svého nepřítele. Pro pokrok skupiny je důležitá přímá konfrontace s terapeutem, který ji má

podporovat. Toto stádium je pro terapeuta nepříjemné, ale pokud ho zvládne, aniž by byl „zničen“, nebo sám „ničil“ může skupině demonstrovat, že projevení agresivity není nutně zhoubné, ale že agresivita může být projevena i pochopena (Kratochvíl, 2005).

#### Třetí stádium: vývoj koheze a kooperace

V tomto stádiu se snižuje napětí a počet konfliktů, vzniká zde potřeba příslušnosti ve skupině. Zvyšuje se schopnost spolupráce, hlavním zájmem skupiny je intimita a blízkost. Skupina v tomto stádiu často potlačuje negativní emoce, centrálními tématy je hovor o sobě a o jiných členech skupiny, funguje zde otevřené vyjadřování pocitů, prohloubený a širší pohled, zamýšlení se nad probíhajícími změnami. Skupina poskytuje pocit bezpečí a ochrany (Kratochvíl, 2005).

#### Čtvrté stádium cílevědomá činnost

V tomto stádiu skupina funguje jako integrovaná pracovní skupina, která se zamýšlí nad problémy, radí se, kritizuje i nabízí řešení. Je zde poskytována zpětná vazba, dosahuje se náhledu a změn postojů. Skupina je kohezní, ale již nepotlačuje negativní emoce (Kratochvíl, 2005).

## **2.3 Terapeutické směry**

Terapeutické směry, na které se v této kapitole zaměříme, jsou součástí terapeutického procesu na klinice psychiatrie v Olomouci. Jedná se o různé způsoby práce, kdy jsou pacienti rozděleni do dvou terapeutických skupin, dle jejich předpokladů pro danou skupinovou terapii. Jedná se o kognitivně-behaviorální skupinovou terapii a dynamickou skupinovou terapii. Dramaterapie pouze doplňuje tyto léčebné procesy, ale zároveň má své opodstatněné místo. Chceme-li s dramaterapií v naší práci operovat jako se samostatnou terapeutickou formou, je potřeba, abychom znali ostatní terapie fungující na klinice, jež mají svůj koncept a výzkumy dokazující jejich funkčnost.

### **2.3.1 Hlubinná psychoterapie**

Směr hlubinné psychoterapie je reprezentován, mimo jiné, asi nejznámější a současně nezprofanovanější psychoanalýzou vytvořenou Sigmundem Freudem (1856-1939). Sigmund Freud považoval v oblasti psychického dění za základ nevědomé sexuální a agresivní pudy, jenž se společnost pokouší ovládat a potlačovat. Freud při koncipování své teorie vycházel z principu konstantnosti psychické energie, existence mentálního

aparátu, psychického determinismu a principu nevědomí. Princip konstantnosti je tendence duševní energie zůstat na nízké konstantní úrovni a v případě, že se v jedinci nahromadí energie, pak má snahu ji různým způsobem ze sebe dostat, což bývá spojeno s pocitem slasti. Za hnací motor lidské energie považoval pudy, převážně pud sexuální a zejména pod vlivem první světové války přikládal Freud význam rovněž pudu smrti. Mentální aparát dle Freuda má svou vlastní svébytnost a zákonitost fungování na základě struktury, která je velmi individuální (Plhánková, 2006).

Vedle vědomí má psychika dle psychoanalýzy také předvědomí a nevědomí. Nevědomí je zde považováno za samostatnou jednotku, do níž vědomě nedokážeme vstoupit. Nevědomí však ovlivňuje náš způsob jednání. Obsahem nevědomí jsou již zmíněné pudy mající vliv na vývoj osobnosti. Freud také specifikoval vývoj libida v ontogenetickém vývoji, který rozdělil do fáze orální, sadisticko-anální a falické. Ve vývoji dítěte, konkrétně chlapce, může mezi třetím a šestým rokem vzniknout Freudem popsany tzv. oidipovský a kastráční komplex. Dále pak ve vývoji libida nastává období latence a s nástupem puberty přichází období normální genitální sexuality, která je, v případě, že vývoj probíhal bez patologií, zaměřena vztahově a heterosexuálně.

V období vývoje libida může dojít k fixaci na určité fázi, a tak dochází buď k perverzi či při potlačení ke vzniku neurózy. Freud také zkoumal sny, kde se dle něj plní fiktivní přání, v nichž se také objevuje cenzura a přání, se projevují v přestrojeních.

Psychoanalytické teorie rozlišují dva druhy neuróz tzv. aktuální neurózy a psychoneurózy, ke kterým řadí hysterii a neurózu fobickou a obsedantní. Psychoneurózy vznikají na podkladě úzkostí. Freud chápe úzkost jako fyziologický stav na podkladě potlačeného sexuálního pudu. V jeho pozdější práci je úzkost spojovaná také s „porodním traumatem“ a jinými separačními situacemi. Aby se člověk zbavil úzkostí, využívá různých obranných mechanismů, jako je např. izolace, projekce, přesunutí, racionalizace a jiné. Podrobně rozpracovala některé tyto mechanismy Anna Freudová, která je zároveň spoluzakladatelkou tzv. Egopsychologie, což je současný proud psychoanalytického hnutí. Heinz Hartman, další ze zakladatelů egopsychologie, se soustředil na pochopení „já“, jenž má pudovou strukturu, ale je na něm znatelný velký vliv interakce s reálným světem. Dalšími známými jmény, která se objevují v souvislosti s egopsychologií, jsou R. Spitz, E. Jacobsonová, G. A. R. Balncovi a Margareta Mahlerová, která dlouhodobým sledováním patologického i normálního vývoje dětí přispěla k rozvoji egopsychologie, v níž se za podstatný rys vývoje ega považuje proces osamostatňování

se dítěte, jeho separace a individualizace. Volněji pak můžeme za egopsychologa považovat Erika Eriksona, který taktéž popsal vývojová stadia, ale až do dospělého věku. Zaměřoval se především na morální hledisko (Kratochvíl 2006 ve shodě s Plhákovou, 2006).

Velká rivalka Anny Fredové Melanie Kleinová patří k zakladatelům Britské školy objektivních vztahů. Rodačka z Vídně si roku 1914 přečetla Fredův „Výklad snů“ a ten se pro ni stal hybnou silou, díky které absolvovala cvičnou analýzu u berlínského psychoanalytika Karla Abrahama. Pro Kleinovou byl velmi významnou oblastí vývoj dítě, kdy v raném období dítě není schopno pojímat objekt celistvě, Kleinová říká, že se objekt rozpadá a dítě vnímá objekt částečně tzv. částečné objekty. Částečné objekty dítě dělí na špatné a dobré, což se objevuje v organizaci psychického života dítěte celkově. Dítě štěpí zážitky na pozitivní a negativní, říká se tomu tzv. „splitting“. Prostřednictvím projektivní identifikace se dítě pokouší zbavit negativních zážitků. Zjednodušeně řečeno jde o primitivní projekci dítěte, která je často směřována k matce (Plháková, 2006).

Psychologie objektivních vztahů je v současnosti také spojována se jménem Otto Kernberg, psychoanalytik s kleiniánským výcvikem, který dokáže dobře spojit právě klieniánskou školu s egopsychologií. Primárním motivačním systémem jsou v jeho teorii afekty (Kernberg in Fonagy, Target, 2005). Kernberg se méně ve své teorii soustředí na to, kdy vznikly patogenní konflikty, ale zaměřuje se spíše na současný stav pacientova myšlení. Odlišným od ostatních psychoanalytiků je také tím, že se zaměřuje na diagnózu, kterou ostatní psychoanalytici nepovažují při léčbě klienta za určující (Fonagy, Target, 2005).

Psychoanalýza, i přesto že měla ve svém vývoji řadu stoupenců i odpůrců, tvoří jeden ze stavebních kamenů pro psychoterapii a i přes její dnes již překonané názory, jsou některé aspekty platné a v terapeutickém působení aplikovatelné. Z hlediska psychoanalytické teorie je úzkost nebezpečná ve chvíli, kdy si jedinec vytvoří pevné rigidní ochranné mechanismy, které brání normálnímu psychickému fungování. Cílem současné psychoanalýzy je omezení situace, která vzbuzuje úzkost a zvýšení schopnosti jedince úzkost tolerovat (avšak i tato tolerance má své hranice). Náprava je směřována směrem k vývoji jedince, v rámci něhož došlo k současné nevyhovující situaci. Cílem terapie je znovu vybudovat psychickou strukturu, která pro klienta nebude nebezpečná. Zpevnění vlastního vědomí „self“ přispívá k zlepšení schopnosti zpracovat situace

způsobující zranění narcismu jedince (tedy vzniku úzkosti). Tolerovat úzkost můžeme dvěma způsoby, a to že ji buď modifikujeme, nebo se ji vyhneme (Bion in Vymětal, 2007).

O tom, jakou strategii zvolíme, rozhodují faktory jako schopnost tolerovat strast, charakteristika okolí a intenzita podnětů vzbuzujících úzkost. U osoby s nižší schopností tolerovat strast se situace vzbuzující úzkost objevuje ve větší intenzitě, na rozdíl od člověka, který je odolnější vůči strasti a je tak schopen svou úzkost lépe modifikovat. V situaci přesahující možnosti člověka se mnoho nenaučíme a spíše vede k tomu, že i dospělý se těmto momentům vyhýbá. Faktorem komplikujícím léčbu je, mimo jiné, i tendence generalizovat osvědčené techniky, které vedou k vyhýbání se situacím vedoucím k úzkostným stavům. Psychoterapie má vést k modifikaci dané situace, a ne k vyhnutí se jí. Míru úspěšnosti terapie posuzujeme v porovnání, v kontrastu s výchozím stavem. Psychoanalytická psychoterapie se zabývá především rekonstrukcí osobnostní struktury tak, aby byla daná osoba schopna svoji úzkost zpracovat, a ne se jí vyhnout. Pravdou však zůstává, že i relativně zdravý člověk může propadnout extrémní, nepřirozené úzkosti. Diagnóza psychoanalytika v léčbě úzkostného pacienta by měla být vždy dynamická a obsahovat porozumění tomu, co se odehrává. Základem pro každého psychoterapeuta je zpracovat a zvládnout své vlastní úzkostné prožitky. Terapeut je prostředkem k pocitu bezpečí a zklidnění klienta a měl by mu poskytnout model zvládnání, pro který má psychoanalýza pojem tzv. detoxifikace prožitku. Mezi slavné odpadlíky psychoanalýzy, jak je nazývá Plháková, kteří si založili vlastní psychologickou školu, patří Alfred Adler, Carl Gustav Jung, Otto Rank a Wilhelm Rank. Neortodoxním způsobem pak na psychoanalýzu navazuje směr kulturní psychoanalýza. Hlavními představiteli jsou zde Horneyová, Fromm a Sullivan, kteří připisují velký význam mezilidským vztahům a důraz kladou na specificky lidské vztahové problémy, proto také bývá často označovaná jako humanistická psychoanalýza (Plháková, 2006).

Kratochvíl (2006) ve své publikaci uvádí tento směr jako dynamickou a interpersonální psychoterapii, která si zanechala koncepci psychoanalýzy, ale zároveň se vyvíjela jako protest proti biologizujícímu a sexualizujícímu pojetí tohoto směru. Zaměřuje se především na zmíněné interpersonální vztahy klienta a jeho současné konflikty, ve kterých se zrcadlí důsledky klientových problémů v sociálním prostředí. V chování se taktéž odrážejí dřívější frustrace a traumatické zážitky. Dynamická a interpersonální psychoterapie „směřuje k dosažení náhledu, k prožití emoční korektivní



zkušenosti, přezkoušení nového chování na základě opravených postojů a k dosažení úspěšné sociální adaptace“ (Kratochvíl, 2006, s. 40).

### **2.3.2 Kognitivně- behaviorální psychoterapie**

#### *2.3.2.1 Behaviorální terapie*

Behaviorální terapie se řadí ke směrům, které se zabývají studiem procesu učení a výsledky těchto studií se pokouší aplikovat na poruchy lidského chování. Za zakladatele tohoto směru jsou považováni H. J. Eysenck a J. Wolpe. Behaviorismus se zaměřuje na vztah mezi podnětem a reakcí. Behaviorální terapeuti jsou přesvědčeni, že poruchy chování nejrůznějšího charakteru jsou naučenými reakcemi. Pokud je tedy např. neurotické chování naučené a podléhá tak zákonitostem učení, je zde reálný předpoklad, že podléhá i přecvičování a odučování. V behaviorální psychoterapii je kladen důraz především na techniky práce, což je u ostatních psychoterapií v pozadí. Techniky přecvičování a nacvičování mají pomoci při odstranění příznaku či doplnění chybějící reakce. Jde-li o vyléčení neuróz, musíme změnit způsob v jednání, a ne v myšlení. Ke změně v jednání potřebuje terapeut i vhodně přizpůsobit podmínky, aby odnaučování a učení probíhalo automaticky (Kratochvíl, 2006).

Známé jméno spojované s behaviorismem je také John Broadus Watson, který reprezentuje především raný behaviorismus nazývaný také naivní či radikální. Watson vymezuje nově předmět psychologie, jejímž studiem je chování, které je složené z reakcí na podněty. Schéma používané ranými behavioristy je (S-R) stimul-reakce. Myšlení je dle Watsona tiché mluvení a výsledkem podmiňování je používání slov, které nahrazují různé objekty a aktivity ve vnějším světě (Plháková, 2006).

Vrátíme-li se k pojmu neurotické chování, definoval ho Wolpe jako „přetrvávající návyk neadaptivního chování, získaného učením a fyziologicky normálního organismu“ (Wolpe in Kratochvíl, 2006, s. 61). V situacích, kdy dochází k neurotickému učení, připisuje Wolpe význam úzkosti, která je také, mimo jiné, součástí neurotického syndromu (Kratochvíl, 2006).

Pojetí strachu a úzkosti není v behaviorální psychoterapii jasně odlišováno, obě tyto reakce mají specifické spouštěcí podněty. Strach a úzkost jsou dle behaviorálních teorií považovány za vzorce odezev organismu vyvolané potenciálním nebezpečím. Nebezpečí v tomto případě může pro klienta být podnět jak z vnějšího, tak i z vnitřního prostředí. Vnějšími podněty mohou být pavouci, zkouška, nečistota a podobně, vnitřními mohou



být např. píchání na hrudi, vtíravé myšlenky nebo agresivní impulz. Jsou strachy, které mohou být užitečné jako reakce na nebezpečnou situaci, ale také mohou být nepřiměřenou reakcí, která může vést až k úzkostné poruše. Jedni z prvních behavioristů považovali strach a úzkost za naučené chování. Tento pohled se v průběhu času měnil a byl revidován a rozšířen o evoluční, genetické a kognitivní faktory. Vysvětlení strachu z objektů a situací, kterých jsme se dříve nebáli, je pojmenováno klasickým podmiňováním. Člověk si tento podnět spojí s událostí traumatizující, bolestivou, děsivou. Po této zkušenosti může daný podnět vyvolávat nepříjemné pocity. Behaviorální terapeuti mluví o spojení neutrálního podnětu s prožitým strachem (S-R), tedy stimul a reakce na něj (Vymětal, 2007).

Zpevnění reakce je u behaviorální terapie závislé na opakování reakce samotné, subjekt hraje významnou aktivní roli při podmiňování. V terapii se zde využívá odměn i trestů např. v technice selektivního zpevňování, kdy za pozitivní reakci dostane klient odměnu. Experimentální šetření zjišťují, že je-li pozitivní zpevňování nepravidelné, stává se pak účinnější. Nežádoucí reakce bývá spojována s nepříjemným podnětem (trestem). V experimentech se používala např. elektrická rána, farmakologicky vyvolané zvracení a podobně, dokud nevznikla tendence se situaci vyhnout (Kratochvíl, 2006).

„K získání podmíněné reakce strachu z původně neutrálního podnětu může někdy dojít už následkem jednorázového spojení s mírně averzivní událostí, například u připravených strachů, ale častěji bývají opakované nepříjemné zkušenosti“ (Vymětal, 2007, s. 87).

Strachy jsou však ovlivněné i jinými proměnnými, jako jsou předchozí zkušenosti s podmiňováním podnětem, přítomnost sociální podpůrné sítě, také intenzita traumatické události a osobnostní a biologické predispozice. Naučená reakce strachu se může postupně rozšiřovat na objekty, které v averzivní situaci, kdy strach vznikl, nebyly přímo přítomné. Zdrojem podmíněného strachu se mohou stát i podněty, které jsou podnětu vyvolávající strach a úzkost jen podobné, a tak se generalizují a stávají se zdrojem strachu. Dalším pramenem zmíněného naučeného strachu může být i pozorování lidí, kteří prožívají v určité situaci strach a podmíněným podnětem se může pro nás stát i tato situace. Aplikaci behaviorální terapie na neurotické poruchy můžeme použít dle Vymětala (2007) při léčbě fobických úzkostí, obsedantně-kompulzivní poruchy, panické poruchy, generalizované úzkosti a posttraumatické stresové poruchy.

Fobická porucha je dle behavioristů přehnaný strach z objektů či situací, které za normálních okolností strach nevyvolávají. Zmíněným objektům a situacím se pak osoba

postižená fobií vyhýbá. Předáním negativní verbální informace, klasickým podmiňováním, učením se stává z neškodného podnětu původce strachu. Jedinec se pak začíná situacím vyvolávajícím úzkost vyhýbat. Zdařilé vyhnutí se stresovým momentům vede k úlevě. Úleva pak zapříčiní, že si tento způsob jednání (vyhýbání) člověk upevní a nadále se bude podobným situacím obcházet. Právě vyhnutí se zabraňuje člověku dostat se do situace vyvolávající strach, a tak nemůže dojít ke korektivní emoční zkušenosti a strach se navyšuje. Behaviorální terapie se proto zaměřuje na kontakt s obávaným podnětem, na blokování vyhýbavého chování a osvojení si nového adaptivního chování v dané situaci. Jak už bylo výše zmíněno, tento druh terapie velmi využívá techniky, které již v praxi nabyly účinnosti. Mezi tyto techniky patří např. systematická desenzibilizace, aplikovaná relaxace, expozice obávaného předmětu a podobně. Cílem je, aby si klient uvědomil, že situace vyvolávající strach pro něj nejsou nebezpečné. Systematická desenzibilizace je vysvětlována jako princip tzv. protipodmiňování. Autorem této metody je J. Wolpe, dle něhož se klient může zbavit strachu v navozených příjemných situacích, ve kterých konfrontujeme klienta s podnětem vyvolávající úzkost. Spojení podnětu s příjemnou situací vede k snížení jeho vlivu, až dojde k automatickému odstranění vyhýbavého chování klienta. Mezi stěžejní metody tohoto postupu patří nácvik hluboké svalové relaxace, vytvoření detailní hierarchie, kdy si terapeut s klientem vymezí podněty vzbuzující strach od těch nejméně problémových až po ty děsivé a postupné spojování obávaných podnětů s relaxací. Klient si v hluboké relaxaci představuje první z hierarchie podmíněných podnětů. Tato představa by měla trvat 10-15 sekund, ale pokud pacient ukáže nárůst úzkosti, tak dle stanoveného signálu s terapeutem, terapeut představu přerušuje a najde s klientem cestu jak se znovu uvolnit. Jakmile znovu relaxuje, představu obávaného podnětu opakuje. V případě, že se úzkost nedostavuje ve dvou po sobě jdoucích navozených představách, tak se v hierarchii úzkostných podnětů posouvá o stupeň výš. Technika systematické desenzibilizace vznikla jako imaginativní technika, ale postupem času se z pasivního vnímání klienta přesunul tento typ techniky do reálných situací (Vymětal, 2007).

### 2.3.2.2 Kognitivní terapie

Kognitivní psychologie se zrodila v 50. a 60. letech v USA, kdy její zastánci přichází s myšlenkou, že pokud chtějí psychologové pochopit chování, musí zkoumat subjektivní mentální události. Kognitivní psychologie považuje mysl člověka za systém

zpracování informací. Informace se zpracovávají na nižších a vyšších úrovních, přičemž celý systém funguje jako celek (Sedláková in Plháková, 2006). Svým zaměřením na myšlení člověka se zcela odděluje od behaviorální psychoterapie, která ve své extrémní podobě tyto vnitřní procesy zcela ignorovala. Profesor psychiatrie na Pensylvánské univerzitě A. Beck ve svém výzkumu zjistil negativní předsudky v myšlení depresivních pacientů a na základě těchto poznatků vypracoval teorii emočních poruch a kognitivní model deprese. Dle Becka za emoční poruchy odpovídá především nesprávné myšlení. Terapeut se zde zaměřuje na pacientovu interpretaci skutečnosti a vede ho k přehodnocení názorů. Klient se v této terapii učí rozlišovat mezi objektivní skutečností a subjektivním hodnocením (Kratochvíl, 2006).

V dalších letech se teorie Becka (in Praško, Možný, Šlepecký, 2007) rozšířila i na další psychické poruchy. Dle Becka je možné rozlišit tři úrovně kognitivních procesů, a to kognitivní události, kognitivní procesy a kognitivní schémata. Kognitivní události jsou tzv. jednotky kognitivních procesů, jedná se o myšlenky a představy, které mohou být volní nebo automatické. Kognitivní procesy jsou pak buď „chladné“ tedy nijak emočně nedoprovázené nebo „žhavé“, které mají výrazný emoční doprovod. Při vzniku psychických poruch se uplatňují především „žhavé automatické“ myšlenky. V kognitivních procesech jde o děj, kdy jsou jednotlivé kognitivní události spojovány, porovnávány, hodnoceny a zařazovány do kontextu. Kognitivní schémata v tomto případě jsou souhrnem základních a často nevyřčených a nevědomých předpokladů o tom, jaký jsem, jaký je svět kolem mě a co mohu od něj očekávat (Beck in Praško, Možný, Šlepecký, 2007).

Necítíme-li se emočně dobře, jsou dle kognitivní teorie naše běžné schopnosti zpracovávat informace narušeny, jelikož do svého myšlení vnášíme jednostranně negativní zkreslení (Neenan, Dryden, 2008).

Negativní myšlenky Beck (in Praško, Možný, Šlepecký, 2007) nazývá automatické, protože se klientovi samy nabízejí. Příkladem těchto kognitivních omylů jsou např. nepodložené závěry, kdy si děláme předem úsudek o nějakém jevu (někdo si nás na ulici nevšimne a nepozdraví nás a my si z toho vyvodíme, že s námi nechce komunikovat), další je zkreslený výběr faktů, kdy nepodstatné detaily vytrháváme z kontextu. Jedním z kognitivních omylů je také tendence nepřiměřeně zevšeobecňovat, přehánět a bagatelizovat. V těchto případech se terapeut snaží naučit klienta rozpoznat tyto automatické myšlenky, označit je a podrobit logické kritice. Terapeut v kognitivní terapii neříká klientovi, které jeho myšlenky jsou špatné, ale snaží se klást otázky týkající

se smyslu, užitečnosti a důsledků jeho názorů. Základem je tzv. Sokratovský dialog, kdy se terapeut dotazuje tak, aby sám klient došel k logickým závěrům. Součástí této terapie je také zaznamenávání negativních myšlenek klientem a jejich následné zpracování.

### *2.3.2.3 Kognitivně-behaviorální terapie*

Kognitivně- behaviorální terapie začala vznikat v 70. letech, lze ji tedy označit jako poměrně mladý směr. Už ze samotného názvu lze vydedukovat, že se jedná o kombinaci dvou předchozích směrů behaviorálního a kognitivního. Samotná kognitivně-behaviorální (dále KBT) terapie je chápána různými způsoby. Jedno pojetí hovoří o KBT jako o jedné z forem behaviorální terapie (Fishman a Franks in Kratochvíl, 2006), další pojetí mluví o kognitivní terapii, která experimentování s chováním využívá ke změně myšlení (Crowe, Casey a Dryden in Kratochvíl, 2006). Třetí pojednání zachází s KBT jako se samostatným směrem, který má své specifické rysy. Nejde zde tolik o specifickou techniku práce jako spíše o odlišné filozofické východisko (Kratochvíl, 2006).

Léčba v KBT je zaměřená na klientovo uvědomění si svého zkráceného myšlení a dysfunkčního jednání. Terapeut za pomoci systematického rozhovoru a strukturovaných behaviorálních úkolů pracuje s klientem a vytváří prostor pro změnu v jeho myšlení a jednání. K hlavním rysům KBT patří dle Praška, Šlepeckého a Možného (in Kratochvíl, 2006) časová omezenost a krátkost sezení a otevřená a aktivní spolupráce klienta s terapeutem. KBT vychází z teorií učení a zaměřuje se na konkrétní problémy. Řešení problémů je orientováno na přítomnost a na to, co je pozorovatelné a vědomé. KBT si stanovuje konkrétní funkční cíle a směřuje klienta k soběstačnosti. Můžeme také hovořit o určité vědeckosti, neboť KBT sbírá konkrétní data, měří frekvenci a míru závažnosti problému. Vytváří hypotézy a ty pak empiricky prověřuje (Kratochvíl, 2006).

### 3 DRAMATERAPIE

Stěžejním teoretickým východiskem této práce je, vzhledem k jejímu zaměření, oddíl věnovaný dramaterapeutickému působení s akcentem na klientelu s neurotickou poruchou. Dramaterapie patří mezi paradivadelní systémy terapeutické povahy stejně jako např. psychodrama. Jelikož je dramaterapie často zaměňována s Morénovským psychodramatem, je záměrem autorky, mimo jiné, objasnit rozdíl mezi těmito dvěma směry. Psychodrama je v této kapitole zařazené pod interdisciplinárními zdroji dramaterapie a to z toho důvodu, že i když se od dramaterapie liší svým způsobem práce, využívá některé jeho kvality i dramaterapeut.

Dramaterapii lze definovat různými způsoby, ostatně jako kteroukoliv jinou disciplínu. Pro tuto práci si však autorka vybrala definici Britské asociace dramaterapie a také k porovnání definici od prof. Milana Valenty. Důvodem k preferenci těchto dvou definic je jejich vypovídající charakter o dramaterapeutické práci a jejich cílech.

The Brithis Association of Dramatherapists o dramaterapii říká, že: „pomáhá uchopit a zmírnit sociální a psychologické problémy, mentální onemocnění i postižení a stává se nástrojem zjednodušeného symbolického vyjadřování, díky němuž jedinec poznává sama sebe, a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální i nonverbální složku komunikace“ (The Brithis Association of Dramatherapists in Valenta, 2011, s. 23).

Zde by se autorka chtěla pozastavit nad tématem zjednodušeného symbolického vyjadřování, díky němuž jedinec poznává sám sebe. Vzhledem k zaměření práce na klienty s neurotickou poruchou je tento aspekt v terapeutické práci nepostradatelný. Klient s neurotickou poruchou často trpí sníženým sebehodnocením a nedůvěrou ve vlastní schopnosti. Dramaterapie využívá tvořivých technik k tomu, aby klient našel cestu sám k sobě a ujasnil si, co chce a jak se k tomu postaví. Podporuje klienta v jeho kreativě a rozvoji repertoáru rolí, jenž má vést k uspokojivému náhledu na sebe sama.

Valenta definuje dramaterapii jako „léčebně – výchovnou (terapeuticko-formativní) disciplínu, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně-sociálního růstu a integrace osobnosti“ (Valenta, 2006, s. 7).

Skupinová dynamika, o které se Valenta (2006) zmiňuje, je předmětem zkoumání této disertační práce. Autorka se chce zaměřit na efektivní faktory skupinové terapie, které dramaterapie podporuje. Prostřednictvím prožitku, jenž je hlavní ingrediencí

dramaterapie dát klientovi pocit, že je součástí skupiny. O efektivních faktorech je více zmíněno v kapitole o skupinové terapii. Hickson (2000) ve své publikaci *Dramatické a akční hry* zmiňuje významnou dramaterapeutku Sue Jennings, zakladatelku a průkopnici tohoto expresivního terapeutického směru.

Lze tvrdit, že se Sue Jennings stala vůbec průkopnicí dramaterapie i v České republice. V letech 2005-2008 převzala vedení za vůbec první a jediný dlouhodobý výcvik Dramaterapie v ČR (srov. Valenta 2011, s. 116). Jennings, původně tanečnice a herečka, začala v 60. letech techniky dramaterapie využívat s dospělými a dětmi, kteří trpěli psychickými a fyzickými potížemi. Pracovala v různých klinických a sociálních prostředích jako věznice a nemocnice.

Mluvíme-li však o zakladatelích dramaterapie, autorka souhlasí s tvrzením Hicksona (2000), že zakladatelem dramaterapie je divadlo samo. Míjí tím, že už od pradávna byly náboženské rituály a drama používány k léčebným účelům. Dramaterapie využívá fantazie a představitosti člověka namísto jeho všední zkušenosti. Divadelní skutečnost umožňuje účastníkovi dramaterapie promítnout si sebe sama do budoucnosti a vyzkoušet si skrze dramatickou tvorbu obávanou situaci. Z dramatické stylizace mohou pak klienti ve svém životě čerpat.

### **3.1 Cíle dramaterapie**

Cíle dramaterapie lze rozdělit na specifické a nespecifické. Specifické cíle si určuje dramaterapeut sám dle skupiny, se kterou pracuje. Důležitou roli hraje věk členů skupiny, pohlaví a druh postižení. Víme-li jestli se jedná o skupinu heterogenní či homogenní a v jakém časovém úseku bude dramaterapie probíhat, můžeme si stanovit specifické cíle.

Dle Majzlanové (in Valenta, 2001) k hlavním cílům dramaterapie patří redukce tenze, rozvoj empatie, odblokování komunikačních kanálů, integrace osobnosti, rozvoj sebedůvěry a vytvoření pocitu zodpovědnosti za sebe sama.

Nespecifické, tedy obecné cíle vymezila Reneé Emunahová (in Valenta, 2001). Za prioritní v dramaterapii považuje zvyšování sociálních interakcí, získávání schopnosti uvolnit se a snahu o změnu nekonstruktivního chování. Dramaterapie taktéž umožňuje rozšířit repertoár rolí klienta. Fiktivní svět divadla nabízí zkušenost s nejrůznějšími životními situacemi, které pro klienta mohou být náročné nebo zdrojem úzkosti a strachu.



Skrze tuto zkušenost pak posílí sebedůvěru, spontánní chování a v nejlepším případě dokážou přijmout své omezení a nalézt možnosti řešení.

### **3.2 Interdisciplinární zdroje dramaterapie**

Interdisciplinární zdroje dramaterapie dle Valenty (2011) jsou: hra, vývojová psychologie, psychoterapie, dramatická výchova, rituál a teorie divadla. Autorka se v této kapitole zaměřuje stejně jako Valenta (2011) na hru dramatickou výchovu. Nástin těchto oborů je vybrán záměrně. Hra jako prostředek, jenž je v dramaterapii využíván a má své místo i ve výzkumu předložené práce. Hra je pro dramaterapie elementární zdroj. Skrze hru terapeut navozuje prvotní kontakt s klientem, důvěru, hledá témata, vyvábí situace a pomáhá klientovi najít vlastní výraz. Hra vytváří skrze fikci prostor pro opravdové prožitky. Z těchto důvodů autorka považuje za importantní zařadit hru do této kapitoly.

Vývojová psychologie z hlediska úzkostí byla nastíněná v kapitole Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Valenta (2001) se k vývojové psychologii ve vztahu k dramaterapie vyjadřuje skrze teorie Erika E. Eriksona a Jeana Piageta. Dané informace však v rámci dramaterapie v kontextu této práce nevyužíváme, proto se autorka rozhodla danou podkapitolu nezařadit jako interdisciplinární zdroj.

Dalším inspirativním prvkem dramaterapeutické práce je dramatická výchova. Samotný obor Dramatická výchova si hledal dlouhá léta své místo ve výchově. Podněty, které tento edukační způsob práce přináší, v mnoha ohledech korespondují s prvky práce dramaterapeutické. Dramatická výchova za období svého působení v oblasti vzdělávání a rozvoje má již vypracované metody i koncept vzdělání pro pedagoga dramatické výchovy a je pochopitelné, že se tak stává i jednou z platform pro dramaterapii. Nelze také opomenout fakt, že značná část dramaterapeutů si prošla procesem dramatické výchovy a své poznatky při své práci v terapii využívá.

Divadlo jako produkt, kterému předcházela důležitý proces tvorby, je pro dramaterapii pilířem. Divadlo jako syntetické umění se stalo zdrojem pro rozvoj člověka a přináší mnoho zajímavých podnětů nejen pro práci estetickou i terapeutickou. S ohledem na tuto práci však kapitolu o divadle dál nerozvádíme, jelikož divadlo nebylo takovým zdrojem pro dramaterapeutickou práci s klienty s neurotickou poruchou hospitalizovaných na klinice psychiatrie. Valenta (2011) akcentuje jako významný interdisciplinární zdroj



psychoterapii, které však autorka, s důrazem na skupinovou práci, věnuje celou kapitolu. Autorka si pro účely této práce zvolila jako další možný interdisciplinární zdroj dramaterapie, oborově starší druh paradivadelního systému terapeutické povahy, a to Morénovské psychodrama.

Psychodrama je v dané podkapitole zprvu dáno do kontrastu k dramaterapii, aby byly ujasněny rozdíly, ale zároveň je přiblížen proces práce s dramatem, který je podnětný i pro dramaterapeutické působení.

### **3.2.1 Hra**

V každém období lidských dějin i napříč všemi kulturami tvořila a stále tvoří hra důležitou součást života člověka. Johan Huizinga (in Šimanovský 2002) uvádí, že je možné nalézt prvky her v mnoha oblastech lidského působení jako je právo, věda, umění, poezie, filosofie či válečnictví. Zapletal (1996) zmiňuje fakt, že hra jakožto specifický druh lidské aktivity vždy měla v životě člověka své místo a to bez ohledu na jeho aktuální vývojový stupeň. To potvrzují i různé vykopávky a archeologické nálezy dávno zmizelých či zaniklých kultur lidské civilizace či etnografické výzkumy u tzv. „primitivních lidských kmenů a národů“ napříč všemi kontinenty.

Huizinga (in Šimanovský 2002) pohlíží na hru z několika úhlů pohledů, čímž ji vymezuje od jiných činností či lidských aktivit:

- jedná se o dobrovolnou a svobodně volenou činnost;
- pomocí hry je možné vytvořit prostor pro vstup do světa „jakoby“;
- hra má své pevně dané hranice času, prostoru, dobou trvání, vlastní existencí, její smysl a cíl je v sobě samém;
- nabízí prostor ji kdykoliv zopakovat;
- vnáší určitý řád a strukturu;
- dovoluje si prožít (či znovu odžít pozn. autora) určité okamžiky lidského života, má integrující charakter;
- nese v sobě jak prvky napětí, tak i uvolnění.

O tom, jak důležitou a nezastupitelnou úlohu v životě člověka hra hraje, svědčí i množství osobností a autorů, kteří se fenoménem hry zabývali a to jak na teoretické úrovni, tak i z hlediska aplikačního. Můžeme zmínit německého spisovatele a dramatika F. Schillera, britského filozofa a sociologa H. Spencera, amerického psycholog a S. Halla či švýcarského filozofa K. Grosse. Hru jakožto diagnostický prostředek zpracovával

rovněž psychoanalytik S. Freud, či psycholog J. Piaget. Ten spatřuje úzkou souvislost mezi vývojem hry u dítěte a rozvojem jeho myšlení a inteligence (Kořátková a kol., 1998).

Huizing, holandský historik ve své knize *Homo ludens* s podtitulem *O původu kultury ve hře* poukazuje na význam hry z kulturně-antropologického hlediska. Francouzský sociolog, filozof a literát R. Caillois v publikaci *Hry a lidé* vytváří různou typologii her, které dělí na zážitkové, hry náhod, nápodobivé a hry soupeřivé (Šimanovský, 2002). Zajímavou dimenzi dostává pojetí hry u amerického lékaře, psychiatra a zakladatele teorie transakční analýzy E. Berneho. Berne ve své publikaci *Jak si lidé hrají*, poukazuje na skutečnost, že lidé mezi sebou neustále hrají různé hry a často jednají, ať už vědomě či nevědomě, podle určitých životních scénářů a komunikačních schémat (Berne, 2011).

Jak je patrné, přesně charakterizovat a vymezit hru je velice obtížné. Pro dramaterapii, která z fenoménu hry přímo vychází a čerpá, je však důležitá zejména pro její otevřenost, svobodu i její základ v reálných prvcích (konkrétní situace, spoluhráči a předměty). Hra rovněž nabízí vhodný, přirozený a nenásilný prostor pro vlastní kreativitu (Kořátková a kol., 1998). „Hry stimulují představivost a odkrývají bohatost myšlenek a možností. V prostředí her lidé snadno nacházejí jistotu a bezpečí – konec konců přece nic nepředvádějí, nepodávají žádné výkony, prostě si jen hrají. Každý může růst vlastním tempem. Zvětšuje se představivost a rozvíjí se síla, takže lidé se pak ochotněji zapojí do další činnosti. Ukáže se, že mají větší možnosti, a rozmnoží své dovednosti“ (Hickson, 2000 str. 18).

Jak doplňuje německý filosof a fenomenolog E. Fink (in Kořátková a kol., 1998, str. 14) „Ke každé hře patří hráč, který vstupuje do imaginárního světa hry, sebe sama převléká do hrané role. Člověk – jako hráč – existuje nejvíce otevřen pro svět právě tehdy, když se rozejde se všemi měřítky a vkročí do toho, co je bezmezné. V lidské hře vychází najevo momenty světa, avšak v nalomené podobě, protože jsou zkresleny rozporem skutečnosti a neskutečnosti, která se ve hře kříží“. Jak je patrné, hře nelze rovněž odepřít terapeutický potenciál, který pak dramaterapie bohatě využívá a dále rozvíjí.

### **3.2.2 Dramatická výchova**

Dramatickou výchovu považuje autorka za významný zdroj dramaterapeutické práce. Zaměřuje se na tvořivost a obrazotvornost, vztahy i samostatné myšlení. Kultivace člověka je jeden ze základních cílů, kterého chtějí pedagogové dramatické výchovy docílit. Svým jednáním si aktéři utvářejí vztah ke světu. Dílčí postupy dramatické výchovy

lze využít i pro jiný účel, jako je vzdělání, utváření vztahů v kolektivu i v psychologii a sociologii. Richter se taktéž vyjadřuje k pojmenování dramatické výchovy, kde se setkáváme s tvary slov jako tvořivá dramatika či dramika, které považuje za nešťastné novotvary (Richter, 2008).

Machková říká, že dramatická výchova zprostředkovává zkoušku na život. Hra v roli s sebou nese osobní zkušenost se situacemi, ve kterých nehrozí nebezpečí následků a sankcí, je v nich možnost návratů, ověřování, obměn a zkoumání vztahu mezi lidmi (Machková, 2012).

„Dramatická výchova slouží cílům sociálního rozvoje jedince, protože hráči umožňují porozumění druhým a jejich situaci, osvojovat si spolupráci s nimi, rozvíjet schopnost vnímat druhých. Vstupování do rolí vychovává k toleranci a empatii a skrze sdílení dramatické zkušenosti ve fiktivní situaci se rozvíjí schopnost sdílení v reálném životě. Dramatická výchova umožňuje osvojování a zdokonalování komunikativních dovedností- umět naslouchat a chápat sdělení, reagovat na ně, bohatě se vyjadřovat slovně i mimoslovně“ (Machková, 2012, s. 10).

Dle Provazníka (in Koťátková, 1998) dramatická výchova úzce souvisí s dramatickým uměním, jelikož si vypůjčuje prvky a prostředky, které patří k divadlu. Podobně jako Richter hovoří o využití metod práce dramatické výchovy ve vyučování, ale i v oblasti speciální pedagogiky.

Podobnost dramatické výchovy a dramaterapie je znatelná již z názvu. Prostředky, které jsou pro obě disciplíny téměř totožné, se liší ve využití a práci s nimi. Rozdíl je kladen především na cíle a vedení pedagoga v dramatické výchově a terapeuta v dramaterapii.

Dramatická výchova je často pojena také s dětským divadlem. Období 60. a 70. let dramatické výchovy u nás, nazývá Machková (2005) hledáním. Uvědomění, že dramatické aktivity pro své dětské aktéry i pro případné diváky nemají být jen zjednodušenou variantou divadla dospělých, bylo hodnotné zjištění dané doby. Herci či spíše herečky, které opouštěly svou kariéru a zaměřily se na divadelní práci s dětmi, se inspirovaly v zahraničí, především pak v západní Evropě a zámoří. Kořeny dramatické výchovy totiž spadají do začátku 20. století v USA a jsou spojené se jménem Winifred Wardová. USA v té době procházelo reformou pedagogiky, a proto není náhoda, že právě tam, konkrétně ve státě Illinois získala autorka knihy *Play making with Children*, Winifred Wardová podporu děkana Školy řeči Evanstonské univerzity v rozvoji této výchovy. Slova, kterými

svou knihu začíná, jsou: “Co děti dělají, je pro ně mnohem významnější, než co vidí a slyší“ (Machková, 2005, s. 13).

Vycházíme-li z vývojové psychologie, je nutno dbát na dané zákonitosti týkající se schopnosti dítěte pochopit a interpretovat vnitřní život postavy. Děti nejsou schopny psychologicko-realistického herectví, jelikož začínají vnitřní život chápat až v období puberty a teprve v období adolescence, a to ne všechny, jsou schopny psychický život interpretovat (Palarčíková, 2011).

Přístup pedagoga v dramatické výchově by měl vycházet z potřeb a možností dítěte v období, ve kterém se zrovna nachází, stejně jako dramaterapeut by měl vycházet z aktuálních potřeb a specifčnosti klienta.

Winifred Wardová (in Machková, 2005), o které jsme se zmiňovali výše, stanovila dramatické výchově tyto cíle: mít příležitost ke kontrolovanému citovému vybití, možnost sebevyjádření v umění, rozvíjet obrazotvornost dítěte, vytvářet příležitosti pro vývoj sociálního porozumění a spolupráci, poskytnout zkušenost samostatného myšlení a vyjadřování vlastních postojů a myšlenek beze strachu.

Autorka nachází podobnost těchto cílů s cíli dramaterapie, které k tomu mají terapeutický potenciál, ale stejně jako děti, tak i klienti s neurotickou poruchou potřebují beze strachu vyjádřit své emoce a postoje, zažít si spolupráci a porozumění a emocionálně se vybit. Samozřejmě záleží vždy na daném klientovi, ale potenciál dramatické výchovy má přesah právě i do práce dramaterapeutické.

V dramatické výchově rozlišujeme proces a produkt. Proces je činnost, která s sebou nese různorodost využití her a dramatických postupů, může být využívána ve vyučování různých předmětů či socializaci jedince v speciální pedagogice. I v takovém případě lze vyprodukovat nějaké představení či scénku, která je však určena konkrétním divákům, jako jsou např. rodiče či spolužáci tedy tzv. neplatící diváci. Počítáme-li však v dramatické výchově s produktem-představením, bude práce od začátku odlišný proces.

Proces má v dramatické výchově několik složek a jejími základními okruhy je osobnostní (individuální) rozvoj a rozvoj sociální. Hry na osobnostní rozvoj se zaměřují na uvolnění i soustředění, sebeuvědomění a podněcují k objevování sebe sama. Účastníci dramatické výchovy si taktéž rozšiřují své pohybové schopnosti, výraz i expresivitu mluveného projevu a rytmické cítění. Machková (2005) hovoří z praxe o kultivovanějším a samostatnějším projevu jednotlivců, kteří jsou na způsob práce v dramatické výchově zvyklí. U nás děti občas reagují na hodiny tvořivé dramatiky jako na výzvu k anarchii

a volné zábavě. Děti tento způsob volnější práce přijímají, ale nejsou pak schopny s tímto časem a prostorem produktivně nakládat (Machková, 2005).

Obrátíme-li se znovu k západu, můžeme poukázat na Britský model dramatické výchovy, který blíže popisuje Peter Slade ve své knize *Child Play*. Pomocí dramatické hry lze dle něj docílit vyvážené osobnosti. Základní aktivitou učitele je dle něj pozorování, díky němuž může dát poté směr. Slade, spatřuje v dramatické výchově také možný terapeutický potenciál (De Nooij in Johanová, 2010).

### **3.2.3 Psychodrama**

Nejen při terapii, ale i v každé lidské činnosti, je drama (které je v divadle založeno zejména na myšlence existence určitého konfliktu) nevyhnutelné a nezbytné. V průběhu každého lidského životního cyklu, jsme my lidé, neustále konfrontováni a vystavováni určitým životním změnám a situacím tzv. „dramatické povahy“. Proto se nelze divit, že některé novodobé terapeutické přístupy primárně z myšlenek dramatu čerpají a využívají ho k léčbě a při práci s klienty.

Metodu (metodiku) psychodramatu vytvořil ve 20. letech minulého století J. L. Moreno. Jeho metoda vzešla z divadelních experimentů, založených na spontánní improvizaci (Blatner&Blatner in Kedem-Tahar, Kellermann 1996). Moreno si během dlouholetého pozorování dramatických cvičení jak herců, tak i dětí, začal uvědomovat jistý terapeutický potenciál, který s sebou konkrétní techniky dramatické práce nesou. Jednalo se zejména o hraní rolí bez nutnosti textu a také zrušení jasně vymezené hranice mezi divákem a hercem. Jeho systém práce se postupně stal mnohem více strukturovaný a zaměřený na terapeutický potenciál, což nakonec vyústilo založením Společnosti pro skupinovou psychoterapii a psychodrama v roce 1942 v New Yorku (Kedem-Tahar, Kellermann 1996).

Moreno (Němcová in Vymětal a kol., 2007) popisuje tři oblasti, ve kterých má psychodrama svůj léčebný potenciál:

- sebeuvědomování – pomáhá vnímat a poznat vlastní pocity, potřeby, cíle, vede k realističtějšímu tělesnému sebepojetí, uvědomění si vlastních vzorců jednání a chování v mezilidských vztazích a svého přístupu k zodpovědnosti;
- interpersonální dovednosti – zvyšování spontaneity v chování, sebedůvěra, iniciativa, naladění se na potřeby druhých, zvýšení tolerance k odlišnosti a citlivosti ve vztazích, vede k poznání kořenů komunikačních potíží;

- hodnotový systém – možnost vyjasnění si osobní filozofie a smysl života, vztahu ke smrti a k duchovním hodnotám a praktikám. Přispívá k rozvoji tvořivosti, hravosti, k využívání fantazie, intuice, snů symbolů a asociací.

Při vlastní realizaci psychodramatu se využívá 5 hlavních prostředků:

1. jeviště – jedná se model odlišného životního prostoru, než jaký nabízí terapeutická místnost. Poskytuje velký rozsah možností a svobody k prožívání a sebevyjádření, uvolnění, redukci úzkosti;
2. protagonista – osoba, která je vyzvána, aby šla na jeviště a zastupovala tam sebe sama. Ta pak pomocí dramatické exprese, nejčastěji hrou v roli, vyjadřuje pomocí různých dramatických technik situace ze svého života – zcela svobodně a dobrovolně. Může se jednat o přehrávání děje z minulosti, hraní současného problému, či představy o své budoucnosti apod.;
3. terapeut – vystupující v roli režiséra, který je pro protagonistu podpurným prvkem, často podněcuje protagonistu v úvodu, pak se stáhne ze scény;
4. pomocní herci – bývají ve funkci tzv. „pomocných já“. Jedná se buď o koterapeuty či samotné členy skupiny. Pomocní herci nejčastěji znázorňují protagonistovi různé postavy z jeho života - jak postavy reálné, tak i imaginární;
5. diváci – bývají aktivním prvkem na začátku a na konci psychodramatu. Mívají funkci hlasu veřejného mínění, smát se, protestovat. Společně s hlavním protagonistou zažívají skupinovou katarzi (Vymětal a kol. 2007).

Wilson (2009) uvádí, že mnoho terapeutů má zkušenost s propojením terapie KBT a psychodramatu. Z reflexí svých pacientů psychoterapeuti zjistili, že se tato kombinovaná forma terapie zdála klientům mnohem přátelštější, vřelejší, citovější a sezení bylo celkově hravější. Účastníci mohli zapojit celé tělo v propojení s pocity i rozumem. Viděli v tomto způsobu práce mnohem větší potenciál intervencí, než když by se měli spoléhat pouze na využívání mluveného nebo psaného slova. KBT terapeuti mohou využívat metody psychodramatu, jako je hraní rolí a metodu alter ega zejména v kontextu rodinných konstelací. Tyto metody jsou vhodné, když základní strategie KBT nefungují. Jacobs (in Wilson, 2009) spatřoval obohacování KBT o psychodrama v individuální terapii u adolescentních dívek, které byly sexuálně zneužívány. Integrací psychodramatického



hraní rolí do terapie pomocí KBT, se mu podařilo dosáhnout mnohem větší hloubky v procesu intervence s těmito dívkami.

Hamamci (in Wilsnon, 2009) v roce 2006 pracovala se studenty s depresí, kteří byli rozděleni do tří skupin. V jedné skupině pracovala s přístupem KBT v propojení s psychodramatem, v druhé skupině pracovala jen čistě pomocí KBT a ve třetí skupině vůbec terapeuticky nepracovala. Tato skupina působila jako kontrolní. I když Hamamci nezjistila žádné statisticky významné rozdíly mezi vlivem účinností jednotlivých terapií na dílčí skupiny, shledala, že klienti, kteří prošli kombinovanou terapií, kdy bylo aplikované KBT a psychodrama, prokazovali po 6 -ti měsících mnohem větší motivovanost než skupina, jež prošla čistě KBT. Skupina pracující pouze za pomoci KBT vykazovala v motivaci spíše pokles. I když se nejedná o validní výzkum, s ohledem na nízký počet respondentů, jeho závěry jsou významné, protože poskytují určitý důkaz, že začleňovat prvky psychodramatu do KBT může napomoci poskytnout možnou ochranu proti snížení motivovanosti klientů v terapii.

### *3.2.3.1 Dramaterapie a psychodrama – podobnosti a odlišnosti*

Dramaterapie i psychodrama mohou být na základě určitých podobností zaměňovány či vnímány tak, že je jeden přístup nadřazený tomu druhému. Níže se pokusíme ve stručnosti poukázat na vzájemnou analogii obou přístupů, ale zejména pak na rozdíly mezi dramaterapií a psychodramatem, které mají v rámci psychoterapeutických směrů a přístupů svébytné postavení.

V první řadě je nutné poukázat na fakt, že je psychodrama spíše považováno za metodu (způsob, techniku) práce. Oproti tomu dramaterapii považujeme za určitý směr, který integruje různé metody práce, zejména dramatické povahy. Což je také důvodem, proč je tato kapitola zařazena pod interdisciplinární zdroje dramaterapie, neboť metody práce, které tvoří základní rámec psychodramatu, rovněž využívá i dramaterapie, avšak v jiných kontextech, které si podle svých potřeb modifikuje.

Mezi shodné znaky dramaterapie a psychodramatu lze v první řadě považovat totožný zdroj a inspiraci pro psychoterapeutickou praxi – drama, divadlo a akční (expresivní) metody založené nejenom na verbální stránce. Podobnosti lze rovněž nalézt ve struktuře setkání, které je rozčleněno do těchto základních částí: úvodní rozehrání, hlavní část a závěr spojený s reflexí. Snahou dramaterapie i psychodramatu je umožnit klientovi vyjádřit sebe sama prostřednictvím akce, která má za následek syntézu



těla, smyslů, emočních a myšlenkových procesů a stavů. Oba přístupy rovněž hojně využívají jeviště jakožto specifický terapeutický prostor, v němž se klient/klienti mohou setkat s jiným druhem reality. Jeviště, které je v tomto smyslu chápáno nikoliv pouze jako prostor v divadle, klientovi umožňuje vstoupit do světa fantazie, snů, vzpomínek a je povzbuzován ke zkoušení si a variování věcí, které ještě neměl odvalu si vyzkoušet mimo tento prostor. Dramaterapie i psychodrama často pracují s rolemi, které však vnímají v širších souvislostech, odlišných od pojetí role jakožto společenského statusu, který je přejímán pouze na základě zažitých společenských konvencí a zvyků (Vymětal a kol., 2007).

Oba přístupy se shodují v potenciálu, který lze využít v různých prostředích i při práci zaměřenou na širokou cílovou skupinu osob. Nejčastěji se jedná o prostředí psychiatrických léčeben, ambulantních klinik, věznic, škol, univerzit, v pobytových zařízeních pro seniory či personálních agenturách. Byly rovněž zdokumentovány případy a klinické studie při práci u nejrůznějších osob, např. akutně nebo chronicky hospitalizovaní pacienti, lidé závislí na psychoaktivních látkách, osoby s poruchou příjmu potravy, lidé trpící posttraumatickou stresovou poruchou, jedinci s poruchou osobnosti, sexuálně zneužívané osoby či práce s pozůstalými (Emunah, Polansky, Harkins, Gersie, Jennings, Mitchell, Winn in Kedem-Tahar, Kellermann, 1996).

I přesto, že je cílová skupina u dramaterapie i psychodramatu velice podobná, existují určité skupiny osob, u kterých je možné upřednostnit jeden přístup před druhým. Za příklad lze považovat volbu využít prostředků dramaterapie před psychodramatem u osob s některými poruchami, které jsou zřejmé již v dětství a dospívání, včetně některých vývojových vad, mentální retardace, autismu a poruch chování u kterých převažuje způsob neverbální komunikace nad komunikací verbální (Chesner in Kedem-Tahar, Kellermann, 1996).

Využití více dramaterapii se rovněž doporučuje u osob s tělesným postižením, kde může být dramaterapie součástí komplexní péče v součinnosti s ergoterapií a rehabilitací. U některých výše zmíněných cílových skupin nabízí dramaterapie větší prostor pro přizpůsobení se individuálním potřebám a zvláštnostem zejména pak s ohledem na komunikační schopnosti, dovednosti a limity daných jednotlivců. Dramaterapii je v těchto případech možné rovněž využít i s cílem pobavit a odlehčit. Psychodrama, s ohledem na jeho jasnou a pevnou strukturu a direktivnější přístup psychoterapeuta, oproti méně direktivnímu a kreativnějšímu přístupu dramaterapeuta, může více vyhovovat

osobám závislých na psychoaktivních látkách, které mohou v jisté fázi léčby více vyžadovat přímý a konfrontační přístup (Irwin in Kedem-Tahar, Kellermann, 1996).

Za základní rozdíl v přístupech mezi dramaterapií a psychodramatem, považujeme zejména míru účasti jednotlivých členů skupiny. V psychodramatu je rolová hra záležitostí pouze jednoho ze členů skupiny, protagonisty, ostatní členové jsou nanejvýše v roli pomocných herců. Dramaterapie má snahu cíleně aktivizovat stejnou měrou všechny členy skupiny, kdy jednotlivci není věnováno toliko „výsostné“ postavení, tak jako tomu je u psychodramatu. V psychodramatu není tolik věnována pozornost skupinové práci a vzájemnými interakcemi mezi jednotlivými členy skupiny. Dramaterapie také více pracuje s fabulací, symbolikou, fantazií a metaforou. V psychodramatu protagonista využívá dramatických prostředků k tomu, aby na jevišti vyjádřil sám sebe. S tímto faktem rovněž vychází i historické zdroje a osobnosti, které s dramaterapií a psychodramatem velmi úzce souvisí. Pro psychodrama je kardinální osobností její zakladatel J. L. Moreno, z jehož pojetí pak pozdější vzešlo analytické a na osobu zaměřené psychodrama. Akcent na jednotlivce, oproti skupině je zde zcela zřejmý (Irwin in Kedem-Tahar, Kellermann, 1996, Vymětal a kol. 2007). O východiscích dramaterapie jakožto svébytného systému práce, jehož prameny lze nalézt v různých divadelních tradicích, divadelnímu teoretiky - zejména Brecht, Stanislavskij, Grotowskij, Artaud, teorii her, výchovné dramatiky či šamanismu, pojednáváme v úvodní části třetí kapitoly.

### **3.3 Cíle, struktura a možnosti dramaterapeutické intervence**

Jako u každé terapie, je z pohledu terapeuta kardinální (dramaterapie zde není výjimka), ujasnit si některé základní cíle a to hned na několika úrovních:

- moje cíle ve vztahu ke skupině – „jaká je zakázka“, čeho chci dosáhnout;
- jaké jsou cíle dané instituce (v tomto smyslu PL) ve vztahu ke skupině;
- cíle skupiny k sobě samé – např. práce se skupinovou tenzí, vytvoření bezpečného prostoru pro otevřenou komunikaci a sdílení vlastních pocitů;
- moje cíle k sobě samému (Valenta 2011).

Valenta (tamtéž) rovněž upozorňuje na další otázky, které je potřeba před samotným zahájením dramaterapeutických intervencí prodiskutovat a připravit:

- jaký bude počet členů ve skupině;

- bude se jednat o skupinu otevřenou či uzavřenou;
- jaký bude počet terapeutů/koterapeutů;
- délka a četnost setkání;
- zápisy a dokumentace z jednotlivých setkání;
- vzájemná informovanost o klientech ve vztahu k dalším pracovníkům instituce;
- jak a kdo vymezí skupinové cíle;
- jaká bude pozice terapeuta v rámci celé instituce, jeho případný přesah mimo skupinu;
- bude účast klientů na programu dobrovolná či povinná;
- jaké budou vytvořené materiální a technické podmínky a zázemí;
- bude zajištěna supervize;
- kdo bude odpovědný za práci skupiny, aj.

Přesně vymezit a ohraničit strukturu dramaterapeutického setkání/setkávání je poměrně složitý a nelehký úkol. Jak uvádí Valenta (2011), do tohoto procesu může najednou vstupovat hned několik proměnných a faktorů – samotná klientela, terapeutické cíle, časové možnosti, léčebný program, struktura dané instituce aj. Dalším nezanedbatelným faktorem je i samotná povaha dramaterapie jakožto svébytného druhu terapie, která se vyznačuje spíše nedirektivním, volnějším přístupem ze strany terapeuta, s vysokou mírou exprese.

Pokud bychom zaměřili pozornost na konkrétní cílovou skupinu klientů - s ohledem na výzkumnou část předkládané disertační práce a kontextu léčebně - terapeutického prostředí, za optimální intervenci lze považovat dvě skupinová setkání v týdnu po dobu 1,5 hodiny (tamtéž).

Samotná struktura dramaterapeutického sezení bývá nejčastěji rozdělena do čtyř po sobě jdoucích částí – *vstup, aktivizace, hlavní část a zakončení*. Struktura dramaterapie je velice podobná psychodramatickému sezení (rozehřátí, vlastní psychodramatické hry a sdílení pocitů). Oproti psychodramatu však může být struktura dramaterapeutické lekce volnější a jednotlivé části se často vzájemně prolínají. Hlavní část je, oproti Morénově klasickému pojetí zaměřeném většinou na jednoho klienta, více zacílena na skupinu (Valenta, 2009).

Nyní se pokusíme popsat jednotlivé části a postupy, které jsou v dramaterapeutickém sezení nejčastěji užívány a objasníme si také jejich význam:

1. Vstup – jedná se o krátké pozdravení terapeuta s jednotlivými členy skupiny. V této části může terapeut také skupinu krátce seznámit s plánem sezení. Za ideální uspořádání je považován kruh, který symbolizuje jednotu skupiny. Vstup může mít také podobu tzv. vstupního (přechodového) rituálu, ve kterém společně otevřeme dramaterapeutické sezení - např. roztažení magické opony, krátká úvodní imaginace apod. Úvodní část má svůj význam hned z několika důvodů - jednak může nastolit atmosféru bezpečí, spontaneity, uvolnění a postupné naladění klientů na specifický druh činnosti, ale také nabízí určitý čas a prostor pro terapeuta získat základní informace o tom, jaký je aktuální stav a psychické rozpoložení skupiny či jednotlivých členů.
2. Aktivizace (warm up) – zařazuje se s cílem uvolnit případné přebytečné napětí jak u členů, tak v rámci celé skupiny a následnou psychickou i fyzickou aktivizací a před-přípravu pro hlavní činnost sezení. Zde je možné zařadit běžnou rozcvičku zaměřenou na uvolnění svalového napětí, či různé pohybové hry. Někdy může být rozcvička zacílena více na imaginaci či hlasovou průpravu. Výjimkou zde nemusí být ani zařazení klasické honičky „na babu“ či její různé variace. V zahraničí jsou tyto hry či aktivity známé jako „warm up“ = rozechřívací či „icebraking“ = ledy bortící.
3. Hlavní část sezení – zde se společně, za pomoci dramaterapeutických technik a konvencí pracuje na tématech, které do skupiny přináší buď sám terapeut, skupina či její jednotliví členové. Jones (in Valenta, s. 147, 2011) vymezuje pro tuto část následující oblasti aktivit:
  - improvizace životních traumat či zátěžových situací;
  - dramatizace snových symbolů;
  - projektivní dramatizace s předměty s cílem transparence nevědomých obsahů;
  - manifestace vztahových problémů prostřednictvím techniky „živých soch“;
  - využití masek k demonstrování rozpolcených částí Já;
  - inscenování fiktivních příběhů s cílem klientova projikování vlastních nevědomých obsahů spojených s prožitým příběhem;
  - dramatizace vnějšího prostředí klientů a zkoumání vlivu tohoto prostředí na jejich aktuální problémy.
4. Ukončení a uzavření sezení – nejčastěji vyplněno rituálem, při němž by mělo dojít k dramatické rekapitulaci celého sezení. Je možné navázat na vstupní rituál,

např. společně sbalit imaginární magickou oponu, která vytvářela svět „jakoby“ či je možné klientům navrhnout krátkou imaginaci. Tato fáze by měla nabídnout dostatečný a bezpečný prostor k uklidnění a přechod klienta z imaginárního světa do reálného „tady a teď“. V závěru sezení není nezbytně nutné své pocity a prožitky reflektovat kognitivně či verbálně (Valenta, 2009, 2011).

Za ideální časové rozdělení jednotlivých částí dramaterapeutického sezení - při časové dotaci 1,5h – považuje Jennings (in Valenta, s. 148, 2011):

- čtvrtinu času věnovat vstupní a aktivizační fázi;
- polovinu časové dotace zaměřit na hlavní část sezení;
- poslední čtvrtinu věnovat ukončení sezení a reflexi prožitého.

### **3.4 Dramaterapeut**

Dramaterapeut je v současné době neexistující pracovní pozice. Mluvíme-li o dramaterapeutovi, míníme tím osobu, která pracuje s principy a metodami dramaterapie, ale v praxi ji zaznamenáme jako např. speciálního pedagoga, psychologa, psychoterapeuta nebo, v souvislosti s touto disertační prací, v roli dobrovolníka.

Pojem dramaterapeut je složenina dvou slov drama a terapeut. Proto se v této kapitole budeme věnovat propojení práce terapeuta a hranicím v kontextu s předponou drama, která značí principy dramatické práce, jež bude drama-terapeut využívat ve svých intervencích. V první části této kapitoly věnuje autorka pozornost především roli terapeuta vůbec.

#### **3.4.1 Terapeut**

Rieger (2007) uvádí, že terapeut je dle jeho původního slova smyslu pomocníkem v období životního zvratu člověka, kdy je vystaven určité míře napětí v důsledku nejrůznějších příčin. Je toho názoru, že terapeut má být nejen bytostně vřelý odborník, empatický a schopný naslouchat, ale také autorita. Rieger nazývá skupinového terapeuta jako lodivoda, který v sobě zahrnuje role experta, organizátora, člena psychoterapeutického týmu a řídicího pracovníka. Skupinový terapeut by měl být schopen týmové spolupráce, dokázat udržet vůči členům skupiny komplementární asymetrii a být aktivní (Vališová in Rieger, 2007).

Corey, Schneider Corey, Callanan, Russel (2006) poukazují na významnost osobnosti terapeuta pro práci se skupinou. „Jeho povaha, osobností rysy a životní filozofie totiž jsou pro vývoj skupiny mnohem důležitější než jakákoliv technika. Terapeut se nerovná součtu naučených dovedností“. Tento postoj k terapeutovi souhlasí s postoji autorky této práce. I když je dramaterapie způsob terapeutické práce, který je víceméně postavený na dramaterapeutických technikách, tak vztah je stále platforma celého terapeutického působení.

Stiles, Shapiro, Elliott (in Vybíral, Roubal, 2010) mluví o paradoxu, kdy se opakovaně potvrzuje zjištění, že psychoterapeuti rozdílného zaměření dosahují jiným způsobem stejných výsledků. Rozpor je tedy v tom, že neekvivalentní obsah vede k ekvivalentnímu výsledku. Wampold (in Vybíral, Roubal, 2010) přichází s faktem, se kterým psychoterapeuti silně spříznění se svým směrem psychoterapie nesouhlasí. Pochopitelné je, že psychoterapeut, jenž se identifikuje s nějakým směrem, chce dokázat jeho smysluplnost a vliv, který na klienty má, a proto přichází s důkazy a fakty, které jeho přesvědčení potvrzují. Avšak výsledky, se kterými přicházejí, jsou často velmi zkreslené. Důvodem je spřízněnost badatele s tím co zkoumá, protože jeho přesvědčení a postoje vedou právě k nepřesným výsledkům.

Očekávání ze strany klienta směrem k terapeutovi je většinou velké. Upřímnost a nefalšovanost je považována za základní vlastnost terapeuta (McLeod in Vybíral, Roubal, 2010). Úspěch psychoterapie v závislosti na předpokladech terapeuta tkví většinou v jeho nastavení a vlastnostech, než na tom, jaký má věk, pohlaví, délku praxe, vzdělání či etnický původ ( Beutler et al., Lambert a Ogels in Vybíral, Roubal, 2010).

Samozřejmě, že by terapeut měl být kompetentní v tom jaké techniky a přístupy používá. Corey, Schneider Corey, Callanan, Russel (2006) zdůrazňují, že by terapeut měl podléhat supervizi a v případě, že při své práci aplikuje nějaké techniky, měl by mít dostatečné zkušenosti. Ke kompetenci terapeuta se vyjadřuje i ASWG (in Corey, Schneider Corey, Callanan, Russel, 2006), která říká, že otázka kompetencí není jednoznačně zodpověditelná. Není možné jednoznačně říct, jestli terapeut na základě vzdělání a výcviku je kompetentní či nekompetentní vést skupinu. Vždy je nutné zvážit okolnosti, vědět o jakou skupinu se jedná, případně jaký typ skupiny vyžaduje jakého terapeuta.

### 3.4.2 *Dramaterapeut*

„Dramaterapie stejně jako každá mladá disciplína hledá (a nachází) nejen své vymezení a postavení v systému věd a ostatních disciplín paradivadelní a terapeuticko - edukativní povahy, ale také pojetí z hlediska terapeutova přístupu. U dramaterapeutických aktivit nelze hovořit o velkých směrech (školách) postavených na sofistikovaných teoriích opřených o empirii a výzkum či na všeobecně uznávaných autoritách, jako je tomu v případě psychoterapie. Pojetí a přístup k vlastní dramaterapeutické práci vychází většinou z edukačně-výcvikového, empirického a filozofického zaměření terapeuta a v mnohém kopíruje interdisciplinární zdroje dramaterapie s preferencí některého z nich“ (Valenta, 2011, s. 32).

Valenta (2011) ve své publikaci hovoří o dramaterapii z hlediska přístupu terapeuta, kdy terapeutický směr, ve kterém má dramaterapeut výcvik je propojen s jeho dramaterapeutickým přístupem.

Existuje však jedna dramaterapeutická škola, a to škola dramaterapeuta a klinického psychologa dr. Davida R. Johnsona, který v New Haven založil dramaterapeutickou kliniku zaměřenou na posttraumatickou stresovou poruchu. Dr. Johnson se zabývá tzv. vývojovými proměnami, které také ve své práci aplikuje. Využívá teoretické platformy ontogeneze psychiky Erika H. Eriksona a Jeana Piageta. Terapeut při své práci vychází z kognitivní a mentální úrovně klienta a využívá dramaterapeutických prostředků relevantních ve vztahu k aktuální úrovni vývoje jedince. Dramaterapeut zde pracuje s kontinuem pohyb-zvuk-představa-postava-pojem, ze kterého vychází dramaterapeutické prostředky směřující k vyšší etapě ontogeneze (Valenta, 2011).

Dramaterapeut, jak bylo výše řečeno, je zatím pozice konkrétně nedefinovaná. Velmi záleží na tom jak je dramaterapie vnímaná a aplikovaná a od toho se odvíjí i obraz dramaterapeuta. Vnímáme-li dramaterapii pouze jako paradivadelní prostor, bude hranice mezi psychoterapeutem a dramaterapeutem vymezena právě pojmem drama. Dramaterapeut by měl znát prostředky divadelní tvorby a umět je v kontextu terapie využívat. Umění vybalancovat terapeutické a dramatické působení v rámci jednotlivých sezení, být schopen improvizovat a navodit bezpečnou atmosféru pro jiné než verbální vyjádření účastníků skupiny by měly být atributy dramaterapeuta. Pokud je však dramatická stránka upozaděna a jsou využívány techniky dramaterapie nahodile, jako prostředek terapeuta ke komunikaci s klientem, bude velmi těžké odlišit hranice mezi dramaterapeutem a psychoterapeutem pracující s prostředky hry či divadla.



Autorka se opírá o názory Blanky Kolínové (in Valenta, 2006), která proklamuje, že je dramaterapeutická práce totožná s prací dramaturgickou, režijní a hereckou. Dramaterapie je syntéza psychoterapie a divadla. Řada psychoterapeutických směrů taktéž praktikuje a využívá her, dramatických postupů, kdy vedou s klienty fiktivní rozhovory a nechávají je vstupovat do rolí v rámci svého sezení. V tomto smyslu by pak nemusel být rozdíl mezi dramaterapií a např. gestaltem. Základním principem dramaterapie je však systematický přístup. Zkušenosti dramaterapeuta by proto neměly pouze z oblasti psychoterapie, ale jak už bylo řečeno, také z divadelní režie, dramaturgie, pantomimy a jiných divadelních postupů.

Nahlížíme-li na dramaterapii tímto způsobem je třeba upozornit na to, že i divadelní práce má širokou škálu možností jak ji uchopit. Proto i dramaterapeuti se mohou ve svém přístupu velmi lišit. Nehledě na tento fakt, nárokuje si dramaterapie jako každý jiný terapeutický směr, neupozaďovat vztah terapeuta s klientem.

„Značný potenciál ke změně se z hlediska klienta ukrývá v jeho vztahu s terapeutem. Řada způsobů chování, jež označujeme za maladaptivní, mívá příčinu v nežádoucích raných vztazích. Nové a vhodnější chování proto je možno podpořit novým vztahem – vztahem s terapeutem. Je-li však vztah mezi klientem a terapeutem neopravdový a povrchní, máme velké pochyby o tom, budou dosahovat potřebného pokroku na cestě ke změně“ (Corey, Schneider Corey, Callanan, Russel, 2006, s. 21).

Dramaterapie, už s ohledem na její interdisciplinární zdroje, je v podstatě na technikách práce postavena. Chceme-li dosáhnout co možná největší míry přínosu dramaterapie pro klienta, měl by dramaterapeut najít cestu k bezpečnému terapeutickému prostoru skrze vhodnou a dobře vysvětlenou aktivitu.

Corey, Schneider Corey, Callanan, Russel (2006) hovoří o obranách klienta a o jejich ochotě či neochotě se těchto obran vzdát. Vyvíjí-li terapeut nátlak na klienta a trvá na realizaci technik navzdory klientově nepřipravenosti, může velmi negativně zasáhnout do klientovy integrity. Klienti, kteří se do podobné situace dostanou, pochopitelně mají odpor vůči těmto způsobům práce.

Dramaterapeut by měl být sice facilitátorem aktivního přístupu, ale v tomto ohledu zároveň chápatcím a vstřícným člověkem, který dá klientům čas na hledání vlastních témat a způsobů vyjádření.

## EMPIRICKÁ ČÁST

Vzhledem k malému spektru informací o dramaterapeutické práci s klienty s neurotickou poruchou v dostupných česky psaných zdrojích, považuje autorka tuto problematiku u nás zatím za zcela neprobádanou. Klademe si ve zmíněné oblasti mnoho otázek. Lze dramaterapii považovat za svébytný terapeutický směr? Odpovědí bude široké spektrum v závislosti na zkušenostech tázaných odborníků. Psychoterapeuti z kliniky psychiatrie ve fakultní nemocnici Olomouc, otevřeného oddělení 32 C pro klienty s neurotickou a depresivní poruchou mají k dramaterapii taktéž rozdílné postoje. Část týmu se přiklání k pohledu na dramaterapii jako k marginální části psychoterapie a další část terapeutů nahlíží na dramaterapii jako na podpůrný a velmi účinný prostředek terapeutického procesu.

Ve světě má dramaterapie své osobnosti, které ji reprezentují a využívají metody práce v terapeutickém kontaktu s klientem. Můžeme zmínit například S. Jennings, R. Landyho či P. Jonese, kteří se v dramaterapii pohybují již několik desetiletí a své zkušenosti předávají dalším generacím dramaterapeutů. Tento expresivní terapeutický směr je hojně využíván v oblasti psychiatrické intervence, ale také u psychologické a speciálně pedagogické péče. Jelikož však dramaterapie nemá celosvětově pevně stanovenou strukturu, jako například KBT terapie, nelze s tímto procesem nakládat jako s něčím co je „lege artis“, tedy postup daný a neměnitelný. Na druhou stranu však u postupů v dramaterapii nehrozí metodická dogmatizace.

Dramaterapie, jak je zmíněno v teoretické části, využívá mnoha interdisciplinárních zdrojů, které terapeuti více či méně aplikují ve své praxi, a tak jejich práce může působit velmi variabilně a heterogenně. Efektivitu léčby respektive její přínos pro samotného klienta lze někdy jen velmi těžko evaluovat. Z těchto důvodů jsme náš výzkum orientovali na konkrétní efektivní faktory a skupinovou dynamiku v dramaterapii. Skupinovou dynamiku lze popsat jako tzv. sociální mikrosvět, který má svou strukturu, pravidla, normy a efektivně ho ovlivňují interpersonální vztahy, sdílení, emoční podpora a jiné faktory. Dle autorky dokáže právě dramaterapie s těmito faktory pracovat a podpořit důvěru ve skupině, což se následně může pozitivně odrazit v efektivitě terapeutického procesu jako celku.

Dramaterapie v současné době probíhá na klinice ve dvou skupinách a to ve skupině 1. dynamické, která funguje na základě dynamického způsobu terapeutického

působení. Do této skupiny jsou vybíráni pacienti verbálně zdatnější a schopní pracovat ve skupině a využívat efektivních faktorů skupinové práce. Skupina 2 je orientovaná na způsob práce kognitivně behaviorální terapie (KBT), která je edukačně nácviková a nepracuje tolik s interakcí mezi členy skupiny.

#### *Průběh dramaterapie na Klinice psychiatrie ve FN Olomouc*

Dramaterapie na Otevřeném oddělení 32 C Klinice psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc probíhá od září roku 2007 až doposud. Ve sledovaném výzkumném období se na klinice měnilo jak personální obsazení, tak rovněž prostory určené pro terapii i složení dramaterapeutického týmu. Do roku 2009 byly dramaterapeutické skupiny vedeny individuálně jedním dramaterapeutem, případně ve spolupráci a pod supervizi s tehdejší psychiatrickou a psychologkou. V roce 2009 došlo ke změně organizačního schématu dramaterapeutického působení ve smyslu zvýšení počtu aktivně participujících dramaterapeutů. Došlo rovněž k proměně fungování skupinové terapie, což se odrazilo i ve struktuře dramaterapeutického působení.

Konkrétně se jednalo o změnu systému přijímání pacientů do programu. Pacienti do té doby mohli nastoupit do terapie v průběhu celého roku, což bylo neefektivní pro skupinovou práci. Aktuálně jsou pacienti přijímáni v šesti týdenních intervalech, což umožňuje kontinuální působení na skupinu a potažmo má vliv na práci se skupinovou dynamikou. Od roku 2010 začali jako dobrovolníci přicházet na kliniku i studenti Speciální pedagogiky (dramaterapie) Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kteří působí na klinice dodnes.

Z počátku se spíše jednalo o experimentální koncept, který se aktuálně začíná etablovat jako integrální součást terapeutického působení na klinice. Dramaterapie je v současnosti zařazená do programu pro obě terapeutické skupiny, přičemž ve skupině číslo 2 fungující dle principů KBT je dramaterapie realizována jednou týdně a v dynamické skupině číslo 1 dvakrát týdně. Důvodem je časová vytíženost dramaterapeutů a realizace těchto aktivit na dobrovolné bázi.

#### *Předvýzkum*

Předvýzkum, který byl na klinice realizován v období 2007 až 2008 (viz. příloha č. 11.), využíval k získávání dat metod zúčastněného pozorování a polostrukturované interview. Interview bylo vedeno s jednotlivými klienty z konkrétní terapeutické skupiny, jež si prošla dramaterapeutickým působením. Výzkumným vzorkem byli klienti

s neurotickou poruchou (konkrétně s poruchami F 43. 2 Porucha přizpůsobení, F 44.4 Disociativní porucha motoriky, F 41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha) z otevřeného oddělení kliniky psychiatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc. Výsledkem šetření bylo zjištění, že dramaterapie je prostředkem k odreagování. Většina klientů v rozhovorech zmiňuje důležitost skupiny v procesu léčby. Dramaterapie pro ně vytvářela možnosti a prostor pro vzájemné poznávání se. Na základě tohoto před-výzkumu byl koncipován výzkumný design této práce a stanovené hypotézy a výzkumné otázky.

Vzhledem k charakteristikám výzkumného souboru a s ohledem na realizovaný předvýzkum byl zvolen smíšený výzkumný design integrující v sobě kvantitativní i kvalitativní šetření, jejichž bližší charakteristiky budou popsány v příslušných oddílech této práce.

## 4 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

### 4.1 Cíle výzkumu a stanovení hypotéz

V kvantitativní části empirického šetření jsme se zaměřili na některé dílčí aspekty dramaterapeutického působení u cílové skupiny klientů. Stěžejním cílem bylo identifikovat účinné faktory a proměnné determinující průběh dramaterapie. V rámci stanovení hypotéz jsme akcentovali zejména otázky subjektivního pohledu klientů na dramaterapii a její vliv na fungování skupiny. V kontextu realizovaného předvýzkumu a na základě cílů dramaterapie byly stanoveny následující hypotézy.

Pro účely této práce jsme stanovili hypotézy orientované na význam důvěry, vliv dramaterapie na muže a ženy, význam improvizace a hodnocení dramaterapie ze subjektivního pohledu klientů. S ohledem na výsledky realizovaného předvýzkumu, v souladu s teoretickými východisky a v návaznosti na praktické zkušenosti jsme stanovili následující hypotézy:

**Hypotéza 1: Mezi hodnocením dramaterapie a důvěrou ve skupině existuje vztah.**

H<sub>0</sub>: Mezi hodnocením dramaterapie a důvěrou ve skupině neexistuje vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi hodnocením dramaterapie a důvěrou ve skupině existuje vztah.

**Hypotéza 2: Muži hodnotí dramaterapii lépe než ženy.**

H<sub>0</sub>: Mezi průměrným hodnocením dramaterapie u mužů a žen nejsou rozdíly.

H<sub>A</sub>: Průměrné hodnocení dramaterapie je u mužů jiné než u žen.

**Hypotéza 3: Klienti skupiny dynamické hodnotí dramaterapii pozitivněji než klienti skupiny KBT.**

H<sub>0</sub>: Mezi průměrným hodnocením dramaterapie u klientů skupiny KBT a průměrným hodnocením dramaterapie u klientů skupiny dynamické nejsou rozdíly.

H<sub>A</sub>: Průměrné hodnocení dramaterapie je u klientů skupiny KBT jiné než u klientů skupiny dynamické.

**Hypotéza 4: Mezi sociální interakcí ve skupině a faktorem energie SD existuje vztah.**

H<sub>0</sub>: Mezi sociální interakcí ve skupině a faktorem energie SD není žádný vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi sociální interakcí ve skupině a faktorem energie SD existuje vztah.

**Hypotéza 5: Mezi důvěrou ve skupině a schopností improvizace existuje vztah.**

H<sub>0</sub>: Mezi důvěrou ve skupině a schopností improvizace neexistuje statisticky významný vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi důvěrou ve skupině a schopností improvizace existuje statisticky významný vztah.

**Hypotéza 6: Po druhém a po dalších sezeních mají klienti větší důvěru ve skupině než po prvním sezení.**

H<sub>0</sub>: Důvěra ve skupině je po prvním sezení stejná jako po dalších sezeních.

H<sub>A</sub>: Důvěra ve skupině je po druhém a po dalších sezeních větší než po sezení prvním.

**Hypotéza 7: Hodnocení dramaterapie u je u terapeutů vyšší než u klientů.**

H<sub>0</sub>: Hodnocení dramaterapie je u terapeutů stejné jako u klientů.

H<sub>A</sub>: Mezi hodnocením dramaterapie u terapeutů a hodnocením dramaterapie u klientů jsou rozdíly.

**Hypotéza 8: Klienti skupiny dynamické hodnotí první sezení lépe než klienti skupiny KBT.**

H<sub>0</sub>: Hodnocení prvního dramaterapeutického sezení je u klientů skupiny a u klientů skupiny dynamické stejně vysoké.

H<sub>A</sub>: Mezi hodnocením prvního sezení u skupiny KBT a u skupiny dynamické jsou rozdíly.

## 4.2 Výzkumný soubor

Základní soubor pro námi realizovaný výzkum představují klienti s diagnózou F 40 – F 48 Neurotické poruchy, somatoformní poruchy a poruchy vyvolané stresem hospitalizovaní na klinice psychiatrie. Vzhledem k terminologické diverzitě pouze podotýkáme, že klientem se osoba stává v momentě, kdy se dostane do péče odborníka. Ze statistických údajů prezentovaných ve Zdravotnické ročence České republiky za rok 2011 vyplývá, že v ambulantních zařízeních psychiatrie bylo provedeno 2 799 tisíc vyšetření u 556 456 pacientů. Přičemž nejčastější nemocí, se kterou se potýkali, byla neurotická porucha (39 %). Z celkového počtu pacientů bylo 60% žen, nejčastěji je do ambulance přiváděla právě neurotická porucha či afektivní porucha nebo organické duševní poruchy (<http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>).

Pro námi realizovaný výzkum byla klíčovým kritériem hospitalizace klienta. Co se týče statistického podílu hospitalizovaných pacientů ve výzkumném souboru, jednalo se o 56 pacientů z toho 31 žen, 17 mužů a 8 pacientů pohlaví v předkládaném

dotazníku nspecifikovalo. V České republice existovalo v roce 2011 celkem 31 psychiatrických oddělení a 18 psychiatrických léčeben. Hospitalizovaných v nemocnicích bylo s diagnózou F 40 - F 48 Neurotické poruchy, somatoformní poruchy a poruchy vyvolané stresem celkem 7 784 pacientů z toho 2 865 bylo mužů a 4 919 bylo žen. V psychiatrických léčebnách bylo s diagnózou F 40 - F 48 Neurotické poruch, somatoformní poruchy a poruchy vyvolané stresem hospitalizováno 5011 pacientů, z nichž bylo 2 200 mužů a 2 811 žen.

Ve stejném roce bylo na Klinice psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc hospitalizováno 999 pacientů a průměrná délka jejich hospitalizace se v daném roce zkrátila z 19 dnů na dnů 18 (<http://www.fnol.cz/pdf/2011.pdf>).

V rámci našeho výzkumu jsme se zaměřili především na otevřené oddělení 32 C Fakultní nemocnice Olomouc, kde jsou hospitalizováni klienti s neurotickou poruchou. Pacienti jsou zde hospitalizováni po dobu 6 týdnů. Během dané doby fungují ve dvou skupinách a to skupině 1 dynamické a ve skupině 2, která pracuje s klienty dle principů KBT. Dynamická psychoterapie pracuje se skupinovou dynamikou a jsou do ní zařazeni klienti, pro které by mohla být sociální interakce přínosná. KBT je strukturovaná psychoterapie zaměřená na řešení přítomných problémů v relativně krátkém čase. Bližší charakteristiku KBT lze nalézt v teoretické části předložené práce.

Do sběru dat v rámci kvantitativní části výzkumu byla integrována i skupina z Psychiatrické léčebny v Kroměříži z oddělení 18b, které je specializovaným oddělením komunitního typu pro léčbu neurotických a dalších lehčích psychických poruch. Na oddělení 18 b je odborníky poskytována moderní léčba skupinovou psychoterapií. Dramaterapii na zmíněném oddělení vedl dramaterapeut, který v současné době působí na Klinice psychiatrie v Olomouci ve skupině 2 (KBT).

Za pomocí skupinové (institucionální) selekce jsme si stanovili výběrový soubor z těchto pacientů, výběr byl záměrný a postupný, tím pádem i zkreslující. Počet klientů v jednotlivých skupinách byl různý a i v průběhu léčby se měnil. Kvantitativní část výzkumu byla zaměřena na 5 terapeutických skupin z kliniky psychiatrie v Olomouci z toho na dvě skupiny, které fungovaly dle principu kognitivně-behaviorální psychoterapie a tři skupiny fungující na principu dynamické psychoterapie. Z Psychiatrické léčebny v Kroměříži byla do výzkumu začleněna pouze 1 skupina, kterou vedl dramaterapeut participující na daném výzkumu. Celkově se kvantitativní části výzkumu zúčastnilo

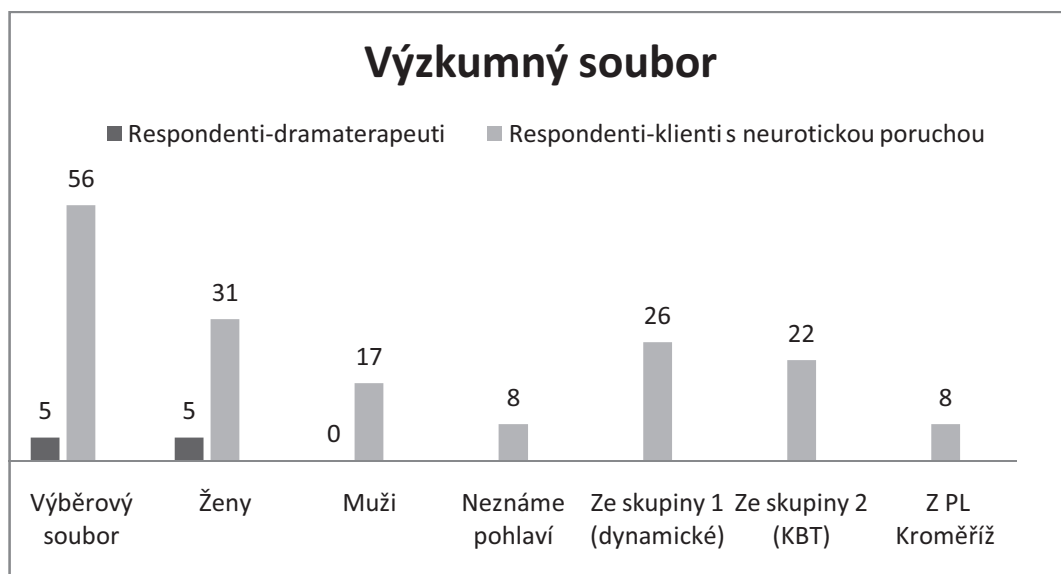


56 respondentů z 6 terapeutických skupin. Všichni respondenti byli starší 18 let a vzhledem k heterogennímu složení skupiny nebyla vrchní věková hranice určena.

Kvantitativní části výzkumu se dále zúčastnili respondenti z řad dramaterapeutů působících na Klinice psychiatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc. Základní soubor respondentů dramaterapeutů v celorepublikovém měřítku je velmi těžko odhadnutelný. Pracovní pozice dramaterapeut se totiž v našich podmínkách, jak je již v teoretické části zmíněno, z pracovně-právního hlediska nevyskytuje. V České republice existuje Asociace dramaterapeutů České republiky (dále ADCR), která sdružuje dramaterapeuty České republiky. Souhrnný seznam členů ADCR je 17 členů plus čestní členové, mezi které patří i Sue Jennings. Zakladatelé ADCR jsou také jedinými dramaterapeuty, kteří prošli sebezkušnostním výcvikem dramaterapie v naší zemi.

V rámci studia Speciální pedagogiky (dramaterapie) na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého (dále PdF UP) lze také získat vzdělání z oblasti dramaterapie, které je zakončeno státní závěrečnou zkouškou. Absolventy oboru Speciální pedagogika (dramaterapie) však nelze v rámci našeho kvantitativního šetření integrovat do základního souboru čítající všechny dramaterapeuty, jelikož řada z nich působí v jiných oborech a dramaterapii ve své praxi neaplikují. Základní soubor pro tento výzkum jsme si tedy limitovali kritériem, že dramaterapeut musí mít dramaterapeutické zkušenosti s klienty s neurotickou poruchou na Klinice psychiatrie v Olomouci. Respondenti spadající do základního souboru jsou tedy v našem výzkumném šetření dramaterapeuti, kteří participovali či stále participují na dramaterapeutických sezeních na Klinice psychiatrie ve Fakultní nemocnici v Olomouci. V současné době lze do námi stanoveného základního souboru zařadit 10 dramaterapeutů.

Výběr reprezentativního vzorku pro náš výzkum, byl záměrný, tedy v něm nerozhodovala náhoda, ale úsudek autorky (Chrásková, 2007). Jednalo se o výběr respondentů dramaterapeutů, kteří měli zkušenost s vedením dramaterapeutických sezení na Klinice psychiatrie v Olomouci a v době výzkumu se aktivně podíleli na tvorbě programu dramaterapie. Respondenty byly ženy od 24 do 30 let, které měly vysokoškolské vzdělání v oboru Speciální pedagogika (dramaterapie) s výjimkou jedné stážistky, která v danou dobu ukončovala psychologické vzdělání a v rámci své diplomové práce se zaměřovala na dramaterapii. Jednalo se celkem o pět respondentů z řad dramaterapeutů.



Graf 1 - Výzkum soubor kvantitativního výzkumu

## 4.3 Metody sběru dat

### 4.3.1 *Technika standardizovaného pozorování*

Cílem pozorování je zachytit určitý jev, ten popsat a odhalit příčiny jeho vzniku. Naše pozornost byla orientována zejména na popis pozorovaného jevu, v našem případě vliv dramaterapie na klienty s neurotickou poruchou. S ohledem na danou práci jsme se zaměřili na techniku pozorování, kdy kvalitativnímu jevu byla přidána kvantitativní hodnota (Chráška, 2007).

V rámci techniky standardizovaného pozorování ratingu bylo aplikováno škálování. Kerlinger (in Chráška, 2007) uvádí tři druhy posuzovacích škál, a to kategoriální, numerickou a grafickou posuzovací škálu. Numerická posuzovací škála, numericky zaznamenává pozorované vlastnosti, přičemž krajní body škály ilustrují extrémní hodnoty. Grafické posuzovací škály vyjadřují míru hodnocení jevu názorně. Tento typ škál má řadu podob a variací. Pro účely našeho výzkumu jsme považovali za přínosné zvolit, a to zejména s ohledem na charakteristicky výzkumného souboru a relativní citlivost výzkumného problému, kombinaci grafické a numerické posuzovací škály.

Klientům byly distribuovány třípoložkové sebezpozorovací škály s možností volby odpovědi za pomoci vyznačení pozice na přímkce (viz příloha č. 3). Jednalo se introspekci a autoevaluaci za pomoci ratingu. Jednoduchost daného vyplnění umožnilo relativně efektivně a validně zhodnotit dílčí aspekty realizované dramaterapie. Přímkce obsahovala

jasně vyznačenou střední hodnotu (středový bod) a krajní, extrémní varianty (tzn. bod reprezentující nejnižší hodnocení a bod reprezentující nejvyšší hodnocení). Stěžejním záměrem byla identifikace naplnění, příp. nenaplnění cílů dramaterapie. V souladu s teoreticky definovanými cíli dramaterapie, tak jak je prezentuje Renné Emunnah (Valenta, 2011), jsme svou pozornost zaměřili na:

- sociální interakce ve skupině,
- důvěru ve skupině,
- získání schopnosti spontánního chování.

Orientace na vybrané cíle byla zvolena nejen v návaznosti na teoretické poznatky, ale zejména pak s ohledem na pozorování realizované v rámci předvýzkumu. V rámci analýzy jednotlivých položek byl využit princip numerické posuzovací škály, spočívající v diferenciaci zmíněné grafické škály do podoby číselné osy s dvěma krajními variantami (1, 5) a středovým bodem s hodnotou 3. Tento typ evaluace byl realizován bezprostředně v přímé návaznosti na proběhlé dramaterapeutické sezení. Pozorování bylo, mimo jiné, retrospektivně zaměřeno na vnímání sebe sama jako v rámci skupiny, posouzení vlastní pozice a role a evaluaci vlastní aktivity směrem k naplnění cílů dramaterapie.

Cíle dramaterapie posuzované klientelou s neurotickou poruchou:

➤ **sociální interakce ve skupině**

(Vysvětlující otázka: Byla možnost v rámci dramaterapie lépe poznat a kontaktovat se s ostatními členy skupiny?)

➤ **získávání schopnosti spontánního chování a rozšíření repertoáru rolí**

(Vysvětlující otázka: Měl/a jste možnost se v rámci dramaterapie projevit a vyzkoušet si nové způsoby jednání?)

➤ **důvěra ve skupině**

(Vysvětlující otázka: Měl/a jste v rámci dramaterapie pocit důvěry ve skupinu a její jednotlivé členy? Nebál/a jste se cokoliv vyslovit či udělat?)

Ze zmíněného předvýzkumu v tomto kontextu vyplynulo, že se klienti v dramaterapii dokážou postupem času více uvolnit, tím pádem i improvizovat a pracovat

s vlastní kreativitou. Dané jevy byly navíc podpořeny důvěrou, kterou zprostředkovávala skupinová práce.

#### **4.3.2 Dvoufaktorový sémantický diferenciál**

V triangulaci datového sběru autorka zvolila sémantický diferenciál. Sémantický diferenciál (SD) by měl dokreslit míru vlivu dramaterapie na klienty s neurotickou poruchou a měřit individuální významy této terapie. V klasickém Osgodově sémantickém diferenciálu (in Chráska, 2007) respondenti zaznamenávají svoje mínění o posuzovaných objektech výběrem určitého bodu na škále.

Pojmy se posuzují ze tří faktorů, a to faktoru hodnocení, faktoru potence a faktoru aktivity. Faktor hodnocení představuje jakési zjednodušené hodnocení pojmu ve smyslu bazálního rozdílu mezi dobrým a zlým, faktor potence je síla hodnoceného pojmu a faktor aktivity znázorňuje pohyb či změnu (Chráska, 2007). Podle Chrásky (2007) však zcela postačuje evaluace dvou ze tří zmíněných faktorů. S ohledem na tuto skutečnost jsme se v rámci realizovaného výzkumu zaměřili na dva faktory: **faktor energie** a **faktor hodnocení**.

Pro účely tohoto výzkumu jsme použili Chráskův dvoufaktorový sémantický diferenciál, který pro měření použil nástroj ATER („attitude towards educational reality“) obsahující celkem 10 škál. 5 škál měří faktor hodnocení (h) a dalších 5 škál faktor energie (e). Jelikož ve vyplňování škál občas dochází ke stereotypnímu posuzování, bývá polovina škál v reverzní podobě (tyto škály mají převrácené krajní hodnoty). Klienti posuzovali na sedmibodové škále, zda se jim daný jev, v našem případě sezení dramaterapie jevílo ten den: příjemné-nepříjemné, nenáročné-náročné, nepříjemné-příjemné, světlé – tmavé, přísné – mírné, snadné – obtížné, krásné – ošklivé, problémové – bezproblémové, kyselé-sladké, lehké-těžké (viz. příloha č. 4 této práce).

#### **4.4 Realizace výzkumu a jeho průběh**

Výzkum, jak už bylo zmíněno, byl realizován na Klinice psychiatrie ve FN Olomouc. Respondenti, kteří se výzkumu zúčastnili, byli klienty otevřeného oddělení 32 C s neurotickou poruchou, kteří pravidelně docházeli na dramaterapeutická sezení. Dramaterapeutická sezení byl realizován v intervalu dvou let v prostorách a priori určených pro realizaci terapie, popřípadě v místnosti pro relaxační a pohybové aktivity.

Klienti absolvovali 6- ti týdenní léčbu, přičemž první týden se seznamovali s klinikou a způsobem jejího fungování a byli postupně rozděleni do jednotlivých skupin, jejichž zaměření bylo specifikováno výše. Klienti, kteří opakovali léčbu, byli automaticky zařazeni do skupiny jiné než při původní léčbě. V prvním týdnu léčby probíhá rovněž komunitní sezení, v rámci něhož jsou klienti seznámeni s celým terapeutickým týmem, včetně veškerého zdravotnického i mimo zdravotnického personálu. V druhém týdnu byla započata dramaterapeutická práce, která je pro klienty povinnou součástí léčby.

Jelikož se v průběhu let na klinice dramaterapeuti měnili, měnila se i pravidelnost sezení, jejich intervaly, intenzita a personální zajištění. Klíčový záměr práce, respektive jeho naplnění mělo být hodnoceno na základě analýzy celkového počtu 11 faktorů (v součtu z numerických škál a sémantického diferenciálu). Za klíčovou jsme považovali okamžitou zpětnou vazbu, čemuž odpovídal průběh sběru dat. V okamžité návaznosti na realizovanou dramaterapeutickou lekci byly klientům distribuovány posuzovací formuláře, které měly zachytit bezprostřední reakci klientů na dané sezení.

Během výzkumu se však ukázal tento způsob získávání dat jako velmi rušivý pro samotnou dramaterapii, z hlediska naplnění jejích sledovaných cílů lze hodnotit tento způsob sběru dat, jako kontraproduktivní. Pro řadu klientů bylo realizované sezení nezřídka emocionálně velmi vypjaté a náročné na citové prožívání. V momentě ukončení dramaterapeutického sezení pak bylo velmi necitlivé a pravděpodobně, z hlediska relevantnosti zjišťovaných informací, i nepřínosné předkládání zmíněných hodnotících formulářů. V řadě případů se proto tento způsob sběru dat setkal s odmítavou reakcí respondentů.

Příloha č. 1 ilustruje průběh sběru dat ve smyslu fluktuace jednotlivých respondentů. Důvody proč klienti numerické posuzovací škály a sémantický diferenciál nevyplňovali, se lišily. Nicméně jedním ze zmiňovaných důvodů byla právě nechuť bezprostředně jakkoli hodnotit realizované sezení právě v kontextu aktuální emocionální nestability či nevyhraněnosti. U některých skupin byla averze vůči dotazníkům tak výrazná, že byl sběr dat touto cestou možný jen při prvním sezení. Sběr dat byl také komplikován nepřítomností klientů na skupině. Absence klientů na skupině byla často z důvodu vyšetření, které absolvovali v čase dramaterapie nebo úplného odchodu z léčby.

I přesto, že docházelo ve sběru dat ke komplikacím, podařilo se nasbírat informace od 57 respondentů. Neochota při sběru dat se sice netýkala všech klientů, bylo však zapotřebí na vzniklou situaci zareagovat. Naše pozornost se po celou dobu výzkumu

orientovala na bezprostřední reflexi klientů po aktuálním sezení, ale s ohledem na vzniklé problematické momenty, jsme se rozhodli, respondentům umožnit větší časovou flexibilitu při vyplňování výzkumných položek. Numerické posuzovací škály a sémantický diferenciál se stále distribuoval po aktuálním sezení, avšak s možností položky vyplnit do následujícího sezení. Interval mezi dramaterapeutickými sezeními byl jeden týden. Problém nastal se návratností numerických posuzovacích škál a sémantického diferenciálu, která se rapidně snížila. Respondenti často zapomínali, v lepším případě vyhodnotili škály těsně před následujícím sezením nebo potřebná data pro výzkum vůbec nedodali. Vrátili jsme se tedy k prvotnímu způsobu sběru dat, tedy k vyhodnocování bezprostředně po dramaterapeutickém sezení. Dramaterapeuti, kteří klientům numerické posuzovací škály a sémantický diferenciál distribuovali, začali však více upozorňovat na zátěž, kterou daná podoba sběru dat způsobovala. Jak bylo výše zmíněno, stále docházelo ke kontraproduktivním situacím ve vztahu k dramaterapii. Dle uvážení některých dramaterapeutů byly z hodnocení některé skupiny eliminovány, právě s ohledem na výše zmíněné emocionální aspekty. Naše pozornost se začala ve stejné době více soustředit na kvalitativní část šetření a distribuci numerických posuzovacích škál a sémantického diferenciálu jsme v polovině roku 2012 ukončili.

#### **4.5 Validita měření a analýza výsledků kvantitativního výzkumu**

Výsledky grafických hodnotících škál byly v propojení se sémantickým diferencíálem statisticky vyhodnoceny za použití t-testu a chí- kvadrátu.

Sledované proměnné ve standardizovaném pozorování byly:

- sociální interakce ve skupině;
- získávání schopnosti spontánního chování a rozšíření repertoáru rolí;
- důvěra ve skupině.

Sémantický diferenciál vyhodnocoval faktor hodnocení a faktor energie. Dané faktory posuzovali klienti po každém dramaterapeutické sezení. Dle reverzních škál, které jsou v sémantickém diferencíálu stanoveny naopak, se zjišťovala validita sémantického diferencíálu.

#### 4.5.1 Validita měření sémantickým diferencíalem (SD)

ŠKÁLA	Faktorové náboje (Varimax normalizovaný) (Hodnocení dramaterapeutického sezení) Extrakce: Hlavní komponenty (Označené náboje jsou >0,65)	
	Faktor Hodnocení	Faktor Energie
SD_s1	0,726024	0,337514
SD_s2	0,181393	0,850912
SD_s3	0,756327	0,351126
SD_s4	-0,580628	-0,054445
SD_s5	0,212658	0,902023
SD_s6	0,707293	0,324568
SD_s7	-0,672484	-0,109753
SD_s8	-0,804197	-0,154816
SD_s9	0,256723	0,888111

Tabulka 1 - Výsledky faktorové analýzy použitých škál sémantického diferenciálu

Pomocí faktorové analýzy byla ověřována obsahová validita použitých škál. Kromě jednoho případu (škála č. 4, *přísná - mírná*) všechny škály měří ten faktor, k jehož měření byly navrženy. Svědčí o tom poměrně vysoké hodnoty faktorových nábojů (červeným tiskem jsou označeny ty náboje, které jsou větší než 0,60).

U škály *přísná - mírná* se ukazuje, že při posuzování indikátoru DRAMATERAPIE tato škála měří spíše „hodnocení“ než něco, co by souviselo s vydáváním energie.

Výsledky dosažené v této škále nebyly proto do dalšího zpracování zahrnuty. Pro vyhovující škály sémantického diferenciálu byla pro kontrolu znovu provedena faktorová analýza (tab. 2). Z tabulky je patrné, že vypočítané faktorové náboje jsou u většiny škál ještě větší.

Pro všechny další analýzy byly používány výsledky dosažené v těchto 8 škálách. Faktor hodnocení je měřen 5 škálami: 1, 3, 6, 7, 8. Faktor energie měří škály: 2, 5, 9.

Záporné hodnoty faktorových nábojů (škály 7 a 8) znamenají, že tyto škály jsou reverzní, tj. že mají převrácené bodové hodnocení než škály ostatní.



ŠKÁLA	Faktorové náboje (Varimax normalizovaný ) (SD_vsechna_posuz) Extrakce: Hlavní komponenty Dominantní faktorové náboje jsou označeny červeným tiskem.	
	Faktor Hodnocení	Faktor Energie
SD_celk_s1	0,813850	0,243748
SD_celk_s2	0,194812	0,865363
SD_celk_s3	0,842122	0,254958
SD_celk_s5	0,251848	0,894912
SD_celk_s6	0,805848	0,223301
SD_celk_s7	-0,545567	-0,192131
SD_celk_s8	-0,783212	-0,143554
SD_celk_s9	0,290850	0,878400

Tabulka 2 - Faktorová analýza výsledků ve vyhovujících škálách SD

#### 4.5.2 Analýza výsledků kvantitativního výzkumu

**Hypotéza 1: Mezi hodnocením dramaterapie a důvěrou ve skupině existuje vztah.**

H<sub>0</sub>: Mezi hodnocením dramaterapie a důvěrou ve skupině neexistuje vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi hodnocením dramaterapie a důvěrou ve skupině existuje vztah.

PROMĚNNÁ	Korelace (data - všechna sezení) Označené korelace jsou významné na hlad. $p < 0,05$ N=56 (Celé případy vynechány u ChD)			
	Průměry	Směrodatná odchylka	Hodnocení SD	Důvěra ve skupině
Faktor hodnocení SD	2,454	1,135	1,000	-0,568
ot3 - důvěra ve skupině	4,058	1,219	-0,568	1,000

Tabulka 3 - Korelace mezi hodnocením dramaterapie a důvěrou ve skupině

Poznámka: záporné znaménko koeficientu korelace je dáno nastavením škál použitého sémantického diferenciálu (hodnota 1 představuje nejvyšší hodnocení a hodnota 7 představuje nejnižší hodnocení)

Mezi hodnocením dramaterapie a důvěrou ve skupině **byl prokázán** statisticky významný vztah. Vypočítaný koeficient korelace **0,568** je statisticky významný na hladině významnosti 0,05.

Vztah je možno interpretovat tak, že vyšším hodnotám hodnocení dramaterapie odpovídají vyšší hodnoty důvěry (a naopak). Vzhledem k vypočítaným hodnotám statistické metody na dané hladině významnosti je možné odmítnout nulovou hypotézu, a **přijmout hypotézu alternativní**.

Mezi hodnocením dramaterapie a důvěrou ve skupině **byl prokázán statisticky významný vztah**.

### Hypotéza 2: Muži hodnotí dramaterapii lépe než ženy.

H<sub>0</sub>: Mezi průměrným hodnocením dramaterapie u mužů a žen nejsou rozdíly.

H<sub>A</sub>: Průměrné hodnocení dramaterapie je u mužů jiné než u žen.

PROMĚNNÁ	t-testy; grupováno: Pohlaví (respektive terapie všechna sezení)							
	Skupina 1: ženy Skupina 2: muži							
	Průměr Ženy	Průměr Muži	T	sv	P	Poč.plat ženy	Poč.plat. Muži	Sm.odch. ženy
Hodnocení	2,500	2,526	-0,0737	46	<b>0,9414</b>	31	17	1,148
PROMĚNNÁ	t-testy; grupováno: Pohlaví (respektive terapie všechna sezení)							
	Skupina 1: 1 Skupina 2: 2							
	Směrodatná odchylka		F-poměr	P				
	Muži		Rozptyly	Rozptyly				
Hodnocení	1,218		1,125	0,753				

Tabulka 4 - Hodnocení dramaterapie u mužů a u žen

Statistickou analýzou **nebyl prokázán** statisticky významný rozdíl mezi hodnocením dramaterapie u mužů a u žen (signifikace p=0,9414).

Vzhledem k vypočítaným hodnotám statistické metody **nelze odmítnout nulovou hypotézu**.

Mezi hodnocením dramaterapie muži a hodnocením dramaterapie ženami **nebyl prokázán statisticky významný vztah.**

**Hypotéza 3: Klienti skupiny dynamické hodnotí dramaterapii pozitivněji než klienti skupiny KBT.**

H<sub>0</sub>: Mezi průměrným hodnocením dramaterapie u klientů skupiny KBT a průměrným hodnocením dramaterapie u klientů skupiny dynamické nejsou rozdíly.

H<sub>A</sub>: Průměrné hodnocení dramaterapie je u klientů skupiny KBT jiné než u klientů skupiny dynamické.

PROMĚNNÁ	t-testy; grupováno: Skupina (respektive terapie:všechna sezení)							
	Skupina 1: dynamická Skupina 2: KBT							
	Průměr dynamická	Průměr KBT	t	sv	P	Poč.plat dynam.	Poč.plat. KBT	Sm.odch. dynamická
Faktor hodnocení	2,319	2,608	-0,8631	46	<b>0,3925</b>	22	26	0,846
PROMĚNNÁ	t-testy; grupováno: Skupina (respektive terapie všechna sezení)							
	Skup. 1: KBT Skup. 2: dynamická							
	Směrodatná odchylka KBT			F-poměr Rozptyly		P Rozptyly		
Faktor hodnocení	1,363			2,593		0,029		

Tabulka 5 - Hodnocení dramaterapie u skupiny KBT a u skupiny dynamické

**Nebyl prokázán** statisticky významný rozdíl mezi hodnocením dramaterapie u klientů skupiny KBT a u klientů skupiny dynamické (signifikace 0,3925).

Vzhledem k vypočítaným hodnotám statistické metody **nelze odmítnout nulovou hypotézu.**

Mezi průměrným hodnocením dramaterapie klienty skupiny dynamické a průměrným hodnocením dramaterapie skupinou KBT **nebyl prokázán statisticky významný vztah.**

**Hypotéza 4: Mezi sociální interakcí ve skupině a faktorem energie SD existuje vztah.**

H<sub>0</sub>: Mezi sociální interakcí ve skupině a faktorem energie SD není žádný vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi sociální interakcí ve skupině a faktorem energie SD existuje vztah.

PROMĚNNÁ	Korelace (respektive všechna sezení) Označené korelace jsou významné na hlad. $p < 0,05000$ N=55 (Celé případy vynechány u ChD)			
	Průměry	Sm.odch.	Faktor energie SD	ot1 - všechna sezení
Faktor energie SD	2,643	1,334	1,000	<b>-0,118</b>
ot1 - všechna sezení	4,090	1,107	<b>-0,118</b>	1,000

Tabulka 6 - Korelace mezi sociální interakcí ve skupině a faktorem energie SD ve skupině

Mezi sociální interakcí ve skupině a faktorem energie SD ve skupině **nebyl prokázán** statisticky významný vztah. Vypočítaný koeficient korelace **0,118** není statisticky významný na hladině významnosti 0,05.

Vzhledem k vypočítaným hodnotám statistické metody **nelze odmítnout nulovou hypotézu**.

Mezi sociální interakcí ve skupině a faktorem energie SD **nebyl prokázán** statisticky významný vztah.

**Hypotéza 5: Mezi důvěrou ve skupině a schopností improvizace existuje vztah.**

H<sub>0</sub>: Mezi důvěrou ve skupině a schopností improvizace neexistuje statisticky významný vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi důvěrou ve skupině a schopností improvizace existuje statisticky významný vztah.

PROMĚNNÁ	Korelace (respektive všechna sezení) Označené korelace jsou významné na hlad. $p < ,05000$ N=56 (Celé případy vynechány u ChD)			
	Průměry	Sm.odch.	ot2 - schopnost improvizace	ot3 - pocit důvěry
ot2 - schopnost improvizace	3,857143	1,189894	1,000000	<b>0,738392</b>
ot3 - pocit důvěry ve skupině	4,058333	1,219497	<b>0,738392</b>	1,000000

Tabulka 7 - Korelace mezi důvěrou ve skupině a schopností klientů improvizovat

Mezi důvěrou ve skupině a schopností klientů improvizovat **byl prokázán** statisticky významný vztah. Vysoká hodnota koeficientu korelace **0,738** je statisticky významná na hladině významnosti 0,05.

Vztah je možno interpretovat tak, že vyšším hodnotám důvěry odpovídají také vyšší hodnoty schopnosti klientů improvizovat (a naopak).

Vzhledem k vypočítaným hodnotám statistické metody na dané hladině významnosti je možné odmítnout nulovou hypotézu, a **přijmout hypotézu alternativní.**

Mezi důvěrou ve skupině a schopností klientů improvizovat **byl prokázán statisticky významný vztah.**

**Hypotéza 6: Po druhém a po dalších sezeních mají klienti větší důvěru ve skupině než po prvním sezení.**

$H_0$ : Důvěra ve skupině je po prvním sezení stejný jako po dalších sezeních.

$H_A$ : Důvěra ve skupině je po druhém a po dalších sezeních větší než po sezení prvním.

PROMĚNNÁ	t-testy; grupováno: Počet sez_kat: 1=po 1. sezení 2=druhé a další sezení (respektive všechna sezení) Skupina 1: 2 Skupina 2: 1						
	Prům.důvěra po2. a dalších sez.	Prům.důvěra po 1. sez.	t	sv	P	Poč.plat 2. a dalších sezeních	Poč.plat. 1. sez.
ot3 - důvěra ve skupině	4,108	4,000	0,3305	54	<b>0,7422</b>	30	26

Tabulka 8 - Důvěra klientů ve skupině po 1. sezení a po druhém a dalších sezeních

Z vypočítané hodnoty signifikance ( $p=0,742$ ) plyne, že mezi oběma průměry není statisticky významný rozdíl.

Vzhledem k vypočítaným hodnotám statistické metody **nelze odmítnout nulovou hypotézu.**

Mezi důvěrou po prvním sezení dramaterapie a důvěrou po dalších sezeních nebyl prokázán statisticky významný vztah.

**Hypotéza 7: Hodnocení dramaterapie u je u terapeutů vyšší než u klientů.**

H<sub>0</sub>: Hodnocení dramaterapie je u terapeutů stejné jako u klientů.

H<sub>A</sub>: Mezi hodnocením dramaterapie u terapeutů a hodnocením dramaterapie u klientů jsou rozdíly.

<b>Proměnná</b>	t-testy; grupováno: resp/terap: 1=respondent, 2=terapeut (respektive všechna sezení) Skupina 1: klienti Skupina 2: terapeuti								
	<b>Průměr klienti</b>	<b>Průměr terapeuti</b>	<b>T</b>	<b>sv</b>	<b>p</b>	<b>Poč.plat Klienti</b>	<b>Poč.plat. terapeuti</b>	<b>Sm.odch. Klienti</b>	<b>Sm.odch. terapeuti</b>
<b>Hodnocení</b>	2,454	4,250	3,0999	58	0,0029	56	4	1,135	0,739

Tabulka 9 - Hodnocení dramaterapie u terapeutů a hodnocení dramaterapie u klientů

Statistická analýza **prokázala** existenci statisticky významného rozdílu mezi hodnocením dramaterapie u klientů a hodnocením dramaterapie u terapeutů. Tento rozdíl je statisticky významný na hladině významnosti 0,01 (signifikace **0, 0029**).

Vzhledem k vypočítaným hodnotám statistické metody na dané hladině významnosti je možné odmítnout nulovou hypotézu a **přijmout hypotézu alternativní**.

Mezi hodnocením dramaterapie terapeutů a hodnocením dramaterapie klientů **byl prokázán statisticky významný rozdíl**.

**Hypotéza 8: Klienti skupiny dynamické hodnotí první sezení lépe než klienti skupiny KBT.**

H<sub>0</sub>: Hodnocení prvního dramaterapeutického sezení je u klientů skupiny a u klientů skupiny dynamické stejně vysoké.

H<sub>A</sub>: Mezi hodnocením prvního sezení u skupiny KBT a u skupiny dynamické jsou rozdíly.

<b>PROMĚNNÁ</b>	t-testy; grupováno: Skupina (respondenti všechna sezení) Skupina 1: KBT Skupina 2: dynamická									
	<b>Průměr</b>	<b>Průměr</b>	<b>T</b>	<b>sv</b>	<b>P</b>	<b>KBT</b>	<b>D</b>	<b>Sm.odch.</b>	<b>Sm.odch.</b>	

	KBT	dynamická						KBT	dynamická
Hodnocení po 1. Sezení	2,644	2,800	-0,291	33	0,7725	9	6	0,931	1,495

Tabulka 10 - Hodnocení prvního sezení u skupiny KBT a u skupiny dynamické

Mezi průměrným hodnocením prvního sezení **nebyl** mezi oběma skupinami klientů nalezen **statisticky významný rozdíl**.

Vzhledem k vypočítaným hodnotám statistické metody **nelze odmítnout nulovou hypotézu**.

Mezi hodnocením prvního sezení dramaterapie klienty skupiny dynamické a hodnocením prvního sezení dramaterapie klienty KBT **nebyl prokázán statisticky významný rozdíl**.

#### 4.1 Interpretace výsledků analýzy kvantitativních dat

Analýza kvantitativních dat výzkumu přinesla statistické výsledky, ze kterých je znatelná velká míra vlivu důvěry na průběh dramaterapeutického procesu. Důvěra dle výsledků kvantitativního šetření je úzce spjatá s hodnocením dramaterapie klienty s neurotickou poruchou a s jejich schopností improvizace.

Výsledky kvantitativního šetření nám také sdělují, že mezi muži a ženami v hodnocení dramaterapie není statisticky významný rozdíl, což je výsledek, který může být ovlivněn malým počtem mužských respondentů. Celkově na klinice převažoval počet žen. Muži i dle statistických analýz zdravotnické ročenky z roku 2011 ([www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)) trpí neurotickými poruchami méně než ženy.

Výsledky statistických analýz také ukazují, že mezi skupinou KBT a dynamickou skupinou v hodnocení dramaterapie není statisticky významný rozdíl. Autorka si chtěla ověřit, zda se výsledky nebudou po prvním sezení dramaterapie ve skupině dynamické 1 a ve skupině KBT 2 lišit, a to ověřením hypotézy 8, ale i zde výsledky statistických analýz neprokázaly rozdíl v hodnocení dramaterapie.

Analýza také přináší rozdíly v hodnocení dramaterapie klienty a dramaterapeuty, u které se prokázalo, že celkově dramaterapii lépe hodnotí dramaterapeuti než klienti.

Výsledky statistických analýz byly, jak už je zmíněno v kapitole **4. 4 Realizace výzkumu a jeho průběh** ovlivněny samotným sběrem dat. Určitá část klientů odmítala



kooperovat při sběru dat, což značně ztěžovalo výzkum. Autorka podrobnější souvislosti mezi sběrem dat v kvantitativní části šetření a pozorováním autorky ve shodě se skupinovou diskuzí s dramaterapeuty uvádí v diskuzi této práce.

Kvantitativně největší míru podílu vlivu na vnímání dramaterapie měl již zmíněný faktor důvěry. Ucelenější obraz o působení faktoru důvěry na klienty s neurotickou poruchou hospitalizovaných na klinice psychiatrie lze získat z kvalitativního výzkumu empirické části. Realizovaný výzkum přinesl výsledky, které ilustrují kooperaci mezi určitými faktory a jevy v dramaterapii. Značná část hypotéz však nebyla prokázána. Autorka nevyhraněnost výsledků přičítá variabilitě vnímání a prožívání, která je v terapii vysoce individuální a ovlivněno mnoha faktory. Výsledky výzkumu byly jistě ovlivněny i počtem respondentů, přesto nelze dementovat relevantnost předkládaných výsledků statistických analýz. Retrospektivně autorka nahlíží na kvantitativní výzkum jako na marginální část výzkumu s ohledem na spolupráci s respondenty během výzkumného šetření. Autorka akcentuje význam v propojení kvantitativní s kvalitativní částí výzkumu.

## 5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Kvalitativní povaha šetření nám v tomto kontextu umožní identifikovat a blíže specifikovat faktory interagující v oblasti terapeutického působení na klientelu s neurotickou poruchou. Za pomoci kvalitativní analýzy se pokusíme specifikovat některé klíčové kategorie a faktory ovlivňující proces léčby u zmíněné cílové kategorie s akcentem na vliv dramaterapie a zhodnocení jejího místa v intervenčním procesu. Klademe si zde zejména otázky vlivu dramaterapie na intervenční proces s akcentem na účinné faktory skupinové dynamiky, respektive na determinaci vztahů ve skupině aplikací dramaterapeutických lekcí u sledované klientely. Skupina hraje pro klienta důležitou roli, proto se reflexe zúčastněných pozorovatelů bude soustředit na vzájemné vztahy a interakce mezi klienty.

### 5.1 Cíl výzkumu a formulace výzkumných otázek

Stěžejním záměrem celé práce je zhodnotit vliv dramaterapie, její potencionální přínos a účinné faktory v rámci intervenčního procesu u klientely s neurotickou poruchou. V rámci kvalitativně orientovaného šetření usilujeme o evaluaci nejen samotného vlivu dramaterapie na léčebný proces, ale i posouzení jejího místa v rámci pevně stanoveného systému léčby. Naší snahou je a priori posoudit vliv dramaterapie na psychoterapeutický proces a konkrétně identifikovat jeho bližší charakteristiky. Klíčová výzkumná otázka tedy zní:

***Jaký vliv má dramaterapie na psychoterapeutický proces v rámci 6 týdenní působení na klinice psychiatrie a jaké jsou jeho specifické charakteristiky?***

V kontextu hlavní výzkumné otázky lze stanovit další dílčí otázky, přičemž lze předpokládat, že další se vynoří z dat v průběhu kvalitativního šetření a následné hloubkové kvalitativní analýzy. „Výzkumné otázky v kvalitativním výzkumu se většinou týkají třech oblastí: a) popisu a interpretací významů, které přisuzují jedinci situacím a jednáním, b) jazyka jako prostředku komunikace a interakcí v dané sociální skupině, c) vytváření teorií zkoumáním konfigurací a kontingencí v kvalitativních datech (www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf, s. 5).

V souvislosti s výše zmíněnými údaji a na základě studia odborné literatury s přihlédnutím k individuální zkušenosti jsme stanovili následující výzkumné otázky

(Stanovení výzkumných otázek ve formě tázacích vět upřednostňují ve svých publikacích například Hendl (1999) nebo Švaříček, Šed'ová (2007):

- Jaké jsou možnosti dramaterapeutického působení na Klinice psychiatrie v Olomouci?
- Jaké faktory ovlivňují práci dramaterapeuta s klienty s neurotickou poruchou na Klinice psychiatrie ve FN Olomouc?
- Jaké jsou problémové oblasti v procesu dramaterapeutické práce s klienty s neurotickou poruchou na Klinice psychiatrie v e FN Olomouc?
- Co může dramaterapie nabídnout klientovi s neurotickou poruchou v procesu jeho léčby na Klinice psychiatrie v Olomouci?

## 5.2 Výzkumný soubor

Pro účely tohoto šetření byl vybrán výzkumný soubor metodou záměrného výběru. Tato metoda je nejrozšířenější v oblasti kvalitativního výzkumu, kdy se cíleně vyhledávají účastníci dle určitých vlastností. Kritériem výběru je buď vlastnost, nebo stav, které musí respondent splňovat. Vyhledáváme tedy jen ty jedince, kteří splňují námi určená kritéria a jsou ochotni se do výzkumu zapojit (Patton in Miovský, 2006).

Prostý záměrný výběr patří mezi nejjednodušší metody záměrného výběru. „Spočívá v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod či strategií vybíráme mezi potencionálními účastníky výzkumu (tj. účastníky splňujícími určité kritérium nebo soubor kritérií) toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s ním také souhlasí. Tento způsob výběru uplatňujeme zejména v případech, kdy se nejedná o příliš velký potřebný soubor a osoby náležející do základního souboru jsou poměrně snadno dostupné“ (Miovský, 2006, s. 136).

S ohledem na kvalitativní část výzkumu byli pro účely šetření vybráni respondenti z řad dramaterapeutů působících na Klinice psychiatrie ve FN Olomouc a zdravotníci, kteří určitou mírou participovali na dramaterapeutických sezeních. Dramaterapeuti, kteří byli prostým záměrným výběrem osloveni ke spolupráci na výzkumu, se aktuálně podílejí na chodu dramaterapie na Klinice psychiatrie v Olomouci. Účastníky výzkumu byly 3 ženy ve věku od 24-27 let, které působí jako dramaterapeuti na již zmíněné klinice psychiatrie. Dva z respondentů působí od poloviny roku 2012 jako dramaterapeuti

na skupině 1 dynamické na Klinice psychiatrie ve FN Olomouc. V této sestavě spolupracují již od poloviny roku 2011, kdy vedli skupinu 2 KBT. Dramaterapeutická praxe jednoho ze zmíněných dvou respondentů na Klinice psychiatrie v Olomouci se datuje od roku 2010.

Třetí dramaterapeut, který byl osloven ke spolupráci, aktuálně působí v roli dramaterapeuta pro skupinu KBT. Na kliniku dochází od roku 2011 a zkusil si spolupráci ve dvojici jak s autorkou, tak s jinými dramaterapeuty. Všichni během své praxe na klinice vyzkoušeli dramaterapeutickou práci jak se skupinami dynamickými tak se skupinami KBT. Průměrně za rok pracují dramaterapeuti přibližně se šesti skupinami pacientů, se kterými se setkávají v intervalech, které si po dohodě s personálem kliniky psychiatrie nastaví. Většinou se jedná o jedno nebo dvě dramaterapeutická sezení za týden.

Respondenti z řad zdravotnického personálu byli vybráni taktéž prostým záměrným výběrem. S interview souhlasila staniční sestra a lékařka z Kliniky psychiatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc. Respondenti byli vybráni na základě jejich zkušenosti s dramaterapií v rámci Kliniky psychiatrie ve FN Olomouc. Staniční sestra je tzv. koordinátorem dramaterapie, jelikož dramaterapii zařazuje do programu a informuje pacienty i dramaterapeuty o případných změnách. Lékařka byla vybraná pro účely tohoto výzkumu, protože v době svého působení na otevřeném oddělení 32 C Kliniky psychiatrie v Olomouci byla velmi aktivní v kontaktu s dramaterapeuty, žádala si zpětnou vazbu ze skupin a snažila se s dramaterapeuty sezení reflektovat.

### **5.3 Metody sběru dat**

Přestože existuje značná diverzita v nahlížení na kritéria kvalitativního výzkumu, některé kategorie jako validita, reliabilita a citlivost by i v tomto případě měly být naplněny. Jednou z variant jak zvýšit validitu kvalitativního měření je triangulace výzkumných metod. Přestože bývají výstupy kvalitativní povahy zpravidla široce interpretovatelné a je zde zvýšené riziko desinterpretace, právě triangulace metod sběru dat může přispět k eliminaci těchto potencionálních nedostatků.

Hendl ([www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf](http://www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf)) v tomto kontextu komparuje kvantitativní a kvalitativní výzkumný design s ohledem na získané výsledky. Kvalitativní výzkum daleko více než kvantitativní výzkum osvětluje subjektivní zkušenosti jedinců, ilustruje jejich perspektivu vnímání a zaznamenává kontext. Důležitá je v tomto případě míra jakou se podařilo autenticky zaznamenat a prezentovat pohledy zkoumaných jedinců.

Dále prezentuje některé faktory, které mohou zvýšit kvalitu a důvěryhodnost výsledků – jedním z nich je například triangulace ve smyslu využívání několika zdrojů dat a více prostředků pro jejich sběr. V praxi se dá využít několik způsobů triangulace. V našem výzkumu jsme k triangulaci využili metody sběru dat (zúčastněné pozorování, interview, skupinová diskuze a textové materiály (vlastní zdroje z předvýzkumu), kdy každá „uchopí“ danou problematiku z jiného úhlu pohledu (Gavora, 2000 srov. [www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf](http://www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf)).

V této části výzkum se zaměřujeme jak na pozorování klientů, kteří byli dotazováni v kvantitativní části výzkumu, tak na pozorování ostatních dramaterapeutických skupin na Klinice psychiatrie otevřeného oddělení 32 C. Pozorování provádí sama autorka a konfrontuje ho s postřehy ostatních dramaterapeutů.

Metodou interview jsou dotazováni odborníci z praxe, kteří působí na Klinice psychiatrie FN Olomouc a dramateapeutických sezení se sami několikrát zúčastnili. Jedná se o psychiatričku a psychoterapeutku, která na oddělení působila v době výzkumu a staniční sestru z kliniky psychiatrie. S každou s dotazovaných byl rozhovor vedený zvláště, zaměřoval se především na jejich vlastní postoj k dramaterapii v práci s klientem s neurotickou poruchou.

Důležitou složkou při kódování byla data ze skupinové diskuze, která byla vedena s dramaterapeuty, kteří na Klinice psychiatrie Otevřeného oddělení 32 C působili.

Celou triangulaci doplňuje textový materiál shrnující výsledky předvýzkumu v podobě diplomové práce autorky tohoto textu. Z výzkumné části předvýzkumu byly využity rozhovory s klienty účastnicími se dramaterapeutických sezení z oddělení 32 C Fakultní nemocnice Olomouc a reflexe autorky k jednotlivým technikám práce a vlastní sebereflexe v dramaterapii.

### **5.3.1 Pozorování**

Pozorování, které si autorka zvolila jako jednu z metod získávání dat, bylo zúčastněné a orientované na reduktivní deskripci. „Zúčastněné pozorování je forma pozorování, kdy se pozorovatel pohybuje přímo v prostoru, kde se vyskytují jevy, které zaznamenává. V průběhu pozorování tak dochází mezi pozorovatelem a pozorovaným k interakci“ (Miovský, 2006, s. 152). V tomto případě se jednalo o dlouhodobé pozorování, jež probíhalo v rámci dramaterapeutických sezení pod dobu 4 let. Pozorování byli klienti z otevřeného oddělení 32C Kliniky psychiatrie FN Olomouc a přičemž zaznamenáváno

bylo chování a jednání ovlivňující průběh lekce s akcentem na faktor důvěry ve skupině, dále využití metody a formy práce, a v neposlední řadě rovněž vlastní reflexe dramaterapeutů. Každé dramaterapeutické působení s sebou přinášelo nejen nové aspekty, ale i opakující se jevy.

Z hlediska organizace šetření byla dramaterapeutická lekce aplikována jednou týdně po dobu pěti týdnů (v prvním týdnu probíhal příjem pacientů). Následně byla frekvence lekcí zvýšena na 2 lekce týdně, přičemž z výzkumného hlediska byly sledovány specifické změny vyvolané zvýšením intenzity dramaterapeutického působení. Jako další proměnná zde působil počet lektorů vedoucích lekcí a jejich vzájemná interakce. Proměna organizačních aspektů si vyžadovala nejen flexibilní změnu přímé práce s klientem, ale umožnila nám další srovnání založené na evaluaci vlivu dramaterapie v závislosti na zvýšené frekvenci aplikace dramaterapeutických lekcí.

Reduktivní deskripce je strukturované pozorování zaměřené na předem dané oblasti. Schéma je složeno z několika obecnějších kategorií (Miovský, 2006). Zúčastněný pozorovatel se měl během svého působení zaměřit a zredukovat své pozorování na oblasti sociální interakce ve skupině, spontánní chování a důvěru ve skupině, což byly také okruhy otázek, jež klienti zaznamenávali v dotaznících. Výstupem každého izolovaného pozorování pak byl záznam směřující k reflexi výše zmíněných vztahů ve skupině a prezentující klíčové postřehy dramaterapeuta k dané lekci.

Chráska (2007) uvádí, že by pozorovatel měl: mít specifikovaný objekt („Co má pozorovat?“), být zaměřený na cíl („Co je třeba zjistit?“), mít pozorování organizované („Jak toho dosáhnout“) a pozorování zaznamenávat („Jak to zachytit?“).

V našem výzkumu byla specifikovaným objektem skupina klientů, která se účastnila dramaterapeutického sezení. Na otázku: „Co pozorujeme?“ bychom si odpověděli, že vše, co nějakým způsobem ovlivňuje dění ve skupině. Důležitým aspektem práce pozorovatele bylo odpovídat si na otázky týkající se samotného procesu ve skupině. V našem případě se jednalo, jak bylo řečeno o pozorování zúčastněné, kdy musíme získat přístup do terénu a být v kontaktu se sledovanými jevy (Hendl, 2005).

### **5.3.2 Interview**

V rámci triangulace výzkumných metod byla využita rovněž metoda interview. Metoda moderovaného rozhovoru (interview) je popisována jako jedna z nejvýhodnějších, zároveň však nejnáročnějších metod získávání kvalitativních dat. „Termínem interview

označujeme takový rozhovor, který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie. Dalším důležitým znakem interview je, že jej nelze provádět bez kombinace s metodami pozorování. Bez kvalitního pozorování není možné provádět kvalitní interview“ (Miovský, 2006, s. 155 – 156).

Tento aspekt pouze podtrhuje adekvátnost námi triangulovaných metod sběru dat. Kvale (in Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 159) podtrhuje v kontextu našeho výzkumu jeden důležitý aspekt, totiž že „účelem rozhovoru je získat vylíčení žitého světa dotazovaného s respektem k interpretaci významu popsanych jevů“. V této souvislosti považujeme za klíčová zejména data kvalitativního charakteru, jejichž výpovědní hodnotu zvyšuje zejména jejich autentičnost a subjektivnost. Autorka to považuje za prostředek ne jen k získání dat, ale k možnosti proniknout do motivů a postojů dotazovaných respondentů.

Jedná se o metodu vyžadující určitou míru připravenosti, oproti interview nestrukturovanému. Vytváříme si schéma, které je pro tazatele-výzkumníka závazné. Toto schéma s sebou nese okruh otázek (Miovský, 2006). Otázky byly kladeny psychiatrice a terapeutce, která v období autorčina působení na psychiatrii byla lékařem na otevřeném oddělení 32C, stejně tak vrchní sestře daného oddělení. Otázky byly zaměřené na téma zkušenosti s dramaterapií na Klinice psychiatrie ve FN Olomouci, souvislost s léčbou a možnosti dramaterapie pro klienty s neurotickou poruchou. Všichni tři respondenti byli nejen v přímém kontaktu s klienty, účastníky dramaterapeutických lekcí, ale současně byli přítomni i na několika sezeních, což jim potencionálně umožnilo komplexněji posoudit vliv dramaterapie.

### **5.3.3 Skupinová diskuze**

Skupinová diskuze má v rámci tohoto výzkumu doplnit informace získané z reflexí a z hodnocení plnění cílů dramaterapie. Diskuze byla vedena s dramaterapeuty, kteří na klinice psychiatrie v průběhu výzkumu působili. Skupinová diskuze je velmi podobná metoda jako ohniskové skupiny, kde je taktéž vedena společná diskuze. Tato metoda však pracuje s dynamikou skupiny a atmosférou v rámci „diskuze“ o daném tématu. Avšak autorka v této oblasti potřebuje především náhled dramaterapeutů získaný ze skupinové debaty, která má stejná kritéria jako strukturované interview. Dle Bakera (in Miovský, 2006) nepracujeme ve skupinové diskuzi se skupinovou interakcí, ale striktně dodržujeme schéma otázka-odpověď. Autorka si pro zmíněnou skupinovou diskuzi vybral



polostrukturované interview, které se sebou ponese již určitou interakci respondentů-dramaterapeutů. Zaznamenávané byly ovšem prioritně verbální odpovědi účastníků diskuze.

#### **5.4 Analýza a interpretace výsledků**

Analýza kvalitativních dat je považována za nejobtížnější fázi výzkumu. To je dáno především nízkou standardizací dílčích postupů a velkou mírou výkladu metod. Variabilita, kterou nabízí právě analýza kvalitativních dat svoji vysokou mírou kombinovatelnosti různých vztahů, nese s sebou i různé úhly pohledu odborníků. Jeden z radikálních a také spekulativních přístupů nahlíží na analýzu kvality jako na umění než na vědu. Na druhé straně, spíše starší metodiky přistupují ke kvalitativním datům deskriptivně. Pro analýzu dat si autorka zvolila obsahovou analýzu dat (Miovský, 2006).

Stejskalová (2010) zdůrazňuje, že kvalitativní analýza dat má ve srovnání s analýzou klasických kvantitativních dat své specifické charakteristiky. Hendl ([www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf](http://www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf)) uvádí, že v rámci analýzy dat se postupně z nasbíraných materiálů vynořují témata sama. V kvalitativní analýze je prioritní jak poskládat zjištěná data a nalézt a popsat vazby mezi zaznamenanými jevy. Důležitá je v takovém případě zkušenost výzkumníka.

Hendl ([www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf](http://www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf), s. 10) blíže specifikuje význam kvalitativní analýzy a interpretace, když uvádí, že výsledky kvalitativního výzkumu by měly „osvětlit subjektivní definice významů fenoménů v kontextu daného prostředí a situace. V integrujícím popisu mají být čitelně podány názory zkoumaných jedinců, jejich subjektivní teorie. Cílem je přiblížit čtenáři zkušenosti, které se popisují z pohledu účastníků. Kvalitativní výzkum většinou zdůrazňuje, že výsledky je nutné uvažovat lokálně v daném kontextu. Obvykle se neusiluje o zobecnění na větší populaci. Zobecňuje se vzhledem k teorii a je úkolem čtenáře, aby se z výsledků poučil a teorii aplikoval, pokud se mu to zdá relevantní.“ Na základě těchto poznatků jsme přistupovali k analýze dat v kvalitativní části výzkumu.

Obsahová analýza nabízí dva základní rámce, kterými jsou tzv. manifestní obsahová analýza a tzv. interpretativní obsahová analýza. Manifestní obsahová analýza zkoumá především povrchové či explicitní obsahy a formy textu a interpretativní obsahová analýza zkoumá implicitní významy skryté v textu. Oba přístupy se vzájemně doplňují

a kooperují a jejich vzájemná kombinace přináší informace na sebe navzájem navazující. Obecný postup při obsahové analýze má několik fází. Výchozím aspektem jsou dokumenty, které pro obsahovou analýzu využijeme, dále dochází k jejich shromažďování a třídění. V další fázi definujeme základní jednotky a následně formujeme kategorie, přičemž každá kategorie je charakterizována příslušnými kódy. Každá kategorie má své odpovídající kódy. Kategorie se mohou tvořit dvojím způsobem, a to deskriptivním, kdy vznikají až v průběhu kódování či teoretickým, kdy kategorie vytváříme předem a kóduje se až v momentě, kdy je vytvořený celý systém. Kódováním nazýváme proces, kdy k určitým kategoriím přiřkládáme zkratky a určité části textu. Tímto způsobem kódujeme celý text. Neustále musí být během celého kódování jasné, že jednotky mají určitý kontextuální význam a pracovat s ním (Plichtová in Miovský, 2006).

Pro daný výzkum autorka využila oba přístupy ke kvalitativní analýze, tedy teoretickou i deskriptivní obsahovou analýzu. Jak již bylo zmíněno výše, některé kategorie byly vytvářeny již předem, a to na základě vlastních zkušeností a posloupnosti kladených otázek, přičemž jiné vystoupily s nasbíraných dat v průběhu samotného kódování dat.

#### **5.4.1 Kategorie**

Kategorie ve skupinové diskusi vznikaly na základě předem stanovených otázek autorky (AD), které kladla ve vztahu k vlastní zkušenosti z pozice dramaterapeuta na Klinice psychiatrie ve FN Olomouc.

Kategorie i podkategorie jsou sestaveny z rozhovorů se staniční sestrou z Fakultní nemocnice Olomouc (FNS), z rozhovoru s lékařkou z Fakultní nemocnice Olomouc (FNL) a ze skupinové diskuze, která byla vedena s dramaterapeuty (dobrovolníky) Bc. Darinou Deákovou (DR.D), Bc. Lenkou Šilarovou (DR.L) a Mgr. Martinou Semerádovou (DR.M).

Kategorie jsou koncipovány do tří částí. V první části má každá z kategorií své schéma, ve kterém je ilustrovaná se svými podkategoriemi. Dále jsou kategorie za pomoci metody trsů z interview a skupinové diskuze koncipovány do ucelených bloků psaných kurzívou. Metoda trsů patří mezi dílčí postupy analýzy kvalitativních dat.

„Metoda trsů slouží obvykle k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin, např. dle rozlišení určitých jevů, místa, případů atd. Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě vzájemného překryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami. Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž

zařazení do dané skupiny (trsu) je asociováno s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním atd.“ (Miovský, 2006, s. 221).

Třetí část každé kategorie má tabulku, kde jsou integrovány poznatky z interview a ze skupinové diskuze, které jsou interpretovány a komparovány s vlastním pozorováním autorky. Jednotlivé kategorie jsou dále dávány do kontextu jak s ostatními kategoriemi a podkategoriemi, tak s teoretickými poznatky a faktory ovlivňujícími skupinovou terapii.

#### 5.4.1.1 Kategorie čas

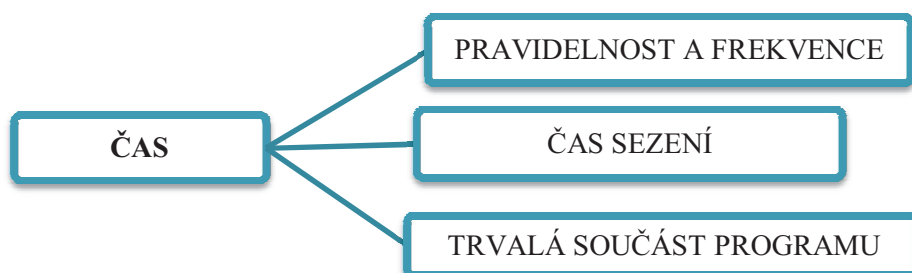


Schéma 1 - Kategorie čas a její podkategorie

Podkategorie: **PRAVIDELNOST A FREKVENCE**

*FNS: Důležitá je však pravidelnost*

*DR.D.: Prošly jsme si tím, že jsme to měly dvakrát týdně, ale i jednou týdně, a to je pro mě velký rozdíl.*

*DR.L.: Jakmile je vidíš 2x týdně, tak je víc poznáváš, vidíš ty rozdíly.*

*DR.D.: Prostě proces jede, víc to má návaznost, mezi tím těch pár dní, než když je to jednou týdně, to je docela dlouhá doba.*

*DR.M.: Hlavně to trvá, než si navyknou na ten jiný způsob práce, takže je fajn, že to mají dvakrát týdně nějakou strukturovanou formou. Když to máš jednou týdně, tak je to taky dobrý, ale nejde to si myslím tak do té terapie.*

*DR.D.: Je to jako v životě, když si máš na něco zvyknout, potřebuješ na to nějaký čas.*

*DR.L.: A je to oboustranně, pro nás je to lepší být s nimi častěji a víc v kontaktu, abychom se více orientovaly a pro ně, že nás víc berou do toho procesu, jakože nás potkávají častěji.*

*DR.D.: Že tam nejsme takoví vetřelci.*

Podkategorie: **ČAS SEZENÍ**

*DR.D.: Myslím, že ani oni na to nejsou nastavení, protože my tam přicházíme po obědě, před vycházkami.*

*DR.D.: Stalo se nám, že tam zaznělo, že je vlastně okrádáme o vycházku. Můžu se po tom obědě prospat. Strašně často se stane to, že je oběd, pár jich usne, my přijdeme, probouzej se, vzbudí se navzájem a jdeme na to.*

Podkategorie: **TRVALÁ SOUČÁST PROGRAMU**

*FNS: Bylo by fajn, kdyby to bylo trvale součástí programu.*

*FNS: Já bych byla pro, aby to bylo.*

*FNL: Umím si představit obě dvě varianty, buď docházení (pouze na dramaterapeutická sezení) nebo, že tam s těmi lidmi „žije“, ale celkem bez ohledu na to, která to je varianta, bych si představovala, že by pacienti mohli, víc prosperovat z toho, že by ten dramaterapeut byl součástí týmu.*

Kategorie: ČAS	
Podkategorie: PRAVIDELNOST A FREKVENCE	Kontext
Sezení dvakrát týdně přináší lepší spolupráci a možnosti dramaterapie. Časový aspekt byl podstatný jak z hlediska klientely, tak z hlediska efektivity a kontinuálního plnění cílů dramaterapie. Frekvence sezení dvakrát týdně přináší prokazatelně lepší adaptaci klientů na jiný způsob práce a rovněž přináší optimální podmínky pro kontinuální plnění cílů nastavených v rámci sezení. Personál především zdravotní sestry upozorňují na důležitou roli pravidelnosti. Z vlastní subjektivní zkušenosti autorky je zřejmé, že právě tato klientela velmi negativně reaguje na sebemenší změny, typickou reakcí na časovou variabilitu byla podrážděnost. Pocit jistoty však pozitivně ovlivňovala jasně stanovená struktura sezení. Pravidelnost a častější frekvence sezení, je výhodná zejména pro vybudování důvěrného vztahu, který je pro jakoukoliv terapeutickou práci nepostradatelný.	Frekvence sezení závisí především na dramaterapeutech. Personál FN je ochotný vyjít vstříc, pokud by se jednalo o dvě sezení za týden. Pravidelnost a frekvence sezení z časových možností dramaterapeuta není však vždy možná. Dramaterapeuti působí na klinice jako dobrovolníci a jedná se o studenty nebo zaměstnance jiných organizací. Výše uvedené faktory jsou stěžejní právě pro zmiňovanou podkategorii PRAVIDELNOST A FREKVENCE SEZENÍ.

<p>V případech, kdy dramaterapeut nemá dostatek informací o klientech od personálu, má pravidelností a častější frekvencí sezení možnost pacienty lépe poznat a lépe pak koncipovat sezení dle jejich potřeb.</p>	
<p><b>Podkategorie: ČAS SEZENÍ</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Dramaterapeutická sezení byla realizována pravidelně ve zmíněných týdenních intervalech s frekvencí dvakrát týdně. Z hlediska fáze dne se jednalo o čas těsně po obědě, což v řadě případů ovlivňovalo aktivitu a naladění klientů. Řada klientů využila poobědový čas k spánku, na sezení pak přicházeli očividně rozespálí, jejich naladění na lekci tudíž nebylo zcela optimální.</p> <p>Dalším aspektem, který průběh dramaterapie narušoval, byl fakt, že část pacientů měla dojem, že kdyby se dramaterapie nemuseli účastnit, měli by nárok na vycházku či volný čas. Z pozorování autorky vyplynulo, že klienti nedostávají dostatek informací o dramaterapii a často mají dojem, že jde o aktivitu, která je volnočasová, a proto by neměla být povinná. Z reflexí klientů na skupinách, vyplývalo, že v danou dobu se jim špatně fungovalo, byli unavení a nechtěli se aktivně podílet. Nebylo to vždy pravidlem, ale poobědový čas byl pro vytvoření spolupracujícího aktivního prostředí složitý. Jednalo se občas o pacienty, kteří i dle výpovědí zdravotních sester neměli zájem se zapojovat do veškerých vedlejších aktivity mimo hlavní dopolední program. Autorka v roli dramaterapeuta měla možnost pracovat s klienty v jiném čase a z vlastních zkušeností může potvrdit markantní rozdíl, a to zcela patrně v kontextu času realizace sezení. Zúčastněné pozorování probíhalo při dramaterapeutické práci se třemi skupinami, které vedl dramaterapeut v pozdějších odpoledních hodinách a rozdíly v energii klientů byly znatelné. Jednalo se zde o skupiny, které byly k práci v dramaterapii velmi motivované a aktivity přijímali pozitivně. Můžeme polemizovat nad hlediskem, zda čas</p>	<p>Čas, kdy dramaterapie probíhá je stanovený na základě domluvy mezi zdravotním personálem a dramaterapeuty. Důvodem pro zařazení dramaterapie těsně po obědové přestávce byl nedostatek časových možností dramaterapeutů, a také naplněný terapeutický program klientů.</p> <p>V době, kdy autorka vedla rozhovory s dramaterapeuty byla dramaterapie stanovena v programu dlouhodobě na poobědový čas.</p> <p>Z vlastní autorčiny zkušenosti je patrná snaha zdravotnického personálu o vstřícné jednání a časovou flexibilitu, co se týče dramaterapeutického působení na klinice psychiatrie.</p> <p>Zaměříme-li se na principy fungování dramaterapie, kdy je spolupráce založená na energii a aktivitě klientů, je nutné najít i vhodný čas.</p>

<p>byl pro klienty více vhodný, a proto se i jejich motivace zvyšovala či by nebyl rozdíl v jejich aktivitě, kdyby čas jejich dramaterapeutického sezení byl těsně po obědě.</p>	
<p><b>Podkategorie: TRVALÁ SOUČÁST PROGRAMU</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Z výpovědí staniční sestry je zřejmé, že s dramaterapií v programu léčby pacientů automaticky počítá. Za problematické považuje pouze situace, kdy dramaterapeut náhle lekci odvolá. Klienti dramaterapii mají v plánu léčby, a tak by ji měli minimálně jednou týdně absolvovat. Z pohledu lékařky by pacienti mohli více prosperovat z toho, kdyby byl dramaterapeut součástí terapeutického týmu FN. Samozřejmě, že by se tak zvýšily i nároky na dramaterapeuta. Lékaři by v takovém případě požadovali větší informovanost ze strany dramaterapeutů a měli by vyšší požadavky na jejich působení na klinice psychiatrie.</p> <p>Pozice dramaterapie v procesu léčby souvisí právě s časem, který je jí věnován. Z pozorování autorky vyvstalo téma personálního obsazení kliniky. Během působení na klinice se lékaři měnili, nový lékařský personál se tak vždy musel seznamovat se způsobem práce a mimo jiné i pozicí dramaterapie v systému léčby. Z vlastních zkušeností bylo pro autorku velmi pozitivní, když se lékař zúčastnil alespoň prvního sezení dramaterapie či s dramaterapeutem sezení reflektoval.</p> <p>Trvale v kontaktu jsou dramaterapeuti se staniční sestrou, která se několika sezení dramaterapie zúčastnila a zná tento způsob práce a s psychologkou, která v počátcích dramaterapie na klinice vedla skupiny dramaterapie s docházejícím dramaterapeutem. Z pozorování a reflexe personálu je zřejmé, že již v časovém plánu s dramaterapií počítají a berou ji automaticky jako program, který má být naplněn. Proto v období, kdy sama autorka na klinice jako dramaterapeut nemohla působit, byli osloveni studenti Speciální pedagogiky (oboru dramaterapie) z PdF UP, aby kontinuálně pokračovali</p>	<p>Propojenost vnímání dramaterapie jakožto trvalé a pevné součásti léčebného programu ze strany staniční sestry přikládá autorka faktu, že v době, kdy staniční sestra nastoupila na kliniku, byla již dramaterapie do programu zařazená. Staniční sestra se sama zajímala o průběh dramaterapie a některá sezení jako pozorovatel i navštívila. Souvislost mezi dramaterapií a jejím zařazením do trvalé součásti programu autorka vidí v zájmu, který personál dramaterapii v počátcích věnoval. Lékařka, se kterou byl vedený rozhovor, se taktéž zapojovala do dění v dramaterapii a žádala zpětné vazby, které s dramaterapeuty konfrontovala, což bylo pro práci v dramaterapii velmi cenné.</p> <p>Dramaterapie je lékaři vnímaná jako součást léčebného plánu pacientů, ovšem nedochází k tak časté konfrontaci práce dramaterapeutů s lékaři. Nutno podotknout, že v období, kdy autorka na klinice působila a měla možnost více s lékaři a psychology sdílet proces dramaterapie a propojovat informace z jiných skupin a jednání pacientů a dávat je do souvislostí. Díky tomu</p>

v daném programu. Z pohledu autorky je dramaterapie personálem standartně vnímána jako součást procesu léčby, ale svoji pozici si stále buduje.	bylo možné z dramaterapie více prosperovat.
---	---

Tabulka 11 - Interpretace přímých citací ze skupinové diskuze a interview v propojení s vlastním pozorováním autorky a reflexí v rámci předvýzkumu s kontextem vztahujícím se k ostatním kategoriím a k teoretické části práce.

#### 5.4.1.2 Kategorie cíl

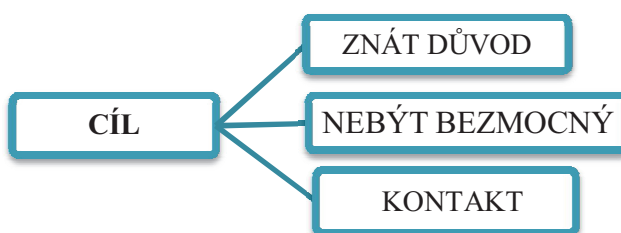


Schéma 2 - Kategorie cíl a její podkategorie

#### Podkategorie: **ZNÁT DŮVOD (ABY KLIENTI VĚDĚLI, PROČ TO DĚLALI)**

*DR.D.: Když tam jdeme poprvé, tak je jdeme poznat a říkáme jim, jak dramaterapii vnímáme a jak to máme. Říkáme, že to může být pro tu skupinu jako takovou. Pro sebereflexi a sebepoznání, asi jako nějaké cíle nedáváme, aby to bylo příjemné.*

*DR.L.: Aby to proběhlo hladce a k něčemu to bylo.*

*DR.L.: Často máme problém s předsudky, že nechtějí dramaterapii.*

*DR.D.: Nebo že je neznáme a máme očekávání a že se toho můžou bát. Umět to natolik ukázat a vysvětlit, aby věděli o co go.*

*FNS: Chceme, aby si pacienti přišli na to, proč to dělali, aby pacienti věděli, proč jsme to dělali, např. tohle byla hra, není to na nic zaměřené, ale aby se to ukončilo, že je to např. jen pro naši náladu, pobavení, často to pacienty rozhazuje, že vlastně neví proč tam dramaterapeuti jsou a co je jejich cílem.*

*DR.D: Jít hlouběji, anebo se tam potřebují jenom mít dobře. To se občas v člověku pere, že to vnímáme jako takové dva protipóly. Někdy jsou tam nespokojení, protože se tam mají dobře a někdy se bojí jít do té hlubší práce.*



Podkategorie: **NEBÝT BEZMOCNÝ (ABY SI UVĚDOMILI, ŽE NEJSOU BEZMOCNÍ)**

*FNL: Za cíl dramaterapie si představuji si víc oblastí: získat některé lidi, nasměrovat na cestu, kde by si uvědomili, že v tom nejsou bezmocní, že v řadě problémů, které mají je nějaký jejich podíl, který můžou ovlivnit- styl života, způsob zacházení sami se sebou, organizování si svého času*

*DR.M.: Můj hlavní cíl je v nich vzbudit tvořivost. Za druhé, aby se povznesli nad tím svým problémem, protože to řeší každý den, takže prostě, aby si hod dokázali vytáhnout před sebe a jako tzv. Rubikovou kostku si ho otáčeli. Říkám si, že chci ty lidi více aktivizovat. Když se lidi nastaví na tvořivost, nastavit ten úhel tak, ať to není jednosměrné, že je něco dobře a něco špatně, je to prostě jinak, můžou to prostě přijmout.*

*FNL: To co bych si představovala jako další velkou oblast by bylo, jako by možnost jinou technikou si uvědomit, jak já funguju v jednotlivých situacích, jak já funguji a zkoušet si uvědomit, jak se budu cítit, když něco budu dělat trochu jinak. V dramaterapii budu mít možnost si zkoušet věci jinak. Zkusit si i jinou roli než běžně v životě hraji. Dál si to mohou zpracovávat, jestli tohle je to, co chtějí.*

Podkategorie: **KONTAKT (OTUŽIT SE V KONTAKTU)**

*FNL: A pak určitě zvlášť u úzkostných lidí, že by ta dramaterapie mohla, trochu možná tou desenzibilizací, pomáhat snížit úzkost., Tím, že se vyzkouším ty situaci v té hře a že se otužuju. Otužím se v kontaktu s ostatními lidmi, v kontaktu sama se sebou.*

*DR.M.: Takové to, že se spolu potkají navzájem. Jet takovým tím tempem, že napřed budou trochu sami, ale půjde to postupně do interakcí a ty interakce budou nabývat.*

Kategorie: CÍL	
Podkategorie: ZNÁT DŮVOD (ABY KLIENTI VĚDĚLI, PROČ TO DĚLALI)	<b>Kontext</b>
Na prvních sezeních si dramaterapeuti kladou cíle, aby dokázali klientům dramaterapii co nejvíce přiblížit a vysvětlit. Klienti často přicházejí s dojmem, že se po nich bude chtít herecká práce popřípadě, že budou muset přehrávat svá dramata. Staniční sestra považuje za klíčové, aby byli pacienti předem seznámeni s průběhem dramaterapie	Na začátku je vhodné pracovat především na tom, aby se klienti cítili <b>bezpečně</b> a postupně budovali <b>důvěru</b> jak k terapeutovi tak k sobě navzájem. Pocit důvěry má velmi úzkou souvislost i s předáváním <b>informací</b> , které dramaterapeut

<p>a nároky, které na ně budou v rámci těchto sezení kladeny. Staniční sestra zdůrazňuje, že by měli vědět, proč jaké techniky dělají a k čemu jim to bude. Z pozorování a vlastní reflexe autorky také vyplývá, že první sezení se stává tzv. vstupenkou do další spolupráce. První vzájemné představení, dramaterapeutem zvolné aktivity, vzájemné porozumění a také představení dramaterapie, to vše sehrává klíčovou roli při aplikaci dramaterapie u cílové skupiny klientů. Nelze to však brát jako pravidlo. Autorka během působení na klinice pracovala i se skupinami, které byli natolik motivovány pracovat v dramaterapii, že nepožadovaly příliš informací, jelikož si dokázaly většinu interakcí sami interpretovat. Pravidlem však v současné době je, snažit se klientům dramaterapii co nejvíc na začátku přiblížit a zjistit vlastní představy klientů o této terapii. Klienti potřebují jasnou vizi toho, co se bude dít. Z tohoto důvodu začala autorka první sezení více směřovat k verbálnímu vysvětlení. V počátcích si klienti často kladou cíl, aby se na dramaterapii odreagovali, nebyli nervózní, aby si něco zahráli a zasmáli se apod. Vzhledem k nemoci, se kterou klienti do léčby přicházejí, je vhodné držet strukturu lekce, což často umožní vstupní a výstupní rituál v dramaterapii. Klienti po pár lekcích dramaterapie věděli, jak se skupina zahajuje a čím se lekce končí. Pevné body v systému lekce jsou pro mnoho pacientů velmi důležité. Tím, že se určitý jev v dramaterapii opakuje, nemusí již dramaterapeut tolik vysvětlovat důvody konkrétních technik.</p>	<p>klientům v rámci prvního sezení předává. Souvislost s danou kategorií je i samotná neurotická porucha. Mnoho klientů je neustále konfrontováno se strachem a úzkostí a vše co je neznámé vyvolává obavy, včetně pocitu z vlastního selhání.</p>
<p>Podkategorie: NEBÝT BEZMOCNÝ (ABY SI UVĚDOMILI, ŽE NEJSOU BEZMOCNÍ)</p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Představy lékařky o cílech dramaterapie korespondují s cíli, které si sami dramaterapeuti v rámci procesu terapeutického působení vytyčují. Směřovat klienta k sebereflexi a uvědomění si, že řada problémů má základ ve způsobu zacházení sama se sebou je jeden</p>	<p>Souvislost s cílem dramaterapie „uvědomit si, že pacienti nejsou bezmocní“ je motivace klientů k léčbě ve smyslu vlastní práce na sobě. Podstatnou otázkou v kontextu</p>

<p>z elementárních, ale velmi důležitých cílů dramaterapie. Skrze kreativitu lze pracovat s klientovou tvořivostí v procesu nahlížení na vlastní nemoc a podnítit ho k aktivitě.</p> <p>Aktivita je pro dramaterapeuta nejen cílem, ale také tématem, jelikož není vždy možné klienty na základě jejich poruch plně aktivizovat a vtáhnout do hry. Pacienti, kteří často somatizují mají obavy z veškerých pohybových činností, u kterých jde o vydání energie. Dramaterapeut se často ve své práci na klinice setkává s negativní reakcí na hry a aktivity vyžadující velkou míru pohybu a improvizace. Dramaterapeut tedy pečlivě vybírá, jakou aktivitu ve skupině použije. V průběhu „zúčastněného pozorování“ měla autorka možnost vysledovat, že proces terapie byl velmi ovlivněn tím, kolik energie byli klienti ochotni do vlastní léčby investovat.</p>	<p>s touto podkategorií je si uvědomit, kdo si tento cíl stanovuje. Pokud je to pouze terapeut je velmi těžké nasměrovat klienta k tomuto uvědomění si vlastních kompetencí ve vztahu k psychické poruše. Klient si sám pro sebe jen těžko pojmenuje takto vlastní cíl, ale krokem k němu je snaha o vlastní sebepoznání a sebereflexi. Dle Corey, Schneider Corey, Callanan, Russel (2006) by měl být klient „nenasytý“, tedy snažit se být aktivní a s respektem k ostatním si dokázat na skupině najít prostor pro sebe. Soustředit se na pocity, projevovat se, experimentovat a usilovat o osobní růst a zároveň by jedinec neměl očekávat, že všechny změny v jeho životě nastanou hned (viz. kapitola 2.2.2.2 Normy skupiny).</p> <p>K tomu, aby klient dokázal reflektovat sebe sama před ostatními a pracovat na svých tématech je potřeba důvěry ve skupinu. Autorka v rámci předvýzkumu vedla rozhovory s některými klienty, kteří se shodovali na tom, že pro ně skupina byla velmi důležitá. Tohle téma se objevovalo i v reflexích klientů. Dle Kratochvíla (2005) by mělo být terapeutovým záměrem, aby při sebeodhalení klienta docházelo ke korektivní emoční zkušenosti. Velkou měrou se na korektivní emoční zkušenosti podílejí právě</p>
---	---

	ostatní členové skupiny. –viz. kapitola 2.2.1.4 Sebeexplorace a sebeprojevení.
<b>Podkategorie: KONTAKT (OTUŽIT SE V KONTAKTU)</b>	<b>Kontext</b>
<p>V rámci dramaterapie je důležitá interakce mezi klienty. Otužit se v kontaktu je výrok lékařky v rámci interview na téma dramaterapie. Kontakt s ostatními klienty může pacientovi pomoci při práci s vlastní úzkostí. Dramaterapie zprostředkovává kontakt skrze zkušenost ve hře. Hra, jak již bylo v rámci této práce řečeno, je fikcí, ve které jsou však emoce a prožívání pravé a autentické. Z předvýzkumu vyplynulo, že klienti často v počátcích dramaterapie bojují s pocity trapnosti. Klientka v rámci zpětné vazby uváděla, že se cítila při jedné hře, kde měli vyjadřovat nálady velmi trapně, ale když daný pocit překonala, začala se jí technika líbit. Být v kontaktu s ostatními s sebou nese značnou dávku překonávání sebe sama.</p> <p>Ze zkušenosti autorky byl vzájemný kontakt a spolupráce ve skupině, která si důvěřovala největším hybatelem dramaterapeutické práce</p>	<p>Otužit se v kontaktu, být tedy přítomen a snažit se reagovat na ostatní. Daná podkategorie velmi úzce souvisí s podkategorií <b>důvěra</b> ve skupinové práci. Pokud klienti důvěřují dramaterapeutovi a mají o dramaterapii informace, daleko snadněji se pustí do kontaktu. Hlavním prostředkem dramaterapie je <b>hra</b>. Hra je tedy prostředníkem kontaktu mezi klientem a skupinou, ale také se sebou samým. Ve hře si klient může vyzkoušet různé pro něj náročné situace a potvrdit si, že je schopen je zvládnout.</p>

Tabulka 12 - Interpretace přímých citací ze skupinové diskuze a interview v propojení s vlastním pozorováním autorky a reflexí v rámci předvýzkumu s kontextem vztahujícím se k ostatním kategoriím a k teoretické části práce

#### 5.4.1.3 Kategorie dramaterapeut

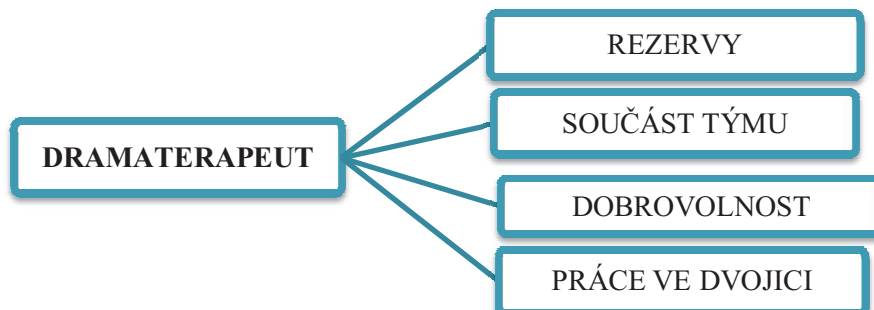


Schéma 3 - Kategorie dramaterapeut a jeho podkategorie

Podkategorie: **REZERVY**

*DR.D: Dřív jsme si myslela, že právě to kladení otázek. Myslím si, že už jsme taková na cestě, že to co mám na jazyku a v hlavě, to řeknu, myslím, že málo jako filtruju, ale furt tam jsou ty rezervy, jak z toho dostat víc, asi to ptaní se.*

*DR.L: Já mám určitě slova, jako mluvit a obecně je to u mě sebevědomí. Víím, že někdy se mi hodí ta zpátečka, ta ochrana co mám, ale někdy bych mohla míň se bát a víc něco risknout.*

*DR.M: Já bych potřebovala jít někam do třetího na „dramku“ (dramaterapii). Jen si to projet jen pro ten pocit, nějaké ty techniky, každý týden nějakou takovou dramaterapii, tak to bych asi potřebovala, projít něčím takovým.*

*DR.D: Někdy mám hroznou radost, když jsem někde, kde můžu jenom přijímat a ne jen dávat. Až si člověk bude říkat, že má omezený nápady a bude vyhledávat prostě inspiraci. Ne jako, že mi někde ukážou něco a já to hned použiju. Spíš, že to ve mně vyvolá nějaký nápady, nějaký ten nádech něčeho.*

*DR. L: Jak se říká, že musím to přikrmit, ne jen dávat.*

*FNL: Myslím si, že tam hodně záleží na té osobě dramaterapeuta jak je schopný to ustát. Umím si představit, že to může být nebezpečné a umím si představit, že to může být naprosto bezpečné vzhledem k tomu, že jsou hospitalizovaní. Tam asi hodně záleží, jak se nastaví podmínky toho setkávání, do jaké hloubky ten dramaterapeut půjde.*

Podkategorie: **SOUČÁST TÝMU**

*DR.D.: Součást týmu udělá už to, že nějak spolupracujeme. Na druhou stranu nemusíme být úplnou součástí (jako zaměstnanci), protože tam prostě přinášíme nějaký nový vítr, něco jiného. Když si představíš tu skupinu - někomu vyhovují odborníci, nějaké autority a někomu vyhovuje, že přijde někdo, jako jsme my, koho tam nebude potkávat tak často. Jinak k tomu přistupuje, pracuje s nimi jinak.*

*FNS: Pro klienty je důležité, že dramaterapeuti nejsou součástí týmu, který po nich chce striktně pravidla, ale měli by se jako součást týmu představovat, aby měli tu důvěru.*

*DR.M.: Někdo chce odborníka, někdo chce někoho bezprostředního a někdo je rád, že jsme venku a moc toho nevíme. Tak je to pro ně bezpečnější, protože oni vědí, že my o nich nic nevíme a pro někoho je to zase strašná bariéra. Kolikrát si myslím, že nás nemají spojený s těmi jejich problémy.*

*FNS: Je blbý, když dramaterapeuti jdou z venku a přijdou až na dramaterapii, tak to v klientech vzbuzuje nedůvěru. Když však přijdou na začátku (na úvodní komunitu, kde se celý tým představuje) a řeknou, co s nimi budou dělat, co od koho můžou očekávat, je to lepší. Klienti mají pocit, že Ti, co tam seděli, jsou součástí týmu a nevidí je pouze v tu dobu, kdy mají napsanou dramaterapii. Že to není někdo, koho jsme náhodou urvali a ten s nimi bude něco dělat, že je ten člověk součástí týmu.*

*FNL: Pokud budou opravdu součástí, tak budeme my jako doktoři mít větší nároky na to, co s těma pacienty dělat a kam se je budeme snažit směřovat.*

Podkategorie: **DOBROVOLNOST**

*DR.D: Dělali jsme si legraci, že kdybychom si fakt hrály na sestřičky, které jsou z oddělení o patro níž a přišly jsme v bílém plášti a že tam jako pracujeme, jsme tam jako na úvazek. Vůbec nevím, jestli oni vědí, že jsme tam jako dobrovolníci, že za to nejsme placení. Kdybychom přišli v bílém plášti, že by nás hned přijali líp.*

*FNL: Beru dramaterapii, že je to velmi šikovný způsob volnočasové aktivity, který kromě toho, že ti pacienti vypadnou z toho běžného života, který na tom oddělení mají, do trochu jiného světa. Tak, že si tam můžou nějaké věci zkoušet. Beru ji jako smysluplnou volnočasovou aktivitu.*

*FNS: Samozřejmě, vy to musíte dělat zadarmo a dobrovolně, protože na vás nejsou peníze, protože vy nejste zaměstnanci.*

*FNS: Nevím, jestli by to bylo lepší, kdyby to bylo placené. Nevím, zda když by to měli placené, by to neměli jako povinnost, že už by to bylo jiné, že už se od nich něco očekává, nechci říct, že teď se od nich neočekává, ale dělají to, baví je to, proto to dělají, nepohlížejí na to, že si musí splnit praxi. Chodí, protože je to zajímavá, baví je to, teď. Samozřejmě by bylo dobré, kdyby za to měli nějakou odměnu, ale asi formou zaměstnání, tak jsou už jinak vázáni. Na druhou stranu jste tím vázaná, jak chcete být vázaná na hodinu, dvě týdně.*

*FNL: Jestli to není škoda. Jestli ten dramaterapeut není tolik vytížený.*

*DR.M: Já jim to třeba říkám, že jsem dobrovolník. Ale jestli oni vědí, že jsme dobrovolníci.*

Podkategorie: **PRÁCE VE DVOJICI**

*DR.L: Já jsem byla jednou jedinkrát sama a byla to pro mě větší zodpovědnost a zároveň větší aktivita, která ve mně vyvolala větší iniciativu, ale zase mě to víc odtáhlo, že jsem*



nemohla pozorovat tu skupinu celou, víc mě to vtáhlo do děje. Vzalo mi to tu roli pozorovatele. Dala jsem nejvíc energie, co jsme kdy dala, ale taky i dostala. Ale chyběla mi pak zpětná vazba. Bylo tam asi jenom osm, sedm klientů. Přišlo mi to intimnější.

DR.D: Když jsem tam byla sama a i když jsem tam spolu s DR.L., tak jsem ta aktivnější. Ale když jsme tam byla sama, tak jsem byla ještě aktivnější, ale jo intimnější to bylo, nějak jsme se líp potkali. Ale prostě jedno velké ne, abych měla takhle celou skupinu sama. Něco by se tam stalo, odcházela bych, musela bych být ticho, protože by vedle mě nikdo nestál, neměla bych to s kým pak s kým rozebírat, strašně moc věcí, na které vím, že na ně nedokážu přijít, přicházím na ně až v tom dialogu a nevím, jestli bych dokázala přijít domů a sednout si nad tím a papír a vůbec si to neumím představit, jak by to fungovalo. A vůbec si to neumím představit, s těmi přípravami. Míň bych se na to připravovala, byla by to asi větší improvizace. S tím, že by ty věci neprošly takovým tím sítím, stalo by se, že bych ten program dala do takového toho prvního nápadu, takhle vím, že kriticky přemýšlíme nad tím, co jakým způsobem připravíme, vymyslíme, kolikrát to jede přes řadu myšlenek a nápadů než u něčeho zakotvíme a myslím si, že takhle by ta příprava sama v tom ohraničeném čase probíhala jinak, otázkou je, do jaké míry by to bylo špatně. Nevím, jaký vliv to mělo, vliv na průběh té skupiny, kdybych je 6 týdnů měla sama.

DR.M.: Já jsem zažila dvě role ve skupině, jednu kdy byl zkušenější terapeut a pak, když jsem chodila s dramaterapeutkou a to bylo vyrovnané. Na tom programu jsme se podílely společně, klidně i dvě hodiny před programem. Různě jsme si tam třeba střídaly, dělaly jsme si zápisy mezi sebou, zpětné vazby, bylo to hodně tvořivé, že jsme si to tam i navzájem zkoušely nějaké věci, že to bylo jako dobrý. To mi přišlo náročné na čas a přišlo mi to hodně tvůrčí a na druhou stranu mě to přišlo míň terapeutické a potom jsem zažila s DR.D., kdy to bylo pohodlné. Když si přicházela s vizí s tím, co by se mělo dělat, tak jsem spíš pozorovala tebe, jak pracuješ, jak na to skupina reaguje, že to pro mě bylo hodně inspirativní, bylo to pro mě i bezpečný, z toho že jsme věděla, že jsi tam byla ty. Teď když jsme sama, tak je to intimní, víc věcí si asi dovolím, že mě to dovolí i oni. Co se týče přípravy, dvě hodiny, hodina, to ne, co to bývalo, první nějaký nápad nebo myšlenka, který realizuju. Většinou se to upravuje na té skupině a z větší části je to improvizace a teď jsme asi ve fázi, kdy mně to vyhovuje, že si užívám tu intimitu, mít ten intimní kontakt s těmi pacienty. Neřeknu Ti, co je lepší, a taky si myslím, že si ti dva musí hodně sednout a nezažila jsem ještě asi, kdy by byla dva a bylo to hodně intimní.



*DR.M: Mám to tak zažité, že se třeba střídají v těch technikách. Není pravidlo, že je celé to sezení jeden z nich pozorovatel (ko-terapeut). Jednu techniku vedeš ty, odpočineš si a další vede ten druhý, není to tam pravidlo, že od začátku do konce je ten, který by vedl a ten, který by pozoroval.*

*DR.D: Já si vzpomínám, že na začátku jsme měly dané, co bude kdo vést, ale teď si vůbec tyto věci neříkáme.*

*FNS: Říkala jsem té jedné dramaterapeutce, že ji obdivuji a nevím, jestli je to vhodné, že to dělá sama. Když jste ve dvou tak můžete na sebe navazovat, není to důležitý, ale je to lepší. Za prvé jedna onemocní a ta druhá to může vzít a ví, o co jde. Oni mají ti lidi i na výběr, mohou si vybrat, komu důvěřují víc. Protože každá je jiná, může být sympatická tomu, ale nemusí být sympatická tomu. Tomu vadí její barva hlasu, a tak od té druhé to přijme líp. Tak vidí toho druhého, který mu je třeba blíž. Takže se mu to vybalancuje. Když je tam ta dramaterapeut sám, tak pacient nemá možnost volby. Ne, že by ji musel nutně mít, ale prostě je to i takové...může vám položit jakýkoliv dotaz... a ta jedna neví, říkám jim, ať nevymýšlejí a klidně řekněte nevím. A vám je trapně, že nevíte, a takhle když jsou dva, dokáže třeba zareagovat líp ten druhý. Jo, nemusí umět zareagovat nikdo z nich.*

<b>Kategorie: DRAMATERAPEUT</b>	
Podkategorie: REZERVY	Kontext
<p>Rezervy dramaterapeuti pocítují především ve verbálním projevu, kdy hledají slova jak se přesně klientů ptát a jak věci pojmenovávat, aby byly stejně pochopeny. Stejný problém pocítovala i autorka. Dle autorky by dramaterapeutům neměla v práci s klientem chybět neustálá pokora k této práci, jelikož se jedná stále o problematiku v tomto ohledu zcela neprobádanou a doba praxe, kterou jako dramaterapeuti absolvovali je stále dobou poznávání a ne zcela vše se dá brát jako ustálené. Rezervy dramaterapeuta se dle respondentů odrážejí především v technikách práce.</p>	<p>Rezervy dramaterapeuta souvisejí se vzděláním, které dramaterapeuti doposud získali. Samotné vysokoškolské vzdělání nepřinese dramaterapeutovi verbální zdatnost v terapeutickém působení a i když mají dramaterapeuti zkušenosti, znalosti a někteří i vzdělání v dramatických oborech, není to stejná sebezkušenost jakou jim může poskytnout psychoterapeutický výcvik.</p> <p>Autorka pozorovala v rámci předvýzkumu vlastní posun v práci dramaterapeuta v závislosti na čase,</p>

	<p> který na klinice strávila a v možnostech zpětné vazby ze strany terapeutického týmu z kliniky. Rezervy, které v kontaktu s klientem v začátcích praxe na klinice pocítovala, byly postupem času nahrazovány pocitem jistoty. Variabilita skupin ovšem přinášela stále nové situace a momenty. Proto nelze říct, že dramaterapeut je připravený reagovat na všechny vzniklé okolnosti. Naopak, stále se objevují problémy, které jsou dramaterapeuti nuceni řešit a neví si vždy rady. Potřeba sebezkušeností a supervize je ze zmíněných důvodů nezbytná.</p>
<p><b>Podkategorie: SOUČÁST TÝMU</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Staniční sestra se od počátku svého působení na klinice stala pojítkem mezi dramaterapeuty a děním ve FN. Telefonicky dramaterapeuty informuje v případě problému či domlouvá sezení na pro další nastupující skupiny. Snaží se vyjít vstříc, i co se týče materiálu na skupiny, i když jsou možnosti velmi omezené. V momentě, kdy by dramaterapeut měl být rovnocenným členem týmu, měla by i ona na dramaterapii vyšší požadavky než na volnočasovou aktivitu. Důležité je, jak se to nastaví na začátku.</p> <p>Ve chvíli, kdy by dramaterapeut byl na vizitách a zúčastnil se rozhovoru o klientech, tak by bylo možné po dramaterapii zaměřit se na určité konkrétní problémy pacientů. S cíli souvisí i odpovědnost dramaterapeuta, která je závislá na pozici v týmu. Představy lékařky souvisí s korekcí určitých symptomů neurotických poruch.</p>	<p>Vzhledem k pravidelné a dlouhodobé spolupráci dramaterapeutů s klinikou jsou i vztahy mezi staniční sestrou a dramaterapeuty bližší. Skupina dynamická a skupina KBT jsou vedeny rozdílnými dramaterapeuty a staniční sestra je pro dramaterapeuty často jediným informátorem. Se skupinou dynamickou pracuje psycholog z kliniky, který je s dramaterapeuty pro skupinu číslo 1, tedy dynamickou v kontaktu. Terapeuti ze skupiny číslo 2, tedy KBT již v takovém kontaktu s dramaterapeutem nejsou. Souvislost proto autorka shledává v informovanosti</p>

	a možnosti zpětné vazby. Jako součást týmu dramaterapeuti působí pouze na prvním komunitním sezení, ovšem v dalším 6- týdenním působení se, se zbytkem týmu, téměř nesetkají.
<b>Podkategorie: DOBROVOLNOST</b>	<b>Kontext</b>
<p>Dramaterapeuti už od začátku svého působení docházejí na kliniku dobrovolně. Dramaterapeuti nemají na klinice sjednocené, co přesně klientům v prvních setkáních sdělují. Autorka má zkušenost, že klientům sdělovala, co dělá a za jakým účelem přichází. Dobrovolnictví u dramaterapeuta je ohraničené právě jeho časovými možnostmi. Pravidelnost a dlouhodobost je opravdu možná, když je dramaterapeut ještě studentem, v případě autorky, studentem doktorského studijního programu, ale zde se zase naráží na malou zkušenost, kterou student při práci na klinice má. Dobrovolnictví však studentovi dramaterapie přináší mnoho zkušeností, které dále v praxi může využívat. Jedním z dramaterapeutů dobrovolníků je pracovník z jiné organizace. Komplikace nastávají, když je třeba, aby věnoval čas, který dává do práce na klinice jako dobrovolník, do svých pracovních povinností. V takovém případě musí odvolat některá sezení a pacienti přicházejí o program. Autorka v roli dramaterapeuta dobrovolníka se taktéž potýkala s podobnými komplikacemi, jelikož čas dramaterapeutického sezení zasahoval do termínů, které potřebovala investovat do zaměstnání. Staniční sestra nahlíží na dobrovolnictví jako na fakt, který poukazuje na zájem, který dramaterapeuti mají. Nejde o to splnit praxi ani si přivydělat, ale investovat čas do něčeho, co dramaterapeuta rozvíjí a inspiruje k další práci. Staniční sestra podotýká, že by bylo jiné, kdyby se od dramaterapeutů něco očekávalo. Říká, že i teď se očekává, ale důležité pro ni je, že je to baví a nemají to jako povinnost, ke které se uvázali. Motivace k této dobrovolné činnosti je z pohledu autorky</p>	<p>Kontext kategorie dramaterapeuta dobrovolníka je především v čase, který dané práci může věnovat. V úzké souvislosti dramaterapeutické práce autorka vidí právě omezenou zkušenost, se kterou dramaterapeut přichází. Všichni, kromě jedné z dramaterapeutek, která působila jednu dobu i v PL Kroměříž, neměli předchozí zkušenost s psychiatrickými pacienty v rámci dramaterapie. Každý z dramaterapeutů začínal na psychiatrii tím, že na klinice získala praxi, kdy ji někdo z terapeutů doprovázel. Pro autorku to byli psychologové a psychiatři z kliniky včetně paní primářky. Pro další dramaterapeuty, to pak byl vždy dramaterapeut, který již na klinice určitou dobu působil a mohl své zkušenosti předat.</p>

<p>právě tendence zjistit jakých efektivních kroků lze v rámci terapie dramaterapií dosáhnout.</p>	
<p><b>Podkategorie: PRÁCE VE DVOJICI</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Dramaterapeuti se pozastavují nad tématem vést dramaterapii ve dvojici a jednotlivě. Autorka většinou pracovala samostatně za případné ko-terapeutické spolupráce psychologa nebo lékaře. V průběhu praxe si dramaterapeuti vyzkoušeli spolupráci, jak ve dvojicích, tak i jednotlivě. Aktuálně je ukotvena dramaterapie na klinice tak, že v 1. dynamické skupině pracují dva dramaterapeuti a ve skupině KBT jeden dramaterapeut. Zkušenosti v různém způsobu spolupráce se odrážejí na názorech dramaterapeutů v jaké sestavě pracovat s klienty. V rozhovorech se zmiňují o větší intimitě vztahu mezi klientem a dramaterapeutem v případě, že je na skupině sám. V případě, že fungují na skupině dva dramaterapeuti je práce více reflektovaná a bedlivěji připravovaná. Staniční sestra se taktéž přiklání více k práci ve dvojici. Dle ní má pak pacient možnost si vybrat terapeuta, který mu více vyhovuje. Autorka v roli dramaterapeuta byla toho názoru, že by dramaterapeut v ideálním případě měl spolupracovat s odborníkem z kliniky, který by na dramaterapii fungoval jako koterapeut. Psycholog či lékař, který pravidelně vede verbální psychoterapii s klienty s neurotickou poruchou a zároveň zná jejich spisy, bude lépe reagovat na vzniklé situace. Jeden z psychologů, který na klinice v době autorčina dramaterapeutického působení na klinice pracoval, byl však toho názoru, že získává daleko zajímavější a celistvější obraz o klientech, když na dramaterapeutickém sezení a má informace od nás dramaterapeutů. Přisuzoval to faktoru našeho docházení na kliniku tzv. „z venku“, kdy klienti zažívají jinou kvalitu vztahu, než když je terapeut z kliniky.</p>	<p>Práce sám či ve dvojici je často podmíněná vůbec personálním obsazením dramaterapeutů na klinice. V momentě, kdy není možno mít k sobě jiného dobrovolníka, pracuje dramaterapeut samostatně. Není stanoveno, že dramaterapeut musí pracovat ve dvojici, každý způsob práce klientům přináší něco jiného. Důležité je vědět jak dramaterapeut s klienty směřuje a odhadnout zda sám dokáže skupinu vést. Dvojice terapeutů, může mít rozličný charakter, kdy se jedná o dva dramaterapeuty nebo jednoho dramaterapeuta koterapeuta mu dělá odborník z kliniky. Dané rozdělení není často závislé na rozhodnutí terapeutů, ale na časových kompetencích jednotlivých terapeutů.</p>

Tabulka 13 - Interpretace přímých citací ze skupinové diskuze a interview v propojení s vlastním pozorováním autorky a reflexí v rámci předvýzkumu s kontextem vztahujícím se k ostatním kategoriím a k teoretické části práce

#### 5.4.1.4 Kategorie dramaterapie

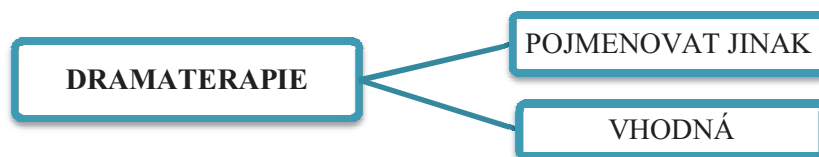


Schéma 4 - Kategorie dramaterapie a její podkategorie

##### Podkategorie: **POJMENOVAT JINAK**

*FNS: Pak chodí za sestřičkou a říkají: „Ježíši, sestří!“ , „Co to je?“ , „Já divadlo nehraju!“ Přemýšlely, že změníme název, že se tomu nebude říkat dramaterapie, ale třeba asertivita, ale oni se pak budou chodit ptát, co to je nebo, že tam dáme název techniky a jakou zvolíme, takovou zvolíme.*

*DR.M: Zvažovaly jsme, jestli ty skupiny nepojmenujeme jinak než třeba dramaterapie, protože se setkáváme se strachem, s obavou a celkovým nastolením, které se musí vysvětlovat. Lidi jsou tak v obavě, že si říkám, proč by se to nemohlo jmenovat úplně jinak, jednoduše. Oni by za tím neviděli kejkle nebo nějaké prostrannosti a v klidu by se pěkně najelo dál. Jenom takový podnět, že jsme se jednou o tom bavily, že by to možná taky mohla být cesta.*

*DR.L.: Možná je to taky tím, jak to působí na tom oddělení, že prostě to je něco z venku a ani lékaři ani sestřičky jim na to žádnou odpověď nedají, co to je, na co se mají připravit, o čem to bude. Řeknou jim: „No uvidíte“. Že to tam je takové tajuplné i přes ty informace, kdyby se to jmenovalo, jak se to jmenuje, tak to jako neodbourá. Ty lidi dopředu nevědí nějaký informace o dramaterapii, nevím jaký, ale přijde mi to, že to souvisí s tím, jak je to na tom oddělení, že je to strašně zvenčí (ta dramaterapie).*

*DR.M: Myslím si, že by bylo fajn tam udělat nástěnku, fotky naše, kdo tam chodí, co je dramaterapie, odkud to vzniklo. Ať si to ti lidi v klidu můžou načíst a ať to tam prostě vidí, budou už na to nějakým způsobem nachystaní. A nevím, třeba desatero nejčastějších obav nebo nejčastější otázky, které pacienti pokládají, než přijdou. Např. Budu muset někde vystupovat? Budu muset někde zpívat? Budu muset hrát? Neumím kreslit...budu muset kreslit? V klidu by si to mohli přečíst, viděli by naše fotky, už by věděli jak často, že by se to už takhle připravilo.*

*DR.D: De facto bychom už tam měli místo, místo kanceláře, nástěnku.*

Podkategorie: **VHODNÁ**

*FNS: Dobrá je pro osamělé lidi, kteří tu samotu nechtěli, třeba jim někdo umřel a oni se uzavřeli, tak ti si ji chválí.*

*FNL: Pro panické poruchy, agorafobie, které si zrovna myslím, že by mohly více prosperovat z té dramaterapie. Představuji si, že dramaterapie pro úzkostné a depresivní poruchy může být parádní. U většiny pacientů, tak jak jsme je znala, jsou takové ty univerzální obavy, že ostatní mě určitě nepřijmou, když budu sama sebou. A asi v té dramaterapii víc než v jiných aktivitách, které jim nabízíme, by měli možnost té korekce v tom, že okolí mě bere, i když se chovám nějak jinak a i když hraju tuhle roli.*

*DR.D.: Já u lidí se sociální fobii měla pocit, že u nich byl největší problém na začátku a pak udělali největší pokrok, možná je to jen o tom, že u ostatních lidí nemůžeš sledovat tolik pokroky, když se ty věci nedotýkají tolik jejich problémů, tak jde sledovat nějaký pokrok. Když jsou pozitivně naladěni, jsou spontánní, v tom je to jejich půda, u té sociální fobie je to znatelnější.*

<b>Kategorie: DRAMATERAPIE</b>	
<b>Podkategorie: POJMENOVAT JINAK</b>	<b>Kontext</b>
Dramaterapie je název, který většinou pacienty vyděsí. Rovnou si představí, že budou hrát divadlo nebo si tuto aktivitu překládají jako rozebírání vlastních dramát, proto už na sezení dramaterapie jdou se značnými předsudky. Důležité je, aby dramaterapeuti přicházeli na první sezení a dramaterapii klientům přiblížili. Nelze zcela zprostředkovat veškeré informace, ale jde alespoň nejistotu klientů zmírnit. Autorka z vlastních zkušeností znala pacienty, kteří si dramaterapii různě přejmenovávali dle toho, který prvek pro ně v aktivitě byl důležitý jako „hrátky“, „jdeme dělat blázny apod.“ Sestřičky i dramaterapeuti nezávisle na sobě přišli s tím návrhem, že by se pojmenovávala dramaterapie jinak, jelikož několik skupin reagovalo na název podobě. Dle autorky, by však dramaterapie nebyla dramaterapií. Dle	Podkategorie POJMENUJEME JINAK souvisí s vnímáním klientů daného pojmu. Název vyvolává pocit, že budou nuceni do dramatických aktivit či řešení nepříjemných situací. Další souvislost je informovanost. Pokud klient není dostatečně informovaný, je pravděpodobné, že se bude doptávat personálu. Tím, že dramaterapie je obor v ČR zcela mladý, mezi klienty není znám, a tak jsou s ním spojené i předsudky.

<p>pozorování autorky stačí, když si klienti na tento způsob práce zvyknou a dramaterapeut si ke klientům najde cestu a oni k němu, pak není zapotřebí název měnit.</p>	
<p>Podkategorie: VHODNÁ</p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Z pozorování dění na klinice se ukázalo, že ne všichni klienti jsou pro dramaterapii vhodní. Příkladem byla klientka, kterou způsob této práce vůbec neoslovil, naopak ji rozčilovalo, že po ní chtějí tento druh aktivit na psychiatrii. Zkomplikovala se tak i práce lékařů s touto pacientkou. Z reflexe dramaterapeutů se jednalo o klientku, která se v dramaterapii necítila bezpečně. Nelíbil se jí tento způsob práce, což pak narušovalo celou skupinu. Vhodnost dramaterapie pro určitou klientelu je rozporuplná. Lékařka ji vidí jako přínosnou pro pacienty s úzkostí a s panickou úzkostnou poruchou. Autorka společně s dalším dramaterapeutem je toho názoru, že i osoby se sociální fobií by mohli z dramaterapie prosperovat. Vzhledem k faktu, že v současné době operujeme na dramaterapii pouze s tím, co nám pacienti řeknou, tak u části z nich vlastně nevíme, s čím na kliniku přicházejí. Někteří pacienti mají potřebu sdílet s ostatními i na dramaterapii co je na kliniku přivedlo a co je v současné době trápí. Autorka z pozorování zjistila, že porucha není stěžejní ve vhodnosti pro vstup do dramaterapie, ale především motivace a sympatie, která má k terapeutovi.</p>	<p>Souvislost s danou podkategorií autorka shledává v informovanosti mezi dramaterapeutem a personálem. Pokud pacient nepřijímá tento způsob práce, nemusí se vždy jednat o ustálený jev. V průběhu dramaterapie mnoho pacientů v dramaterapii našlo smysluplnost. Vhodnost dramaterapie pro klienta se nedá určit z prvního sezení. Klienta si potřebuje vyzkoušet dané způsoby práce, seznámit se s ostatními klienty a získat důvěru k terapeutovi. Což je časově náročný proces. Vhodnost klientů na dramaterapii je většinou podmíněná časem, který na dramaterapii strávili. Možnost reflektovat vlastní emoce ve vztahu k dramaterapii je důležitým faktorem pro motivovanost do další spolupráce. V momentě, kdy klientovi nevyhovuje způsob práce na dramaterapii je potřeba to reflektovat a reagovat na vzniklou situaci. Na klinice je dramaterapie zařazena do povinných aktivit klientů a v momentě, kdy by na dramaterapii chyběli je s nimi situace řešena. Vnímáme zde potřebu klientů mít možnost se rozhodnout, zda se budou tohoto druhu terapie účastnit či ne.</p>



	<p>V mnoha případech by však možností volby došlo k fluktuaci klientů na skupině. Je potřeba však zvážit, zda není kontraproduktivní k dramaterapii nutit někoho, kdo viditelně není k tomuto druhu terapie motivovaný. Na druhou stranu, každý pacient je součástí kompaktní skupiny a v případě, že by nedocházel na dramaterapii určitá forma kontaktu s ostatními členy skupiny by mu chyběla.</p>
--	--

Tabulka 14 - Interpretace přímých citací ze skupinové diskuze a interview v propojení s vlastním pozorováním autorky a reflexí v rámci předvýzkumu s kontextem vztahujícím se k ostatním kategoriím a k teoretické části práce

#### 5.4.1.5 Kategorie informovanost

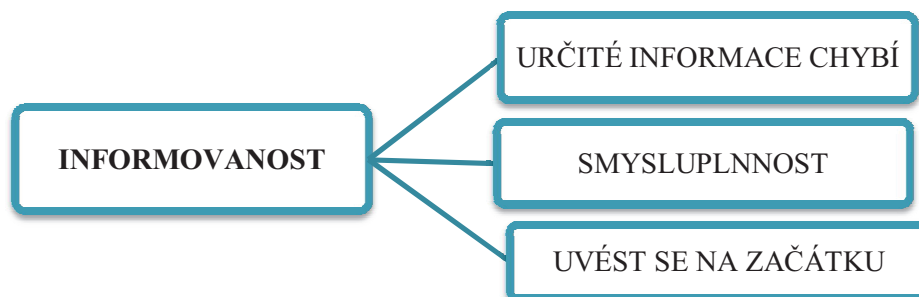


Schéma 5 - Kategorie informovanost a její podkategorie

Podkategorie: **URČITÉ INFORMACE CHYBÍ**

*FNL: Téma návaznosti a vzájemné předávání informací mi přišlo docela důležité. Měla jsem pocit, že ne vždy jsem to měla, tohle mi chybělo.*

*DR.M: Určitě mi ty informace chybí a nevím, jestli máte nějakou supervizi s psychiatrickou či psychologickou.*

*FNL: Pokud tam je někdo, kdo tam moc není a není příliš v kontaktu s tím personálem, tak bych to víc viděla jako volnočasovou aktivitu, relaxační a protiúzkostlivou.*

DR. M: *To mi chybí, pro mě určitě. S kým tam mluvím, je staniční sestra. Té dávám zápisy o každé skupině, které si přečte, na jaké téma jsme pracovaly, co se zhruba dělalo, popřípadě, když tam někdo měl nějakou obavu nebo se tam něco stalo, tak to krátce popíšu a předám ji to. To je jediná zpětná vazba, kterou ode mě má, tady tou písemnou formou. A já vlastně nevím co se děje. Když tam přijdu, tak dostanu informace, když se zeptám, od sestřiček kdo odešel z oddělení a to ještě ne úplně přesně a nevím z jakého důvodu, nebo jestli se tam stalo něco, co bych měla vědět a být na to připravená. Takže to mě asi chybí a naučila jsem se na to doptat, pracovat s těmi informací jak ke mně přijdou.*

DR.D: *Staniční se ptá, jestli něco nepotřebujeme a je na nás i milá a snaží se mi i když je nějaký problém, tak mi volá. Když bych se měla vrátit k té zpětné vazbě, tak neříkám, že to funguje. Už jsme se párkrát s psycholožkou potkaly, stojí nás to úsilí, jelikož si to musíme vybojovávat. Když už se potkáme, nejsou to velké informace, neříká nám o každém pacientovi diagnózu, ale dokáže nám tak nějak říct a potvrdit, jaká ta skupina zhruba je.*

DR.L: *Když nám dá psycholožka informace (jakožto „ten třetí z venku“), tak nás to jako spíš uklidní.*

DR.D: *A i nám docela řekne (psycholožka), co by potřebovala, abychom se na to zaměřily. Někdy nás tak nějak ujistí, ťukne, že tohle je potřeba, je to takové kraťoučké příjemné setkání, které člověka ujistí a malinko nasměruje. Je pro nás důležité, že jsme se potkaly. Nemusíme si říkat závratné informace. My ji taky neříkáme nějaké převratné informace, maximálně se ptala, jaké téma jsme měly. Člověk to řekl jednou dvěma větami.*

DR.L: *No jo, já myslím, že se o tom spolu s psycholožkou hodně bavíme, vždycky to jsou krátké chvílky, vždycky to toho člověka ujistí, tak jako zklidní.*

DR.M: *Tak já tam s žádným takhle odborníkem nejsme v kontaktu a myslím si, že by bylo dobrý, kdyby tam fungovaly zprávy nějaký krátké, abych věděla, co se tam děje. Já po nich nechci, aby mi říkali diagnózy, ale chtělo by to nějakým způsobem změnit.*

Podkategorie: **SMYSLUPLNNOST (NEVÍM, PROČ MÁM TOHLE HRÁT, K ČEMU JE TO DOBRÝ)**

FNS: *Někteří chodili za námi a říkali: „Sestři, já nevím, proč tady mám tohle hrát, k čemu je to dobrý“*

DR.D: *Někdy se v člověku hodně pere, jestli ty lidi potřebují vědět, že ta dramaterapie je k něčemu (nebo si to na sobě zkusí).*

DR.D: *Stalo se nám párkrát, že přišle pacient, který už tam byl a byl to zrovna „negouš“, tak jsme usoudili, že ten celý té skupině řekl, že to stojí za „prd“, ten na to třeba měl vliv.*

*Pak má člověk velký otazníky. Ten pacient jde do té sesterny a on říká: „Co ta dramaterapie, co to jako je?“ Vůbec si neumím si představit, co mu na to ta sestřička nebo co mu na to řekne staniční, doktorka, psycholog. Může to být tak různý, ale tak proti jakoby nám. Neřeknou: „To si užijete, nebo to je na prd“, ale něco tak neurčitého nebo takového, že oni ani neví, že pak pacienti k nám přichází a myslí si buď ví co.*

*DR.M: Ani vlastně my nevíme, zda jsme ujednocení v tom, co my jim sdělujeme. I tohle tam hraje roli, bylo by dobré ujednotit tady tyto informace, které potom vyvolávají strachy, což je přirozené, ale zase ty strachy nesmí být velké, aby netrvalo to odbourávání, protože když já si to představím, že mám před sebou 6 setkání, tak je to hrozně krátká doba. První setkání mluvíme jen o tom, čeho se bojí, kdo já jsem, jaké varianty mohou nastat nevím, co se stane, když se potkáme venku, jak budou reagovat.*

#### Podkategorie: **UVÉST SE NA ZAČÁTKU**

*AD: Sestřičky, hlavně teda staniční sestřička mluvila o tom, že je dobré, když se uvedeme na začátku. Když přijdete na tu první komunitu, takže jde vidět, že sedíte mezi doktory, že ti doktoři vás znají, sami vás třeba uvedou a představí a vy máte možnost předem říct, co je bude čekat, že měli pocit, že takhle to začínalo líp ty skupiny.*

*DR.D: Není to pravda. Když si promítnu ty skupiny, tak tam kde něco nefungovalo, tak tady tohle zrovna na začátku proběhlo. Nezafungovalo tam to nastavení, že přišli a nevěděli, co je čeká.*

*DR.L: Chtěli odborníka, který to vyřeší za ně a o kterého se opřou.*

*DR.M: S tou komunitou, tam je asi fajn to zázemí a asi je dobrý, že to vypadá, že jsme na „jedné lodi“, ale dávám to do uvozovek, ty lidi vidím poprvé a některé i naposled a pokud je to prostě užitečné pro určité procento lidí a ujistí je to, tak je to dobrý.*

*DR.D: Jakože možná, pro nás to bylo občas dobrý. Přesně, tam sedíš a nevíš, která půlka je ta tvoje, která je ta druhá. Takové to, že oni tam nemluví směrem k tobě, že tam můžeš být hodně pozorovatel. Tak jsem kolikrát mohla pozorovat člověka, kterého sem pak už nepotkala, ale někoho, když už jsem ho viděla pak na dramaterapii, už jsem měla o něm šajn, že už jsem toho člověka viděla. Někdo ale přijde na dramaterapii a já ani nevím, že seděl na té velké komunitě, no ale ještě k tomu, že oni na té velké komunitě mluví o tom, s čím přichází a je to možná takový prostor, slyšet od nich s jakým problémem přichází. Nebo vidíš, že o tom problému nechtějí mluvit. X-lidi bylo v konfrontaci s tím, že má něco*

*řít a už na té velké komunitě se rozbrečí. Fyzicky vidíš, že s tím má problém. Občas se stalo, že Ti to dalo jednu dvě informace o jednom nebo třech lidech.*

*FNS: Oni vidí, že nikdo nedělá, „Kdo to je?“ (ve chvíli kdy se přijdou dramaterapeuti představit na první komunitu, když klienti nastupují). Že ani doktoři se nediví, že přijdete, zůstanete tam s námi chvílku, povíme si, co nás čeká, představíme se, tady máme děvčata, ty dělají dramaterapii I když přijdou jiný den, už to mírně naruší, myslím si, že pokud jim to vyjde, přijít se představit v ten den, kdy se představujeme všichni. Samozřejmě, že některý doktor se taky nepředstaví, ale oni vidí ho víc. Důležitá informace pro ně je, že nejsou součástí týmu, který po nich chce striktně pravidla. Měli by se jako součást týmu představovat, aby měli tu důvěru.*

<b>Kategorie: INFORMOVANOST</b>	
<b>Podkategorie: URČITÉ INFORMACE CHYBÍ</b>	<b>Kontext</b>
<p>Lékařka i dramaterapeuti upozorňují na to, že jim určité informace v průběhu dramaterapie z obou stran chyběly. Autorka má zkušenosti různé. Vždy záleželo na personálním složení a jeho časových kompetencích. V průběhu let se na klinice lékaři střídají a vždy s novými lékaři, kteří jsou většinou aktivní jako psychoterapeuti pro skupinu KBT se s nimi dramaterapeut, který funguje pro tuto skupinu, snaží navázat kontakt, aby docházelo ke zpětné vazbě. Problémem jsou často časové kompetence, jak lékaři, tak i dramaterapeuti mají časové možnosti, které se ne vždy slučují. Jako hlavní spojnice mezi dramaterapeuty a klinikou funguje v současné době staniční sestra, která dramaterapeuty informuje či je vyslechne a snaží se vyjít vstříc. Z pozorování autorky a její vlastní zkušenosti se skupinou 1 dynamickou, byla výborná spolupráce s psychologem. Ne vždy měli čas, ale když došlo ke společnému setkání a reflexi, bylo to velmi užitečné pro obě strany. V jeden čas se dramaterapeuti skupiny dynamické pravidelně po každém sezení na hodinu setkali i s psychologem, kterému reflektovali, co na skupině vzniklo a jak klienti pracovali. Psycholog</p>	<p>Informovanost dramaterapeutů je velmi limitovaná časem. Dramaterapeuti na klinice tráví jen určité hodiny v týdnu, a jedná se většinou o dobu, kdy jsou lékaři zaneprázdnění individuální prací s klienty nebo jinými povinnostmi. Dramaterapeuti se tedy často s lékaři domlouvají na časy mimo dny, kdy je dramaterapie, což je občas komplikované pro obě strany. Autorka v době začátků, kdy na klinice fungovala jako dramaterapeut, působila ještě v původních prostorech kliniky. V tamních podmínkách bylo pravidlem, že dramaterapeut sdílel s lékaři společný prostor, a tak bylo běžné, že se častěji potkávali a reflektovali. V současné době jsou prostory jinak uzpůsobené a k tomu jsou lékaři i psychologové</p>

<p>sděloval dramaterapeutům jak on sám skupinu vnímá, co ho překvapuje, že zvládá a na co se máme zaměřit.</p> <p>V případě, že při dramaterapii docházelo ve spolupráci s určitými klienty ke komplikacím, které si dramaterapeuti neuměli vysvětlit, přiblížil jim psycholog důvody reagování zmíněných klientů a paradoxně u některých z nich šlo o pozitivní jev např. u paní, která běžně v životě byla na sebe zvyklá spoustu věcí nakládat a přijímat, si dokázala říci v dramaterapii stop a odmítat relativně aktivitu, což byl dle psychologa obrovský posun. Což bylo pro práci dramaterapeuta velmi pozitivní. Další výraznou zkušeností byla pro autorku spolupráce s psychologem jako ko-terapeutem, zpětná vazba pak měla daleko větší smysl, jelikož psycholog jednotlivé pacienty dobře znal a dokázal lépe popsat co se na skupině dělo a proč. V přípravě na dramaterapii se psycholog s dramaterapeutem dohodli, že vytvoří pro skupinu náročnější aktivitu, jelikož se začalo stávat, že jim ve skupině bylo natolik příjemně, že nechtěli řešit pro ně náročná a problémová témata. Aktivita však znovu sklouzla k relaxaci a humornému nadhledu. S psychologem jsme se shodli, že je u skupiny potřeba více se zaměřit na otázky jejich léčení, které se začínají oddalovat.</p>	<p>zaneprázdnění, je tedy možnost se potkat daleko složitější.</p>
<p><b>Podkategorie: SMYSLUPLNNOST</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Dramaterapeuti jsou v pozici, kdy si nejsou jistí vlastní pozicí na klinice a neví, jaké informace jsou přesně klientům sdělovány či vůbec někdo klientům z kliniky odpovídá na dotazy směřující k dramaterapii. V případě neinformovanosti klientů, dochází často k negativním reakcím na dramaterapii. Na začátku prvních sezení dramaterapeuti stráví hodně času vysvětlováním a přibližováním toho, co je vlastně dramaterapie a jakým způsobem funguje na klinice. V případě, že šli dramaterapeuti rovnou do aktivní práce, klienti to odmítali. Není to však pravidlem. Dramaterapeuti se</p>	<p>Podkategorie SMYSLUPLNNOST vznikla na základě dotazů, které klienti personálu pokládali. Důležité proto je, klienty informovat co za způsob práce používáme a také z jakého důvodu. Nedílnou součástí informací je také fakt, že klienti sami by měli reflektovat vlastní práci na dramaterapii - co jim dělalo problém, v čem jim bylo dobře, co se u nich měnilo, apod.</p>

<p>nezávisle na sobě shodují, že klienti se dožadují informací, a tak oslovují personál, který je přítomný v době, kdy tam dramaterapeuti nejsou. Dramaterapeuti se obávají neurčitých informací, které jsou klientům ohledně dramaterapie ze strany některých zdravotníků podávány, jelikož neurčitá odpověď v klientech často vyvolává ještě větší obavy. Boj s počátečními obavami se však v současné době rozhodli dramaterapeuti řešit. Dramaterapeut Mgr. Martina Semerádová v průběhu zpracování tohoto výzkumu na klinice započala s novým způsobem informovanosti klientů, který se zdá být účinný. Oslovila klienty ze skupiny, kteří si prošli dramaterapií, aby poslali dopis klientům, jež budou na kliniku přicházet na další 6 – ti týdenní léčbu. Klienti tak zajímavým způsobem uzavírali vlastní čas na dramaterapii a zároveň poskytli informace novým pacientům. Dramaterapeut pak na prvním komunitním sezení pacientům vzkazy přečetl (viz příloha č 9.). Ve vzkazech byli emoce, které si na dramaterapii prožili, co jim dala apod. Jeden z dopisů byl negativně laděný, byl od klientky, která tento způsob práce nepřijala, ale i to je možnost, která se klientům prezentuje. V dramaterapii stejně jako v psychoterapii platí, že klienti mají právo říci stop a do techniky se nepouštět. Z pozorování autorky bylo dobré, aby si na začátku klienti s dramaterapeuty ujasnili, kam budou společně směřovat a co má každý klient za představu o dramaterapii.</p>	<p>Zda bude pro klienty dramaterapie smysluplná mohou dramaterapeuti částečně ovlivnit, ale velká míra odpovědnosti je na klientech samotných. Tato kategorie pro autorku velmi souvisí nejen s informovaností, ale také s podkategorií NEBÝT BEZMOCNÝ.</p>
<p><b>Podkategorie: UVÉST SE NA ZAČÁTKU</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Dramaterapie by neměla být tajemným překvapením, ale na relevantních informacích uvedený způsob práce. Úvodní představení většinou probíhá na první komunitě. Dramaterapeuti z vlastní zkušenosti sdělují, že ne vždy úvodní komunita napomohla lepšímu startu v dramaterapii. Dle staniční sestry je ale velmi důležité, aby klienti věděli, že tým dramaterapeutů není někdo z venku, koho ostatní členové týmu neznají, ale že jde o</p>	<p>Tato podkategorie velmi úzce souvisí s předchozí podkategorií UVÉST SE NA ZAČÁTKU, která poukazuje právě na otázku vstupních informací o dramaterapii. Uvést se na začátku souvisí s časem a prostorem, který dramaterapeutů zprostředkovává klinika. Čas je zde velmi krátký na to,</p>

<p>pracovníky, kteří mají v komunitě mezi lékaři své místo. Tento fakt je pro klienty důležitý, jak už bylo několikrát v předchozích kategoriích zmiňováno.</p>	<p>aby dramaterapeuti zprostředkovali klientům všechny informace. Jak se leze dočíst v kategorii informovanost, dramaterapeuti se snažili v průběhu působení na klinice nalézt způsob jak klienty motivovat ke společné práci už na první komunitě. Což vedlo k nápadu, aby klienti ze skupiny, která program ukončovala, napsali vzkaz klientům přicházejícím na kliniku. Způsob byl zatím aplikován pouze jednou, ale dle reakcí klientů funguje.</p>
---	---

Tabulka 15 - Interpretace přímých citací ze skupinové diskuze a interview v propojení s vlastním pozorováním autorky a reflexí v rámci předvýzkumu s kontextem vztahujícím se k ostatním kategoriím a k teoretické části práce

#### 5.4.1.6 Kategorie KBT a dynamická skupina



Schéma 6 - Kategorie KBT a dynamická skupina a její podkategorie

Podkategorie: **ROZDÍLY SE SMAZALY**

*FNL: V dynamických skupinách jsou lidi, kteří jsou schopni více hovořit, více se sebou pracovat, že to není tolik o tom pasivním přijímání, čekala bych tam rozdíl. Stejně tak bych čekala rozdíl i ze strany skupiny i ze strany terapeuta. Měla jsem příležitost vést asi 2x dynamickou skupinu, pro mě to byl obrovský rozdíl oproti té KBT, kde ta energie byla dost jiná, ta spontaneita tam byla jiná, naprosto o něčem jiném než s čím se setkáváme u KBT skupin. Navíc bych i čekala, že se to tam může vzájemně propojovat, že ty sezení dynamické skupiny jsou interaktivnější, tak na základě toho bych čekala, že to co si odzkouší na těch terapeutických skupinách a přenesou do skupin dramaterapeutických*



*a naopak. Ta KBT byla většinou hodně často dělaná s nízkou interaktivitou, částečně, že i ti lidi moc nechtěli a částečně, že i ten program byl tak nastavený. Jsem odkázaná na malou zkušenost. V rámci té KBT byl obrovský problém, když jsme měli jít do nějakého hraní rolí, že by měli něco popsat a předvádět, tak byli hodně proti tomu zablokováni, že tohle není to, jak chtějí pracovat. Tak bych čekala, že tam museli být tyto zábrany viděny i jinde, že u těch dynamických jsem tohle neznala. Přišlo mi, že v té dynamické byli daleko akčnější něco dělat.*

*DR.D: To já asi nedokážu říct, ty rozdíly se nám za tu dobu smazaly, ty rozdíly, které jsem měla dříve hodně rozdělené, jako dynamická a KBT, tak teď se mi proměnily. Plus to, že se v každé skupině najde někdo, koho už jsme měla, tak jsem díky nim přišla na to, že na oddělení to funguje tak, že když tam je podruhé, tak jde do druhé skupiny (když byl v KBT tak jde do dynamické a naopak).*

*FNS: Také lépe ji vnímali klienti skupiny dynamické, Ti jsou zařazování podle toho, že jsou schopni lépe ve skupinové terapii fungovat.*

*DR.D: Ještě mě k tomu napadá, že právě tohle jsme zažily, doslovně jsme slyšely od jedné té KBT skupiny, která fakt byla hrozně překvapená z toho, že na té dramaterapii jsou jako skupina, že interakce, které tam jedou mezi nimi a není to pacient a terapeut a od terapeuta dál. Že to nejde přes terapeuta, ale že je to mezi nimi, že to není jen takhle jednosměrný nebo obousměrný, ale že je to vícesměrné a tak to popisovali, že je to skvělé a tak no. Tenkrát ta skupina si to ještě víc uvědomila, vnímali tak velký rozdíl mezi tím KBT a tou dramaterapií.*

*DR.M: Tím, že jsme s dynamickou pracovala hrozně dávno, nevím, nesledovala jsem to.*

*DR.L: Mně přijde každá skupina jiná.*

*DR.D: Mně se honí hlavou, už jsme zažila v obou skupinách, že tam záleželo na té motivaci, že to bylo fakt různé.*

#### **Podkategorie: VÝBĚR SKUPIN (JE UŽ ROZDÍL, JAK SKUPINY VYBÍRÁME)**

*FNL: Při rozdělování klientů do KBT či dynamické skupiny vždycky nešlo o poruchu. I když některé poruchy jsme dávali častěji do KBT. To byly různé ty panické poruchy, agorafobie, které si zrovna myslím, že by mohly více prosperovat z té dramaterapie. Poruchy osobnosti a depresivní šly do KBT, kde jsou pevnější hranice. Obsedantně kompulzivní poruchy - bylo hlavně KBT, teda jediné. Jedině kdo přišel k opakovanému pobytu a předtím absolvoval KBT, tak byl poté přeřazen do dynamické. Měla jsem pocit,*

*že do dynamické, když jsme tam byla, jsme dávali pacienty, u kterých jsme nepředpokládali, že ta psychopatologie je tak závažná, že jsme čekali, že ti lidi to zvládnou, že část z nich by se měla, po ukončení hospitalizace, naprosto v pohodě vrátit do běžného fungování bez nějakých omezení. Ti v KBT byli častěji adepti na invalidní důchod nebo na nějaké dlouhodobější vyřazení z toho pracovního procesu.*

<b>Kategorie: KBT A DYNAMICKÁ SKUPINA</b>	
<b>Podkategorie: ROZDÍLY SE SMAZALY</b>	<b>Kontext</b>
<p>Dle lékařky jsou ve skupině dynamické schopni klienti více hovořit a pracovat se skupinovými efektivními faktory. Celkově by měli dle zdravotnického personálu v dramaterapii lépe reagovat pacienti ze skupiny dynamické. Dramaterapeuti se však shodují, že se postupem času rozdíly mezi skupinami smazaly. V rámci působení na klinice dramaterapeuti pracovali jak se skupinami dynamickými, které dramaterapii přijímali a byli ochotní tímto způsobem spolupracovat, tak i se skupinami, které dramaterapii nepřijímali. Autorka, v roli dramaterapeuta pozorovala v začátcích své praxe na klinice docela podstatné rozdíly mezi skupinou dynamickou a KBT. Jednu dobu fungovala kvůli malým časovým možnostem dramaterapie pouze u skupiny dynamické. V průběhu času se však několik pacientů ze skupiny KBT ozývalo, že by chtěli tento způsob práce také vyzkoušet, a tak i na doporučení personálu se začali dělat dramaterapie pro obě skupiny a využívat tak studentů speciální pedagogiky (dramaterapie). Autorka nedokáže posoudit, zda je mezi skupinami zásadní rozdíl z úhlu pohledu pozorovatele, jelikož v posledních dvou letech fungovala převážně u skupiny dynamické a skupinu KBT ji reflektovali ostatní dramaterapeuti. Z vlastní zkušenosti však pozorovala, že skupina dynamická svým nastavením taktéž nebyla znamením pro přijetí dramaterapie.</p>	<p>V kontextu s danou kategorií jsou i výsledky kvantitativní části této práce. Dle kvantitativních výsledků není rozdíl mezi hodnocením dramaterapie u skupiny 1 dynamické a u skupiny 2 KBT. Dramaterapeuti ve spolupráci s jednotlivými skupinami nevnímají zásadní rozdíl. Autorka sama v roli dramaterapeuta se setkala se skupinami, které nebyly motivované a ochotné spolupracovat, ale nemělo zásadní vliv to, z jaké skupiny klienti přicházejí. Zdravotnický personál by rozdíl očekával, jelikož pacienti jsou do skupin rozdělení jak dle motivovanosti, tak dle neurotické poruchy a její závažnosti. Dynamická skupina by dle staniční sestry i lékařky měla být více participující oproti skupině KBT. Dramaterapeutům se však tyto rozdíly za dobu jejich praxe smazaly. Každá skupina je jiná a v rámci dramaterapie se dramaterapeuti setkali i se skupinou KBT, která velmi aktivně spolupracovala a dokázala nebýt tzv. bezmocná, jak</p>

	již bylo v předchozích podkategoriích zmíněno.
<b>Podkategorie: VÝBĚR SKUPIN („UŽ JE ROZDÍL V TOM JAK SKUPINY VYBÍRÁME“)</b>	<b>Kontext</b>
Lékařka přibližuje způsob vybírání klientů do skupin. Výběr do skupiny však není vždy konečný. V průběhu terapie se stávalo, že po prvních sezeních lékaři rozhodli, že některý klient se více hodí na práci v druhé skupině, a tak ho přemístili. Dynamická skupina by měla být více nastavena na skupinovou práci, ale nelze tím říct, že by pak skupina KBT hůře ve skupině spolupracovala. Výběr pacientů byl také podmíněn jeho opakováním léčby. Vždy, když někdo na kliniku nastoupil podruhé, byl automaticky zařazen do skupiny, ve které původně nepracoval, aby si vyzkoušel principy jiné terapeutické práce. Rozhodnutí kdo, do které skupiny půjde, je vždy na lékařích.	Výběr členů do skupin je, jak již bylo v předchozí kategorii akcentováno, na lékařích, kteří na klinice působí. Do skupin jsou vybíráni klienti dle kritérií, které si na klinice stanovili a dle kterých by měla být léčba pacienta co nejúčinnější. Zajímavé je jak se na skupině odrazí, když je ve skupině pacient, který způsob práce zná. Může to být pacient, kterému dramaterapie pomáhala hledat témata a byl k ní motivovaný, ale může se jednat o pacienta, který se stavěl k tomuto stylu práce negativně. Souvislost je pak pro autorku s kategorií informovanost, kdy klienti nedostávají informace pouze od personálu a dramaterapeutů, ale také od ostatních klientů, kteří je více či méně ovlivňují.

Tabulka 16 - Interpretace přímých citací ze skupinové diskuze a interview v propojení s vlastním pozorováním autorky a reflexí v rámci předvýzkumu s kontextem vztahujícím se k ostatním kategoriím a k teoretické části práce

#### 5.4.1.7 Kategorie práce ve skupině

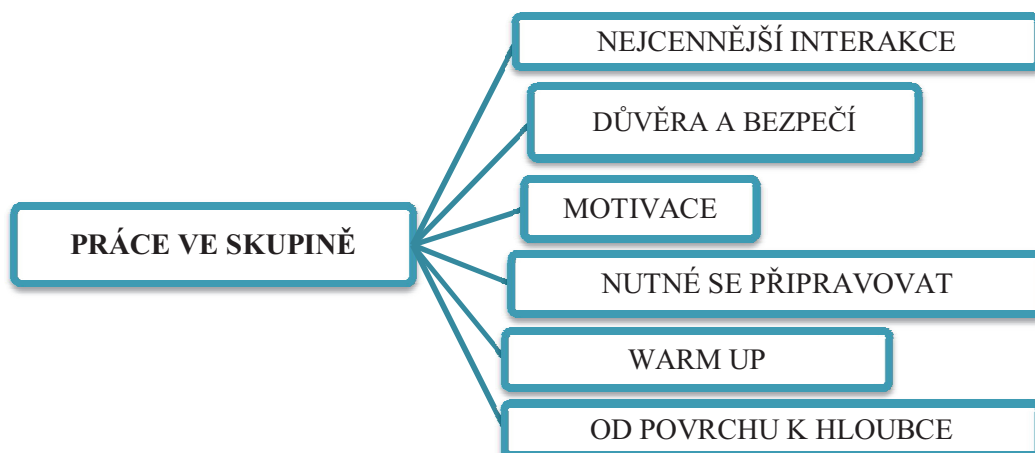


Schéma 7 - Kategorie práce ve skupině a její podkategorie

##### Podkategorie: **NEJCENNĚJŠÍ INTERAKCE**

*DR.L: Začínáme tím, že jsou sami, jakože pracují samostatně, protože, když je hned dáme do dvojic, tak je to pro ně takové nebezpečné. Prostě si myslím, že první musíme zpracovat důvěře my - oni, a pak pokračovat interakcemi.*

*DR.M: Když nemáš důvěru, tak tam ze sebe třeba neuděláš baletku nebo tak. Když uděláš, zpětně si to uvědomíš, proč si to udělal, protože je ti tam prostě dobře.*

*DR.L: Mě přijde, že ty nejcennější interakce tam jsou, když je to ta bezprostřední komunikace. Ne protože tam plní nějakou hru, ale když tam vznikne taková ta spontánnost nebo se tam dostanou tak do té hry, že je to tak strašně baví a je tam ten náboj a bezprostřednost v té komunikaci ne jen, že tam dělají ten úkol a komunikují spolu, ale že je ta komunikace baví.*

*DR.D: A najednou si všimnou, že se něco stalo, že najednou se něco dělo.*

*DR.L: A že najednou i na skupině můžou nějak být spolu, prostě v nějaké té interakci.*

##### Podkategorie: **DŮVĚRA A BEZPEČÍ**

*DR.D: Důvěra je pro nás pak hrozně důležitá k tomu, že ty zpětné vazby na konci, na konci toho setkání. To taky vidíš - čím je tam větší důvěra, tím větší má ta zpětná vazba smysl, že to není: „Jo dobrý líbilo se mi to“, ale prostě, když je tam ta důvěra tak je tam ta zpětná vazba fakt otevřená.*

*DR. L: Já myslím, že na začátku první pracujeme na jejich důvěře k nám a až pak na jejich vzájemné důvěře.*

*DR.M: Alespoň nějaká důvěra terapeut - pacient, takže to je to první navození těch kontaktů. To je prostě to nejdůležitější, protože jakmile mi nebudou věřit, aspoň z nějakých procent tak já se tam můžu postavit na hlavu a bude se to míjet účinkem a budeme si tam neustále vyargumentovávat nějaký nejasnosti. Budou tam pořád padat „proč“, protože to proč je tam vždycky, když ten člověk tomu nějak nevěří.*

*DR.L: Můžou přicházet s nějakou důvěrou a my to můžeme nějak zintenzivnit.*

*DR.M: Nebo to taky posrat, myslím si, že obojí. Ale myslím si, že rozpadlou skupinu tím naším prostorem a naší pozicí nedáme dohromady.*

*DR.D: To je zážitek z poslední doby, kdy připravené jsme byly a zafungovala tam mezi námi taková komunikace, že když něco dělali, tak jsme si mezi sebou řekly co s aktivit dál vybereme - ze dvou, které jsme měly připravené a na ně to zapůsobilo tak, že jsme nepřipravené a byl to pro ně ohromný problém.*

*DR.L: No velký problém*

*DR.D: To byl pak velký masakr, co se pak stalo. A to mi dalo ještě větší ujištění v tom, i když má člověk nějaké varianty, tak oni to nesmí vědět, oni si musí myslet, že ty věci jsou tak pevně dané.*

*DR.L: Oni to brali tak, že my nevíme, co s nimi chceme dělat, že je to chaotické, tím pádem, okamžitě žádná důvěra, úplně nás zabili, vůbec nás nechtěli. Popsaly jsme to tak, že se snažíme reagovat na to, jak ta skupina působí a jaké má potřeby a to tak myslím, že to přijali. Ale jakmile se to týkalo toho, že jsme v jednu chvíli neměly jasně, dané co bude potom, tak došlo ke hrozně reakci. Pro nás to teda nebyla žádná improvizace ani nepřipravenost či nejistota, ale pochopili to tak, že jsme nepřipravené.*

*DR.D: Šli si stěžovat za staniční. Tam, když to vzniklo, tak nám to neřekli, takže my jsme to nevěděli, ačkoliv jsme se o tom bavili, či jsme se snažili o tom bavit. Odešli jsme s pocitem, že jsme to nějak to uzavřeli. Druhý den telefonát, že tam vzniklo hrozně povstání, tak jsme si to přijely vyslechnout a oni dostali instrukci, že nám to mají říct. Takže na druhém setkání to na nás vyplivli, co nebylo zřetelné z toho prvního setkání - tam na to nikdo nezareagoval. Na té situaci mě mrzí nejvíc, že v ten okamžik jsme si byly hrozně jisté a byla jsme ráda za ten kontakt, který jsme si daly a že oni to pochopili úplně jinak, že v sobě měl člověk úplně jiný vnitřní pocit a oni to vnímali jinak.*

*FNL: Nedůvěra je může brzdit v tom, na kolik se odváží těch rolí a vůbec těch situací odzkoušet. Čekala bych, že pokud tam nedojde k nějakému zásadnímu průšvihů, že by se tam ta důvěra měla prohlubovat. Taky bych čekala, že by se důvěra tím měla*

*prohlubovat, jak v rámci skupiny, tak potom bych čekala i v sebe sama. Ale vůbec, nevím, jak moc tam hraje roli nějaká sebejistota, jak se proměňuje během toho procesu.*

*DR.D: Ještě jsem zažila, kdy to šlo proti té důvěře a to u jednotlivce, v konkrétní situaci, kdy byla nastolena nějaká hra, spíš „warm up“ a stalo, že někdo do toho hodně šel a ostatní udělali krok zpátky a pro toho člověka to bylo strašně nebezpečné, že on do toho šel a ostatní ne. Ale to asi není tolik o slově důvěra, ale o tom bezpečí. Že pak bylo hodně na hraně, jak se to projeví, jestli si bude připadat trapně, že do toho šel a ostatní ne a jestli to ta skupina udrží, že na to nějakým způsobem pozitivně zareaguje. Dopadlo to naštěstí pozitivně - to byla fakt ta skupina, kdy vyjádřili obdiv a uznání. Když jsme s rozdílnou dramaterapeutkou měly jinou skupinu a stalo se něco podobného, že jsem to hodně zachránila já, než ta skupina, že tak nějak to bylo v tu chvíli na mě.*

Podkategorie: **MOTIVACE**

*DR.L: Důležitá je motivace těch klientů, že to chtějí, že se toho nebojí.*

*AD: Můžeme to my ovlivnit?*

*DR.D: Postupem času zjišťujeme, že už tam vždycky přicházíme do nějakého prostředí, nějakého nastavení. Bud to vypadá tak, že jsou naladěni a my jedem na jejich vlně nebo se nějakou dobu bojuje s tím, aby se naladili a nějak to přijali. Člověk si to jako vybojuje a naučí se.*

*AD: Jak si to vybojováváte?*

*DR.L: Vstřícností a trpělivostí. (smích)*

*DR.D: Tím, že prostě vědí, že ty věci jsou tam pro ně, že je do ničeho de facto nenutíme, že s tím programem přicházíme a jak to říct? Že je to furt nabídka.*

*DR.L: Jako jdu se léčit, chci využít těch 6 týdnů a pracovat na sobě nebo se tam jdu na 6 týdnů schovat, „dělejte semnou něco, zachraňte mě!“*

*DR.K.: K tomu přístupu - někdo to vnímá, jako práci na sobě, někdo to vnímá jako nemoc, ze které ho vyléčí druhý člověk a že s ním to de facto nemá co dělat. Doktorka říkala, že občas tam jdou lidi, protože potřebují před důchodem papír na invalidní důchod nebo jsou tam mladoši, ale to není zas tak často, které na tu léčbu pošlou rodiče. A taky v té motivaci jde vidět, jak na sebe zapůsobí ta skupina. Myslím si, že hodně lidí by v jiné skupině pracovalo jinak. I nám teď jedna pacientka řekla, že tam je podruhé a že se ji s tou minulou skupinou pracovalo jinak než s tady tou, že se ji to odráží i na té její aktivitě v dramaterapii.*



*DR.D: Nehraje v tom roli čas, že je to podruhé, ale ta skupina. De facto by to mohlo být, že by se ji minule pracovalo hůř a teď líp, že už s tím zkušenost má a nějakou dobu tam byla, takže má zkušenost, ale je to o té skupině, jaká byla ta skupina. Myslím si, že to jde často vidět, jakým směrem se ta skupina táhne.*

*DR.M: Souhlasím, co se týče motivace k léčbě, že tam jsou ty postoje - chci to využít, jsem tady 6 týdnů a budu se snažit na sobě pracovat. Někteří tam jsou, prostě protože doma to pro ně nebylo bezpečné, tak jsou tam. Naštěstí mě přijde, že těch lidí, kteří se tam chodí schovat, není tolik nebo nemám pocit, že by jich byla většina.*

#### Podkategorie: **NUTNÉ SE PŘIPRAVOVAT**

*DR.L.: Myslím si, že není nutné se perfektně a do detailu připravovat, ale zatím to potřebuji, se na to připravit.*

*DR.D.: Já to nepotřebuji mít do detailu a jako určitě je to pro mě jako skupina, kdy bych tam nechtěla přijít s ničím. Umím si to představit s jinými skupinami. Za jiných okolností, že jsem přišla nepřipravená a improvizovala. Myslím, že taková jsem a je to pro mě hodně přirozený, ale tady ne. Tady to nejde.*

*AD: Proč tady ne?*

*DR.D: Nevím, nějak to prostě strašně z té skupiny vychází. Tady to nejsou lidi, kteří by v tobě vyvolali nějakou aktivitu a nějakou inspiraci, ale jsou to lidi, kteří z tebe potřebují cítit tu připravenost a potřebují vědět, co mají dělat.*

*DR.L.: Ty tam musíš přijít s energií a s aktivitou a začít, protože oni nezačnou. Musím zapnout ten budík já a ne oni.*

*DR.D.: Jo a furt je to tím, že jsou to neurotici, že prostě ani, když chceš jako vědět: „Jsme ve druhém týdnu a pojďme si říct, co víc potřebujeme, jestli víc aktivity nebo více slov, chceme jít více do výtvarných technik nebo víc do pohybu“ a kolikrát nedovedou odpovědět ani na tady toto. Pro mě samotnou se tyto věci pojmenovávají snadno, tak prostě když se člověk nemůže odrazit ani od tady toho, tak musí být připravený.*

#### Podkategorie: **WARM UP**

*DR.L: Aby se zaktivizovali, aby se přítomnili.*



*DR.D: Aby se nastartovali - zrovna ty žabky. Jim to nenabízíme, že to bude vtipné, ale ten zvuk je často rozesměje, jakoby se fackovali. Ještě proběhne ten vtip, že jestli je někdo za dveřmi, tak to musí být vtipný, co si musí myslet.*

*AD: Pak jsem ještě používala tlesk spolu.*

*DR.D: Akorát s tlesknutím se nám už stalo, že byl problém. Měl to být warm-up a stalo se, že to jednomu člověku nešlo a najednou prostě byl vyřazený z té skupiny a strašně ho to dostalo.*

*DR.L.: Ale on byl celkově vyřazený z té skupiny.*

*DR.D.: Když máš takový problém, je jasný, že nejsi zapojený do skupiny, ale že si z ní spíš vyřazený. No a on byl i takový – jiný. Tím jak mu šly myšlenky, že věci vnímal jinak, tak to bylo hodně nepříjemné. Co se ještě stalo, že to bylo spojené s nepříjemným zvukem, to tlesknutí. Ty žabky jsou takové tišší, takže ty vyšly vždycky. Warm-upy jsou důležité, když vědí, proč se to dělá a jaký to má účel. Proč se prostě začíná takovou debilitou. Vymýšleli jsme spolu příběh a zafungovalo to jako warm up. Ze začátku jsme pracovali s chůzí po kruhu a teď ne, honička vůbec ne a nějaký ten soft pod honičkou, to máš chůzi po prostoru nebo tak, ale to ne. Jednou jsme udělali, že chodili a potkávali se v prostoru a nedopadlo to dobře.*

*AD: Je dobré se nenechat tímto odradit, když to nedopadne jednou dobře*

*DR.D: To si taky vždycky říkáme.*

*DR.L: Když člověk ví, jaká je to skupina.*

*DR.M.: Já má problém s warm-upama, taky si na mě stěžovali, protože jim přišly dětinské. Pravděpodobně jsme je asi málo vysvětlila, ten smysl toho nebo proč to takhle je. Takže mám problém použít nějaké honičky. Je fakt, že v tomto se hlídám, jako na psychiatrii bych asi honičku nedala.*

*DR.L.: Warm-upovky nejlépe v kruhu*

*DR.D: Stát v kruhu!*

*DR.M: To jsme s DR.D. byly poprvé či podruhé a říkaly jsme si, co uděláme a že začneme jednoduchou technikou, pro nás jednoduchou technikou! Budeme dělat vodiče a vedeného a budou se vzájemně vést a byly tam případ, muž a žena, kdy ta žena dostala záchvat pláče, vzpomněla si na manžela, který byl dominantní, měla s ním různé problémy, kdy ona byla v roli submisivní. Zafungovalo to jako ventil a ještě jsme s tím asi neuměli pracovat. Ten pán měl zase zkušenost, že ho někdo tlačil ke zdi, tak to pro něj bylo také silné. Teď už to nehodnotím jako warm-up.*

*DR.D: Já ještě používám „žabku“, to je posílání pozdravu po kruhu.*

*DR.L.: Síla warm-upu.*

*AD: Taky se nám asi potvrzuje, že takové ty věci hned na rychlo, že pokud nás neznají tak rozhodně ne žádné blbiny hned na začátku, technika „dobrý den, nashledanou“ stačí.*

*DR.L.: Jo.*

*DR.M: Když si vezmu, jak jsme se dramaterapii učili my, tak si pamatuji kvanta těch šílených honiček, co máme za sebou, těch „tepovek“, které nepoužívám, a pak už si říkám: „No ale teď té dramaterapii něco chybí ne, teď už to není ten rozjezd. Je to dramaterapie vůbec co dělám?“ Tohle to jsme taky tak úplně nedělali. Když jsou hodně „seklí“, tak každý se svým tělem udělá to, co potřebuje a ostatní to po něm zopakují, taková jednoduchá báze rozcvičky, co jsme začala dělat x- skupin zpátky a oni opravdu udělají to, co potřebují a ostatní se na ně naladí, uvolní se tím. Druhá věc, práce s příběhem, potřebují, aby se poslouchali, každý říká klasika jednu větu a doplňují si příběh na jedno kolo na dvě kola a u toho můžou sedět, zapojuje se fantazii a je to kreativní a když je nejhůř, tak to používám.*

*DR.D.: My to teďka taky použily a jedna paní se ozvala: „Ale my se vůbec neposloucháme, to nemá hlavu ani patu ten příběh, to nikam nesměřuje“ a všichni najednou: „No tak začneme znova!“ Tak začali od znova a zafungovalo to.*

#### **Podkategorie: OD POVRCHU K HLOUBCE**

*DR.D.: Přemýšlíme o tom hodně (na kolik jít do hloubky v práci s klientem), vidím v tom linku časově nebo je to skupina od skupiny.*

*DR.L.: Jo, ale myslím si, že jsme opatrný nebo já jsme spíš opatrná. Spíš jde o to bezpečí, obecně vzato si myslím, že jsme opatrnější.*

*DR.M.: Když porovnáš úplně první skupinu, kterou jsi semnou měla nebo úplně poslední, určitě je to od povrchu k hloubce, jako u první skupiny a u té co máme teď, ale pořád jakoby bezpečně. Mezitím ty skupiny měly vlny, protože to ovlivnila ta daná skupina, bylo to podle nich.*

*DR.D.: Ptám se někdy sama sebe, jestli se v té dramaterapii tolik kreslí a píše? (smích)*

*DR.L.: Někdy je to taková šestitýdenní cesta k dramaterapii.*

<b>Kategorie: PRÁCE VE SKUPINĚ</b>	
Podkategorie: NEJCENNĚJŠÍ INTERAKCE	Kontext
<p>Bezprostřední komunikace, která na základě hry či dramaterapeutické techniky může vzniknout, patří k nejcennějším interakcím v rámci skupiny. Většinou jde o společné uvolnění emocí, smích či souznění v nějakém tématu. Pro značnou část pacientů je důležitá skupina a pocit, že s někým něco v rámci hry zažijí. Nelze tyto pacienty určit dle jejich neurotické poruchy, vždy je to spíš o osobnostním nastavení a potřebě kontaktu. Autorka v roli dramaterapeuta zažila skupinu, pro kterou způsob práce v dramaterapii byl natolik vhodný, že měli potřebu sdílet spoustu svých problémů verbálně s dramaterapeutem. Interakce, které mezi klienty vznikaly, byly pro ně natolik silné, že měli potřebu je zažívat častěji a vyžadovali od dramaterapeuta častější sezení. Dramaterapeut se v rámci této skupiny však dostával i do svízelných situací, kdy klienti začali sdílet na dramaterapeutické skupině témata, která však odmítali otevírat na skupině verbální - psychoterapeutické. Prostor, který byl tvořený hrou a aktivní interakcí mezi nimi se stal natolik bezpečný a důvěrný, že z něj už nechtěli nic vynášet. Cenné interakce, jak jsou nazývány v této podkategorii, jsou dány situacemi, kde se klienti potkají a porozumí si. Pro část klientů to byl velmi silný zážitek, jelikož např. dlouhou dobu nebyli s nikým v blízkém kontaktu či jejich vztahy byly velmi narušené. Příkladem byla pacientka, která se při jedné z her rozplakala. Ve hře se totiž klienti rozhodli chytout společně za ramena. Šlo o aktivitu, kdy vytvářeli fantazijní svět. Klientku situace dojala tím, že se v současném životě dlouhou dobu neobjevil nikdo, kdo by ji chytnul za ramena či objal. Reflektovala situaci jako velmi příjemnou a zároveň smutnou, bála se, že jak se vrátí zpátky domů, že už to nepocítí. Dramaterapeut</p>	<p>Kontext cenných interakcí je velmi úzce propojen právě s pozicí dramaterapeuta v týmu a jeho informovaností. Dramaterapeut často naráží na svoji roli v týmu, která není příliš ukotvená. Potřeba supervize a sdílení s ostatními terapeutů je v určitých momentech nezbytná. V momentě, kdy je možnost přenést interakce z dramaterapeutických sezení na psychoterapeutickou skupinu, je terapeutický přístup z pohledu psychologa i dramaterapeuta víc kontinuální a je možné z něj čerpat.</p>

<p>v těchto momentech doporučuje, aby klient situaci ještě jednou reflektoval s psychologem či si na skupině vzal téma</p>	
<p><b>Podkategorie: DŮVĚRA A BEZPEČÍ</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Práce na důvěře má různý časový rámec. Ze zkušeností autorky je u každé skupiny jiný, dle toho jak se skupina sejde, co se členů týče. Dramaterapeuti podotýkají a autorka s těmito názory na základě svého pozorování souhlasí, že klienti s nějakou formou důvěry či nedůvěry již přicházejí. Práce v dramaterapii může tento jev ovlivnit jak pozitivním tak negativním směrem. Sdělení dramaterapeutek co ovlivňuje bezpečí ve skupině je totožné a autorčinými zkušenostmi. Práce ve skupině je ovlivněná jednotlivci, jak k aktivitám přistupují a v momentě, kdy se někdo projeví víc, může se vztahu k ostatním cítit v ohrožení. Příkladem ze zúčastněného pozorování autorky byla klientka odmítající se zapojit do skupinového dění. Klientka se stala pro skupinu faktorem vzbuzující nedůvěru. Klienti aktivně pracovali a zmíněná pacientka se na ně dívala. Z reakcí klientů šlo poznat, že jim to není příjemné, když si něco zkoušeli, ohlíželi se pohledem na ni, a pak i někteří z nich si taktéž sedli a odmítli spolupracovat. Jednalo se o skupinu, která se příliš neznala. Autorka se setkala s podobnou situací vícekrát a reakce vždy závisely na důvěře klientů mezi sebou navzájem. Příklad u jiné skupiny byl téměř totožný, klientka odmítala spolupracovat a tak si sedla a ostatní pouze pozorovala. Skupina však byla na aktivitu motivovaná a již se znali. V aktivitě dál pokračovali a dle výrazů šlo poznat, že je neaktivita jednoho klienta příliš neomezuje. Klientka se již při další aktivitě přidala. Skupina, která spolupracovala, se jí z povzdálí jevila bezpečnější, a tak když dramaterapeut navrhnul navazující aktivitu, zeptala se, zda už se může přidat. Důvěra hrála tedy vždy roli, jak klienti byli schopní spolupracovat. Faktory ovlivňující důvěru ve skupině byli</p>	<p>Důvěra plně zafungovala v propojení a souladu s podkategorií NUTNÉ SE PŘIPRAVOVAT. Důvěra je u každého jednotlivého pacienta ovlivněna jinými faktory, ale mnoho z nich je společných. Důvěra klienta v terapeuta se buduje v čase. Pro autorku tato kategorie velmi souvisí, kromě informovanosti a připravenosti jak dramaterapeuta tak klienta, s frekvencí a pravidelností sezení. V momentě, kdy se terapeut setkává s klienty častěji, mění se tak v závislosti také na kvalitě stráveného času, jejich vztah.</p>

<p>vždy různé.</p> <p>Jak lze vyčíst z výpovědi dramaterapeutů, byl důvodem k negativnímu postoji a nedůvěře pocit, že jsou terapeuti nepřipravení na skupinu. Celkově autorka zažila i pozitivní zpětnou vazbu, z pohledu klientů, že si setkání s nimi bedlivě připravila. Měli pocit, že věci, které dělají, nejsou nahodilé.</p>	
<p><b>Podkategorie: MOTIVACE</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Motivace pracovat na svých tématech za pomoci dramaterapie je úzce spojená s postoji k léčbě, které klient má. Klienti, kterým neurotická porucha narušuje kvalitu života natolik, že chtějí načerpat z léčby co nejvíc, jsou pak velmi aktivní i v dramaterapii. Motivace k léčbě je však různá. Zájemci o léčbu, můžou mít představu, že terapeut je ten jediný kdo má prostředek na to, aby se uzdravili. Dramaterapeut pak v roli externího pracovníka, nabízející spolupráci za pomoci hry, není klienty, vyžadujícími léčbu zdravotníka, přijímán. Není dle nich dostatečně kvalifikovaný, aby jim mohl nějak pomoci si zlepšit jejich stav. Motivace ke změně, je tedy podmíněná i faktory, které jedince při léčbě ovlivňují. Motivovat klienta v dramaterapii může i samotná aktivita. Autorka se při jednom ze sezení setkala s klientkou, která dramaterapii brala, jako povinnou aktivitu, kterou se rozhodla nějak „protrpět“. Na druhém sezení autorka v pozici dramaterapeuta použila techniku výtvarně-dramaterapeutickou, kdy si pacienti měli hledat svého hrdinu, se kterým se pak ztotožňovali (technika Ing. Honzi Bartoška v rámci magisterského studia dramaterapie). Klientka to považovala za nesmysl, nakreslila jejich psa a argumentovala, že s ním přece nemůže mít nic společného. Přesto ji dramaterapeut vyzval, aby zkusila něco najít. Klientka po chvíli přemýšlení našla pár společných rysů, které dokázala k sobě připodobnit např. to, že když se něčeho jejich pes bojí či se dostane do neznámé situace či prostředí, tak</p>	<p>Motivovanost klientů je velmi úzce propojená s informovaností o dramaterapii. V momentě, kdy klienti mají dostatek informací o tom, co je dramaterapie, že na klinice probíhá pravidelně několik let a nemusí se obávat, že budou nuceni vytvářet dramatické inscenace, jsou i více motivováni k dramaterapeutické práci, jelikož pak není tolik obávaná. Souvislost s motivovaností klientů má jejich vlastní představa o léčbě. Pro některé klienty je demotivující, když není dramaterapeut všeobecně vnímaný jako autorita. Chybí jim lékařská odbornost a způsoby dramaterapeuta se jim neslučují s lékařským prostředím nemocnice. Samotný způsob práce, tedy propojenost s kategorií SKUPINOVÁ PRÁCE může být pro klienty motivující.</p>

<p>vrčí. Pak klientka řekla, že to vlastně dělá také, že to má možná tak i ve vztahu k dramaterapii. Dramaterapie byla pro ni neznámá a tak se ji bránila. Tato aktivita klientku motivovala k práci natolik, že patřila v dalších sezeních k těm více aktivním. Nebylo to vždy podmínkou, stávalo se, že některé aktivity naopak klienty naprosto odradili od dramaterapeutické práce. Motivace skupiny byl vždy jeden z prvních jevů, které dramaterapeut sledoval, když se skupinou začínal aktivně pracovat.</p>	
<p><b>Podkategorie: NUTNÉ SE PŘIPRAVOVAT</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Důležité pro práci v dramaterapii je se připravovat. Tato podkategorie úzce souvisí s výše uvedenou podkategorií. Klienti, kteří nejsou příliš motivováni ke spolupráci v dramaterapii sami nepřichází s podnětem, na kterém by chtěli pracovat či kam směřovat. Kreativitu je u většiny z nich potřeba rozvíjet za pomoci jasných postupů. Proto je nutné, aby dramaterapeut byl dobře připravený. Samozřejmě je především důležité vědět, co klient požaduje od terapie, jaké má očekávání (viz příloha č. 8). Autorka má tu zkušenost z pozorování na klinice, že ne vždy bylo potřeba se bedlivě připravovat. V momentě, kdy dramaterapeut má už více zkušeností a má v rezervě zásobu her či přístupů, není potřeba přípravě věnovat tolik pozornosti, spíše poslouchat a vnímat co klienti potřebují. Dramaterapeuti, kteří fungují ve dvojici, by si však měli dopředu určit, kterým směrem zhruba půjdou. Velmi pak záleží na jejich schopnosti vnímat jeden druhého. Jinak vypadá připravenost a práce dramaterapeuta, když vede terapii samostatně a když spolupracuje ve dvojici. Na klienty negativně působí dramaterapeut, který není dostatečně připravený a působí, že neví, jak bude s nimi dál postupovat.</p>	<p>Nutné je se připravovat, je dle autorky kategorie, která velmi souvisí se vztahem dramaterapeuta a klientů a na interakcích ve skupině. V momentě, kdy zkušený dramaterapeut pracuje se skupinou, která je motivovaná, tak většinou ví jak klienty nasměrovat. Umí použít efektivně dramaterapeutické techniky a nepotřebuje podrobné přípravy. Jedná-li se však z pohledu autorky o skupinu, která je náročná. A tím náročná je myšleno, že není dostatečně motivovaná a způsob dramaterapeutické práce přijímá velmi opatrně, je potřeba, aby se dramaterapeut kvalitněji připravil. Příprava také velmi souvisí s tím nakolik si je dramaterapeut jistý v práci s klientem popřípadě s koterapeutem.</p>
<p><b>Podkategorie: WARM UP</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>„Warm up“ jsou hry, které se v dramaterapii zařazují na začátku dramaterapeutického sezení, aby se uvolnila</p>	<p>Autorka dle pozorování usuzuje, že warm-upy nejsou tolik propojené</p>

<p>atmosféra. Klienti však tento druh her ze začátku nepřijímali. Autorka v rámci předvýzkumu vyzkoušela, po několika negativních reakcích na techniku warm-up, nezařazovat a rovnou začít hlavní část. Hlavní část je většinou nějaké téma či ucelený projekt. Zpětnou vazbou pak v rámci předvýzkumu bylo, že klienti v rozhovorech nezávisle na sobě přiznávali, že jim warm-up začal chybět. Reflektovali, že i když se jim ze začátku do her nechtělo, atmosféra se i tak vždy uvolnila a lépe se jim pak dramaterapeutické pracovalo v hlavní části. Důležité je klienty informovat z jakého důvodu warm-upy zařazujeme. Stávalo se, že klienti neměli warm-upy dostatečně dramaterapeutem vysvětlené a měli pocit, že je tato práce „dětinská“ či „z nich děláme ještě větší blázný, než jsou“ apod. Klientům většinou vysvětlujeme, že se jedná o aktivitu, která má uvolnit atmosféru, snížit napětí a slouží k odreagování. Klientům vysvětlení samozřejmě nepomohlo k tomu, aby se cítili lépe či aby se skutečně uvolnili, ale byl to vždy krok k tomu, aby si to vyzkoušeli. Příkladem byla klientka, která jako velmi úzkostná pacientka se od začátku na skupině dramaterapie velmi těžko pohybovala. Bylo jí navrženo, že v případě, kdy aktivity nebude zvládat, nemusí se jich účastnit. Klientka se přesto zapojovala a reflektovala to jako vlastní „sebezkušnostní trénink“, i když měla obrovský strach, že to nezvládne. V momentě, kdy se jí podařilo s ostatními zapojit, tak ve zpětné vazbě reflektovala příjemné pocity. V současné době dramaterapeuti na klinice využívají techniky warm-upu velmi opatrně a strukturovaně, právě kvůli jejich častému nepřijetí.</p>	<p>s informovaností klientů jako s jejich motivací k léčbě. Velkou mírou zapojení se do těchto her sehrává i sympatie k terapeutovi. V případě, že klientům terapeut sympatický a rozumí si s ním, mají k němu blíže a do interaktivních her se snadněji zapojují. Značný vliv tedy hraje i důvěra. Autorka sledává blízkost i s podkategorií, že klient není bezmocný. Své kompetence si má totiž možnost daleko lépe uvědomit skrze pohyb a hru než přes racionální uvažování.</p>
<p><b>Podkategorie: OD POVRCHU K HLOUBCE</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Dramaterapeuti, kteří v současné době působí na klinice ve FN Olomouc se shodují, že se snaží být opatrní v tom, jaké metody práce používají, jelikož ví, že nebude vše reflektováno v takové míře, jak by mělo. Shodují se však, že s klienty postupem času pracují na daleko náročnějších</p>	<p>Vždy záleží na dramaterapeutovi, jaké má zkušenosti, vědomosti a odvalu pracovat s určitými technikami a tématy. Odvaha souvisí i s provázaností na klinice, kdy je</p>



<p>tématech než na začátku praxe na klinice. Autorka má z období vlastní praxe jiné zkušenosti. V prvních sezeních, která na klinice vedla v pozici dramaterapeuta, využívala technik, které byly pro klienty náročné, pracovala více se vztahy a s dramatizací. Čím delší dobu však na klinice působila, uvědomovala si, že práce v dramaterapii může být pro klienty velmi náročná. Klienti se často k technikám a k pocitům vraceli v intervalu mezi jednotlivými sezeními. Což pak autorka zjistila z reflexe klientů, kteří přicházeli s otázkami a dojmy, které v nich dramaterapie zanechala.</p>	<p>potřeba konkrétní situace reflektovat. Dramaterapeut by si měl být vědom vlastních kompetencí a umět s nimi zacházet. Hloubka je v našem případě pojmem značícím práci na těžších tématech, kde nejde pouze o cíl se odreagovat a uvolnit, ale také nalézat své vlastní témata a souvislosti s neurotickou poruchou.</p>
--	---

Tabulka 17 - Interpretace přímých citací ze skupinové diskuze a interview v propojení s vlastním pozorováním autorky a reflexí v rámci předvýzkumu s kontextem vztahujícím se k ostatním kategoriím a k teoretické části práce

## 5.5 Interpretace výsledků analýzy kvalitativních dat

V rámci kvalitativně orientované části výzkumu jsme se zaměřili na otázku:

*Jaký vliv má dramaterapie na psychoterapeutický proces v rámci 6 týdenního působení na klinice psychiatrie a jaké jsou jeho specifické charakteristiky?*

Přičemž tento oddíl práce nám, na základě hloubkové analýzy, poskytne prostor pro její zodpovězení.

V kontextu hlavní výzkumné otázky, která koresponduje s celkovým cílem této práce, se vynořila řada podotázek, které se vztahují k dramaterapeutickému procesu na Klinice psychiatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc, a které nám napomohly strukturovaně a relevantně prezentovat kvalitativní výstupy této práce, resp. odpovědět tak na stanovené výzkumné otázky.

*Jaké jsou možnosti dramaterapeutického působení na Klinice psychiatrie v Olomouci?*

Dramaterapie je v rámci terapeutického procesu zařazena jako povinná aktivita, na kterou klienti pravidelně docházejí. Dramaterapeuti mají možnost působit na klinice dvakrát týdně a tento způsob práce jim umožňuje získat zajímavou praxi s klienty s neurotickou poruchou, kterým tak mohou nabídnout neobvyklý způsob práce. Dramaterapie se od roku 2007 stala součástí programu na Klinice psychiatrie, oddělení 32 C, Fakultní nemocnice Olomouc a proces jejího vývoje se v čase měnil.

Možnosti, které dramaterapie na klinice má, jsou ohraničeny rolí dramaterapeuta a časem. Dramaterapeuti jsou dobrovolníky, kteří na klinice působí pouze v době, kdy mají s klienty dramaterapeutické sezení. Informace o klientech mají od samotných klientů a od personálu získají pouze zprávy, které jsou nezbytně nutné pro jejich působení. Lékařka, se kterou byl vedený rozhovor, zastává názor, že má dramaterapie větší potenciál, který však v současné době není zcela využitý. Role dramaterapeuta, který je dobrovolníkem, mu zcela neumožňuje být zainteresovaný do procesu dění na klinice a mít dostatek informací pro dramaterapeutickou práci.

Dle autorky jsou také možnosti dramaterapeutů omezeny vzděláním, které by mělo směřovat více do psychoterapie a sebezkušeností. Co se týče spolupráce s personálem, možnosti se pro dramaterapii rozšiřují s dobou, po kterou na klinice konkrétní dramaterapeuti působí. Vliv má určitě i vzájemný vztah dramaterapeutů a terapeutického týmu na klinice, který je závislý na pravidelném předávání informací a zpětné vazbě.

*Jaké faktory ovlivňují práci dramaterapeuta s klienty s neurotickou poruchou na Klinice psychiatrie ve FN Olomouc?*

Faktory, které dramaterapeutickou práci velmi ovlivňují, jsou, jak již bylo zmíněno, čas a sdílené informace. Informace, které jsou předávány klientům s neurotickou poruchou, mohou velmi ovlivnit první sezení dramaterapie. Také motivace klientů spolupracovat a jejich pohled na dramaterapii mají značný vliv na jejich aktivitu v rámci dramaterapie. Co se týče samotné skupinové práce, prvořadě je vybudování důvěrného vztahu, který si terapie nárokuje a dramaterapie o to víc.

V dramaterapii si klienti zkouší situace a role, které jsou pro ně často nové, a proto potřebují důvěřovat nejen dramaterapeutovi, ale také ostatním klientům ve skupině. Faktor ovlivňující skupinovou dramaterapeutickou práci, je také počet terapeutů na skupině. Jedná-li se o jednoho dramaterapeuta, hovoří dramaterapeuti o daleko intimnějším vztahu se skupinou, než když jsou dramaterapeuti dva. Ve vlivu počtu dramaterapeutů na skupinové dění, se terapeuti zcela neshodují. Práce jednoho dramaterapeuta vytváří sice větší intimitu ve vztahu dramaterapeut-klienti, ale je zároveň velmi náročná a dramaterapeut se nemá o koho v procesu sezení opřít. Dramaterapeutické sezení, které vedou dva dramaterapeuti je náročnější na přípravu a na koordinaci vzájemné spolupráce při samotném sezení. Staniční sestra považuje za výhodnější práci ve dvojici, jelikož si klienti mohou vybrat terapeuta, ke kterému mají blíž.

Autorka je toho názoru, že dramaterapie měla největší míru působení v momentě, kdy vedla skupinu s odborníkem z kliniky. S tímto názorem však zcela nesouhlasil jeden z psychologů, pro kterého byly přínosné informace, co mu dramaterapeuti reflektovali z dramaterapeutického sezení. Z jeho úhlu pohledu klienti reagovali jiným způsobem v momentě, když přicházeli do kontaktu s někým tzv. „z venku“, než kdyby na dramaterapii byl přítomen on. Dostával tak ucelenější obraz o jednotlivých klientech. Faktor role dramaterapeuta a koterapeuta je vnímán individuálně a každá z možných variací daného faktoru má své výhody i nevýhody.

*Jaké jsou problémové oblasti v procesu dramaterapeutické práce s klienty s neurotickou poruchou na Klinice psychiatrie ve FN Olomouc?*

Problémovými oblastmi v procesu dramaterapeutické práce s klienty je informovanost o dramaterapeutickém způsobu práce a s tím spojená důvěra. V momentě, kdy klienti nemají dostatek informací o dramaterapii, se aktivit tohoto druhu obávají. Klienty např. velmi zúzkostňovala představa, že by měli něco předvádět či před ostatními hrát. V takových případech bylo třeba klientům dramaterapii potřeba hlouběji popsat, podrobněji vysvětlit jednotlivé techniky a zejména pak zdůraznit tzv. pravidlo „stop“, umožňující klientovi svobodnou volbu se dané techniky nezúčastnit. Důvěra je úzce spojená jak s informacemi, tak se skladbou skupiny. Dramaterapie sama o sobě může podpořit kohezi ve skupině, ale v momentě, kdy už jsou vztahy mezi jejími členy narušeny či skupina je složena z jedinců, kteří si vzájemně neporozuměli, nemůže dramaterapie s prostorem, který má, danou skutečnost zásadně ovlivnit.

Další problémovou oblastí je samotný proces dramaterapie. I když se klienti ve skupině vzájemně akceptují, přesto forma dramaterapeutického sezení může být pro některé její členy nepřijatelná a neslučitelná s jejich představami o terapii. Struktura dramaterapeutického sezení je rozdělena do konkrétních částí. Začínáme tzv. warm-upem, což je dynamická hra, která má navodit uvolněnou atmosféru. Daná aktivita musí být dramaterapeuty ve skupině s neurotickými pacienty velmi pečlivě vybírána, jelikož je pro mnoho z nich na prvních sezeních považována za hru trapnou a vzbuzující stud.

Jednou z oblastí, kterou respondenti z řad dramaterapeutů považují za problematickou, byla denní doba, kdy docházeli na kliniku. V poobědovém čase bylo většinou velmi obtížné motivovat klienty k aktivní práci. Doba setkávání vycházela z omezených časových možností dramaterapeuta, jemuž se zdravotnický personál snažil

vyjít vstříc. Tento čas se však vyjevil v určitých ohledech jako kontraproduktivní. Klienti byli těsně po obědě unavení a těžko se jim vstupovalo do pohybových aktivit.

Další problémovou oblastí v procesu působení dramaterapeuta na klienty neurotickou poruchou byla připravenost. Klienti s neurotickou poruchou dle pozorování a odpovědí respondentů, potřebují mít alespoň bazální důvěru v profesionalitu dramaterapeuta a jeho záměry, jinými slovy potřebují věřit, že dramaterapeut si je jistý tím, co dělá. V momentě, kdy na klienty působilo dramaterapeutovo počínání improvizovaně, reagovali někteří klienti negativně. Vzbuzovalo to v nich pocit nedůvěry v dramaterapeutický proces.

Tyto závěry však nelze považovat za obecně platné, každá skupina reagovala dle svého složení, nastavení a celkového pocitu důvěry jiným způsobem. Přístup k dramaterapii se také mění v čase, který klienti na dramaterapii stráví a hlavně tím, jak daný čas využijí.

*Co může dramaterapie nabídnout klientovi s neurotickou poruchou v procesu jeho léčby na Klinice psychiatrie v Olomouci?*

Dramaterapie v současné době probíhá ve dvou skupinách na Klinice psychiatrie oddělení 32 C, a to ve skupině 1, která funguje dle principů dynamické psychoterapie a ve skupině 2, která se řídí principy KBT. Ve skupině 1 probíhá dramaterapie dvakrát týdně s dvěma dramaterapeuty. Ve skupině 2 je dramaterapie realizována jednou týdně s jedním dramaterapeutem. Dramaterapie nabízí aktivní skupinovou práci, která je postavena na principech dramaterapie. Dramaterapie má na Klinice psychiatrie-oddělení 32 C Fakultní nemocnice Olomouc své ustálené místo. Dramaterapeuti jsou dobrovolníci, kteří docházejí pouze na samotnou dramaterapeutickou práci s klienty. V prvním týdnu léčby, kdy se klienti poprvé sejdou na ranní komunitě, je jim představen celý terapeutický tým včetně dramaterapeutů. Dramaterapeuti zde mají možnost krátce dramaterapii představit.

V průběhu výzkumu dramaterapeuti pozměnili způsob seznamování klientů s dramaterapií tím, že požádali předchozí skupinu, která program ukončovala, aby nově příchozím pacientům sepsali jejich postřehy a dojmy z dramaterapie a nastínili jim, co mohou očekávat. Dopisy pak byly prezentovány na prvním komunitním sezení. Daný způsob se zatím jeví jako účinný, jelikož hned na první komunitě částečně uvolnil atmosféru mezi pacienty.

Dramaterapie je součástí programu po dobu pěti týdnů, kdy se společně hledají způsoby práce, které budou klientům nejvíce vyhovovat. V prvním sezení si skupina vždy vytváří vlastní rituál pro vstup do dramaterapeutického prostoru, seznamuje se se způsoby práce, stanovuje si cíle a pravidla, která chtějí, aby v dramaterapii byla dodržována. Nejčastějšími cíli klientů jsou pocity uvolnění a odreagování, což je u klientů s neurotickou poruchou velmi důležité s ohledem na jejich symptomatologii.

## 6 DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Propojením kvantitativní a kvalitativní části výzkumu získáme ucelený obraz o problematice vlivu dramaterapie na klienty s neurotickou poruchou. Autorka si pro účely kvantitativního šetření zvolila metodu autoevaluace klientů za pomoci ratingu v podobě grafických škál a sémantický diferenciál. Respondenty z kvantitativní části výzkumu byli klienti oddělení 32 C, Kliniky psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc. Klienti měli zaznamenávat své postřehy z dramaterapie do dvou částí. První část obsahoval otázky z cílů dramaterapie, týkající se důvěry, schopnosti improvizovat a interakcí ve skupině, které měli klienti introspektivně zhodnotit za pomoci standardizovaného pozorování. Grafické posuzovací škály složili k vyhodnocení, do jaké míry byl dle nich dramaterapeutický cíl plněn. Druhou část sběru kvantitativních dat tvořil sémantický diferenciál s devíti položkami, které měly zkoumat hodnocení a energii dramaterapie. Hodnocení dramaterapie dle výsledků kvantitativního výzkumu, je u klientů úzce propojeno s důvěrou. Důvěra je dle výsledků šetření také úzce propojena se schopností klientů improvizovat. Interference mezi důvěrou klientů a jejich zapojením do dramaterapeutické práce je blíže popsána v kategoriích v kvalitativní části výzkumu. Ze skupinové diskuze a pozorování vyplynulo, že v momentě kdy klient nemá důvěru ve členy terapeutické skupiny, v terapeuta a v našem případě ve smysluplnost dramaterapeutického působení, je velmi obtížné aplikovat dramaterapeutické techniky.

Faktor energie dle analýzy statistického šetření, není propojený s interakcí ve skupině. Dle výsledků statistických analýz měřený faktor energie v sémantickém diferenciálu neměřil energii, ale opět hodnotil dramaterapii. V kvalitativní části výzkumu autorka za pomoci zúčastněného pozorování ve srovnání s výsledky skupinové diskuze zaznamenal, že energie je ve značném propojení s interakcí ve skupině. Interakce by bez energie byly téměř neslučitelné.

Autorku zajímalo hodnocení dramaterapie z pohledu dramaterapeutů ve spojitosti s hodnocením dramaterapie samotnými klienty. Výsledky šetření ukázaly, že dramaterapii hodnotí lépe dramaterapeuti než samotní klienti. Dramaterapeuty tento výsledek kvantitativního šetření nijak nepřekvapoval. Klienti dle nich nehodnotili dramaterapii jako přínosnou a nepřínosnou pro jejich léčbu, ale jako příjemnou a nepříjemnou. Kvalitativní vysvětlení kvantitativního výsledku šetření, je, že dramaterapie klientům nebyla vždy příjemná. Souvislost mezi nepříjemným pocitem a dramaterapií je dána konfrontací s vlastním sebeprojem, který klienti na dramaterapii zažívají. Pocity studu a trapnosti,

kteře klienti popisovali již v předvýzkumu této práce, byly reakcí např. na warm-upy, které se zařazují v úvodu dramaterapie. Ovšem v momentě, kdy se klientům podařilo nepříjemné pocity odbourat, začínala mít pro ně dramaterapie význam. Nepříjemné pocity nebývají propojeny pouze s technikami dramaterapie, ale také se vztahy mezi členy skupiny. Nefungující skupiny často narušovaly léčbu všem členům skupiny. Důležité je s těmito faktory ovlivňujícími léčbu pracovat. „Zůstávají-li úzkosti a obavy nevyřoveny, v podhoubí nabývají na síle a stále rostou. Naopak postaví-li se k nim skupina čelem, začnou se zmenšovat nebo přinejmenším nebrzdí práci skupiny“ (Corey, Schneider Corey, Callanan, Russel, 2006, s. 98).

Zajímavou otázkou dle autorky byla i problematika hodnocení dramaterapie skupinou 1 dynamickou a skupinou 2 KBT. Z výsledků statistických analýz se ukázalo, že v hodnocení dramaterapie u těchto dvou skupin není rozdíl. V kvalitativní části výzkumu se odborníci z Kliniky psychiatrie v Olomouci, konkrétně oslovená lékařka a staniční sestra, nezávisle na sobě shodly, že dle výběru pacientů do skupin a rozdílného principu terapeutické práce v obou skupinách, bude skupina 1 dynamická víc motivovanější k dramaterapeutické práci. Dramaterapeuti rozdíl na sezeních dramaterapie nezaznamenali. Skupina 1 Dynamická a skupina 2 KBT byly zvyklé na jiný typ terapie, ale tato diferenciaci nijak neovlivňovala motivaci klientů ke skupinové dramaterapeutické práci. Výraznějším vliv dle kvalitativního výzkumu, měla na dramaterapii informovanost klientů a pozice dramaterapeuta v týmu. Dramaterapeuti v rámci své praxe nejsou informováni o klientech ani o průběhu psychoterapeutických skupin, kterých se klienti denně účastní, což si s klienty na prvním sezení vyjasní. Dramaterapeuti tedy vždy pracují jen s tím, co přináší klient. Problematické situace nastávaly v momentě, kdy klienti dostatečně nepochopili, co je dramaterapie a když nedostali na tuto otázku, pro ně srozumitelnou odpověď, přicházeli často na skupinová dramaterapeutická sezení s předsudky. Do skupin se také občas infiltroval postoj, že dramaterapeut není dostatečně zkušený odborník, jelikož není součástí terapeutického týmu a dramaterapie, pak pro ně nemá význam. Postoje klientů se však často v průběhu 6 - týdenní hospitalizace měnila v závislosti na zkušenostech, které po čase na dramaterapii nabyli a mohli si tak vytvořit jasnější představu o dramaterapii. V nejlepším případě z ní dokázat čerpat. Nezbytné pro terapeutickou práci je vlastní investice klienta o čemž vypovídá i jedna z podkategorie v kvalitativní části *Nebýt bezmocný*, kdy by si klienti měli uvědomit, že nejsou v procesu léčby bezmocní.



Kvantitativní část výzkumu se zaměřovala na zjišťování vlivu dramaterapie na klienty s neurotickou poruchou. Rating s grafickými hodnotícími škálami a sémantický diferenciál, který dramaterapeuti na konci sezení distribuovali, se postupem času stal rušivým elementem pro dramaterapeutickou práci, proto v polovině roku 2012 se autorka více zaměřila na kvalitativní část výzkumné šetření a po dohodě s dramaterapeuty distribuci dotazníků ukončili. V kvalitativní části výzkumu metodou trsu a pomocí obsahové analýzy dat autorka rozdělila získaná data do 7 kategorií a 23 podkategorií, které vznikaly na základě otázek pokládaných autorkou respondentům nebo samy vyplynuly v průběhu výzkumu. V kategoriích je zaznamenán jak přístup v procesu dramaterapie např. v kategorii *Skupinová práce*, tak jsou ve výsledcích výzkumu zaznamenány okolnosti, které průběh dramaterapie. Fungování na klinice ovlivňoval např. čas sezení, což je i jedna z podkategorií předkládané práce. Na základě zjištěných informací se autorka rozhodla vytvořit doporučení pro praxi.

## **6.1 Doporučení pro praxi**

Na základě výsledků kvantitativního a kvalitativního šetření vznikly podněty pro vypracování určitého výčtu doporučení, které mohou napomoci lepší integraci dramaterapeutické práce do procesu léčby klientů s neurotickou poruchou. Autorka se rozhodla rozdělit doporučení směrem k dramaterapeutům a doporučení pro praxi směrem k terapeutickému týmu a zdravotnickému personálu.

### ***6.1.1 Doporučení pro praxi směrem k terapeutickému týmu a zdravotnickému personálu***

- Na začátku je důležité si s dramaterapeuty dohodnout v jakém čase a v jakém intervalu budou vést dramaterapii v rámci programu na klinice psychiatrie. Doporučený interval jsou dvě sezení týdně hodinu a půl. Po domluvě s dramaterapeuty najít ideální čas pro dramaterapeutická sezení, tak aby byl co nejméně zatěžující pro klienty.
- Má-li být dramaterapie trvale součástí programu je důležité, aby personál znal tento způsob práce a dokázal informace o sezeních poskytnout i klientům.
- Důležité je si na začátku stanovit cíle a ujasnit si možnosti dramaterapie v rámci terapeutického týmu. Klienti sami přicházejí s vlastním očekáváním, ale je žádoucí

se s dramaterapeutem domluvit jak se skupinou budete pracovat a kam budete společně klienty směřovat.

- Pravidelně se s dramaterapeuty scházet a reflektovat konkrétní sezení. Popřípadě zprostředkovat dramaterapeutům konstruktivní zpětnou vazbu.
- Zjišťovat co se v dramaterapii událo i od klientů, se kterými máte sezení. Klienti často na dramaterapii otevírají zajímavá témata, která by mohla být přínosná i do skupinové psychoterapie.
- Najít si čas a domluvit se s dramaterapeutem na společném dramaterapeutickém sezení, které vám může zprostředkovat jiný úhel pohledu na skupinu, se kterou pracujete.
- Pokud se v terapii vyskytne pacient, pro kterého dramaterapie není vhodná, je důležité to probrat i s dramaterapeutem a společně se domluvit krocích, které v takovém případě podniknete.
- Zprostředkovávat dramaterapeutovi informace o aktuálních problémech a specifikách, které se týkají skupiny, se kterou pracuje. Tyto informace by mohly nějakým způsobem ovlivnit i průběh dramaterapie.
- Doporučit dramaterapeutovi vhodného supervizora znalého problematiky práce s klientem s neurotickou poruchou.

### ***6.1.2 Doporučení pro praxi směrem k dramaterapeutům***

- Na začátku sezení s personálem domluvit čas a frekvenci sezení, tak aby setkávání vycházelo ideálně na dvě setkání týdně. Důležité je s personálem stanovit vhodnou dobu sezení.
- Než začnete s dramaterapeutickou prací s klienty ujasněte si, zda budete pracovat samostatně nebo ve dvojici. Pokud se rozhodnete pracovat samostatně, proberte s terapeutickým týmem výhody a úskalí této práce. V případě, že dramaterapii povedete ve dvojici, měli byste svého terapeutického partnera znát v roli dramaterapeuta a vyzkoušet si s ním spolupráci dříve než začnete realizovat dramaterapeutická sezení.
- Při prvním kontaktu s klienty se jim snažit zprostředkovat v krátkosti důležité údaje o dramaterapii. Klienti se neurotickou poruchou se většinou tohoto typu terapie

obávají, proto je potřeba být vstřícný a vytvořit prostor pro otázky, na které potřebují znát odpověď.

- První sezení doporučujeme koncipovat s ohledem na strach a obavy, které klienti mohou mít. Vytvořit společně bezpečný prostor, ve kterém se klienti mohou s důvěrou projevit, je základ pro dramaterapii. Doporučujeme proto jednoduché techniky, které nejsou pohybově náročné, ale spíše zaměřené na vzájemné poznávání se.
- K prvním sezením přistupovat jako k mapování zakázky ze strany skupiny. Každá skupina potřebuje něco jiného, a proto je důležité pozorování, které nám zprostředkuje informace, zda skupina potřebuje více aktivit či se spíše odreagovat.
- Warm-upy v dramaterapeutických intervencích často klienti komentují jako trapné a dětinské, proto doporučujeme klientům strukturu dramaterapeutické lekce vysvětlit a vytvořit bezpečný prostor pro aktivní hru.
- Práci na skupině pravidelně reflektovat s terapeutickým týmem a zprostředkovávat personálu kliniky informace z dramaterapeutických sezení.
- Neustále se vzdělávat a v nejlepším případě se přihlásit do sebezkušenostního výcviku.
- Zajistit si pravidelnou případovou supervizi.

## ZÁVĚR

Předkládaná disertační práce je vzhledem do problematiky dramaterapeutického působení na klienty s neurotickou poruchou v rámci Kliniky psychiatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc. Na začátku práce jsme si kladli za cíl zprostředkovat ucelený pohled na danou oblast a nalézt východiska a potenciál dramaterapeutické intervence s klienty s neurotickou poruchou. Vzhledem k obrovské variabilitě dramaterapeutického působení se nám podařilo výše uvedené cíle alespoň částečně naplnit.

Námi zvolenou cílovou skupinu osob s neurotickou poruchou, poruchou vyvolanou stresem a somatoformní poruchou jsme se snažili blíže charakterizovat v teoretické části této práce. Kapitola Klient s neurotickou poruchou ve skupinové terapii je kontinuálním pokračováním deskripce oblasti našeho zájmu.

Ve třetí velké kapitole je blíže specifikovaná dramaterapie, která dokresluje rámeček celé teoretické části. Empirická část disertační práce se opírá jak o poznatky z teorie tak o předvýzkum předkládané práce. Výsledky analýz kvantitativních i kvalitativních dat nám zprostředkovávají přehled o možnostech dramaterapeutické práce, ale také o limitech, které dramaterapeutická práce na Klinice psychiatrie ve Fakultní nemocnici v Olomouci má.

Věříme, že tato práce nebude jen podnětem k diskuzi, ale také impulsem pro další zkoumání dané problematiky. Zároveň jsme přesvědčeni, že naše práce rozšířila obzory dramaterapeutického působení a bude motivovat odborníky z dramaterapeutické praxe k aktivnímu sdílení odborných zkušeností prostřednictvím publikování a prezentací svých poznatků na vědeckých konferencích.

## POUŽITÁ A PROSTUDOVANÁ LITERATURA

BERNE, E. (2011) *Jak si lidé hrají*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-992-7.

COHEN, R. M. (2002) *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 190 s. ISBN 80-7178-497-4.

COREY, G., SCHNEIDER COREY, M., CALLANAN, P., RUSSEL, J., M. (2006) *Techniky a přístupy ve skupinové psychoterapii*. 1. vyd. Praha: Portál, 246 s. ISBN 80-7367-160-3.

DEVITO, J. (2008) *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada Publishing, 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

FONAGY, P., TARGET, M. (2005) *Psychoanalytické teorie: perspektivy z pohledu vývojové psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 398 s. ISBN 80-7178-993-3.

FRANKL, G. (2003): *Archeologie mysli. Sociální dějiny nevědomí – 1. část*. Praha: Portál, 184 s. ISBN 80-7178-692-6.

GAVORA, P. (2000) *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

GRAWE, K. (2007) *Neuropsychoterapie: nové přístupy k terapii na základě poznatků neurovědy*. 1. vyd. Praha: Portál, 487 s. ISBN 978-80-7367-311-6.

HAWKINS, P; SHOHET, R. (2004) *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 202 s. ISBN 80-7178-715-9.

HENDL, J. (2005) *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

HICKSON, A. (2000) *Dramatické a akční hry: ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 1. vyd. Praha, Portál, 167 s. ISBN 80-7178-387-0.

CHRÁSKA, M. (2007) *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANÍČEK, J. (2008) *Když úzkost bolí*. 1. vyd. Praha: Portál, 203 s. ISBN 978-80-7367-366-6.

- JENNINGS, S., CATTANACH A., MITCHELL, S., CHESNER, A., MELDRUM, B. (1994) *The handbook of dramateherapy*. London, New York: Routledge. ISBN 0-415-09055-5.
- JOSSELSOHN, R. (2009) *Irving D. Yalom: O psychoterapii a lidském bytí*. 1. vyd. Praha: Portál, 149 s. ISBN 978-80-7367-533-2.
- KAST, V. (2012) *Úzkost a její smysl*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0160-1.
- KAST, V. (2000) *Dynamika symbolů*. 1. vyd. Praha: Portál, 206 s. ISBN 80-7178-371-4.
- KASTOVÁ, V. (2010) *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 167 s. ISBN 978-80-7367-800-5.
- KOŤÁTKOVÁ, S. a kol. (1998) *Vybrané kapitoly z dramatické výchovy*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-756-9.
- KRATOCHVÍL, S. (2006) *Jak žít s neurózou: o neurotických poruchách a jejich zvládnutí*. 4., rozš. vyd. Triton: Praha. ISBN 80-7254-553-1.
- KRATOCHVÍL, S. (2005) *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3., dopl. vyd. Praha: Galén, 297 s. ISBN 80-7262-347-8.
- KRATOCHVÍL, S. (2006) *Základy psychoterapie*. 5., přeprac. vydání. Praha: Portál, 383 s. ISBN 80-7367-122-0.
- LINHARTOVÁ, V. (2007) *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MACHKOVÁ, E. (2005) *Metodika dramatické výchovy: zásobník dramatických her a improvizací*. 10. Vydání. Praha: Sdružení pro tvořivou dramaturgii, 153. ISBN 80-901660-6-7.
- MACHKOVÁ, E. (2012) *Volba literární látky pro dramatickou výchovu, aneb, Hledání dramatičnosti*. 2., dopl. vyd. Praha: Akademie múzických umění 146 s. ISBN 978-80-7331-214-5.
- MENTZOS, S. (2005) *Dynamika duševní nemoci*. 1. vyd. Praha: Portál, 127 s. ISBN 80-7178-992-5.
- MIOVSKÝ, M. (2006) *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

- MOORE, T. (2001) *Temný eros*. 1. vyd. Praha: Portál, 167 s. ISBN 80-7178-530-X.
- MÜLLER, O. (2005) *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1. vyd. V Olomouci: Univerzita Palackého, 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
- NEENAN, M., DRYDEN, W. (2008) *Kognitivní terapie: stručný přehled psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 109 s. ISBN 978-7367-372-7.
- PALARČÍKOVÁ, A. (2011) *Tygr v oku, aneb, o tvorbě inscenace s dětmi a mládeží*. 2. upr., vyd. Praha: NIPOS, 133 s. ISBN 978-80-7068-006-6.
- PLHÁKOVÁ, A. (2006) *Dějiny psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0871-X.
- PRAŠKO, J. a kol. (2005) *Sociální fobie, Jak překonat nadměrný stud*. 1. vyd. Praha: Portál, 132 s. ISBN 80-7367-031-3.
- PRAŠKO, J., KYRALOVÁ I., MINAŘÍKOVÁ V., PRAŠKOVÁ H. (1998) *Skupinová kognitivně-behaviorální terapie depresí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 195 s. ISBN 80-85121-42-5.
- PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., VAŠKOVÁ, K., VYSKOČILOVÁ, J. (2006) *Panická porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén, 55 s. ISBN 80-7262-424-5.
- PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, J. (2006) *Úzkost a obavy. Jak je překonat*. Praha: Praha: Portál, ISBN 80-7367-079-8.
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. (2003) *Psychiatrie*. 3. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-423-3.
- RABOCH, J., PRAŠKO, J., SEIFERTO VÁ, D. (1998) *Panické stavy II. Díl.*, Smith Kline Beecham, Pharmaceuticals, Psychiatrická společnost, České lékařské společnosti J. E. Purkyně.
- REIMANN, F. (2010) *Základní formy strachu*. 3. vyd. Praha: Portál, 199 s. ISBN 978-80-7367-700-8.
- RIEGER, Z. (2007) *Lod' skupiny: inspirace pro současné i budoucí lodivody ve skupinové terapii*. 2. vyd. Praha: Portál, 206 s. ISBN 978-80-7367-222-5.
- RICHTER, L. (2008) *Praktický divadelní slovník*. 1. vyd. Praha: Dobré divadlo dětem. ISBN 978-80-902975-8-6.



- ŘÍČAN, P. (2006) *Cesta životem: vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
- SMOLÍK, P. (1996) *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-33-0.
- STRAUSS, A. L., CORBIN, J. (1999) *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.
- STEJSKALOVÁ, K. (2010) *Kvalita života dětí s retinopatií nedonošených*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 369 s. Školitel: LUDÍKOVÁ, L. [Disertační práce.]
- SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (2006) *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 251 s. ISBN 80-85121-11-5.
- ŠIMANOVSKÝ, Z. (2002) *Hry pro zvládání agresivity a neklidu*. 1. vyd. Praha: Portál, 175 s. ISBN 80-7178-689-6.
- ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. (2007) *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VALENTA, M. a kol. (2006) *Rukověť dramaterapie a teatroterapie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 139 s. ISBN 80-244-1358-2.
- VALENTA, M. (2003) *Dramaterapeutické projektování*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 91 s. ISBN 80-244-0615-2.
- VALENTA, M. (2001) *Dramaterapie*. 2.vyd., Praha: Portál, 150 s. ISBN 80-7178-586-5.
- VALENTA, M., MŮLLER, O. (2003) *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 1. vyd. Praha: Parta, 443 s. ISBN 80-7320-039-2.
- VALENTA, M. (2011) *Dramaterapie*. 4. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3851-2.
- VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. (2010) *Současná psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 743 s. ISBN 978-80-7367-682-7.
- VYMĚTAL, J. a kol. (2004) *Obecná psychoterapie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 396 s. ISBN 80-247-0723-3.
- VYMĚTAL, J. a kol. (2007) *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, ISBN 978- 80-247- 1315- 1.

- VÝROST, J. (2008) *Sociální psychologie*. Praha: Grada, 404 s., ISBN 978-80-247-1428-8.
- WEST, G. K. (2002) *Dobrodružství psychického vývoje: kapitoly z vývojové psychologie*. 1. vyd. Portál: Praha. ISBN 80-7178-684-5.
- WOLLSCHLAGER, M. a G. (2002) *Symbol v diagnostice a psychoterapii: práce s předměty v individuální, rodinné a skupinové psychoterapii*. 1 vyd. Praha: Portál, 196 s. ISBN 80-7178-643-8.
- YALOM, I. D. (1999) *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. 1.vyd. Hradec Králové: Konfrontace, 704 s. ISBN 80-86088-05-7.
- ZAPLETAL, M. (1996) *Hry v klubovně. Velká encyklopedie her*. 2. vyd. Praha: Leprez. ISBN 80-901826-9-0.
- ZEIG, J. K. (2005) *Umění psychoterapie: C. Rogers, V. Satirová, P. Watzlawick, A. Ellis, A. Beck, A. Lazarus a další*. 1. vyd. Praha: Portál, 710 s. ISBN 80-7178-972-0.

### **Další elektronické zdroje**

- Asociace dramaterapeutů České republiky [online] Dostupné z WWW: <<http://adcr.cz>>
- Aktualizované MKN-10 (2013) [online] [cit. 19. 4. 2013] Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-od-1-ledna-2013>>
- JÁNIŠ, M. (2010) *Účinné faktory skupinové psychoterapie*. [online] E-psychologie. 4., roč., číslo 1. Elektronický časopis Českomoravské psychologické společnosti. [cit. 20. 4. 2013] Dostupné z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/janis.pdf>>. ISSN 1802-8853.
- JOHANOVÁ, J. (2010) *Dramatická výchova v Nizozemsku*. [online] Tvořivá dramatika, XXI., roč., č. 3 (61), Vydává: NIPOS-pracoviště ARTAMA [cit. 28. 3. 2013] Dostupné z WWW: <[http://www.drama.cz/periodika/td\\_archiv/td2010\\_3.pdf](http://www.drama.cz/periodika/td_archiv/td2010_3.pdf)>. ISSN 1211-8001.
- FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC *Výroční zpráva 2011*. [online] [cit. 15. 2. 2013] Dostupné z WWW: <<http://www.fnol.cz/pdf/2011.pdf>>
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum v pedagogice*. [online] [cit. 8. 5. 2013] Dostupné z WWW: <<http://www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf>>
- PAPEŽOVÁ, H. (2006) *Úzkostné poruchy*. [online] [cit. 1. 5. 2013] Dostupné z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/uzkostne-poruchy-272927>>

- MALÁ, E. (2012) *Problémy s úzkostí a strachem. Úzkostné poruchy a fobie v dětství* [online] Šance dětem. [cit. 21. 4. 2013] Dostupné z WWW: <<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-ditete/problemy-s-uzkosti-a-strachem.shtml>>
- VALENTA, M. (2009) *Učební texty pro účastníky projektu CZ.1.07/1.2.00/08.0107 Múzické dílny a rozvoj poradenství*. [online] [cit. 1. 4. 2013] Dostupné z WWW: <[http://www.vcizp.cz/doc/2010/Uc\\_text\\_Muz\\_dilny.pdf](http://www.vcizp.cz/doc/2010/Uc_text_Muz_dilny.pdf)>
- WILSON, J. (2009) *Moreno and Beck: Psychodrama and CBT*. [online] [cit. 3. 4. 2013] Dostupné z WWW: <<http://aanzpa.org/system/files/120.pdf>>
- KEDEM-TAHAR, E., KELLERMANN F. P. (1996) *Psychodrama and drama therapy: A comparison*. [online] [cit. 3. 4. 2013] Dostupné z WWW: <<http://peterfelix.tripod.com/home/Drama.pdf>>
- KOLÍNOVÁ, B. *Oživit své vnitřní drama: Dramaterapie jako součást života*. [online] [cit. 2. 4. 2013] Dostupné z WWW: <<http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fcasopiscaa.wz.cz%2Fclanky%2Fc08%2520drama.doc&ei=X0GIUdb6N8yFhQfAgYGoAg&usg=AFQjCNHFMEQNwavvJXWOqsQx-G-6S5TxTg&bvm=bv.47008514,d.bGE>>
- KOPISTA P., KOPISTOVÁ H. *Úzkostné poruchy*. [online] [cit. 21. 4. 2013] Dostupné z WWW: <[www.uzkost.cz](http://www.uzkost.cz)>
- UZIS ČR (2012) *Zdravotnická ročenka České republiky 2011*. [online] [cit. 4. 2. 2013]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz>>. ISSN 1210-9991.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2013) *Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99): neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40-F48)*. [online] [cit. 15. 4. 2013] Dostupné z WWW: <[www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html](http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html)>

## SEZNAM PUBLIKAČNÍ ČINNOSTI AUTORKY DISERTAČNÍ PRÁCE

OLEJNÍČKOVÁ, J. (2009) *Využití technik dramaterapie v rámci práce školního speciálního pedagoga na Základní a mateřské škole v Jarošově a Základní škole T. G. Masaryka, Uherské Hradiště* In Sborník X. mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami a V. mezinárodní dramaterapeutické konference. Olomouc: Křupka. ISBN 878-80-903832-7-2.

OLEJNÍČKOVÁ, J. (2009) *V. dramaterapeutická konference v Olomouci*. In Arteterapie. Časopis České arteterapeutické asociace se zaměřením na expresivní terapie (arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie) č. 19. ISSN 1214-4460. Dostupné z WWW: <[http://www.arteterapie.cz/?kategorie=clanky\\_stale&podkategorie=casopis&clanek=82](http://www.arteterapie.cz/?kategorie=clanky_stale&podkategorie=casopis&clanek=82)>

OLEJNÍČKOVÁ, J. (2010) *Obecně o lidské komunikaci*. In JURKOVIČOVÁ, P. (ed.) a kol. *Komunikace a lidé s mentálním postižením. Metodický materiál*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2648-8.

OLEJNÍČKOVÁ, J. (2012) *Vzdělávání dětí s poruchou chování. Šance dětem* ISSN 1805-8876. Dostupné na WWW: <<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/vzdelavani-deti-se-specialnimi-potrebami/vzdelavani-deti-s-poruchou-chovani.shtml>>

OLEJNÍČKOVÁ, J., RŮŽIČKA, M. (2013) *Symboly v terapii u klientů v doléčovacím programu*. In Arteterapie. Časopis České arteterapeutické asociace se zaměřením na expresivní terapie (arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie) č. 33. ISSN 1214- 4460.

MAŠTALÍŘ, J., OLEJNÍČKOVÁ, J., VALENTA, M. (2013) *Názory speciálních pedagogů a pracovníků vybraných sociálních služeb na problematiku ukončování povinné školní docházky studentů základních škol speciálních v souvislosti s jejich přechodem do dalších návazných sociálních služeb v olomouckém kraji*. In Zborník příspěvků z konference Študent na ceste k praxi II v Prešove. (in print)

## **ANOTACE DISERTAČNÍ PRÁCE**

Jméno a příjmení: Jana Olejníčková

Název práce: Vliv dramaterapie na klienty s neurotickou poruchou

Název práce v angličtině: Influence of drama-therapy for patients with neurotic disorder

Vedoucí práce: PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.

Katedra nebo ústav: Ústav speciálněpedagogických studií

Obor: Speciální pedagogika

Počet stran: 170

Počet příloh: 11

Rok obhajoby: 2013

Klíčová slova: dramaterapie, klient s neurotickou poruchou, skupinová terapie, dramaterapeut, hra

Resumé: Práce se zabývá problematikou vlivu dramaterapie na klienty s neurotickou poruchou na Klinice psychiatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou. První kapitola teoretické části popisuje neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Druhá kapitola je věnovaná skupinové terapii a ve třetí kapitole teoretické části je charakterizována dramaterapie.

Empirická část je rozdělena dle typu výzkumných strategií na kvantitativní a kvalitativní. V části kvantitativní je specifikován výzkumný vzorek, kterým byli klienti s neurotickou poruchou a popsány metody sběru, kterými byla technika standardizovaného pozorování a dvoufaktorový sémantický diferenciál. Data jsou v práci statisticky zpracovaná a dále interpretovaná. Kvalitativní část výzkumu se zaměřila na dramaterapeuty a personál kliniky psychiatrie, se kterými byla vedena interview a skupinová diskuze. Celou problematiku doplňuje pozorování autorky. Kvalitativní data byla zpracovaná za pomoci obsahové analýzy dat. V závěru práce jsou poznatky z jednotlivých výzkumných částí propojeny a interpretovány směrem k praxi i teorii.

## SUMMARY

### **Influence of drama-therapy for patients with neurotic disorder**

Institute of Special Education Studies.  
Faculty of Education. Palacký University Olomouc.

**Key words:** drama-therapy, patient with neurotic disorder, group-therapy, drama therapist, performance

The study is describing the problematics of drama-therapy influence for the patients with neurotic disorders observed on the Psychiatry Clinic at University Hospital Olomouc. The study is divided into theoretic and empiric parts. The first chapter of the theory describes the neurotic disorders, disorders initiated by stress and somatoform disorders. Second chapter is dedicated to the group-therapy and the third chapter of the theory describes the drama-therapy itself.

Empiric part is segmented in accordance with the research strategy to quantitative and qualitative. The quantitative part specifies the research objects, meaning patients with the neurotic disorders including the data collection methodology – method of standardized observation and bi-factorial semantic differential. The collected data in the research are statistically elaborated and interpreted. The qualitative part of the research was focused on the drama therapists and staff of the Psychiatry Clinic, with whom the interview, as well as group-discussion has been done. The problematics was commented by the author's observation notes. The qualitative data was elaborated with the support of content data analysis. The notes of the all research parts are linked and interpreted in accordance with both practical and theoretical point of view at the end of the study.

## ZUSAMMENFASSUNG

### Effekt des Dramatherapies auf Kunden mit neurotischen Störungen

Institution der sonderpädagogischen Studien  
Pädagogische Fakultät der Palatzky Universität in Olmütz

**Schlagwörter:** Dramatherapie, Patienten mit neurotischen Störungen, Gruppentherapie, Dramatherapeut, das Spiel

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Einfluss die Dramatherapie auf Patienten mit neurotischen Störungen in der Abteilung für Psychiatrie an der Universitätsklinik Olomouc. Die Arbeit ist in theoretische und empirische unterteilt. Das erste Kapitel dieses Teils beschreibt die neurotischen, Belastungs-und somatische Störungen. Das zweite Kapitel ist Gruppentherapie gewidmet und im dritten Kapitel des theoretischen Teils beschreibt die Dramatherapie.

Der empirische Teil wird nach der Art der Forschung für quantitative und qualitative unterteilt. In der quantitativen Forschung Probe angegeben wird, waren die Patienten mit neurotischen Störungen und die Methoden der Sammlung, die standardisierte Beobachtung Technik und Zwei-Faktor-semantische Differential war. Die Daten in der Arbeit sind statistisch verarbeitet und interpretiert. Der qualitative Teil der Forschung hat sich auf Dramatherapeuten eine Psychiatrie Klinikpersonal konzentriert, mit denen wurde Interviews und Gruppendiskussionen durchgeführt. Das ganze Thema wird durch die Beobachtung des Autors dargestellt. Qualitative Daten wurde unter Verwendung Inhaltsanalyse. Abschließend verbunden die Erkenntnisse aus der Forschung und interpretiert in Richtung Praxis und Theorie.



## SEZNAM ZKRATEK

ADCR	Asociace dramaterapeutů České republiky
ASWG	Asociace specialistů ve skupinové práci
ATER	Attitude Towards Educational Reality
EEG	Elektroencefalogram
EKG	Elektrokardiogram
FN	Fakultní nemocnice
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PdF	Pedagogická fakulta
SD	Sémantický diferenciál
Tab.	Tabulka
UP	Univerzita Palackého

## SEZNAM TABULEK, SCHÉMAT A GRAFŮ

Tabulka 1 - Výsledky faktorové analýzy použitých škál sémantického diferenciálu.....	89
Tabulka 2 - Faktorová analýza výsledků ve vyhovujících škálách SD.....	90
Tabulka 3 - Korelace mezi hodnocením dramaterapie a důvěrou ve skupině.....	90
Tabulka 4 - Hodnocení dramaterapie u mužů a u žen.....	91
Tabulka 5 - Hodnocení dramaterapie u skupiny KBT a u skupiny dynamické.....	92
Tabulka 6 - Korelace mezi sociální interakcí ve skupině a faktorem energie SD ve skupině.....	93
Tabulka 7 - Korelace mezi důvěrou ve skupině a schopností klientů improvizovat.....	93
Tabulka 8 - Důvěra klientů ve skupině po 1. sezení a po druhém a dalších sezeních.....	94
Tabulka 9 - Hodnocení dramaterapie u terapeutů a hodnocení dramaterapie u klientů.....	95
Tabulka 10 - Hodnocení prvního sezení u skupiny KBT a u skupiny dynamické .....	96
Tabulka 11 - Interpretace přímých citací ze skupinové diskuze a interview v propojení s vlastním pozorováním autorky a reflexí v rámci předvýzkumu s kontextem vztahujícím se k ostatním kategoriím a k teoretické části práce.....	110
Tabulka 12 - Interpretace přímých citací ze skupinové diskuze a interview v propojení s vlastním pozorováním autorky a reflexí v rámci předvýzkumu s kontextem vztahujícím se k ostatním kategoriím a k teoretické části práce.....	114
Tabulka 13 - Interpretace přímých citací ze skupinové diskuze a interview v propojení s vlastním pozorováním autorky a reflexí v rámci předvýzkumu s kontextem vztahujícím se k ostatním kategoriím a k teoretické části práce.....	121
Tabulka 14 - Interpretace přímých citací ze skupinové diskuze a interview v propojení s vlastním pozorováním autorky a reflexí v rámci předvýzkumu s kontextem vztahujícím se k ostatním kategoriím a k teoretické části práce.....	125
Tabulka 15 - Interpretace přímých citací ze skupinové diskuze a interview v propojení s vlastním pozorováním autorky a reflexí v rámci předvýzkumu s kontextem vztahujícím se k ostatním kategoriím a k teoretické části práce.....	131
Tabulka 16 - Interpretace přímých citací ze skupinové diskuze a interview v propojení s vlastním pozorováním autorky a reflexí v rámci předvýzkumu s kontextem vztahujícím se k ostatním kategoriím a k teoretické části práce.....	134
Tabulka 17 - Interpretace přímých citací ze skupinové diskuze a interview v propojení s vlastním pozorováním autorky a reflexí v rámci předvýzkumu s kontextem vztahujícím se k ostatním kategoriím a k teoretické části práce.....	146
Schéma 1 - Kategorie čas a její podkategorie.....	106
Schéma 2 - Kategorie cíl a její podkategorie.....	110

Schéma 3 - Kategorie dramaterapeut a jeho podkategorie.....	114
Schéma 4 - Kategorie dramaterapie a její podkategorie.....	122
Schéma 5 - Kategorie informovanost a její podkategorie.....	125
Schéma 6 - Kategorie KBT a dynamická skupina a její podkategorie.....	131
Schéma 7 - Kategorie práce ve skupině a její podkategorie.....	135
Graf 1 - Výzkumný soubor kvantitativního výzkumu.....	84

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Data z kvantitativního sběru dat – jednotlivá dramaterapeutická sezení

Příloha č. 2: Faktorová analýza výsledků měření po jednotlivých sezeních

Příloha č. 3: Technika standardizovaného pozorování - rating - autoevaluace klientů ve vztahu k cílům dramaterapie

Příloha č. 4: Autoevaluace klientů ve vztahu k dramaterapii (sémantický diferenciál)

Příloha č. 5: Skupinová diskuse s dramaterapeuty FN Olomouc

Příloha č. 6: Interview s lékařkou FN Olomouc

Příloha č. 7: Interview se staniční sestrou FN Olomouc

Příloha č. 8: Očekávání od dramaterapie ze strany klientů – ukázka ze skupiny I dynamické

Příloha č. 9: Otevřené vzkazy klientů FN Olomouc ukončující léčbu – směrem k nastupujícím klientům

Příloha č. 10: Dopisy klientů z FN Olomouc - směrem k dramaterapeutovi

Příloha č. 11: Předvýzkum



**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**  
**Ústav speciálněpedagogických studií**



**Vliv dramaterapie na klienty s neurotickou poruchou**

*Autoreferát disertační práce*

Jana Olejníčková

Olomouc 2013

Předkladatel: **Mgr. Jana Olejníčková**  
Ústav speciálně pedagogických studií  
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci  
Doktorský studijní program: Speciální pedagogika

Školitel: **Prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.**  
Ústav speciálněpedagogických studií  
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Oponenti: **Prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.**  
Katedra psychiatrie  
Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci  
Klinika psychiatrie FN v Olomouci

**Doc. PhDr. Veronika Broulíková**  
Ateliér výchovné dramatiky Neslyšících  
Divadelní fakulta  
Janáčkova akademie múzických umění v Brně



<b>ÚVOD</b>	<b>6</b>
<b>RESUMÉ TEORETICKÉ ČÁSTI DISERTAČNÍ PRÁCE</b>	<b>8</b>
<b>1 NEUROTICKÉ PORUCHY, PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM A SOMATOFORNÍ PORUCHY</b>	<b>8</b>
1.1 ÚZKOST A STRACH	8
1.2 MOZEK A STRACH	8
1.3 ÚZKOST V KONTEXTU VÝVOJE	8
1.4 DŮVĚRA V PRVNÍCH MĚSÍCÍCH ŽIVOTA	8
1.5 ÚZKOST A CIZÍ LIDÉ	8
1.6 SEPARAČNÍ ÚZKOST	8
1.7 ÚZKOSTI V OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ	8
1.8 ÚZKOSTI V DOSPĚLOSTI	8
1.9 OBECNÁ DIAGNOSTIKA NEUROTICKÉ PORUCHY	8
1.10 OBECNÉ ZNAKY ÚZKOSTI	8
1.11 KLASIFIKACE DLE MKN – 10	8
<b>2 KLIENT S NEUROTICKOU PORUCHOU VE SKUPINOVÉ TERAPII</b>	<b>9</b>
2.1 KLIENT S NEUROTICKOU PORUCHOU	9
2.2 SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE	9
2.3 ÚČINNÉ FAKTORY VE SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPII	9
2.4 TERAPEUTICKÉ SMĚRY	9
2.5 HLUBINNÁ PSYCHOTERAPIE	9
2.6 KOGNITIVNĚ- BEHAVIORÁLNÍ PSYCHOTERAPIE	9
<b>3 DRAMATERAPIE</b>	<b>10</b>
3.1 CÍLE DRAMATERAPIE	10
3.2 INTERDISCIPLINÁRNÍ ZDROJE DRAMATERAPIE	10
3.3 HRA	10
3.4 DRAMATICKÁ VÝCHOVA	10
3.5 PSYCHODRAMA	10

3.6	CÍLE, STRUKTURA A MOŽNOSTI DRAMATERAPEUTICKÉ INTERVENCE	10
3.7	DRAMATERAPEUT	10
3.8	TERAPEUT	10
3.9	DRAMATERAPEUT	10
	<b>RESUMÉ PRAKTICKÉ ČÁSTI DISERTAČNÍ PRÁCE</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>KVANTITATIVNÍ VÝZKUM</b>	<b>13</b>
4.1	CÍLE VÝZKUMU A STANOVENÍ HYPOTÉZ	13
4.2	VÝZKUMNÝ SOUBOR	13
4.3	METODY SBĚRU DAT	15
4.4	TECHNIKA STANDARDIZOVANÉHO POZOROVÁNÍ	15
4.5	DVOUFAKTOROVÝ SÉMANTICKÝ DIFERENCIÁL	15
4.6	ANALÝZA VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU	15
4.7	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ANALÝZY KVANTITATIVNÍCH DAT	20
<b>5</b>	<b>KVALITATIVNÍ VÝZKUM</b>	<b>22</b>
5.1	CÍL VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	22
5.2	VÝZKUMNÝ SOUBOR	23
5.3	METODY SBĚRU DAT	24
5.4	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	25
5.4.1	KATEGORIE ČAS	26
5.4.2	KATEGORIE CÍL	29
5.4.3	KATEGORIE DRAMATERAPEUT	32
5.4.4	KATEGORIE DRAMATERAPIE	35
5.4.5	KATEGORIE INFORMOVANOST	37
5.4.6	KATEGORIE KBT A DYNAMICKÁ SKUPINA	40
5.4.7	KATEGORIE PRÁCE VE SKUPINĚ	42
5.5	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ANALÝZY KVALITATIVNÍCH DAT	47
	<b>DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI</b>	<b>51</b>
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	53

<i>DOPORUČENÍ PRO PRAXI SMĚREM K TERAPEUTICKÉMU TÝMU A ZDRAVOTNICKÉMU PERSONÁLU</i>	53
<i>DOPORUČENÍ PRO PRAXI SMĚREM K DRAMATERAPEUTŮM</i>	54
<b>ZÁVĚR</b>	<b>56</b>
POUŽITÁ A PROSTUDOVANÁ LITERATURA	57
ANOTACE DISERTAČNÍ PRÁCE	62
SUMMARY	63
ZUSAMMENFASSUNG	64

## ÚVOD

Oblast zkoumání, kterou jsme si zvolili pro účely této práce je u nás zatím zcela neprobádaná. Téma dramaterapie a její vliv na klienty s neurotickou poruchou s sebou nese mnoho otázek, na které jsme v rámci předkládané práce hledali odpovědi. Výzkumné problémy stanové autorkou předkládané práce směřovaly k efektivním faktorům skupinové terapie a míry subvence skupinové dynamiky prostřednictvím dramaterapie.

Důvodem pro rozhodnutí zkoumat danou oblast byl fakt, že daný okruh zájmu nemá u nás dostatečnou odborně publikační platformu. Kromě jiného autorka považuje neobvyklý způsob terapeutické práce, který dramaterapie nabízí za účinný prostředek v procesu sebeuvědomování, sebenahlížení a sebehodnocení, které je pro léčbu klientů s neurotickou poruchou významné.

Chceme-li propojit a dát do kontextu dramaterapii a klienty s neurotickou poruchou, je nezbytné tyto okruhy blíže specifikovat. Dramaterapii, lze jednoduše charakterizovat syntézou dvou pojmů *drama* a *terapie*. Drama je pojem z oblasti divadelního umění směřující k expresi tedy k určitému výrazu. Drama je však možné chápat v mnohem širším kontextu, kdy se nemusí jednat pouze o divadlo (drama) jako výsledný produkt, ale o procesní stránku - tvůrčí proces, který výslednému divadelnímu tvaru předchází. V tvůrčím procesu je klíčová hra jako aktivita, prostřednictvím které je možné se odreagovat či si vyzkoušet nejrůznější situace či životní role. Terapie je specifická cesta vedoucí ke změně a právě dramatické prvky v ní mohou zprostředkovat imitaci reálného světa, ve kterém se jedinec učí znovu orientovat.

Dramaterapie, s ohledem na její krátkou historii, si ve světě expresivních terapií neustále buduje své místo a má snahu stát se podpůrnou součástí i v dalších oblastech. Intervenční oblast, kterou si autorka zvolila pro účely této práce je, jak již bylo zmíněno, dramaterapie s klienty s neurotickou poruchou. Jedná se o dramaterapeutické působení na klientelu, která může v dramaterapeutickém procesu léčby velmi prosperovat.

V roce 2007 byla autorce umožněna praxe na Klinice psychiatrie ve Fakultní nemocni v Olomouci a dramaterapie se od té doby stala součástí pravidelného programu v terapeutickém procesu u klientů s neurotickými poruchami, poruchami vyvolanými stresem a somatoformními poruchami, které jsou v Mezinárodní klasifikaci MKN-10 zařazeny pod kódem F 4. Důvodem volby daného zařízení byl možnost kvalitního zázemí pro výzkum, jež klinika psychiatrie v Olomouci poskytuje.

Možnosti dramaterapie v léčebném procesu, faktory ovlivňující práci dramaterapeuta, cíle, které si klade a obraz jeho spolupráce s odborným terapeutickým týmem, byly předmětem zkoumání této práce. Cílem bylo zprostředkovat ucelený pohled na kompetence dramaterapie v procesu léčby u klientů s neurotickou poruchou na otevřeném oddělení Kliniky psychiatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc.

Disertační práce se skládá ze dvou částí: teoretické a empirické. V teoretické části se autorka zaměřuje na charakteristiku neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy, její symptomatologii a možné způsoby léčby a intervence. Další část teoretické platformy této práce bylo podrobněji popsat skupinovou psychoterapeutickou práci s akcentem na skupinovou dynamiku a efektivní faktory skupinové terapie, které úzce souvisí s výzkumy předkládané práce. Nedílnou součástí je kapitola o dramaterapii, která se zaměřuje na stručnou charakteristiku interdisciplinárních zdrojů dramaterapie a strukturu dramaterapeutického sezení. Empirická část práce zahrnuje vzájemně se doplňující kvalitativní i kvantitativní výzkum. Kvantitativní část výzkumu vychází z poznatků z předvýzkumu a přináší podněty vztahující se k samotnému dramaterapeutickému procesu. Kvalitativní část šetření na kvantitativní výzkum navazuje a operuje s údaji týkajícími se nejen samotného procesu, ale také vnějších faktorů, které fungování dramaterapie na Klinice psychiatrie v Olomouci ovlivňují.

Poznatky získané empirií jsou nejen obohacením pro oblast dramaterapeutického působení, ale také otvírají prostor pro další zkoumání s cílem podpořit dramaterapeuty v práci s klienty s neurotickou poruchou, která má dle autorky svůj smysl a měla by mít i své místo v odborné teoretické rovině.

## **RESUMÉ TEORETICKÉ ČÁSTI DISERTAČNÍ PRÁCE**

V teoretické části disertační práce rozpracováváme ústředními témata: neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy, principy skupinové terapie a dramaterapii. Ve vztahu ke kvalitativní části výzkumu jde o vymezení problematiky dramaterapeutické práce, struktury dramaterapeutické lekce a dramaterapeuta.

### **1 NEUROTICKÉ PORUCHY, PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM A SOMATOFORNÍ PORUCHY**

#### **Osnova kapitoly v rámci disertační práce**

- 1.1 Úzkost a strach
- 1.2 Mozek a strach
- 1.3 Úzkost v kontextu vývoje
- 1.4 Důvěra v prvních měsících života
- 1.5 Úzkost a cizí lidé
- 1.6 Separční úzkost
- 1.7 Úzkosti v období dospívání
- 1.8 Úzkosti v dospělosti
- 1.9 Obecná diagnostika neurotické poruchy
- 1.10 Obecné znaky úzkosti
- 1.11 Klasifikace dle MKN – 10

Autorka považuje za důležité zabývat se referenčním rámce a tématy relevantními předmětu disertační práce jako je vymezení neurotické poruchy, symptomů, příčiny a způsobu léčby této poruchy. Zmíněné informace by měly vést k prohloubení znalostí v předkládané problematice a následně posoudit, zda a popřípadě do jaké míry může být dramaterapie účinnou formou práce s klientem s neurotickou poruchou.

V této kapitole se nezaměříme pouze na definování neurotické poruchy, ale také na fenomén neurózy a pojmy strach a úzkost. V této části práce bude rovněž shrnuta symptomatologie, diagnostická vodítka a možnosti intervence u klientů s neurotickou poruchou.

## **2 KLIENT S NEUROTICKOU PORUCHOU VE SKUPINOVÉ TERAPII**

### **Osnova kapitoly v rámci disertační práce**

- 2.1 Klient s neurotickou poruchou
- 2.2 Skupinová psychoterapie
- 2.3 Účinné faktory ve skupinové psychoterapii
- 2.4 Terapeutické směry
- 2.5 Hlubinná psychoterapie
- 2.6 Kognitivně- behaviorální psychoterapie

Klíčovým pojmem, s nímž nejen v rámci této kapitoly, ale i v celé práci, operujeme, je klient s neurotickou poruchou. Otázkou, která v tomto kontextu vyvstává, je samotné vymezení tohoto pojmu ve smyslu, koho můžeme za klienta s neurotickou poruchou považovat. Samotný fakt, že osoba trpí úzkostí, strachem či fobiemi, není sám o sobě důvodem k jejímu označení jako klienta s neurotickou poruchou, nesoucí v sobě nezbytnost psychoterapeutické, psychiatrické či psychologické intervence. Klientem se jedinec s neurotickou poruchou stává právě až ve chvíli, kdy požádá o intervenční zásah odborníků působících v dané sféře zájmu.

Kapitola zaměřující se na skupinovou psychoterapii pojednává o pozitivním vlivu skupinové terapie na klienta a o efektivních faktorech psychoterapeutické práce. Naším cílem je vytvořit širší teoretický rámec pro praktickou aplikaci skupinové terapie, která je předmětem empirické části práce.

Terapeutické směry, na které se v této kapitole taktéž zaměřujeme, jsou součástí terapeutického procesu na klinice psychiatrie v Olomouci. Jedná se o různé způsoby práce, kdy jsou pacienti rozděleni do dvou terapeutických skupin, dle jejich předpokladů pro danou skupinovou terapii. Jedná se o kognitivně-behaviorální skupinovou terapii a dynamickou skupinovou terapii. Dramaterapie pouze doplňuje tyto léčebné procesy, ale zároveň má své opodstatněné místo. Chceme-li s dramaterapií v naší práci operovat jako se samostatnou terapeutickou formou, je potřeba, abychom znali ostatní terapie fungující na klinice, jež mají svůj koncept a výzkumy dokazující jejich funkčnost.



### 3 DRAMATERAPIE

#### 3.1 Cíle dramaterapie

#### 3.2 Interdisciplinární zdroje dramaterapie

#### 3.3 Hra

#### 3.4 Dramatická výchova

#### 3.5 Psychodrama

#### 3.6 Cíle, struktura a možnosti dramaterapeutické intervence

#### 3.7 Dramaterapeut

#### 3.8 Terapeut

#### 3.9 Dramaterapeut

Stěžejním teoretickým východiskem této práce je, vzhledem k jejímu zaměření, oddíl věnovaný dramaterapeutickému působení s akcentem na klientelu s neurotickou poruchou. Dramaterapie patří mezi paradivadelní systémy terapeutické povahy stejně jako např. psychodrama. Jelikož je dramaterapie často zaměňována s Morénovským psychodramatem, je záměrem autorky, mimo jiné, objasnit rozdíl mezi těmito dvěma směry. Psychodrama je v této kapitole zařazené pod interdisciplinárními zdroji dramaterapie a to z toho důvodu, že i když se od dramaterapie liší svým způsobem práce, využívá některé jeho kvality i dramaterapeut.

Kapitola věnovaná cílům dramaterapie obsahuje rozlišení specifických a nespecifických cílů. Nespecifické cíle koncipované Reneé Emunahovou autorka použila při sestavení otázek do ratingu v rámci kvantitativního výzkumu empirické části předkládané práce. Nespecifické, tedy obecné cíle vymezila Reneé Emunahová (in Valenta, 2001). Za prioritní v dramaterapii považuje zvyšování sociálních interakcí, získávání schopnosti uvolnit se a snahu o změnu nekonstruktivního chování. Dramaterapie taktéž umožňuje rozšířit repertoár rolí klienta. Fiktivní svět divadla nabízí zkušenost s nejrůznějšími životními situacemi, které pro klienta mohou být náročné nebo zdrojem úzkosti a strachu. Skrze tuto zkušenost pak posílí sebedůvěru, spontánní chování a v nejlepším případě dokážou přijmout své omezení a nalézt možnosti řešení.

Kapitola interdisciplinární zdroje dramaterapie charakterizuje disciplíny a oblasti, které jsou pro dramaterapii inspirativní a podnětné. Interdisciplinární zdroje dramaterapie

dle Valenty (2011) jsou: hra, vývojová psychologie, psychoterapie, dramatická výchova, rituál a teorie divadla. Autorka se v této kapitole zaměřuje stejně jako Valenta (2011) na hru dramatickou výchovu. Nástin těchto oborů je vybrán záměrně. Hra jako prostředek, jenž je v dramaterapii využíván a má své místo i ve výzkumu předložené práce. Hra je pro dramaterapie elementární zdroj. Skrze hru terapeut navozuje prvotní kontakt s klientem, důvěru, hledá témata, vyvíjí situace a pomáhá klientovi najít vlastní výraz. Hra vytváří skrze fikci prostor pro opravdové prožitky. Z těchto důvodů autorka považuje za importantní zařadit hru do této kapitoly.

Vývojová psychologie z hlediska vývoje úzkostí byla nastíněná v kapitole Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Valenta (2001) se k vývojové psychologii ve vztahu k dramaterapie vyjadřuje skrze teorie Erika E. Eriksona a Jeana Piageta. Dané informace však v kontextu této práce nevyužíváme, proto se autorka rozhodla danou oblast nezařadit do této kapitoly.

Dalším inspirativním prvkem dramaterapeutické práce je dramatická výchova. Samotný obor Dramatická výchova si hledal dlouhá léta své místo ve výchově. Podněty, které tento edukační způsob práce přináší, v mnoha ohledech korespondují s prvky práce dramaterapeutické.

Autorka si pro účely této práce zvolila jako další možný interdisciplinární zdroj dramaterapie, oborově starší druh paradivadelního systému terapeutické povahy, a to Morénovské psychodrama. Dramaterapie i psychodrama mohou být na základě určitých podobností zaměňovány či vnímány tak, že je jeden přístup nadřazený tomu druhému. V rámci této kapitoly se pokoušíme ve stručnosti poukázat na vzájemnou analogii obou přístupů, ale zejména pak na rozdíly mezi dramaterapií a psychodramatem, které mají v rámci psychoterapeutických směrů a přístupů svébytné postavení.

## RESUMÉ PRAKTICKÉ ČÁSTI DISERTAČNÍ PRÁCE

Vzhledem k malému spektru informací o dramaterapeutické práci s klienty s neurotickou poruchou v dostupných česky psaných zdrojích, považuje autorka tuto problematiku u nás zatím za zcela neprobádanou. Klademe si ve zmíněné oblasti mnoho otázek. Lze dramaterapii považovat za svébytný terapeutický směr? Odpovědí bude široké spektrum v závislosti na zkušenostech tázaných odborníků. Psychoterapeuti z kliniky psychiatrie ve fakultní nemocnici Olomouc, otevřeného oddělení 32 C pro klienty s neurotickou a depresivní poruchou mají k dramaterapii také rozdílné postoje. Část týmu se přiklání k pohledu na dramaterapii jako k marginální části psychoterapie a další část terapeutů nahlíží na dramaterapii jako na podpůrný a velmi účinný prostředek terapeutického procesu.

Dramaterapie v současné době probíhá na klinice ve dvou skupinách a to ve skupině 1. dynamické, která funguje na základě dynamického způsobu terapeutického působení. Do této skupiny jsou vybíráni pacienti verbálně zdatnější a schopní pracovat ve skupině a využívat efektivních faktorů skupinové práce. Skupina 2 je orientovaná na způsob práce kognitivně behaviorální terapie (KBT), která je edukačně nácviková a nepracuje tolik s interakcí mezi členy skupiny.

## 4 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

### Osnova kapitoly v rámci disertační práce

- 4.1 CÍLE VÝZKUMU A STANOVENÍ HYPOTÉZ
- 4.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR
- 4.3 METODY SBĚRU DAT
  - 4.3.1 TECHNIKA STANDARDIZOVANÉHO POZOROVÁNÍ
  - 4.3.2 DVOUFAKTOROVÝ SÉMANTICKÝ DIFERENCIÁL
- 4.4 REALIZACE VÝZKUMU A JEHO PRŮBĚH
- 4.5 VALIDITA MĚŘENÍ A ANALÝZA VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU
  - 4.5.1 VALIDITA MĚŘENÍ SÉMANTICKÝM DIFERENCIÁLEM (SD)
  - 4.5.2 ANALÝZA VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU
- 4.1 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ANALÝZY KVANTITATIVNÍCH DAT

#### 4.1 Cíle výzkumu a stanovení hypotéz

V kvantitativní části empirického šetření jsme se zaměřili na některé dílčí aspekty dramaterapeutického působení u cílové skupiny klientů. Stěžejním cílem bylo identifikovat účinné faktory a proměnné determinující průběh dramaterapie. V rámci stanovení hypotéz jsme akcentovali zejména otázky subjektivního pohledu klientů na dramaterapii a její vliv na fungování skupiny. V kontextu realizovaného předvýzkumu a na základě cílů dramaterapie byly stanoveny následující hypotézy.

Pro účely této práce jsme stanovili hypotézy orientované na význam důvěry, vliv dramaterapie na muže a ženy, význam improvizace a hodnocení dramaterapie ze subjektivního pohledu klientů.

#### 4.2 Výzkumný soubor

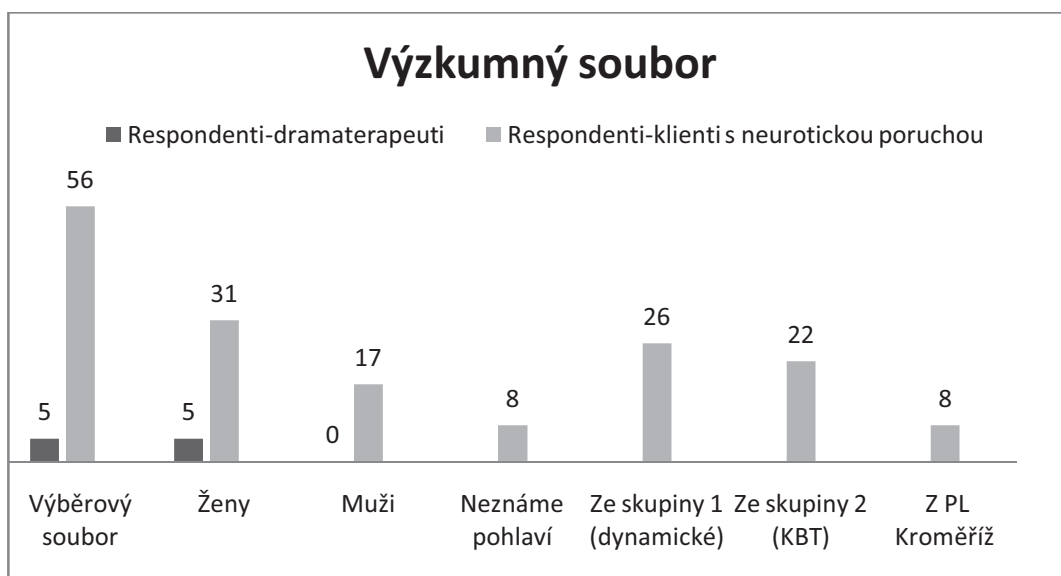
Základní soubor pro námi realizovaný výzkum představují klienti s diagnózou F 40 – F 48 Neurotické poruchy, somatoformní poruchy a poruchy vyvolané stresem hospitalizovaní na klinice psychiatrie. Pro námi realizovaný výzkum byla klíčovým kritériem hospitalizace klienta. Co se týče statistického podílu hospitalizovaných pacientů ve výzkumném souboru, jednalo se o 56 pacientů z toho 31 žen, 17 mužů a 8 pacientů pohlaví v předkládaném dotazníku nespecifikovalo. V České republice existovalo v roce 2011 celkem 31 psychiatrických oddělení a 18 psychiatrických léčeben. Hospitalizovaných v nemocnicích bylo s diagnózou F 40 - F 48 Neurotické poruchy,

somatoformní poruchy a poruchy vyvolané stresem celkem 7 784 pacientů z toho 2 865 bylo mužů a 4 919 bylo žen. V psychiatrických léčebnách bylo s diagnózou F 40 - F 48 Neurotické poruch, somatoformní poruchy a poruchy vyvolané stresem hospitalizováno 5011 pacientů, z nichž bylo 2 200 mužů a 2 811 žen.

Ve stejném roce bylo na Klinice psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc hospitalizováno 999 pacientů a průměrná délka jejich hospitalizace se v daném roce zkrátila z 19 dnů na dnů 18 (<http://www.fnol.cz/pdf/2011.pdf>).

Do sběru dat v rámci kvantitativní části výzkumu byla integrována i skupina z Psychiatrické léčebny v Kroměříži z oddělení 18b, které je specializovaným oddělením komunitního typu pro léčbu neurotických a dalších lehčích psychických poruch. Na oddělení 18 b je odborníky poskytována moderní léčba skupinovou psychoterapií. Dramaterapii na zmíněném oddělení vedl dramaterapeut, který v současné době působí na Klinice psychiatrie v Olomouci ve skupině 2 (KBT).

Kvantitativní části výzkumu se dále zúčastnili respondenti z řad dramaterapeutů působících na Klinice psychiatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc. Jednalo se o výběr respondentů dramaterapeutů, kteří měli zkušenost s vedením dramaterapeutických sezení na Klinice psychiatrie v Olomouci a v době výzkumu se aktivně podíleli na tvorbě programu dramaterapie. Respondenty byly ženy od 24 do 30 let, které měly vysokoškolské vzdělání v oboru Speciální pedagogika (dramaterapie) s výjimkou jedné stážistky, která v danou dobu ukončovala psychologické vzdělání a v rámci své diplomové práce se zaměřovala na dramaterapii. Jednalo se celkem o pět respondentů z řad dramaterapeutů.



Graf 1 - Výzkum soubor kvantitativního výzkumu

#### 4.3 Metody sběru dat

#### 4.4 Technika standardizovaného pozorování

Stěžejním záměrem byla identifikace naplnění, příp. nenaplnění cílů dramaterapie. V souladu s teoreticky definovanými cíli dramaterapie, tak jak je prezentuje Renné Emunnah (Valenta, 2011), jsme svou pozornost zaměřili na:

- sociální interakce ve skupině,
- důvěru ve skupině,
- získání schopnosti spontánního chování.

#### 4.5 Dvoufaktorový sémantický diferenciál

Pro účely tohoto výzkumu jsme použili Chráskův dvoufaktorový sémantický diferenciál, který pro měření použil nástroj ATER („attitude towards educational reality“) obsahující celkem 10 škál. 5 škál měří faktor hodnocení (h) a dalších 5 škál faktor energie (e). Jelikož ve vyplňování škál občas dochází ke stereotypnímu posuzování, bývá polovina škál v reverzní podobě (tyto škály mají převrácené krajní hodnoty). Klienti posuzovali na sedmibodové škále, zda se jim daný jev, v našem případě sezení dramaterapie jeviloten den: příjemné-nepříjemné, nenáročné-náročné, nepříjemné-příjemné, světlé – tmavé, přísné – mírné, snadné – obtížné, krásné – ošklivé, problémové – bezproblémové, kyselé-sladké, lehké-těžké (viz. příloha č. 4 disertační práce).

#### 4.6 Analýza výsledků kvantitativního výzkumu

**Hypotéza 1: Mezi hodnocením dramaterapie a důvěrou ve skupině existuje vztah.**

H<sub>0</sub>: Mezi hodnocením dramaterapie a důvěrou ve skupině neexistuje vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi hodnocením dramaterapie a důvěrou ve skupině existuje vztah.

PROMĚNNÁ	Korelace (data - všechna sezení) Označené korelace jsou významné na hlad. $p < 0,05$ N=56 (Celé případy vynechány u ChD)			
	Průměry	Směrodatná odchylka	Hodnocení SD	Důvěra ve skupině
Faktor hodnocení SD	2,454	1,135	1,000	-0,568
ot3 - důvěra ve skupině	4,058	1,219	-0,568	1,000

Tabulka 3 - Korelace mezi hodnocením dramaterapie a důvěrou ve skupině

Poznámka: záporné znaménko koeficientu korelace je dáno nastavením škál použitého sémantického diferenciálu (hodnota 1 představuje nejvyšší hodnocení a hodnota 7 představuje nejnižší hodnocení)

Mezi hodnocením dramaterapie a důvěrou ve skupině **byl prokázán** statisticky významný vztah. Vypočítaný koeficient korelace **0,568** je statisticky významný na hladině významnosti 0,05.

Vztah je možno interpretovat tak, že vyšším hodnotám hodnocení dramaterapie odpovídají vyšší hodnoty důvěry (a naopak). Vzhledem k vypočítaným hodnotám statistické metody na dané hladině významnosti je možné odmítnout nulovou hypotézu, a **přijmout hypotézu alternativní.**

Mezi hodnocením dramaterapie a důvěrou ve skupině **byl prokázán statisticky významný vztah.**

### Hypotéza 2: Muži hodnotí dramaterapii lépe než ženy.

H<sub>0</sub>: Mezi průměrným hodnocením dramaterapie u mužů a žen nejsou rozdíly.

H<sub>A</sub>: Průměrné hodnocení dramaterapie je u mužů jiné než u žen.

PROMĚNNÁ	t-testy; grupováno: Pohlaví (respektive terapie všechna sezení)							
	Skupina 1: ženy Skupina 2: muži							
	Průměr Ženy	Průměr Muži	T	sv	P	Poč.pla t ženy	Poč.plat. Muži	Sm.odch. ženy
<b>Hodnocení</b>	2,500	2,526	-0,0737	46	<b>0,9414</b>	31	17	1,148
PROMĚNNÁ	t-testy; grupováno: Pohlaví (respektive terapie všechna sezení)							
	Skupina 1: 1 Skupina 2: 2							
	Směrodatná odchylka Muži		F-poměr Rozptyly	P Rozptyly				
<b>Hodnocení</b>	1,218		1,125	0,753				

Tabulka 4 - Hodnocení dramaterapie u mužů a u žen

Statistickou analýzou **nebyl prokázán** statisticky významný rozdíl mezi hodnocením dramaterapie u mužů a u žen (signifikace p=0,9414).

Vzhledem k vypočítaným hodnotám statistické metody **nelze odmítnout nulovou hypotézu.**



Mezi hodnocením dramaterapie muži a hodnocením dramaterapie ženami **nebyl prokázán statisticky významný vztah.**

**Hypotéza 3: Klienti skupiny dynamické hodnotí dramaterapii pozitivněji než klienti skupiny KBT.**

H<sub>0</sub>: Mezi průměrným hodnocením dramaterapie u klientů skupiny KBT a průměrným hodnocením dramaterapie u klientů skupiny dynamické nejsou rozdíly.

H<sub>A</sub>: Průměrné hodnocení dramaterapie je u klientů skupiny KBT jiné než u klientů skupiny dynamické.

PROMĚNNÁ	t-testy; grupováno: Skupina (respektive terapie:všechna sezení)							
	Skupina 1: dynamická Skupina 2: KBT							
	Průměr dynamická	Průměr KBT	t	sv	P	Poč.plat dynam.	Poč.plat. KBT	Sm.odch. dynamická
<b>Faktor hodnocení</b>	2,319	2,608	-0,8631	46	<b>0,3925</b>	22	26	0,846
PROMĚNNÁ	t-testy; grupováno: Skupina (respektive terapie všechna sezení)							
	Skup. 1: KBT Skup. 2: dynamická							
	Směrodatná odchylka KBT			F-poměr Rozptyly		P Rozptyly		
<b>Faktor hodnocení</b>	1,363			2,593		0,029		

Tabulka 5 - Hodnocení dramaterapie u skupiny KBT a u skupiny dynamické

**Nebyl prokázán** statisticky významný rozdíl mezi hodnocením dramaterapie u klientů skupiny KBT a u klientů skupiny dynamické (signifikace 0,3925).

Vzhledem k vypočítaným hodnotám statistické metody **nelze odmítnout nulovou hypotézu.**

Mezi průměrným hodnocením dramaterapie klienty skupiny dynamické a průměrným hodnocením dramaterapie skupinou KBT **nebyl prokázán statisticky významný vztah.**

**Hypotéza 4: Mezi sociální interakcí ve skupině a faktorem energie SD existuje vztah.**

H<sub>0</sub>: Mezi sociální interakcí ve skupině a faktorem energie SD není žádný vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi sociální interakcí ve skupině a faktorem energie SD existuje vztah.

PROMĚNNÁ	Korelace (respektive všechna sezení) Označené korelace jsou významné na hlad. $p < 0,05000$ N=55 (Celé případy vynechány u ChD)			
	Průměry	Sm.odch.	Faktor energie SD	ot1 - všechna sezení
Faktor energie SD	2,643	1,334	1,000	<b>-0,118</b>
ot1 - všechna sezení	4,090	1,107	<b>-0,118</b>	1,000

Tabulka 6 - Korelace mezi sociální interakcí ve skupině a faktorem energie SD ve skupině

Mezi sociální interakcí ve skupině a faktorem energie SD ve skupině **nebyl prokázán** statisticky významný vztah. Vypočítaný koeficient korelace **0,118** není statisticky významný na hladině významnosti 0,05.

Vzhledem k vypočítaným hodnotám statistické metody **nelze odmítnout nulovou hypotézu**.

Mezi sociální interakcí ve skupině a faktorem energie SD **nebyl prokázán statisticky významný vztah**.

**Hypotéza 5: Mezi důvěrou ve skupině a schopností improvizace existuje vztah.**

$H_0$ : Mezi důvěrou ve skupině a schopností improvizace neexistuje statisticky významný vztah.

$H_A$ : Mezi důvěrou ve skupině a schopností improvizace existuje statisticky významný vztah.

PROMĚNNÁ	Korelace (respektive všechna sezení) Označené korelace jsou významné na hlad. $p < ,05000$ N=56 (Celé případy vynechány u ChD)			
	Průměry	Sm.odch.	ot2 - schopnost improvizace	ot3 - pocit důvěry
ot2 - schopnost improvizace	3,857143	1,189894	1,000000	<b>0,738392</b>
ot3 - pocit důvěry ve skupině	4,058333	1,219497	<b>0,738392</b>	1,000000

Tabulka 7 - Korelace mezi důvěrou ve skupině a schopností klientů improvizovat

Mezi důvěrou ve skupině a schopností klientů improvizovat **byl prokázán** statisticky významný vztah. Vysoká hodnota koeficientu korelace **0,738** je statisticky významná na hladině významnosti 0,05.

Vztah je možno interpretovat tak, že vyšším hodnotám důvěry odpovídají také vyšší hodnoty schopnosti klientů improvizovat (a naopak).

Vzhledem k vypočítaným hodnotám statistické metody na dané hladině významnosti je možné odmítnout nulovou hypotézu, a **přijmout hypotézu alternativní**.

Mezi důvěrou ve skupině a schopností klientů improvizovat **byl prokázán statisticky významný vztah**.

**Hypotéza 6: Po druhém a po dalších sezeních mají klienti větší důvěru ve skupině než po prvním sezení.**

H<sub>0</sub>: Důvěra ve skupině je po prvním sezení stejná jako po dalších sezeních.

H<sub>A</sub>: Důvěra ve skupině je po druhém a po dalších sezeních větší než po sezení prvním.

PROMĚNNÁ	t-testy; grupováno: Počet sez_kat: 1=po 1. sezení 2=druhé a další sezení (respektive všechna sezení) Skupina 1: 2 Skupina 2: 1						
	Prům.důvěra po2. a dalších sez.	Prům.důvěra po 1. sez.	t	sv	P	Poč.plat 2. a dalších sezeních	Poč.plat. 1. sez.
ot3 - důvěra ve skupině	4,108	4,000	0,3305	54	<b>0,7422</b>	30	26

Tabulka 8 - Důvěra klientů ve skupině po 1. sezení a po druhém a dalších sezeních

Z vypočítané hodnoty signifikance ( $p=0,742$ ) plyne, že mezi oběma průměry není statisticky významný rozdíl.

Vzhledem k vypočítaným hodnotám statistické metody **nelze odmítnout nulovou hypotézu.**

Mezi důvěrou po prvním sezení dramaterapie a důvěrou po dalších sezeních nebyl prokázán statisticky významný vztah.

**Hypotéza 7: Hodnocení dramaterapie u je u terapeutů vyšší než u klientů.**

H<sub>0</sub>: Hodnocení dramaterapie je u terapeutů stejné jako u klientů.

H<sub>A</sub>: Mezi hodnocením dramaterapie u terapeutů a hodnocením dramaterapie u klientů jsou rozdíly.

Proměnná	t-testy; grupováno: resp/terap: 1=respondent, 2=terapeut (respektive všechna sezení) Skupina 1: klienti Skupina 2: terapeuti								
	Průměr klienti	Průměr terapeuti	T	sv	p	Poč.plat Klienti	Poč.plat. terapeuti	Sm.odch. Klienti	Sm.odch. terapeuti
Hodnocení	2,454	4,250	3,0999	58	0,0029	56	4	1,135	0,739

Tabulka 9 - Hodnocení dramaterapie u terapeutů a hodnocení dramaterapie u klientů

Statistická analýza **prokázala** existenci statisticky významného rozdílu mezi hodnocením dramaterapie u klientů a hodnocením dramaterapie u terapeutů. Tento rozdíl

je statisticky významný na hladině významnosti 0,01 (signifikace **0, 0029**).

Vzhledem k vypočítaným hodnotám statistické metody na dané hladině významnosti je možné odmítnout nulovou hypotézu a **přijmout hypotézu alternativní**.

Mezi hodnocením dramaterapie terapeutů a hodnocením dramaterapie klientů **byl prokázán statisticky významný rozdíl**.

**Hypotéza 8: Klienti skupiny dynamické hodnotí první sezení lépe než klienti skupiny KBT.**

$H_0$ : Hodnocení prvního dramaterapeutického sezení je u klientů skupiny a u klientů skupiny dynamické stejně vysoké.

$H_A$ : Mezi hodnocením prvního sezení u skupiny KBT a u skupiny dynamické jsou rozdíly.

PROMĚNNÁ	t-testy; grupováno: Skupina (respondenti všechna sezení)								
	Skupina 1: KBT Skupina 2: dynamická								
	Průměr KBT	Průměr Dynamická	T	sv	P	KBT	D	Sm.odch. KBT	Sm.odch. dynamická
<b>Hodnocení po 1. Sezení</b>	2,644	2,800	-0,291	33	0,7725	9	6	0,931	1,495

Tabulka 10 - Hodnocení prvního sezení u skupiny KBT a u skupiny dynamické

Mezi průměrným hodnocením prvního sezení **nebyl** mezi oběma skupinami klientů nalezen **statisticky významný rozdíl**.

Vzhledem k vypočítaným hodnotám statistické metody **nelze odmítnout nulovou hypotézu**.

Mezi hodnocením prvního sezení dramaterapie klientů skupiny dynamické a hodnocením prvního sezení dramaterapie klientů KBT **nebyl prokázán statisticky významný rozdíl**.

#### 4.7 Interpretace výsledků analýzy kvantitativních dat

Analýza kvantitativních dat výzkumu přinesla statistické výsledky, ze kterých je znatelná velká míra vlivu důvěry na průběh dramaterapeutického procesu. Důvěra dle výsledků kvantitativního šetření je úzce spjatá s hodnocením dramaterapie klientů s neurotickou poruchou a s jejich schopností improvizace.

Výsledky kvantitativního šetření nám také sdělují, že mezi muži a ženami v hodnocení dramaterapie není statisticky významný rozdíl, což je výsledek, který může být ovlivněn malým počtem mužských respondentů. Celkově na klinice převažoval počet

žen. Muži i dle statistických analýz zdravotnické ročenky z roku 2011 ([www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)) trpí neurotickými poruchami méně než ženy.

Výsledky statistických analýz také ukazují, že mezi skupinou KBT a dynamickou skupinou v hodnocení dramaterapie není statisticky významný rozdíl. Autorka si chtěla ověřit, zda se výsledky nebudou po prvním sezení dramaterapie ve skupině dynamické 1 a ve skupině KBT 2 lišit, a to ověřením hypotézy 8, ale i zde výsledky statistických analýz neprokázaly rozdíl v hodnocení dramaterapie.

Analýza také přináší rozdíly v hodnocení dramaterapie klienty a dramaterapeuty, u které se prokázalo, že celkově dramaterapii lépe hodnotí dramaterapeuti než klienti.

Výsledky statistických analýz byly, jak už je zmíněno v kapitole **4. 4 Realizace výzkumu a jeho průběh** ovlivněny samotným sběrem dat. Určitá část klientů odmítala kooperovat při sběru dat, což značně ztěžovalo výzkum. Autorka podrobnější souvislosti mezi sběrem dat v kvantitativní části šetření a pozorováním autorky ve shodě se skupinovou diskuzí s dramaterapeuty uvádí v diskuzi této práce.

Kvantitativně největší míru podílu vlivu na vnímání dramaterapie měl již zmíněný faktor důvěry. Ucelenější obraz o působení faktoru důvěry na klienty s neurotickou poruchou hospitalizovaných na klinice psychiatrie lze získat z kvalitativního výzkumu empirické části. Realizovaný výzkum přinesl výsledky, které ilustrují kooperaci mezi určitými faktory a jevy v dramaterapii. Značná část hypotéz však nebyla prokázána. Autorka nevyhraněnost výsledků přičítá variabilitě vnímání a prožívání, která je v terapii vysoce individuální a ovlivněno mnoha faktory. Výsledky výzkumu byly jistě ovlivněny i počtem respondentů, přesto nelze dementovat relevantnost předkládaných výsledků statistických analýz. Retrospektivně autorka nahlíží na kvantitativní výzkum jako na marginální část výzkumu s ohledem na spolupráci s respondenty během výzkumného šetření. Autorka akcentuje význam v propojení kvantitativní s kvalitativní částí výzkumu.

## 5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

### Osnova kapitoly v rámci disertační práce

- 5.1 CÍL VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK
- 5.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR
- 5.3 METODY SBĚRU DAT
  - 5.3.1 POZOROVÁNÍ
  - 5.3.2 INTERVIEW
  - 5.3.3 SKUPINOVÁ DISKUZE
- 5.4 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ
  - 5.4.1 KATEGORIE
    - 5.4.1.1 Kategorie čas
    - 5.4.1.2 Kategorie cíl
    - 5.4.1.3 Kategorie dramaterapeut
    - 5.4.1.4 Kategorie dramaterapie
    - 5.4.1.5 Kategorie informovanost
    - 5.4.1.6 Kategorie KBT a dynamická skupina
    - 5.4.1.7 Kategorie práce ve skupině
- 5.5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ANALÝZY KVALITATIVNÍCH DAT

Kvalitativní povaha šetření nám v tomto kontextu umožní identifikovat a blíže specifikovat faktory interagující v oblasti terapeutického působení na klientelu s neurotickou poruchou. Za pomoci kvalitativní analýzy se pokusíme specifikovat některé klíčové kategorie a faktory ovlivňující proces léčby u zmíněné cílové kategorie s akcentem na vliv dramaterapie a zhodnocení jejího místa v intervenčním procesu. Klademe si zde zejména otázky vlivu dramaterapie na intervenční proces s akcentem na účinné faktory skupinové dynamiky, respektive na determinaci vztahů ve skupině aplikací dramaterapeutických lekcí u sledované klientely. Skupina hraje pro klienta důležitou roli, proto se reflexe zúčastněných pozorovatelů bude soustředit na vzájemné vztahy a interakce mezi klienty.

#### 5.1 Cíl výzkumu a formulace výzkumných otázek

Stěžejním záměrem celé práce je zhodnotit vliv dramaterapie, její potenciaální přínos a účinné faktory v rámci intervenčního procesu u klientely s neurotickou poruchou. V rámci kvalitativně orientovaného šetření usilujeme o evaluaci nejen samotného vlivu dramaterapie na léčebný proces, ale i posouzení jejího místa v rámci pevně stanoveného systému léčby. Naší snahou je a priori posoudit vliv dramaterapie na

psychoterapeutický proces a konkrétně identifikovat jeho bližší charakteristiky. Klíčová výzkumná otázka tedy zní:

***Jaký vliv má dramaterapie na psychoterapeutický proces v rámci 6 týdenní působení na klinice psychiatrie a jaké jsou jeho specifické charakteristiky?***

V kontextu hlavní výzkumné otázky lze stanovit další dílčí otázky, přičemž lze předpokládat, že další se vynoří z dat v průběhu kvalitativního šetření a následné hloubkové kvalitativní analýzy. „Výzkumné otázky v kvalitativním výzkumu se většinou týkají třech oblastí: a) popisu a interpretací významů, které přisuzují jedinci situacím a jednáním, b) jazyka jako prostředku komunikace a interakcí v dané sociální skupině, c) vytváření teorií zkoumáním konfigurací a kontingencí v kvalitativních datech (www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf, s. 5).

V souvislosti s výše zmíněnými údaji a na základě studia odborné literatury s přihlédnutím k individuální zkušenosti jsme stanovili následující výzkumné otázky (Stanovení výzkumných otázek ve formě tázacích vět upřednostňují ve svých publikacích například Hendl (1999) nebo Švaříček, Šedřová (2007):

- Jaké jsou možnosti dramaterapeutického působení na Klinice psychiatrie v Olomouci?
- Jaké faktory ovlivňují práci dramaterapeuta s klienty s neurotickou poruchou na Klinice psychiatrie ve FN Olomouc?
- Jaké jsou problémové oblasti v procesu dramaterapeutické práce s klienty s neurotickou poruchou na Klinice psychiatrie v e FN Olomouc?
- Co může dramaterapie nabídnout klientovi s neurotickou poruchou v procesu jeho léčby na Klinice psychiatrie v Olomouci?

## 5.2 Výzkumný soubor

S ohledem na kvalitativní část výzkumu byli pro účely šetření vybráni respondenti z řad dramaterapeutů působících na Klinice psychiatrie ve FN Olomouc a zdravotníci, kteří určitou mírou participovali na dramaterapeutických sezeních. Dramaterapeuti, kteří byli prostým záměrným výběrem osloveni ke spolupráci na výzkumu, se aktuálně podílejí na chodu dramaterapie na Klinice psychiatrie v Olomouci. Účastníky výzkumu byly 3 ženy ve věku od 24-27 let, které působí jako dramaterapeuti na již zmíněné klinice psychiatrie. Dva z respondentů působí od poloviny roku 2012 jako dramaterapeuti na skupině 1 dynamické na Klinice psychiatrie ve FN Olomouc. V této sestavě



spolupracují již od poloviny roku 2011, kdy vedli skupinu 2 KBT. Dramaterapeutická praxe jednoho ze zmíněných dvou respondentů na Klinice psychiatrie v Olomouci se datuje od roku 2010.

Třetí dramaterapeut, který byl osloven ke spolupráci, aktuálně působí v roli dramaterapeuta pro skupinu KBT. Na kliniku dochází od roku 2011 a zkusil si spolupráci ve dvojici jak s autorkou, tak s jinými dramaterapeuty. Všichni během své praxe na klinice vyzkoušeli dramaterapeutickou práci jak se skupinami dynamickými tak se skupinami KBT. Průměrně za rok pracují dramaterapeuti přibližně se šesti skupinami pacientů, se kterými se setkávají v intervalech, které si po dohodě s personálem kliniky psychiatrie nastaví. Většinou se jedná o jedno nebo dvě dramaterapeutická sezení za týden. Respondenti z řad zdravotnického personálu byli vybráni taktéž prostým záměrným výběrem. S interview souhlasila staniční sestra a doktorka z Kliniky psychiatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc. Respondenti byli vybráni na základě jejich zkušenosti s dramaterapií v rámci Kliniky psychiatrie ve FN Olomouc. Staniční sestra je tzv. koordinátorem dramaterapie, jelikož dramaterapii zařazuje do programu a informuje pacienty i dramaterapeuty o případných změnách. Lékařka byla vybraná pro účely tohoto výzkumu, protože v době svého působení na otevřeném oddělení 32 C Kliniky psychiatrie v Olomouci byla velmi aktivní v kontaktu s dramaterapeuty, žádala si zpětnou vazbu ze skupin a snažila se s dramaterapeuty sezení reflektovat.

### 5.3 Metody sběru dat

Přestože existuje značná diverzita v nahlížení na kritéria kvalitativního výzkumu, některé kategorie jako validita, reliabilita a citlivost by i v tomto případě měly být naplněny. Jednou z variant jak zvýšit validitu kvalitativního měření je triangulace výzkumných metod. Přestože bývají výstupy kvalitativní povahy zpravidla široce interpretovatelné a je zde zvýšené riziko desinterpretace, právě triangulace metod sběru dat může přispět k eliminaci těchto potencionálních nedostatků.

V této části výzkum se zaměřujeme jak na pozorování klientů, kteří byli dotazováni v kvantitativní části výzkumu, tak na pozorování ostatních dramaterapeutických skupin na Klinice psychiatrie otevřeného oddělení 32 C. Pozorování provádí sama autorka a konfrontuje ho s postřehy ostatních dramaterapeutů.

Metodou interview jsou dotazováni odborníci z praxe, kteří působí na Klinice psychiatrie FN Olomouc a dramaterapeutických sezení se sami několikrát zúčastnili. Jedná se o psychiatricku a psychoterapeutku, která na oddělení působila v době výzkumu a staniční sestru z kliniky psychiatrie. S každou s dotazovaných byl rozhovor vedený

zvláště, zaměřoval se především na jejich vlastní postoj k dramaterapii v práci s klientem s neurotickou poruchou. Důležitou složkou při kódování byla data ze skupinové diskuze, která byla vedena s dramaterapeuty, kteří na Klinice psychiatrie Otevřeného oddělení 32 C působili. Celou triangulaci doplňuje textový materiál shrnující výsledky předvýzkumu v podobě diplomové práce autorky tohoto textu. Z výzkumné části předvýzkumu byly využity rozhovory s klienty účastnicími se dramaterapeutických sezení z oddělení 32 C Fakultní nemocnice Olomouc a reflexe autorky k jednotlivým technikám práce a vlastní sebereflexe v dramaterapii.

#### 5.4 Analýza a interpretace výsledků

Obsahová analýza nabízí dva základní rámce, kterými jsou tzv. manifestní obsahová analýza a tzv. interpretativní obsahová analýza. Manifestní obsahová analýza zkoumá především povrchové či explicitní obsahy a formy textu a interpretativní obsahová analýza zkoumá implicitní významy skryté v textu. Oba přístupy se vzájemně doplňují a kooperují a jejich vzájemná kombinace přináší informace na sebe navzájem navazující. Obecný postup při obsahové analýze má několik fází. Výchozím aspektem jsou dokumenty, které pro obsahovou analýzu využijeme, dále dochází k jejich shromažďování a třídění. V další fázi definujeme základní jednotky a následně formujeme kategorie, přičemž každá kategorie je charakterizována příslušnými kódy. Každá kategorie má své odpovídající kódy. Kategorie se mohou tvořit dvojím způsobem, a to deskriptivním, kdy vznikají až v průběhu kódování či teoretickým, kdy kategorie vytváříme předem a kóduje se až v momentě, kdy je vytvořený celý systém. Kódováním nazýváme proces, kdy k určitým kategoriím přikládáme zkratky a určité části textu. Tímto způsobem kódujeme celý text. Neustále musí být během celého kódování jasné, že jednotky mají určitý kontextuální význam a pracovat s ním (Plichtová in Miovský, 2006).

Pro daný výzkum autorka využila oba přístupy ke kvalitativní analýze, tedy teoretickou i deskriptivní obsahovou analýzu. Jak již bylo zmíněno výše, některé kategorie byly vytvářeny již předem, a to na základě vlastních zkušeností a posloupnosti kladených otázek, přičemž jiné vystoupily s nasbíraných dat v průběhu samotného kódování dat. Kategorie jsou v rámci kvalitativní analýzy koncipovány do tří částí. V první části má každá z kategorií své schéma, ve kterém je ilustrovaná se svými podkategoriemi. Dále jsou kategorie za pomoci metody trsů z interview a skupinové diskuze koncipovány do ucelených bloků psaných kurzívou. Metoda trsů patří mezi dílčí postupy analýzy kvalitativních dat.

„Metoda trsů slouží obvykle k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin, např. dle rozlišení určitých jevů, místa, případů atd. Tyto skupiny (trsý) by měly vznikat na základě vzájemného překryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami. Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny (trsů) je asociováno s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním atd.“ (Miovský, 2006, s. 221).

Třetí část každé kategorie má tabulku, kde jsou integrovány poznatky z interview a ze skupinové diskuze, které jsou interpretovány a komparovány s vlastním pozorováním autorky. Jednotlivé kategorie jsou dále dávány do kontextu jak s ostatními kategoriemi a podkategoriemi, tak s teoretickými poznatky a faktory ovlivňujícími skupinovou terapii.

#### 5.4.1 Kategorie čas

<b>Kategorie: ČAS</b>	
<b>Podkategorie: PRAVIDELNOST A FREKVENCE</b>	<b>Kontext</b>
<p>Sezení dvakrát týdně přináší lepší spolupráci a možnosti dramaterapie. Časový aspekt byl podstatný jak z hlediska klientely, tak z hlediska efektivity a kontinuálního plnění cílů dramaterapie. Frekvence sezení dvakrát týdně přináší prokazatelně lepší adaptaci klientů na jiný způsob práce a rovněž přináší optimální podmínky pro kontinuální plnění cílů nastavených v rámci sezení. Personál především zdravotní sestry upozorňují na důležitou roli pravidelnosti. Z vlastní subjektivní zkušenosti autorky je zřejmé, že právě tato klientela velmi negativně reaguje na sebemenší změny, typickou reakcí na časovou variabilitu byla podrážděnost.</p> <p>Pocit jistoty však pozitivně ovlivňovala jasně stanovená struktura sezení. Pravidelnost a častější frekvence sezení, je výhodná zejména pro vybudování důvěrného vztahu, který je pro jakoukoliv terapeutickou práci nepostradatelný.</p> <p>V případech, kdy dramaterapeut nemá dostatek informací o klientech od personálu, má pravidelností a častějšími frekvencemi sezení možnost pacienty lépe poznat a lépe pak koncipovat sezení dle jejich potřeb.</p>	<p>Frekvence sezení závisí především na dramaterapeutech. Personál FN je ochotný vyjít vstříc, pokud by se jednalo o dvě sezení za týden.</p> <p>Pravidelnost a frekvence sezení z časových možností dramaterapeuta není však vždy možná.</p> <p>Dramaterapeuti působí na klinice jako dobrovolníci a jedná se o studenty nebo zaměstnance jiných organizací. Výše uvedené faktory jsou stěžejní právě pro zmiňovanou podkategorii PRAVIDELNOST A FREKVENCE SEZENÍ.</p>

Podkategorie: ČAS SEZENÍ	<b>Kontext</b>
<p>Dramaterapeutická sezení byla realizována pravidelně ve zmíněných týdenních intervalech s frekvencí dvakrát týdně. Z hlediska fáze dne se jednalo o čas těsně po obědě, což v řadě případů ovlivňovalo aktivitu a naladění klientů. Řada klientů využila poobědový čas k spánku, na sezení pak přicházeli očividně rozespalí, jejich naladění na lekci tudíž nebylo zcela optimální.</p> <p>Dalším aspektem, který průběh dramaterapie narušoval, byl fakt, že část pacientů měla dojem, že kdyby se dramaterapie nemuseli účastnit, měli by nárok na vycházku či volný čas. Z pozorování autorky vyplynulo, že klienti nedostávají dostatek informací o dramaterapii a často mají dojem, že jde o aktivitu, která je volnočasová, a proto by neměla být povinná. Z reflexí klientů na skupinách, vyplývalo, že v danou dobu se jim špatně fungovalo, byli unavení a nechtěli se aktivně podílet. Nebylo to vždy pravidlem, ale poobědový čas byl pro vytvoření spolupracujícího aktivního prostředí složitý. Jednalo se občas o pacienty, kteří i dle výpovědí zdravotních sester neměli zájem se zapojovat do veškerých vedlejších aktivity mimo hlavní dopolední program. Autorka v roli dramaterapeuta měla možnost pracovat s klienty v jiném čase a z vlastních zkušeností může potvrdit markantní rozdíl, a to zcela patrně v kontextu času realizace sezení. Zúčastněné pozorování probíhalo při dramaterapeutické práci se třemi skupinami, které vedl dramaterapeut v pozdějších odpoledních hodinách a rozdíly v energii klientů byly znatelné. Jednalo se zde o skupiny, které byly k práci v dramaterapii velmi motivované a aktivity přijímali pozitivně. Můžeme polemizovat nad hlediskem, zda čas byl pro klienty více vhodný, a proto se i jejich motivace zvyšovala či by nebyl rozdíl v jejich aktivitě, kdyby čas jejich dramaterapeutického sezení byl těsně po obědě.</p>	<p>Čas, kdy dramaterapie probíhá je stanovený na základě domluvy mezi zdravotním personálem a dramaterapeuty. Důvodem pro zařazení dramaterapie těsně po obědové přestávce byl nedostatek časových možností dramaterapeutů, a také naplněný terapeutický program klientů.</p> <p>V době, kdy autorka vedla rozhovory s dramaterapeuty byla dramaterapie stanovena v programu dlouhodobě na poobědový čas.</p> <p>Z vlastní autorčiny zkušenosti je patrná snaha zdravotnického personálu o vstřícné jednání a časovou flexibilitu, co se týče dramaterapeutického působení na klinice psychiatrie.</p> <p>Zaměříme-li se na principy fungování dramaterapie, kdy je spolupráce založená na energii a aktivitě klientů, je nutné najít i vhodný čas.</p>
Podkategorie: TRVALÁ SOUČÁT PROGRAMU	<b>Kontext</b>
Z výpovědí staniční sestry je zřejmé, že s dramaterapií	Propojenost vnímání dramaterapie

<p>v programu léčby pacientů automaticky počítá. Za problematické považuje pouze situace, kdy dramaterapeut náhle lekci odvolá. Klienti dramaterapie mají v plánu léčby, a tak by ji měli minimálně jednou týdně absolvovat. Z pohledu lékařky by pacienti mohli více prosperovat z toho, kdyby byl dramaterapeut součástí terapeutického týmu FN. Samozřejmě, že by se tak zvýšily i nároky na dramaterapeuta. Lékaři by v takovém případě požadovali větší informovanost ze strany dramaterapeutů a měli by vyšší požadavky na jejich působení na klinice psychiatrie.</p> <p>Pozice dramaterapie v procesu léčby souvisí právě s časem, který je jí věnován. Z pozorování autorky vyvstalo téma personálního obsazení kliniky. Během působení na klinice se lékaři měnili, nový lékařský personál se tak vždy musel seznamovat se způsobem práce a mimo jiné i pozicí dramaterapie v systému léčby. Z vlastních zkušeností bylo pro autorku velmi pozitivní, když se lékař zúčastnil alespoň prvního sezení dramaterapie či s dramaterapeutem sezení reflektoval.</p> <p>Trvale v kontaktu jsou dramaterapeuti se staniční sestrou, která se několika sezení dramaterapie zúčastnila a zná tento způsob práce a s psychologkou, která v počátcích dramaterapie na klinice vedla skupiny dramaterapie s docházejícím dramaterapeutem. Z pozorování a reflexe personálu je zřejmé, že již v časovém plánu s dramaterapií počítají a berou ji automaticky jako program, který má být naplněn. Proto v období, kdy sama autorka na klinice jako dramaterapeut nemohla působit, byli osloveni studenti Speciální pedagogiky (oboru dramaterapie) z PdF UP, aby kontinuálně pokračovali v daném programu. Z pohledu autorky je dramaterapie personálem standartně vnímána jako součást procesu léčby, ale svoji pozici si stále buduje.</p>	<p>jakožto trvalé a pevné součástí léčebného programu ze strany staniční sestry přikládá autorka faktu, že v době, kdy staniční sestra nastoupila na kliniku, byla již dramaterapie do programu zařazená. Staniční sestra se sama zajímala o průběh dramaterapie a některá sezení jako pozorovatel i navštívila. Souvislost mezi dramaterapií a jejím zařazením do trvalé součásti programu autorka vidí v zájmu, který personál dramaterapie v počátcích věnoval. Lékařka, se kterou byl vedený rozhovor, se také zapojovala do dění v dramaterapii a žádala zpětné vazby, které s dramaterapeuty konfrontovala, což bylo pro práci v dramaterapii velmi cenné. Dramaterapie je lékaři vnímána jako součást léčebného plánu pacientů, ovšem nedochází k tak časté konfrontaci práce dramaterapeutů s lékaři. Nutno podotknout, že v období, kdy autorka na klinice působila a měla možnost více s lékaři a psychology sdílet proces dramaterapie a propojovat informace z jiných skupin a jednání pacientů a dávat je do souvislostí. Díky tomu bylo možné z dramaterapie více prosperovat.</p>
--	--

## 5.4.2 Kategorie cíl

Kategorie: CÍL	
Podkategorie: ZNÁT DŮVOD (ABY KLIENTI VĚDĚLI, PROČ TO DĚLALI)	Kontext
<p>Na prvních sezeních si dramaterapeuti kladou cíle, aby dokázali klientům dramaterapii co nejvíce přiblížit a vysvětlit. Klienti často přicházejí s dojmem, že se po nich bude chtít herecká práce popřípadě, že budou muset přehrávat svá dramata. Staniční sestra považuje za klíčové, aby byli pacienti předem seznámeni s průběhem dramaterapie a nároky, které na ně budou v rámci těchto sezení kladeny. Staniční sestra zdůrazňuje, že by měli vědět, proč jaké techniky dělají a k čemu jim to bude. Z pozorování a vlastní reflexe autorky také vyplývá, že první sezení se stává tzv. vstupenkou do další spolupráce. První vzájemné představení, dramaterapeutem zvolné aktivity, vzájemné porozumění a také představení dramaterapie, to vše sehrává klíčovou roli při aplikaci dramaterapie u cílové skupiny klientů. Nelze to však brát jako pravidlo. Autorka během působení na klinice pracovala i se skupinami, které byli natolik motivovány pracovat v dramaterapii, že nepožadovaly příliš informací, jelikož si dokázaly většinu interakcí sami interpretovat. Pravidlem však v současné době je, snažit se klientům dramaterapii co nejvíc na začátku přiblížit a zjistit vlastní představy klientů o této terapii. Klienti potřebují jasnou vizi toho, co se bude dít. Z tohoto důvodu začala autorka první sezení více směřovat k verbálnímu vysvětlení. V počátcích si klienti často kladou cíl, aby se na dramaterapii odreagovali, nebyli nervózní, aby si něco zahráli a zasmáli se apod. Vzhledem k nemoci, se kterou klienti do léčby přicházejí, je vhodné držet strukturu lekce, což často umožní vstupní a výstupní rituál v dramaterapii. Klienti po pár lekcích dramaterapie věděli, jak se skupina zahajuje a čím se lekce končí. Pevné body v systému lekce jsou pro mnoho pacientů velmi důležité. Tím, že se určitý jev</p>	<p>Na začátku je vhodné pracovat především na tom, aby se klienti cítili <b>bezpečně</b> a postupně budovali <b>důvěru</b> jak k terapeutovi tak k sobě navzájem. Pocit důvěry má velmi úzkou souvislost i s předáváním <b>informací</b>, které dramaterapeut klientům v rámci prvního sezení předává. Souvislost s danou kategorií je i samotná neurotická porucha. Mnoho klientů je neustále konfrontováno se strachem a úzkostí a vše co je neznámé vyvolává obavy, včetně pocitu z vlastního selhání.</p>



<p>v dramaterapii opakuje, nemusí již dramaterapeut tolik vysvětlovat důvody konkrétních technik.</p>	
<p>Podkategorie: NEBÝT BEZMOCNÝ (ABY SI UVĚDOMILI, ŽE NEJSOU BEZMOCNÍ)</p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Představy lékařky o cílech dramaterapie korespondují s cíli, které si sami dramaterapeuti v rámci procesu terapeutického působení vytyčují. Směřovat klienta k sebereflexi a uvědomění si, že řada problémů má základ ve způsobu zacházení sama se sebou je jeden z elementárních, ale velmi důležitých cílů dramaterapie. Skrze kreativitu lze pracovat s klientovou tvořivostí v procesu nahlížení na vlastní nemoc a podnítit ho k aktivitě.</p> <p>Aktivita je pro dramaterapeuta nejen cílem, ale také tématem, jelikož není vždy možné klienty na základě jejich poruch plně aktivizovat a vtáhnout do hry. Pacienti, kteří často somatizují mají obavy z veškerých pohybových činností, u kterých jde o vydání energie. Dramaterapeut se často ve své práci na klinice setkává s negativní reakcí na hry a aktivity vyžadující velkou míru pohybu a improvizace. Dramaterapeut tedy pečlivě vybírá, jakou aktivitu ve skupině použije. V průběhu „zúčastněného pozorování“ měla autorka možnost vysledovat, že proces terapie byl velmi ovlivněn tím, kolik energie byli klienti ochotni do vlastní léčby investovat.</p>	<p>Souvislost s cílem dramaterapie „uvědomit si, že pacienti nejsou bezmocní“ je motivace klientů k léčbě ve smyslu vlastní práce na sobě. Podstatnou otázkou v kontextu s touto podkategorií je si uvědomit, kdo si tento cíl stanovuje. Pokud je to pouze terapeut je velmi těžké nasměrovat klienta k tomuto uvědomění si vlastních kompetencí ve vztahu k psychické poruše. Klient si sám pro sebe jen těžko pojmenuje takto vlastní cíl, ale krokem k němu je snaha o vlastní sebepoznání a sebereflexi. Dle Corey, Schneider Corey, Callanan, Russel (2006) by měl být klient „nenasytný“, tedy snažit se být aktivní a s respektem k ostatním si dokázat na skupině najít prostor pro sebe. Soustředit se na pocity, projevovat se, experimentovat a usilovat o osobní růst a zároveň by jedinec neměl očekávat, že všechny změny v jeho životě nastanou hned (viz. kapitola 2.2.2.2 Normy skupiny).</p> <p>K tomu, aby klient dokázal reflektovat sebe sama před ostatními a pracovat na svých tématech je potřeba důvěry ve skupinu. Autorka v rámci předvýzkumu vedla rozhovory s některými klienty, kteří se shodovali na tom, že pro ně</p>



	<p>skupina byla velmi důležitá. Tohle téma se objevovalo i v reflexích klientů. Dle Kratochvíla (2005) by mělo být terapeutovým záměrem, aby při sebeodhalení klienta docházelo ke korektivní emoční zkušenosti. Velkou měrou se na korektivní emoční zkušenosti podílejí právě ostatní členové skupiny. –viz. kapitola 2.2.1.4 Sebeexplorace a sebeprojevení.</p>
<p>Podkategorie: KONTAKT (OTUŽIT SE V KONTAKTU)</p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>V rámci dramaterapie je důležitá interakce mezi klienty. Otužit se v kontaktu je výrok lékařky v rámci interview na téma dramaterapie. Kontakt s ostatními klienty může pacientovi pomoci při práci s vlastní úzkostí. Dramaterapie zprostředkovává kontakt skrze zkušenost ve hře. Hra, jak již bylo v rámci této práce řečeno, je fikcí, ve které jsou však emoce a prožívání pravé a autentické.</p> <p>Z předvýzkumu vyplynulo, že klienti často v počátcích dramaterapie bojují s pocity trapnosti. Klientka v rámci zpětné vazby uváděla, že se cítila při jedné hře, kde měli vyjadřovat nálady velmi trapně, ale když daný pocit překonala, začala se jí technika líbit. Být v kontaktu s ostatními s sebou nese značnou dávku překonávání sebe sama.</p> <p>Ze zkušenosti autorky byl vzájemný kontakt a spolupráce ve skupině, která si důvěřovala největším hybatelem dramaterapeutické práce</p>	<p>Otužit se v kontaktu, být tedy přítomen a snažit se reagovat na ostatní. Daná podkategorie velmi úzce souvisí s podkategorií <b>důvěra</b> ve skupinové práci. Pokud klienti důvěřují dramaterapeutovi a mají o dramaterapii informace, daleko snadněji se pustí do kontaktu. Hlavním prostředkem dramaterapie je <b>hra</b>. Hra je tedy prostředníkem kontaktu mezi klientem a skupinou, ale také se sebou samým. Ve hře si klient může vyzkoušet různé pro něj náročné situace a potvrdit si, že je schopen je zvládnout.</p>

### 5.4.3 Kategorie dramaterapeut

<b>Kategorie: DRAMATERAPEUT</b>	
<b>Podkategorie: REZERVY</b>	<b>Kontext</b>
<p>Rezervy dramaterapeuti pocít'ují především ve verbálním projevu, kdy hledají slova jak se přesně klientů ptát a jak věci pojmenovat, aby byly stejně pochopeny. Stejný problém pocít'ovala i autorka. Dle autorky by dramaterapeutům neměla v práci s klientem chybět neustálá pokora k této práci, jelikož se jedná stále o problematiku v tomto ohledu zcela neprobádanou a doba praxe, kterou jako dramaterapeuti absolvovali je stále dobou poznávání a ne zcela vše se dá brát jako ustálené. Rezervy dramaterapeuta se dle respondentů odrážejí především v technikách práce.</p>	<p>Rezervy dramaterapeuta souvisejí se vzděláním, které dramaterapeuti doposud získali. Samotné vysokoškolské vzdělání nepřinese dramaterapeutovi verbální zdatnost v terapeutickém působení a i když mají dramaterapeuti zkušenosti, znalosti a někteří i vzdělání v dramatických oborech, není to stejná sebezkušenost jakou jim může poskytnout psychoterapeutický výcvik.</p> <p>Autorka pozorovala v rámci předvýzkumu vlastní posun v práci dramaterapeuta v závislosti na čase, který na klinice strávila a v možnostech zpětné vazby ze strany terapeutického týmu z kliniky. Rezervy, které v kontaktu s klientem v začátcích praxe na klinice pocít'ovala, byly postupem času nahrazovány pocitem jistoty. Variabilita skupin ovšem přinášela stále nové situace a momenty. Proto nelze říct, že dramaterapeut je připravený reagovat na všechny vzniklé okolnosti. Naopak, stále se objevují problémy, které jsou dramaterapeuti nuceni řešit a neví si vždy rady. Potřeba sebezkušenosti a supervize je ze zmíněných důvodů nezbytná.</p>
<b>Podkategorie: SOUČÁST TÝMU</b>	<b>Kontext</b>

<p>Staniční sestra se od počátku svého působení na klinice stala pojítkem mezi dramaterapeuty a děním ve FN. Telefonicky dramaterapeuty informuje v případě problému či domlouvá sezení na pro další nastupující skupiny. Snaží se vyjít vstříc, i co se týče materiálu na skupiny, i když jsou možnosti velmi omezené. V momentě, kdy by dramaterapeut měl být rovnocenným členem týmu, měla by i ona na dramaterapii vyšší požadavky než na volnočasovou aktivitu. Důležité je, jak se to nastaví na začátku.</p> <p>Ve chvíli, kdy by dramaterapeut byl na vizitách a zúčastnil se rozhovoru o klientech, tak by bylo možné po dramaterapii zaměřit se na určité konkrétní problémy pacientů. S cíli souvisí i odpovědnost dramaterapeuta, která je závislá na pozici v týmu. Představy lékařky souvisí s korekcí určitých symptomů neurotických poruch.</p>	<p>Vzhledem k pravidelné a dlouhodobé spolupráci dramaterapeutů s klinikou jsou i vztahy mezi staniční sestrou a dramaterapeuty bližší. Skupina dynamická a skupina KBT jsou vedeny rozdílnými dramaterapeuty a staniční sestra je pro dramaterapeuty často jediným informátorem. Se skupinou dynamickou pracuje psycholog z kliniky, který je s dramaterapeuty pro skupinu číslo 1, tedy dynamickou v kontaktu. Terapeuti ze skupiny číslo 2, tedy KBT již v takovém kontaktu s dramaterapeutem nejsou. Souvislost proto autorka shledává v informovanosti a možnosti zpětné vazby. Jako součást týmu dramaterapeuti působí pouze na prvním komunitním sezení, ovšem v dalším 6- týdenním působení se, se zbytkem týmu, téměř nesetkají.</p>
<p><b>Podkategorie: DOBROVOLNOST</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Dramaterapeuti už od začátku svého působení docházejí na kliniku dobrovolně. Dramaterapeuti nemají na klinice sjednocené, co přesně klientům v prvních setkáních sdělují. Autorka má zkušenost, že klientům sdělovala, co dělá a za jakým účelem přichází. Dobrovolnictví u dramaterapeuta je ohraničené právě jeho časovými možnostmi. Pravidelnost a dlouhodobost je opravdu možná, když je dramaterapeut ještě studentem, v případě autorky, studentem doktorského studijního programu, ale zde se zase naráží na malou zkušenost, kterou student při práci na klinice má. Dobrovolnictví však studentovi dramaterapie přináší mnoho zkušeností, které dále v praxi může využívat. Jedním z dramaterapeutů dobrovolníků je pracovník z jiné organizace. Komplikace</p>	<p>Kontext kategorie dramaterapeuta dobrovolníka je především v čase, který dané práci může věnovat. V úzké souvislosti dramaterapeutické práce autorka vidí právě omezenou zkušenost, se kterou dramaterapeut přichází. Všichni, kromě jedné z dramaterapeutek, která působila jednu dobu i v PL Kroměříž, neměli předchozí zkušenost s psychiatrickými pacienty v rámci dramaterapie. Každý z dramaterapeutů začínal na psychiatrii tím, že na klinice</p>

<p>nastávají, když je třeba, aby věnoval čas, který dává do práce na klinice jako dobrovolník, do svých pracovních povinností. V takovém případě musí odvolat některá sezení a pacienti přicházejí o program. Autorka v roli dramaterapeuta dobrovolníka se taktéž potýkala s podobnými komplikacemi, jelikož čas dramaterapeutického sezení zasahoval do termínů, které potřebovala investovat do zaměstnání. Staniční sestra nahlíží na dobrovolnictví jako na fakt, který poukazuje na zájem, který dramaterapeuti mají. Nejde o to splnit praxi ani si přivydělat, ale investovat čas do něčeho, co dramaterapeuta rozvíjí a inspiruje k další práci. Staniční sestra podotýká, že by bylo jiné, kdyby se od dramaterapeutů něco očekávalo. Říká, že i teď se očekává, ale důležité pro ni je, že je to baví a nemají to jako povinnost, ke které se uvázali. Motivace k této dobrovolné činnosti je z pohledu autorky právě tendence zjistit jakých efektivních kroků lze v rámci terapie dramaterapií dosáhnout.</p>	<p>získala praxi, kdy ji někdo z terapeutů doprovázel. Pro autorku to byli psychologové a psychiatři z kliniky včetně paní primářky. Pro další dramaterapeuty, to pak byl vždy dramaterapeut, který již na klinice určitou dobu působil a mohl své zkušenosti předat.</p>
<p><b>Podkategorie: PRÁCE VE DVOJICI</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Dramaterapeuti se pozastavují nad tématem vést dramaterapii ve dvojici a jednotlivě. Autorka většinou pracovala samostatně za případné ko-terapeutické spolupráce psychologa nebo lékaře. V průběhu praxe si dramaterapeuti vyzkoušeli spolupráci, jak ve dvojicích, tak i jednotlivě. Aktuálně je ukotvena dramaterapie na klinice tak, že v 1. dynamické skupině pracují dva dramaterapeuti a ve skupině KBT jeden dramaterapeut. Zkušenosti v různém způsobu spolupráce se odrážejí na názorech dramaterapeutů v jaké sestavě pracovat s klienty. V rozhovorech se zmiňují o větší intimitě vztahu mezi klientem a dramaterapeutem v případě, že je na skupině sám. V případě, že fungují na skupině dva dramaterapeuti je práce více reflektovaná a bedlivěji připravovaná. Staniční sestra se taktéž přiklání více k práci ve dvojici. Dle ní má pak pacient možnost si vybrat terapeuta, který mu více vyhovuje. Autorka v roli</p>	<p>Práce sám či ve dvojici je často podmíněná vůbec personálním obsazením dramaterapeutů na klinice. V momentě, kdy není možno mít k sobě jiného dobrovolníka, pracuje dramaterapeut samostatně. Není stanoveno, že dramaterapeut musí pracovat ve dvojici, každý způsob práce klientům přináší něco jiného. Důležité je vědět jak dramaterapeut s klienty směřuje a odhadnout zda sám dokáže skupinu vést. Dvojice terapeutů, může mít rozličný charakter, kdy se jedná o dva dramaterapeuty nebo jednoho dramaterapeuta koterapeuta mu dělá odborník z kliniky. Dané rozdělení</p>

<p>dramaterapeuta byla toho názoru, že by dramaterapeut v ideálním případě měl spolupracovat s odborníkem z kliniky, který by na dramaterapii fungoval jako koterapeut. Psycholog či lékař, který pravidelně vede verbální psychoterapii s klienty s neurotickou poruchou a zároveň zná jejich spisy, bude lépe reagovat na vzniklé situace. Jeden z psychologů, který na klinice v době autorčina dramaterapeutického působení na klinice pracoval, byl však toho názoru, že získává daleko zajímavější a celistvější obraz o klientech, když na dramaterapeutickém sezení a má informace od nás dramaterapeutů. Přisuzoval to faktoru našeho docházení na kliniku tzv. „z venku“, kdy klienti zažívají jinou kvalitu vztahu, než když je terapeut z kliniky.</p>	<p>není často závislé na rozhodnutí terapeutů, ale na časových kompetencích jednotlivých terapeutů.</p>
--	---

#### 5.4.4 Kategorie dramaterapie

<b>Kategorie: DRAMATERAPIE</b>	
<b>Podkategorie: POJMENOVAT JINAK</b>	<b>Kontext</b>
<p>Dramaterapie je název, který většinou pacienty vyděsí. Rovnou si představí, že budou hrát divadlo nebo si tuto aktivitu překládají jako rozebírání vlastních dramát, proto už na sezení dramaterapie jdou se značnými předsudky. Důležité je, aby dramaterapeuti přicházeli na první sezení a dramaterapii klientům přiblížili. Nelze zcela zprostředkovat veškeré informace, ale jde alespoň nejistotu klientů zmírnit. Autorka z vlastních zkušeností znala pacienty, kteří si dramaterapii různě přejmenovávali dle toho, který prvek pro ně v aktivitě byl důležitý jako „hrátky“, „jdeme dělat blázny apod.“ Sestřičky i dramaterapeuti nezávisle na sobě přišli s tím návrhem, že by se pojmenovávala dramaterapie jinak, jelikož několik skupin reagovalo na název podobě. Dle autorky, by však dramaterapie nebyla dramaterapií. Dle pozorování autorky stačí, když si klienti na tento způsob práce zvyknou a dramaterapeut si ke klientům najde</p>	<p>Podkategorie POJMENUJEME JINAK souvisí s vnímáním klientů daného pojmu. Název vyvolává pocit, že budou nuceni do dramatických aktivit či řešení nepříjemných situací. Další souvislost je informovanost. Pokud klient není dostatečně informovaný, je pravděpodobné, že se bude doptávat personálu. Tím, že dramaterapie je obor v ČR zcela mladý, mezi klienty není znám, a tak jsou s ním spojené i předsudky.</p>

cestu a oni k němu, pak není zapotřebí název měnit.	
<b>Podkategorie: VHODNÁ</b>	<b>Kontext</b>
<p>Z pozorování dění na klinice se ukázalo, že ne všichni klienti jsou pro dramaterapii vhodní. Příkladem byla klientka, kterou způsob této práce vůbec neoslovil, naopak ji rozčilovalo, že po ní chtějí tento druh aktivit na psychiatrii. Zkomplikovala se tak i práce lékařů s touto pacientkou. Z reflexe dramaterapeutů se jednalo o klientku, která se v dramaterapii necítila bezpečně. Nelíbil se jí tento způsob práce, což pak narušovalo celou skupinu. Vhodnost dramaterapie pro určitou klientelu je rozporuplná. Lékařka ji vidí jako přínosnou pro pacienty s úzkostí a s panickou úzkostnou poruchou. Autorka společně s dalším dramaterapeutem je toho názoru, že i osoby se sociální fobií by mohli z dramaterapie prosperovat. Vzhledem k faktu, že v současné době operujeme na dramaterapii pouze s tím, co nám pacienti řeknou, tak u části z nich vlastně nevíme, s čím na kliniku přicházejí. Někteří pacienti mají potřebu sdílet s ostatními i na dramaterapii co je na kliniku přivedlo a co je v současné době trápí. Autorka z pozorování zjistila, že porucha není stěžejní ve vhodnosti pro vstup do dramaterapie, ale především motivace a sympatie, která má k terapeutovi.</p>	<p>Souvislost s danou podkategorií autorka shledává v informovanosti mezi dramaterapeutem a personálem. Pokud pacient nepřijímá tento způsob práce, nemusí se vždy jednat o ustálený jev. V průběhu dramaterapie mnoho pacientů v dramaterapii našlo smysluplnost. Vhodnost dramaterapie pro klienta se nedá určit z prvního sezení. Klienta si potřebuje vyzkoušet dané způsoby práce, seznámit se s ostatními klienty a získat důvěru k terapeutovi. Což je časově náročný proces. Vhodnost klientů na dramaterapii je většinou podmíněná časem, který na dramaterapii strávili. Možnost reflektovat vlastní emoce ve vztahu k dramaterapii je důležitým faktorem pro motivovanost do další spolupráce. V momentě, kdy klientovi nevyhovuje způsob práce na dramaterapii je potřeba to reflektovat a reagovat na vzniklou situaci. Na klinice je dramaterapie zařazena do povinných aktivit klientů a v momentě, kdy by na dramaterapii chyběli je s nimi situace řešena. Vnímáme zde potřebu klientů mít možnost se rozhodnout, zda se budou tohoto druhu terapie účastnit či ne. V mnoha případech by však možností volby došlo k fluktuaci klientů na</p>

	<p>skupině. Je potřeba však zvážit, zda není kontraproduktivní k dramaterapii nutit někoho, kdo viditelně není k tomuto druhu terapie motivovaný. Na druhou stranu, každý pacient je součástí kompaktní skupiny a v případě, že by nedocházel na dramaterapii určitá forma kontaktu s ostatními členy skupiny by mu chyběla.</p>
--	--

#### 5.4.5 Kategorie informovanost

<b>Kategorie: INFORMOVANOST</b>	
<b>Podkategorie: URČITÉ INFORMACE CHYBÍ</b>	<b>Kontext</b>
<p>Lékařka i dramaterapeuti upozorňují na to, že jim určité informace v průběhu dramaterapie z obou stran chyběly. Autorka má zkušenosti různé. Vždy záleželo na personálním složení a jeho časových kompetencích. V průběhu let se na klinice lékaři střídají a vždy s novými lékaři, kteří jsou většinou aktivní jako psychoterapeuti pro skupinu KBT se s nimi dramaterapeut, který funguje pro tuto skupinu, snaží navázat kontakt, aby docházelo ke zpětné vazbě. Problémem jsou často časové kompetence, jak lékaři, tak i dramaterapeuti mají časové možnosti, které se ne vždy slučují. Jako hlavní spojnice mezi dramaterapeuty a klinikou funguje v současné době staniční sestra, která dramaterapeuty informuje či je vyslechne a snaží se vyjít vstříc. Z pozorování autorky a její vlastní zkušenosti se skupinou 1 dynamickou, byla výborná spolupráce s psychologem. Ne vždy měli čas, ale když došlo ke společnému setkání a reflexi, bylo to velmi užitečné pro obě strany. V jeden čas se dramaterapeuti skupiny dynamické pravidelně po každém sezení na hodinu setkali i s psychologem, kterému reflektovali, co na skupině vzniklo a jak klienti pracovali. Psycholog sděloval dramaterapeutům jak on sám skupinu vnímá, co</p>	<p>Informovanost dramaterapeutů je velmi limitovaná časem. Dramaterapeuti na klinice tráví jen určité hodiny v týdnu, a jedná se většinou o dobu, kdy jsou lékaři zaneprázdnění individuální prací s klienty nebo jinými povinnostmi. Dramaterapeuti se tedy často s lékaři domlouvají na časy mimo dny, kdy je dramaterapie, což je občas komplikované pro obě strany. Autorka v době začátků, kdy na klinice fungovala jako dramaterapeut, působila ještě v původních prostorech kliniky. V tamních podmínkách bylo pravidlem, že dramaterapeut sdílel s lékaři společný prostor, a tak bylo běžné, že se častěji potkávali a reflektovali. V současné době jsou prostory jinak uzpůsobené a k tomu jsou lékaři i psychologové zaneprázdnění, je tedy možnost se</p>



<p>ho překvapuje, že zvládá a na co se máme zaměřit.</p> <p>V případě, že při dramaterapii docházelo ve spolupráci s určitými klienty ke komplikacím, které si dramaterapeuti neuměli vysvětlit, přiblížil jim psycholog důvody reagování zmíněných klientů a paradoxně u některých z nich šlo o pozitivní jev např. u paní, která běžně v životě byla na sebe zvyklá spoustu věcí nakládat a přijímat, si dokázala říci v dramaterapii stop a odmítat relativně aktivitu, což byl dle psychologa obrovský posun. Což bylo pro práci dramaterapeuta velmi pozitivní. Další výraznou zkušeností byla pro autorku spolupráce s psychologem jako ko-terapeutem, zpětná vazba pak měla daleko větší smysl, jelikož psycholog jednotlivé pacienty dobře znal a dokázal lépe popsat co se na skupině dělo a proč. V přípravě na dramaterapii se psycholog s dramaterapeutem dohodli, že vytvoří pro skupinu náročnější aktivitu, jelikož se začalo stávat, že jim ve skupině bylo natolik příjemně, že nechtěli řešit pro ně náročná a problémová témata. Aktivita však znovu sklouzla k relaxaci a humornému nadhledu. S psychologem jsme se shodli, že je u skupiny potřeba více se zaměřit na otázky jejich léčení, které se začínají oddalovat.</p>	<p>potkat daleko složitější.</p>
<p><b>Podkategorie: SMYSLUPLNNOST</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Dramaterapeuti jsou v pozici, kdy si nejsou jistí vlastní pozicí na klinice a neví, jaké informace jsou přesně klientům sdělovány či vůbec někdo klientům z kliniky odpovídá na dotazy směřující k dramaterapii. V případě neinformovanosti klientů, dochází často k negativním reakcím na dramaterapii. Na začátku prvních sezení dramaterapeuti stráví hodně času vysvětlováním a přibližováním toho, co je vlastně dramaterapie a jakým způsobem funguje na klinice. V případě, že šli dramaterapeuti rovnou do aktivní práce, klienti to odmítali. Není to však pravidlem. Dramaterapeuti se nezávisle na sobě shodují, že klienti se dožadují informací, a tak oslovují personál, který je přítomný</p>	<p>Podkategorie SMYSLUPLNNOST vznikla na základě dotazů, které klienti personálu pokládali. Důležité proto je, klienty informovat co za způsob práce používáme a také z jakého důvodu. Nedílnou součástí informací je také fakt, že klienti sami by měli reflektovat vlastní práci na dramaterapii - co jim dělalo problém, v čem jim bylo dobře, co se u nich měnilo, apod.</p> <p>Zda bude pro klienty dramaterapie smysluplná mohou dramaterapeuti</p>

<p>v době, kdy tam dramaterapeuti nejsou. Dramaterapeuti se obávají neurčitých informací, které jsou klientům ohledně dramaterapie ze strany některých zdravotníků podávány, jelikož neurčitá odpověď v klientech často vyvolává ještě větší obavy. Boj s počátečními obavami se však v současné době rozhodli dramaterapeuti řešit. Dramaterapeut Mgr. Martina Semerádová v průběhu zpracování tohoto výzkumu na klinice započala s novým způsobem informovanosti klientů, který se zdá být účinný. Oslovila klienty ze skupiny, kteří si prošli dramaterapií, aby poslali dopis klientům, jež budou na kliniku přicházet na další 6 – ti týdenní léčbu. Klienti tak zajímavým způsobem uzavírali vlastní čas na dramaterapii a zároveň poskytli informace novým pacientům. Dramaterapeut pak na prvním komunitním sezení pacientům vzkazy přečetl (viz příloha č 9.). Ve vzkazech byli emoce, které si na dramaterapii prožili, co jim dala apod. Jeden z dopisů byl negativně laděný, byl od klientky, která tento způsob práce nepřijala, ale i to je možnost, která se klientům prezentuje. V dramaterapii stejně jako v psychoterapii platí, že klienti mají právo říci stop a do techniky se nepouštět. Z pozorování autorky bylo dobré, aby si na začátku klienti s dramaterapeuty ujasnili, kam budou společně směřovat a co má každý klient za představu o dramaterapii.</p>	<p>částečně ovlivnit, ale velká míra odpovědnosti je na klientech samotných. Tato kategorie pro autorku velmi souvisí nejen s informovaností, ale také s podkategorií NEBÝT BEZMOCNÝ.</p>
<p><b>Podkategorie: UVÉST SE NA ZAČÁTKU</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Dramaterapie by neměla být tajemným překvapením, ale na relevantních informacích uvedený způsob práce. Úvodní představení většinou probíhá na první komunitě. Dramaterapeuti z vlastní zkušenosti sdělují, že ne vždy úvodní komunita napomohla lepšímu startu v dramaterapii. Dle staniční sestry je ale velmi důležité, aby klienti věděli, že tým dramaterapeutů není někdo z venku, koho ostatní členové týmu neznají, ale že jde o pracovníky, kteří mají v komunitě mezi lékaři své místo. Tento fakt je pro klienty důležitý, jak už bylo několikrát v předchozích kategoriích zmiňováno.</p>	<p>Tato podkategorie velmi úzce souvisí s předchozí podkategorií UVÉST SE NA ZAČÁTKU, která poukazuje právě na otázku vstupních informací o dramaterapii. Uvést se na začátku souvisí s časem a prostorem, který dramaterapeutů zprostředkovává klinika. Čas je zde velmi krátký na to, aby dramaterapeuti zprostředkovali klientům všechny informace. Jak se leze dočíst</p>

	<p>v kategorii informovanost, dramaterapeuti se snažili v průběhu působení na klinice nalézt způsob jak klienty motivovat ke společné práci už na první komunitě. Což vedlo k nápadu, aby klienti ze skupiny, která program ukončovala, napsali vzkaz klientům přicházejícím na kliniku. Způsob byl zatím aplikován pouze jednou, ale dle reakcí klientů funguje.</p>
--	---

#### 5.4.6 Kategorie KBT a dynamická skupina

<b>Kategorie: KBT A DYNAMICKÁ SKUPINA</b>	
<b>Podkategorie: ROZDÍLY SE SMAZALY</b>	<b>Kontext</b>
<p>Dle lékařky jsou ve skupině dynamické schopni klienti více hovořit a pracovat se skupinovými efektivními faktory. Celkově by měli dle zdravotnického personálu v dramaterapii lépe reagovat pacienti ze skupiny dynamické. Dramaterapeuti se však shodují, že se postupem času rozdíly mezi skupinami smazaly. V rámci působení na klinice dramaterapeuti pracovali jak se skupinami dynamickými, které dramaterapii přijímali a byli ochotní tímto způsobem spolupracovat, tak i se skupinami, které dramaterapii nepřijímali. Autorka, v roli dramaterapeuta pozorovala v začátcích své praxe na klinice docela podstatné rozdíly mezi skupinou dynamickou a KBT. Jednu dobu fungovala kvůli malým časovým možnostem dramaterapie pouze u skupiny dynamické. V průběhu času se však několik pacientů ze skupiny KBT ozývalo, že by chtěli tento způsob práce také vyzkoušet, a tak i na doporučení personálu se začali dělat dramaterapie pro obě skupiny a využívat tak studentů speciální pedagogiky (dramaterapie). Autorka nedokáže posoudit, zda je mezi skupinami zásadní rozdíl</p>	<p>V kontextu s danou kategorií jsou i výsledky kvantitativní části této práce. Dle kvantitativních výsledků není rozdíl mezi hodnocením dramaterapie u skupiny 1 dynamické a u skupiny 2 KBT. Dramaterapeuti ve spolupráci s jednotlivými skupinami nevnímají zásadní rozdíl. Autorka sama v roli dramaterapeuta se setkala se skupinami, které nebyly motivované a ochotné spolupracovat, ale nemělo zásadní vliv to, z jaké skupiny klienti přicházejí. Zdravotnický personál by rozdíl očekával, jelikož pacienti jsou do skupin rozděleni jak dle motivovanosti, tak dle neurotické poruchy a její závažnosti. Dynamická skupina by dle staniční sestry i lékařky měla být více participující</p>

<p>z úhlu pohledu pozorovatele, jelikož v posledních dvou letech fungovala převážně u skupiny dynamické a skupinu KBT ji reflektovali ostatní dramaterapeuti. Z vlastní zkušenosti však pozorovala, že skupina dynamická svým nastavením taktéž nebyla znamením pro přijetí dramaterapie.</p>	<p>oproti skupině KBT. Dramaterapeutům se však tyto rozdíly za dobu jejich praxe smazaly. Každá skupina je jiná a v rámci dramaterapie se dramaterapeuti setkali i se skupinou KBT, která velmi aktivně spolupracovala a dokázala nebýt tzv. bezmocná, jak již bylo v předchozích podkategoriích zmíněno.</p>
<p>Podkategorie: VÝBĚR SKUPIN („UŽ JE ROZDÍL V TOM JAK SKUPINY VYBÍRÁME“)</p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Lékařka přibližuje způsob vybírání klientů do skupin. Výběr do skupiny však není vždy konečný. V průběhu terapie se stávalo, že po prvních sezeních lékaři rozhodli, že některý klient se více hodí na práci v druhé skupině, a tak ho přemístili. Dynamická skupina by měla být více nastavena na skupinovou práci, ale nelze tím říct, že by pak skupina KBT hůře ve skupině spolupracovala. Výběr pacientů byl také podmíněn jeho opakováním léčby. Vždy, když někdo na kliniku nastoupil podruhé, byl automaticky zařazen do skupiny, ve které původně nepracoval, aby si vyzkoušel principy jiné terapeutické práce. Rozhodnutí kdo, do které skupiny půjde, je vždy na lékařích.</p>	<p>Výběr členů do skupin je, jak již bylo v předchozí kategorii akcentováno, na lékařích, kteří na klinice působí. Do skupin jsou vybíráni klienti dle kritérií, které si na klinice stanovili a dle kterých by měla být léčba pacienta co nejúčinnější. Zajímavé je jak se na skupině odrazí, když je ve skupině pacient, který způsob práce zná. Může to být pacient, kterému dramaterapie pomáhala hledat témata a byl k ní motivovaný, ale může se jednat o pacienta, který se stavěl k tomuto stylu práce negativně. Souvislost je pak pro autorku s kategorií informovanost, kdy klienti nedostávají informace pouze od personálu a dramaterapeutů, ale také od ostatních klientů, kteří je více či méně ovlivňují.</p>

#### 5.4.7 Kategorie Práce ve skupině

<b>Kategorie: PRÁCE VE SKUPINĚ</b>	
<b>Podkategorie: NEJCENNĚJŠÍ INTERAKCE</b>	<b>Kontext</b>
<p>Bezprostřední komunikace, která na základě hry či dramaterapeutické techniky může vzniknout, patří k nejcennějším interakcím v rámci skupiny. Většinou jde o společné uvolnění emocí, smích či souznění v nějakém tématu. Pro značnou část pacientů je důležitá skupina a pocit, že s někým něco v rámci hry zažijí. Nelze tyto pacienty určit dle jejich neurotické poruchy, vždy je to spíš o osobnostním nastavení a potřebě kontaktu. Autorka v roli dramaterapeuta zažila skupinu, pro kterou způsob práce v dramaterapii byl natolik vhodný, že měli potřebu sdílet spoustu svých problémů verbálně s dramaterapeutem. Interakce, které mezi klienty vznikaly, byly pro ně natolik silné, že měli potřebu je zažívat častěji a vyžadovali od dramaterapeuta častější sezení. Dramaterapeut se v rámci této skupiny však dostával i do svízelných situací, kdy klienti začali sdílet na dramaterapeutické skupině témata, která však odmítali otevírat na skupině verbálně - psychoterapeutické. Prostor, který byl tvořený hrou a aktivní interakcí mezi nimi se stal natolik bezpečný a důvěrný, že z něj už nechtěli nic vynášet. Cenné interakce, jak jsou nazývány v této podkategorii, jsou dány situacemi, kde se klienti potkají a porozumí si. Pro část klientů to byl velmi silný zážitek, jelikož např. dlouhou dobu nebyli s nikým v blízkém kontaktu či jejich vztahy byly velmi narušené. Příkladem byla pacientka, která se při jedné z her rozplakala. Ve hře se totiž klienti rozhodli chytnout společně za ramena. Šlo o aktivitu, kdy vytvářeli fantazijní svět. Klientku situace dojala tím, že se v současném životě dlouhou dobu neobjevil nikdo, kdo by ji chytnul za ramena či objal. Refletovala situaci jako velmi příjemnou a zároveň smutnou, bála se, že jak se vrátí zpátky domů, že už to nepocítí. Dramaterapeut</p>	<p>Kontext cenných interakcí je velmi úzce propojen právě s pozicí dramaterapeuta v týmu a jeho informovaností. Dramaterapeut často naráží na svoji roli v týmu, která není příliš ukotvená. Potřeba supervize a sdílení s ostatními therapy je v určitých momentech nezbytná. V momentě, kdy je možnost přenést interakce z dramaterapeutických sezení na psychoterapeutickou skupinu, je terapeutický přístup z pohledu psychologa i dramaterapeuta víc kontinuální a je možné z něj čerpat.</p>

<p>v těchto momentech doporučuje, aby klient situaci ještě jednou reflektoval s psychologem či si na skupině vzal téma</p>	
<p><b>Podkategorie: DŮVĚRA A BEZPEČÍ</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Práce na důvěře má různý časový rámeček. Ze zkušeností autorky je u každé skupiny jiný, dle toho jak se skupina seje, co se členů týče. Dramaterapeuti podotýkají a autorka s těmito názory na základě svého pozorování souhlasí, že klienti s nějakou formou důvěry či nedůvěry již přicházejí. Práce v dramaterapii může tento jev ovlivnit jak pozitivním tak negativním směrem. Sdělení dramaterapeutek co ovlivňuje bezpečí ve skupině je totožné a autorčinými zkušenostmi. Práce ve skupině je ovlivněná jednotlivci, jak k aktivitám přistupují a v momentě, kdy se někdo projeví víc, může se vztahu k ostatním cítit v ohrožení. Příkladem ze zúčastněného pozorování autorky byla klientka odmítající se zapojit do skupinového dění. Klientka se stala pro skupinu faktorem vzbuzující nedůvěru. Klienti aktivně pracovali a zmíněná pacientka se na ně dívala. Z reakcí klientů šlo poznat, že jim to není příjemné, když si něco zkusili, ohlíželi se pohledem na ni, a pak i někteří z nich si taktéž sedli a odmítli spolupracovat. Jednalo se o skupinu, která se příliš neznala. Autorka se setkala s podobnou situací vícekrát a reakce vždy závisely na důvěře klientů mezi sebou navzájem. Příklad u jiné skupiny byl téměř totožný, klientka odmítala spolupracovat a tak si sedla a ostatní pouze pozorovala. Skupina však byla na aktivitu motivovaná a již se znali. V aktivitě dál pokračovali a dle výrazů šlo poznat, že je neaktivita jednoho klienta příliš neomezuje. Klientka se již při další aktivitě přidala. Skupina, která spolupracovala, se jí z povzdálí jevila bezpečnější, a tak když dramaterapeut navrhnul navazující aktivitu, zeptala se, zda už se může přidat. Důvěra hrála tedy vždy roli, jak klienti byli schopni spolupracovat. Faktory ovlivňující důvěru ve skupině byli vždy různé.</p>	<p>Důvěra plně zafungovala v propojení a souladu s podkategorií NUTNÉ SE PŘIPRAVOVAT. Důvěra je u každého jednotlivého pacienta ovlivněná jinými faktory, ale mnoho z nich je společných. Důvěra klienta v terapeuta se buduje v čase. Pro autorku tato kategorie velmi souvisí, kromě informovanosti a připravenosti jak dramaterapeuta tak klienta, s frekvencí a pravidelností sezení. V momentě, kdy se terapeut setkává s klienty častěji, mění se tak v závislosti také na kvalitě stráveného času, jejich vztah.</p>

<p>Jak lze vyčíst z výpovědi dramaterapeutů, byl důvodem k negativnímu postoji a nedůvěře pocit, že jsou terapeuti nepřipravení na skupinu. Celkově autorka zažila i pozitivní zpětnou vazbu, z pohledu klientů, že si setkání s nimi bedlivě připravila. Měli pocit, že věci, které dělají, nejsou nahodilé.</p>	
<p>Podkategorie: MOTIVACE</p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Motivace pracovat na svých tématech za pomoci dramaterapie je úzce spojená s postoji k léčbě, které klient má. Klienti, kterým neurotická porucha narušuje kvalitu života natolik, že chtějí načerpat z léčby co nejvíc, jsou pak velmi aktivní i v dramaterapii. Motivace k léčbě je však různá. Zájemci o léčbu, můžou mít představu, že terapeut je ten jediný kdo má prostředek na to, aby se uzdravili. Dramaterapeut pak v roli externího pracovníka, nabízející spolupráci za pomoci hry, není klienty, vyžadujícími léčbu zdravotníka, přijímán. Není dle nich dostatečně kvalifikovaný, aby jim mohl nějak pomoci si zlepšit jejich stav. Motivace ke změně, je tedy podmíněná i faktory, které jedince při léčbě ovlivňují. Motivovat klienta v dramaterapii může i samotná aktivita. Autorka se při jednom ze sezení setkala s klientkou, která dramaterapii brala, jako povinnou aktivitu, kterou se rozhodla nějak „protrpět“. Na druhém sezení autorka v pozici dramaterapeuta použila techniku výtvarně-dramaterapeutickou, kdy si pacienti měli hledat svého hrdinu, se kterým se pak ztotožňovali (technika Ing. Honzi Bartoška v rámci magisterského studia dramaterapie). Klientka to považovala za nesmysl, nakreslila jejich psa a argumentovala, že s ním přece nemůže mít nic společného. Přesto ji dramaterapeut vyzval, aby zkusila něco najít. Klientka po chvíli přemýšlení našla pár společných rysů, které dokázala k sobě připodobnit např. to, že když se něčeho jejich pes bojí či se dostane do neznámé situace či prostředí, tak vrčí. Pak klientka řekla, že to vlastně dělá také, že to má možná tak i ve vztahu k dramaterapii. Dramaterapie byla</p>	<p>Motivovanost klientů je velmi úzce propojená s informovaností o dramaterapii. V momentě, kdy klienti mají dostatek informací o tom, co je dramaterapie, že na klinice probíhá pravidelně několik let a nemusí se obávat, že budou nuceni vytvářet dramatické inscenace, jsou i více motivováni k dramaterapeutické práci, jelikož pak není tolik obávaná. Souvislost s motivovaností klientů má jejich vlastní představa o léčbě. Pro některé klienty je demotivující, když není dramaterapeut všeobecně vnímaný jako autorita. Chybí jim lékařská odbornost a způsoby dramaterapeuta se jim neslučují s lékařským prostředím nemocnice. Samotný způsob práce, tedy propojenost s kategorií SKUPINOVÁ PRÁCE může být pro klienty motivující.</p>



<p>pro ni neznámá a tak se ji bránila. Tato aktivita klientku motivovala k práci natolik, že patřila v dalších sezeních k těm více aktivním. Nebylo to vždy podmínkou, stávalo se, že některé aktivity naopak klienty naprosto odradili od dramaterapeutické práce. Motivace skupiny byl vždy jeden z prvních jevů, které dramaterapeut sledoval, když se skupinou začínal aktivně pracovat.</p>	
<p><b>Podkategorie: NUTNÉ SE PŘIPRAVOVAT</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Důležité pro práci v dramaterapii je se připravovat. Tato podkategorie úzce souvisí s výše uvedenou podkategorií. Klienti, kteří nejsou příliš motivováni ke spolupráci v dramaterapii sami nepřichází s podnětem, na kterém by chtěli pracovat či kam směřovat. Kreativitu je u většiny z nich potřeba rozvíjet za pomoci jasných postupů. Proto je nutné, aby dramaterapeut byl dobře připravený. Samozřejmě je především důležité vědět, co klient požaduje od terapie, jaké má očekávání (viz příloha č. 8). Autorka má tu zkušenost z pozorování na klinice, že ne vždy bylo potřeba se bedlivě připravovat. V momentě, kdy dramaterapeut má už více zkušeností a má v rezervě zásobu her či přístupů, není potřeba přípravě věnovat tolik pozornosti, spíše poslouchat a vnímat co klienti potřebují. Dramaterapeuti, kteří fungují ve dvojici, by si však měli dopředu určit, kterým směrem zhruba půjdou. Velmi pak záleží na jejich schopnosti vnímat jeden druhého. Jinak vypadá připravenost a práce dramaterapeuta, když vede terapii samostatně a když spolupracuje ve dvojici. Na klienty negativně působí dramaterapeut, který není dostatečně připravený a působí, že neví, jak bude s nimi dál postupovat.</p>	<p>Nutné je se připravovat, je dle autorky kategorie, která velmi souvisí se vztahem dramaterapeuta a klientů a na interakcích ve skupině. V momentě, kdy zkušený dramaterapeut pracuje se skupinou, která je motivovaná, tak většinou ví jak klienty nasměřovat. Umí použít efektivně dramaterapeutické techniky a nepotřebuje podrobné přípravy. Jedná-li se však z pohledu autorky o skupinu, která je náročná. A tím náročná je myšleno, že není dostatečně motivovaná a způsob dramaterapeutické práce přijímá velmi opatrně, je potřeba, aby se dramaterapeut kvalitněji připravil. Příprava také velmi souvisí s tím nakolik si je dramaterapeut jistý v práci s klientem popřípadě s koterapeutem.</p>
<p><b>Podkategorie: WARM UP</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>„Warm up“ jsou hry, které se v dramaterapii zařazují na začátku dramaterapeutického sezení, aby se uvolnila atmosféra. Klienti však tento druh her ze začátku nepřijímali. Autorka v rámci předvýkrmu vyzkoušela, po několika negativních reakcích na techniku warm-up, nezařazovat a rovnou začít hlavní část. Hlavní část je</p>	<p>Autorka dle pozorování usuzuje, že warm-upy nejsou tolik propojené s informovaností klientů jako s jejich motivací k léčbě. Velkou míru zapojení se do těchto her sehrává i sympatie k terapeutovi. V případě,</p>

<p>většinou nějaké téma či ucelený projekt. Zpětnou vazbou pak v rámci předvýzkum bylo, že klienti v rozhovorech nezávisle na sobě přiznávali, že jim warm-up začal chybět. Reflektovali, že i když se jim ze začátku do her nechtělo, atmosféra se i tak vždy uvolnila a lépe se jim pak dramaterapeutické pracovalo v hlavní části. Důležité je klienty informovat z jakého důvodu warm-upy zařazujeme. Stávalo se, že klienti neměli warm-upy dostatečně dramaterapeutem vysvětlené a měli pocit, že je tato práce „dětinská“ či „z nich děláme ještě větší blázný, než jsou“ apod. Klientům většinou vysvětlujeme, že se jedná o aktivitu, která má uvolnit atmosféru, snížit napětí a slouží k odreagování. Klientům vysvětlení samozřejmě nepomohlo k tomu, aby se cítili lépe či aby se skutečně uvolnili, ale byl to vždy krok k tomu, aby si to vyzkoušeli. Příkladem byla klientka, která jako velmi úzkostná pacientka se od začátku na skupině dramaterapie velmi těžko pohybovala. Bylo jí navrženo, že v případě, kdy aktivity nebude zvládat, nemusí se jich účastnit. Klientka se přesto zapojovala a reflektovala to jako vlastní „sebezkušnostní trénink“, i když měla obrovský strach, že to nezvládne. V momentě, kdy se jí podařilo s ostatními zapojit, tak ve zpětné vazbě reflektovala příjemné pocity. V současné době dramaterapeuti na klinice využívají techniky warm-upu velmi opatrně a strukturovaně, právě kvůli jejich častému nepřijetí.</p>	<p>že klientům terapeut sympatický a rozumí si s ním, mají k němu blíže a do interaktivních her se snadněji zapojují. Značný vliv tedy hraje i důvěra. Autorka shledává blízkost i s podkategorií, že klient není bezmocný. Své kompetence si má totiž možnost daleko lépe uvědomit skrze pohyb a hru než přes racionální uvažování.</p>
<p><b>Podkategorie: OD POVRCHU K HLOUBCE</b></p>	<p><b>Kontext</b></p>
<p>Dramaterapeuti, kteří v současné době působí na klinice ve FN Olomouc se shodují, že se snaží být opatrní v tom, jaké metody práce používají, jelikož ví, že nebude vše reflektováno v takové míře, jak by mělo. Shodují se však, že s klienty postupem času pracují na daleko náročnějších tématech než na začátku praxe na klinice. Autorka má z období vlastní praxe jiné zkušenosti. V prvních sezeních, která na klinice vedla v pozici dramaterapeuta, využívala technik, které byly pro klienty náročné, pracovala více se vztahy a s dramaturgií. Čím delší dobu</p>	<p>Vždy záleží na dramaterapeutovi, jaké má zkušenosti, vědomosti a odvahu pracovat s určitými technikami a tématy. Odvaha souvisí i s provázaností na klinice, kdy je potřeba konkrétní situace reflektovat. Dramaterapeut by si měl být vědom vlastních kompetencí a umět s nimi zacházet. Hloubka je v našem případě pojmem značícím práci na těžších</p>

<p>však na klinice působila, uvědomovala si, že práce v dramaterapii může být pro klienty velmi náročná. Klienti se často k technikám a k pocitům vraceli v intervalu mezi jednotlivými sezeními. Což pak autorka zjistila z reflexe klientů, kteří přicházeli s otázkami a dojmy, které v nich dramaterapie zanechala.</p>	<p>tématech, kde nejde pouze o cíl se odreagovat a uvolnit, ale také nalézat své vlastní témata a souvislostí s neurotickou poruchou.</p>
---	---

## 5.5 Interpretace výsledků analýzy kvalitativních dat

V rámci kvalitativně orientované části výzkumu jsme se zaměřili na otázku:

### ***Jaký vliv má dramaterapie na psychoterapeutický proces v rámci 6 týdenního působení na klinice psychiatrie a jaké jsou jeho specifické charakteristiky?***

Příčemž tento oddíl práce nám, na základě hloubkové analýzy, poskytne prostor pro její zodpovězení.

V kontextu hlavní výzkumné otázky, která koresponduje s celkovým cílem této práce, se vynořila řada podotázek, které se vztahují k dramaterapeutickému procesu na Klinice psychiatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc, a které nám napomohly strukturovaně a relevantně prezentovat kvalitativní výstupy této práce, resp. odpovědět tak na stanovené výzkumné otázky.

### *Jaké jsou možnosti dramaterapeutického působení na Klinice psychiatrie v Olomouci?*

Dramaterapie je v rámci terapeutického procesu zařazena jako povinná aktivita, na kterou klienti pravidelně docházejí. Dramaterapeuti mají možnost působit na klinice dvakrát týdně a tento způsob práce jim umožňuje získat zajímavou praxi s klienty s neurotickou poruchou, kterým tak mohou nabídnout neobvyklý způsob práce. Dramaterapie se od roku 2007 stala součástí programu na Klinice psychiatrie, oddělení 32 C, Fakultní nemocnice Olomouc a proces jejího vývoje se v čase měnil.

Možnosti, které dramaterapie na klinice má, jsou ohraničeny rolí dramaterapeuta a časem. Dramaterapeuti jsou dobrovolníci, kteří na klinice působí pouze v době, kdy mají s klienty dramaterapeutické sezení. Informace o klientech mají od samotných klientů a od personálu získají pouze zprávy, které jsou nezbytně nutné pro jejich působení. Lékařka, se kterou byl vedený rozhovor, zastává názor, že má dramaterapie větší potenciál, který však v současné době není zcela využitý. Role dramaterapeuta, který je dobrovolníkem, mu zcela neumožňuje být zainteresovaný do procesu dění na klinice a mít dostatek informací pro dramaterapeutickou práci.

Dle autorky jsou také možnosti dramaterapeutů omezeny vzděláním, které by mělo směřovat více do psychoterapie a sebezkušeností. Co se týče spolupráce s personálem, možnosti se pro dramaterapii rozšiřují s dobou, po kterou na klinice konkrétní dramaterapeuti působí. Vliv má určitě i vzájemný vztah dramaterapeutů a terapeutického týmu na klinice, který je závislý na pravidelném předávání informací a zpětné vazbě.

*Jaké faktory ovlivňují práci dramaterapeuta s klienty s neurotickou poruchou na Klinice psychiatrie ve FN Olomouc?*

Faktory, které dramaterapeutickou práci velmi ovlivňují, jsou, jak již bylo zmíněno, čas a sdílené informace. Informace, které jsou předávány klientům s neurotickou poruchou, mohou velmi ovlivnit první sezení dramaterapie. Také motivace klientů spolupracovat a jejich pohled na dramaterapii mají značný vliv na jejich aktivitu v rámci dramaterapie. Co se týče samotné skupinové práce, prvořadé je vybudování důvěrného vztahu, kterými terapie nárokuje a dramaterapie o to víc.

V dramaterapii si klienti zkusí situace a role, které jsou pro ně často nové, a proto potřebují důvěřovat nejen dramaterapeutovi, ale také ostatním klientům ve skupině. Faktor ovlivňující skupinovou dramaterapeutickou práci, je také počet terapeutů na skupině. Jedná-li se o jednoho dramaterapeuta, hovoří dramaterapeuti o daleko intimnějším vztahu se skupinou, než když jsou dramaterapeuti dva. Ve vlivu počtu dramaterapeutů na skupinové dění, se terapeuti zcela neshodují. Práce jednoho dramaterapeuta vytváří sice větší intimitu ve vztahu dramaterapeut-klienti, ale je zároveň velmi náročná a dramaterapeut se nemá o koho v procesu sezení opřít. Dramaterapeutické sezení, které vedou dva dramaterapeuti je náročnější na přípravu a na koordinaci vzájemné spolupráce při samotném sezení. Staniční sestra považuje za výhodnější práci ve dvojici, jelikož si klienti mohou vybrat terapeuta, ke kterému mají blíž.

Autorka je toho názoru, že dramaterapie měla největší míru působení v momentě, kdy vedla skupinu s odborníkem z kliniky. S tímto názorem však zcela nesouhlasil jeden z psychologů, pro kterého byly přínosné informace, co mu dramaterapeuti reflektovali z dramaterapeutického sezení. Z jeho úhlu pohledu klienti reagovali jiným způsobem v momentě, když přicházeli do kontaktu s někým tzv. „z venku“, než kdyby na dramaterapii byl přítomen on. Dostával tak ucelenější obraz o jednotlivých klientech. Faktor role dramaterapeuta a koterapeuta je vnímán individuálně a každá z možných variací daného faktoru má své výhody i nevýhody.

*Jaké jsou problémové oblasti v procesu dramaterapeutické práce s klienty s neurotickou poruchou na Klinice psychiatrie ve FN Olomouc?*

Problémovými oblastmi v procesu dramaterapeutické práce s klienty je informovanost o dramaterapeutickém způsobu práce a s tím spojená důvěra. V momentě, kdy klienti nemají dostatek informací o dramaterapii, se aktivit tohoto druhu obávají. Klienty např. velmi zúzkostňovala představa, že by měli něco předvádět či před ostatními hrát. V takových případech bylo třeba klientům dramaterapii potřeba hlouběji popsat, podrobněji vysvětlit jednotlivé techniky a zejména pak zdůraznit tzv. pravidlo „stop“, umožňující klientovi svobodnou volbu se dané techniky nezúčastnit. Důvěra je úzce spojená jak s informacemi, tak se skladbou skupiny. Dramaterapie sama o sobě může podpořit kohezi ve skupině, ale v momentě, kdy už jsou vztahy mezi jejími členy narušeny či skupina je složena z jedinců, kteří si vzájemně neporozuměli, nemůže dramaterapie s prostorem, který má, danou skutečnost zásadně ovlivnit.

Další problémovou oblastí je samotný proces dramaterapie. I když se klienti ve skupině vzájemně akceptují, přesto forma dramaterapeutického sezení může být pro některé její členy nepřijatelná a neslučitelná s jejich představami o terapii. Struktura dramaterapeutického sezení je rozdělena do konkrétních částí. Začínáme tzv. warm-upem, což je dynamická hra, která má navodit uvolněnou atmosféru. Daná aktivita musí být dramaterapeuty ve skupině s neurotickými pacienty velmi pečlivě vybírána, jelikož je pro mnoho z nich na prvních sezeních považována za hru trapnou a vzbuzující stud.

Jednou z oblastí, kterou respondenti z řad dramaterapeutů považují za problematickou, byla denní doba, kdy docházeli na kliniku. V poobědovém čase bylo většinou velmi obtížné motivovat klienty k aktivní práci. Doba setkávání vycházela z omezených časových možností dramaterapeuta, jemuž se zdravotnický personál snažil vyjít vstříc. Tento čas se však vyjevil v určitých ohledech jako kontraproduktivní. Klienti byli těsně po obědě unavení a těžko se jim vstupovalo do pohybových aktivit.

Další problémovou oblastí v procesu působení dramaterapeuta na klienty neurotickou poruchou byla připravenost. Klienti s neurotickou poruchou dle pozorování a odpovědí respondentů, potřebují mít alespoň bazální důvěru v profesionalitu dramaterapeuta a jeho záměry, jinými slovy potřebují věřit, že dramaterapeut si je jistý tím, co dělá. V momentě, kdy na klienty působilo dramaterapeutovo počínání improvizovaně, reagovali někteří klienti negativně. Vzbuzovalo to v nich pocit nedůvěry v dramaterapeutický proces.

Tyto závěry však nelze považovat za obecně platné, každá skupina reagovala dle svého složení, nastavení a celkového pocitu důvěry jiným způsobem. Přístup k dramaterapii se také mění v čase, který klienti na dramaterapii stráví a hlavně tím, jak daný čas využijí.

*Co může dramaterapie nabídnout klientovi s neurotickou poruchou v procesu jeho léčby na Klinice psychiatrie v Olomouci?*

Dramaterapie v současné době probíhá ve dvou skupinách na Klinice psychiatrie oddělení 32 C, a to ve skupině 1, která funguje dle principů dynamické psychoterapie a ve skupině 2, která se řídí principy KBT. Ve skupině 1 probíhá dramaterapie dvakrát týdně s dvěma dramaterapeuty. Ve skupině 2 je dramaterapie realizována jednou týdně s jedním dramaterapeutem. Dramaterapie nabízí aktivní skupinovou práci, která je postavena na principech dramaterapie. Dramaterapie má na Klinice psychiatrie-oddělení 32 C Fakultní nemocnice Olomouc své ustálené místo. Dramaterapeuti jsou dobrovolníci, kteří docházejí pouze na samotnou dramaterapeutickou práci s klienty. V prvním týdnu léčby, kdy se klienti poprvé sejdou na ranní komunitě, je jim představen celý terapeutický tým včetně dramaterapeutů. Dramaterapeuti zde mají možnost krátce dramaterapii představit.

V průběhu výzkumu dramaterapeuti pozměnili způsob seznamování klientů s dramaterapií tím, že požádali předchozí skupinu, která program ukončovala, aby nově příchozím pacientům sepsali jejich postřehy a dojmy z dramaterapie a nastínili jim, co mohou očekávat. Dopisy pak byly prezentovány na prvním komunitním sezení. Daný způsob se zatím jeví jako účinný, jelikož hned na první komunitě částečně uvolnil atmosféru mezi pacienty.

Dramaterapie je součástí programu po dobu pěti týdnů, kdy se společně hledají způsoby práce, které budou klientům nejvíce vyhovovat. V prvním sezení si skupina vždy vytváří vlastní rituál pro vstup do dramaterapeutického prostoru, seznamuje se se způsoby práce, stanovuje si cíle a pravidla, která chtějí, aby v dramaterapii byla dodržována. Nejčastějšími cíli klientů jsou pocity uvolnění a odreagování, což je u klientů s neurotickou poruchou velmi důležité s ohledem na jejich symptomatologii.



## DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Propojením kvantitativní a kvalitativní části výzkumu získáme ucelený obraz o problematice vlivu dramaterapie na klienty s neurotickou poruchou. Autorka si pro účely kvantitativního šetření zvolila metodu autoevaluace klientů za pomoci ratingu v podobě grafických škál a sémantický diferenciál. Respondenty z kvantitativní části výzkumu byli klienti oddělení 32 C, Kliniky psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc. Klienti měli zaznamenávat své postřehy z dramaterapie do dvou částí. První část obsahoval otázky z cílů dramaterapie, týkající se důvěry, schopnosti improvizovat a interakcí ve skupině, které měli klienti introspektivně zhodnotit za pomoci standardizovaného pozorování. Grafické posuzovací škály složili k vyhodnocení, do jaké míry byl dle nich dramaterapeutický cíl plněn. Druhou část sběru kvantitativních dat tvořil sémantický diferenciál s devíti položkami, které měly zkoumat hodnocení a energii dramaterapie. Hodnocení dramaterapie dle výsledků kvantitativního výzkumu, je u klientů úzce propojeno s důvěrou. Důvěra je dle výsledků šetření také úzce propojena se schopností klientů improvizovat. Interference mezi důvěrou klientů a jejich zapojením do dramaterapeutické práce je blíže popsána v kategoriích v kvalitativní části výzkumu. Ze skupinové diskuze a pozorování vyplynulo, že v momentě kdy klient nemá důvěru ve členy terapeutické skupiny, v terapeuta a v našem případě ve smysluplnost dramaterapeutického působení, je velmi obtížné aplikovat dramaterapeutické techniky.

Faktor energie dle analýzy statistického šetření, není propojený s interakcí ve skupině. Dle výsledků statistických analýz měřený faktor energie v sémantickém diferenciálu neměřil energii, ale opět hodnotil dramaterapii. V kvalitativní části výzkumu autorka za pomoci zúčastněného pozorování ve srovnání s výsledky skupinové diskuze zaznamenal, že energie je ve značném propojení s interakcí ve skupině. Interakce by bez energie byly téměř neslučitelné.

Autorku zajímalo hodnocení dramaterapie z pohledu dramaterapeutů ve spojitosti s hodnocením dramaterapie samotnými klienty. Výsledky šetření ukázaly, že dramaterapii hodnotí lépe dramaterapeuti než samotní klienti. Dramaterapeuty tento výsledek kvantitativního šetření nijak nepřekvapoval. Klienti dle nich nehodnotili dramaterapii jako přínosnou a nepřínosnou pro jejich léčbu, ale jako příjemnou a nepříjemnou. Kvalitativní vysvětlení kvantitativního výsledku šetření, je, že dramaterapie klientům nebyla vždy příjemná. Souvislost mezi nepříjemným pocitem a dramaterapií je dána konfrontací s vlastním sebeprojevením, který klienti na dramaterapii zažívají. Pocity studu a trapnosti, které klienti popisovali již v předvýzkumu této práce,



byly reakcí např. na warm-upy, které se zařazují v úvodu dramaterapie. Ovšem v momentě, kdy se klientům podařilo nepříjemné pocity odbourat, začínala mít pro ně dramaterapie význam. Nepříjemné pocity nebývají propojeny pouze s technikami dramaterapie, ale také se vztahy mezi členy skupiny. Nefungující skupiny často narušovaly léčbu všem členům skupiny. Důležité je s těmito faktory ovlivňujícími léčbu pracovat. „Zůstávají-li úzkosti a obavy nevysloveny, v podhoubí nabývají na síle a stále rostou. Naopak postaví-li se k nim skupina čelem, začnou se zmenšovat nebo přinejmenším nebrzdí práci skupiny“ (Corey, Schneider Corey, Callanan, Russel, 2006, s. 98).

Zajímavou otázkou dle autorky byla i problematika hodnocení dramaterapie skupinou 1 dynamickou a skupinou 2 KBT. Z výsledků statistických analýz se ukázalo, že v hodnocení dramaterapie u těchto dvou skupin není rozdíl. V kvalitativní části výzkumu se odborníci z Kliniky psychiatrie v Olomouci, konkrétně oslovená lékařka a staniční sestra, nezávisle na sobě shodly, že dle výběru pacientů do skupin a rozdílného principu terapeutické práce v obou skupinách, bude skupina 1 dynamická víc motivovanější k dramaterapeutické práci. Dramaterapeuti rozdílů na sezeních dramaterapie nezaznamenali. Skupina 1 Dynamická a skupina 2 KBT byly zvyklé na jiný typ terapie, ale tato diferenciací nijak neovlivňovala motivaci klientů ke skupinové dramaterapeutické práci. Výraznějším vliv dle kvalitativního výzkumu, měla na dramaterapii informovanost klientů a pozice dramaterapeuta v týmu. Dramaterapeuti v rámci své praxe nejsou informováni o klientech ani o průběhu psychoterapeutických skupin, kterých se klienti denně účastní, což si s klienty na prvním sezení vyjasní. Dramaterapeuti tedy vždy pracují jen s tím, co přináší klient. Problematické situace nastávaly v momentě, kdy klienti dostatečně nepochopili, co je dramaterapie a když nedostali na tuto otázku, pro ně srozumitelnou odpověď, přicházeli často na skupinová dramaterapeutická sezení s předsudky. Do skupin se také občas infiltroval postoj, že dramaterapeut není dostatečně zkušený odborník, jelikož není součástí terapeutického týmu a dramaterapie, pak pro ně nemá význam. Postoje klientů se však často v průběhu 6 - týdenní hospitalizace měnila v závislosti na zkušenostech, které po čase na dramaterapii nabyli a mohli si tak vytvořit jasnější představu o dramaterapii. V nejlepším případě z ní dokázat čerpat. Nezbytné pro terapeutickou práci je vlastní investice klienta o čemž vypovídá i jedna z podkategorie v kvalitativní části *Nebýt bezmocný*, kdy by si klienti měli uvědomit, že nejsou v procesu léčby bezmocní.

Kvantitativní část výzkumu se zaměřovala na zjišťování vlivu dramaterapie na klienty s neurotickou poruchou. Rating s grafickými hodnotícími škálami a sémantický diferenciál, který dramaterapeuti na konci sezení distribuovali, se postupem času stal rušivým elementem pro dramaterapeutickou práci, proto v polovině roku 2012 se autorka více zaměřila na kvalitativní část výzkumné šetření a po dohodě s dramaterapeuty distribuci dotazníků ukončili. V kvalitativní části výzkumu metodou trsu a pomocí obsahové analýzy dat autorka rozdělila získaná data do 7 kategorií a 23 podkategorií, které vznikaly na základě otázek pokládaných autorkou respondentům nebo samy vyplynuly v průběhu výzkumu. V kategoriích je zaznamenán jak přístup v procesu dramaterapie např. v kategorii *Skupinová práce*, tak jsou ve výsledcích výzkumu zaznamenány okolnosti, které průběh dramaterapie ovlivňovali. Fungování na klinice ovlivňoval např. čas sezení, což je i jedna z podkategorií předkládané práce. Na základě zjištěných informací se autorka rozhodla vytvořit doporučení pro praxi.

### **Doporučení pro praxi**

Na základě výsledků kvantitativního a kvalitativního šetření vznikly podněty pro vypracování určitého výčtu doporučení, které mohou napomoci lepší integraci dramaterapeutické práce do procesu léčby klientů s neurotickou poruchou. Autorka se rozhodla rozdělit doporučení směrem k dramaterapeutům a doporučení pro praxi směrem k terapeutickému týmu a zdravotnickému personálu.

#### ***Doporučení pro praxi směrem k terapeutickému týmu a zdravotnickému personálu***

- Na začátku je důležité si s dramaterapeuty dohodnout v jakém čase a v jakém intervalu budou vést dramaterapii v rámci programu na klinice psychiatrie. Doporučený interval jsou dvě sezení týdně hodinu a půl. Po domluvě s dramaterapeuty najít ideální čas pro dramaterapeutická sezení, tak aby byl co nejméně zatěžující pro klienty.
- Má-li být dramaterapie trvale součástí programu je důležité, aby personál znal tento způsob práce a dokázal informace o sezeních poskytnout i klientům.
- Důležité je si na začátku stanovit cíle a ujasnit si možnosti dramaterapie v rámci terapeutického týmu. Klienti sami přicházejí s vlastním očekáváním, ale je žádoucí se s dramaterapeutem domluvit jak se skupinou budete pracovat a kam budete společně klienty směřovat.

- Pravidelně se s dramaterapeuty scházet a reflektovat konkrétní sezení. Popřípadě zprostředkovat dramaterapeutům konstruktivní zpětnou vazbu.
- Zjišťovat co se v dramaterapii událo i od klientů, se kterými máte sezení. Klienti často na dramaterapii otevírají zajímavá témata, která by mohla být přínosná i do skupinové psychoterapie.
- Najít si čas a domluvit se s dramaterapeutem na společném dramaterapeutickém sezení, které vám může zprostředkovat jiný úhel pohledu na skupinu, se kterou pracujete.
- Pokud se v terapii vyskytne pacient, pro kterého dramaterapie není vhodná, je důležité to probrat i s dramaterapeutem a společně se domluvit krocích, které v takovém případě podniknete.
- Zprostředkovávat dramaterapeutovi informace o aktuálních problémech a specifikách, které se týkají skupiny, se kterou pracuje. Tyto informace by mohly nějakým způsobem ovlivnit i průběh dramaterapie.
- Doporučit dramaterapeutovi vhodného supervizora znalého problematiky práce s klientem s neurotickou poruchou.

### ***Doporučení pro praxi směrem k dramaterapeutům***

- Na začátku sezení s personálem domluvit čas a frekvenci sezení, tak aby setkávání vycházelo ideálně na dvě setkání týdně. Důležité je s personálem stanovit vhodnou dobu sezení.
- Než začnete s dramaterapeutickou prací s klienty ujasněte si, zda budete pracovat samostatně nebo ve dvojici. Pokud se rozhodnete pracovat samostatně, proberte s terapeutickým týmem výhody a úskalí této práce. V případě, že dramaterapii povedete ve dvojici, měli byste svého terapeutického partnera znát v roli dramaterapeuta a vyzkoušet si s ním spolupráci dříve než začnete realizovat dramaterapeutická sezení.
- Při prvním kontaktu s klienty se jim snažit zprostředkovat v krátkosti důležité údaje o dramaterapii. Klienti se neurotickou poruchou se většinou tohoto typu terapie obávají, proto je potřeba být vstřícný a vytvořit prostor pro otázky, na které potřebují znát odpověď.

- První sezení doporučujeme koncipovat s ohledem na strach a obavy, které klienti mohou mít. Vytvořit společně bezpečný prostor, ve kterém se klienti mohou s důvěrou projevit, je základ pro dramaterapii. Doporučujeme proto jednoduché techniky, které nejsou pohybově náročné, ale spíše zaměřené na vzájemné poznávání se.
- K prvním sezením přistupovat jako k mapování zakázky ze strany skupiny. Každá skupina potřebuje něco jiného, a proto je důležité pozorování, které nám zprostředkuje informace, zda skupina potřebuje více aktivit či se spíše odreagovat.
- Warm-upy v dramaterapeutických intervencích často klienti komentují jako trapné a dětinské, proto doporučujeme klientům strukturu dramaterapeutické lekce vysvětlit a vytvořit bezpečný prostor pro aktivní hru.
- Práci na skupině pravidelně reflektovat s terapeutickým týmem a zprostředkovávat personálu kliniky informace z dramaterapeutických sezení.
- Neustále se vzdělávat a v nejlepším případě se přihlásit do sebezkušenostního výcviku.
- Zajistit si pravidelnou případovou supervizi.

## ZÁVĚR

Předkládaná disertační práce je vzhledem do problematiky dramaterapeutického působení na klienty s neurotickou poruchou v rámci Kliniky psychiatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc. Na začátku práce jsme si kladli za cíl zprostředkovat ucelený pohled na danou oblast a nalézt východiska a potenciál dramaterapeutické intervence s klienty s neurotickou poruchou. Vzhledem k obrovské variabilitě dramaterapeutického působení se nám podařilo výše uvedené cíle alespoň částečně naplnit.

Námi zvolenou cílovou skupinu osob s neurotickou poruchou, poruchou vyvolanou stresem a somatoformní poruchou jsme se snažili blíže charakterizovat v teoretické části této práce. Kapitola Klient s neurotickou poruchou ve skupinové terapii je kontinuálním pokračováním deskripce oblasti našeho zájmu.

Ve třetí velké kapitole je blíže specifikovaná dramaterapie, která dokresluje rámec celé teoretické části. Empirická část disertační práce se opírá jak o poznatky z teorie tak o předvýzkum předkládané práce. Výsledky analýz kvantitativních i kvalitativních dat nám zprostředkovávají přehled o možnostech dramaterapeutické práce, ale také o limitech, které dramaterapeutická práce na Klinice psychiatrie ve Fakultní nemocnici v Olomouci má.

Věříme, že tato práce nebude jen podnětem k diskuzi, ale také impulsem pro další zkoumání dané problematiky. Zároveň jsme přesvědčeni, že naše práce rozšířila obzory dramaterapeutického působení a bude motivovat odborníky z dramaterapeutické praxe k aktivnímu sdílení odborných zkušeností prostřednictvím publikování a prezentací svých poznatků na vědeckých konferencích.

## POUŽITÁ A PROSTUDOVANÁ LITERATURA

- BERNE, E. (2011) *Jak si lidé hrají*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-992-7.
- COHEN, R. M. (2002) *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 190 s. ISBN 80-7178-497-4.
- COREY, G., SCHNEIDER COREY, M., CALLANAN, P., RUSSEL, J., M. (2006) *Techniky a přístupy ve skupinové psychoterapii*. 1. vyd. Praha: Portál, 246 s. ISBN 80-7367-160-3.
- DEVITO, J. (2008) *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada Publishing, 502 s. ISBN 978- 80- 247- 2018- 0.
- FONAGY, P., TARGET, M. (2005) *Psychoanalytické teorie: perspektivy z pohledu vývojové psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 398 s. ISBN 80-7178- 993- 3.
- FRANKL, G. (2003): *Archeologie mysli. Sociální dějiny nevědomí – 1. část*. Praha: Portál, 184 s. ISBN 80-7178-692-6.
- GAVORA, P. (2000) *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
- GRAWE, K. (2007) *Neuropsychoterapie: nové přístupy k terapii na základě poznatků neurovědy*. 1. vyd. Praha: Portál, 487 s. ISBN 978-80-7367-311-6.
- HAWKINS, P; SHOHET, R. (2004) *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 202 s. ISBN 80-7178-715-9.
- HENDL, J. (2005) *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HICKSON, A. (2000) *Dramatické a akční hry: ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 1. vyd. Praha, Portál, 167 s. ISBN 80-7178-387-0.
- CHRÁSKA, M. (2007) *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JANÍČEK, J. (2008) *Když úzkost bolí*. 1. vyd. Praha: Portál, 203 s. ISBN 978-80-7367-366-6.
- JENNINGS, S., CATTANACH A., MITCHELL, S., CHESNER, A., MELDRUM, B. (1994) *The handbook of dramateherapy*. London, New York: Routledge. ISBN 0-415-09055-5.
- JOSELSON, R. (2009) *Irving D. Yalom: O psychoterapii a lidském bytí*. 1. vyd. Praha: Portál, 149 s. ISBN 978-80-7367-533-2.
- KAST, V. (2012) *Úzkost a její smysl*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0160-1.
- KAST, V. (2000) *Dynamika symbolů*. 1. vyd. Praha: Portál, 206 s. ISBN 80-7178-371-4.
- KASTOVÁ, V. (2010) *Krise a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. 2 vyd. Praha: Portál, 167 s. ISBN 978-80-7367-800-5.

- KOŤÁTKOVÁ, S. a kol. (1998) *Vybrané kapitoly z dramatické výchovy*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-756-9.
- KRATOCHVÍL, S. (2006) *Jak žít s neurózou: o neurotických poruchách a jejich zvládnutí*. 4., rozš. vyd. Triton: Praha. ISBN 80-7254-553-1.
- KRATOCHVÍL, S. (2005) *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3., dopl. vyd. Praha: Galén, 297 s. ISBN 80-7262-347-8.
- KRATOCHVÍL, S. (2006) *Základy psychoterapie*. 5., přeprac. vydání. Praha: Portál, 383 s. ISBN 80-7367-122-0.
- LINHARTOVÁ, V. (2007) *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MACHKOVÁ, E. (2005) *Metodika dramatické výchovy: zásobník dramatických her a improvizací*. 10. Vydání. Praha: Sdružení pro tvořivou dramaturgii, 153. ISBN 80-901660-6-7.
- MACHKOVÁ, E. (2012) *Volba literární látky pro dramatickou výchovu, aneb, Hledání dramatickosti*. 2., dopl. vyd. Praha: Akademie múzických umění 146 s. ISBN 978-80-7331-214-5.
- MENTZOS, S. (2005) *Dynamika duševní nemoci*. 1. vyd. Praha: Portál, 127 s. ISBN 80-7178-992-5.
- MIOVSKÝ, M. (2006) *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MOORE, T. (2001) *Temný eros*. 1. vyd. Praha: Portál, 167 s. ISBN 80-7178-530-X.
- MÜLLER, O. (2005) *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1. vyd. V Olomouci: Univerzita Palackého, 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
- NEENAN, M., DRYDEN, W. (2008) *Kognitivní terapie: stručný přehled psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 109 s. ISBN 978-7367-372-7.
- PALARČÍKOVÁ, A. (2011) *Tygr v oku, aneb, o tvorbě inscenace s dětmi a mládeží*. 2. upr., vyd. Praha: NIPOS, 133 s. ISBN 978-80-7068-006-6.
- PLHÁKOVÁ, A. (2006) *Dějiny psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0871-X.
- PRAŠKO, J. a kol. (2005) *Sociální fobie, Jak překonat nadměrný stud*. 1. vyd. Praha: Portál, 132 s. ISBN 80-7367-031-3.
- PRAŠKO, J., KYRALOVÁ I., MINAŘÍKOVÁ V., PRAŠKOVÁ H. (1998) *Skupinová kognitivně-behaviorální terapie depresí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 195 s. ISBN 80-85121-42-5.
- PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., VAŠKOVÁ, K., VYSKOČILOVÁ, J. (2006) *Panická porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén, 55 s. ISBN 80-7262-424-5.
- PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, J. (2006) *Úzkost a obavy. Jak je překonat*. Praha: Praha: Portál, ISBN 80-7367-079-8.



- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. (2003) *Psychiatrie*. 3. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-423-3.
- RABOCH, J., PRAŠKO, J., SEIFERTOVÁ, D. (1998) *Panické stavy II. Díl.*, Smith Kline Beecham, Pharmaceuticals, Psychiatrická společnost, České lékařské společnosti J. E. Purkyně.
- REIMANN, F. (2010) *Základní formy strachu*. 3. vyd. Praha: Portál, 199 s. ISBN 978-80-7367-700-8.
- RIEGER, Z. (2007) *Lod' skupiny: inspirace pro současné i budoucí lodivody ve skupinové terapii*. 2. vyd. Praha: Portál, 206 s. ISBN 978-80-7367-222-5.
- RICHTER, L. (2008) *Praktický divadelní slovník*. 1. vyd. Praha: Dobré divadlo dětem. ISBN 978-80-902975-8-6.
- ŘÍČAN, P. (2006) *Cesta životem: vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
- SMOLÍK, P. (1996) *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-33-0.
- STRAUSS, A. L., CORBIN, J. (1999) *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.
- STEJSKALOVÁ, K. (2010) *Kvalita života dětí s retinopatií nedonošených*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 369 s. Školitel: LUDÍKOVÁ, L. [Disertační práce.]
- SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (2006) *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 251 s. ISBN 80-85121-11-5.
- ŠIMANOVSKÝ, Z. (2002) *Hry pro zvládnutí agresivity a neklidu*. 1. vyd. Praha: Portál, 175 s. ISBN 80-7178-689-6.
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. (2007) *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VALENTA, M. a kol. (2006) *Rukověť dramaterapie a teatroterapie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 139 s. ISBN 80-244-1358-2.
- VALENTA, M. (2003) *Dramaterapeutické projektování*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 91 s. ISBN 80-244-0615-2.
- VALENTA, M. (2001) *Dramaterapie*. 2. vyd., Praha: Portál, 150 s. ISBN 80-7178-586-5.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. (2003) *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 1. vyd. Praha: Parta, 443 s. ISBN 80-7320-039-2.
- VALENTA, M. (2011) *Dramaterapie*. 4. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3851-2.
- VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. (2010) *Současná psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 743 s. ISBN 978-80-7367-682-7.
- VYMĚTAL, J. a kol. (2004) *Obecná psychoterapie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 396 s. ISBN 80-247-0723-3.

VYMĚTAL, J. a kol. (2007) *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, ISBN 978- 80-247- 1315- 1.

VÝROST, J. (2008) *Sociální psychologie*. Praha: Grada, 404 s., ISBN 978-80-247-1428-8.

WEST, G. K. (2002) *Dobrodružství psychického vývoje: kapitoly z vývojové psychologie*. 1. vyd. Portál: Praha. ISBN 80-7178-684-5.

WOLLSCHLAGER, M. a G. (2002) *Symbol v diagnostice a psychoterapii: práce s předměty v individuální, rodinné a skupinové psychoterapii*. 1 vyd. Praha: Portál, 196 s. ISBN 80-7178-643-8.

YALOM, I. D. (1999) *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. 1.vyd. Hradec Králové: Konfrontace, 704 s. ISBN 80-86088-05-7.

ZAPLETAL, M. (1996) *Hry v klubovně. Velká encyklopedie her*. 2. vyd. Praha: Leprez. ISBN 80-901826-9-0.

ZEIG, J. K. (2005) *Umění psychoterapie: C. Rogers, V. Satirová, P. Watzlawick, A. Ellis, A. Beck, A. Lazarus a další*. 1. vyd. Praha: Portál, 710 s. ISBN 80-7178-972-0.

### **Další elektronické zdroje**

Asociace dramaterapeutů České republiky [online] Dostupné z WWW: <<http://adcr.cz>>

Aktualizované MKN-10 (2013) [online] [cit. 19. 4. 2013] Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-od-1-ledna-2013>>

JÁNIŠ, M. (2010) *Účinné faktory skupinové psychoterapie*. [online] E-psychologie. 4., roč., číslo 1. Elektronický časopis Českomoravské psychologické společnosti. [cit. 20. 4. 2013] Dostupné z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/janis.pdf>>. ISSN 1802-8853.

JOHANOVÁ, J. (2010) *Dramatická výchova v Nizozemsku*. [online] Tvořivá dramatika, XXI., roč., č. 3 (61), Vydává: NIPOS-pracoviště ARTAMA [cit. 28. 3. 2013] Dostupné z WWW: <[http://www.drama.cz/periodika/td\\_archiv/td2010\\_3.pdf](http://www.drama.cz/periodika/td_archiv/td2010_3.pdf)>. ISSN 1211-8001.

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC *Výroční zpráva 2011*. [online] [cit. 15. 2. 2013] Dostupné z WWW: <<http://www.fnol.cz/pdf/2011.pdf>>

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum v pedagogice*. [online] [cit. 8. 5. 2013] Dostupné z WWW: <<http://www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf>>

PAPEŽOVÁ, H. (2006) *Úzkostné poruchy*. [online] [cit. 1. 5. 2013] Dostupné z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/uzkostne-poruchy-272927>>

MALÁ, E. (2012) *Problémy s úzkostí a strachem. Úzkostné poruchy a fobie v dětství* [online] Šance dětem. [cit. 21. 14. 2013] Dostupné z WWW: <<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-ditete/problemy-s-uzkosti-a-strachem.shtml>>

VALENTA, M. (2009) *Učební texty pro účastníky projektu CZ.1.07/1.2.00/08.0107 Múžické dílny a rozvoj poradenství*. [online] [cit. 1. 4. 2013] Dostupné z WWW: <[http://www.vcizp.cz/doc/2010/Uc\\_text\\_Muz\\_dilny.pdf](http://www.vcizp.cz/doc/2010/Uc_text_Muz_dilny.pdf)>

- WILSON, J. (2009) *Moreno and Beck: Psychodrama and CBT*. [online] [cit. 3. 4. 2013] Dostupné z WWW: <<http://aanzpa.org/system/files/120.pdf>>
- KEDEM-TAHAR, E., KELLERMANN F. P. (1996) *Psychodrama and drama therapy: A comparison*. [online] [cit. 3. 4. 2013] Dostupné z WWW: <<http://peterfelix.tripod.com/home/Drama.pdf>>
- KOLÍNOVÁ, B. *Oživit své vnitřní drama: Dramaterapie jako součást života*. [online] [cit. 2. 4. 2013] Dostupné z WWW: <<http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fcasopiscaa.wz.cz%2Fclanky%2Fc08%2520drama.doc&ei=X0GIUdb6N8yFhQfAgYGoAg&usg=AFQjCNHFMEQNwavvJXWOqsQx-G-6S5TxTg&bvm=bv.47008514,d.bGE>>
- KOPISTA P., KOPISTOVÁ H. *Úzkostné poruchy*. [online] [cit. 21. 4. 2013] Dostupné z WWW: <[www.uzkost.cz](http://www.uzkost.cz)>
- UZIS ČR (2012) *Zdravotnická ročenka České republiky 2011*. [online] [cit. 4. 2. 2013]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz>>. ISSN 1210-9991.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2013) *Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99): neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40-F48)*. [online] [cit. 15. 4. 2013] Dostupné z WWW: <[www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html](http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html)>

## ANOTACE DISERTAČNÍ PRÁCE

Jméno a příjmení: Jana Olejníčková

Název práce: Vliv dramaterapie na klienty s neurotickou poruchou

Název práce v angličtině: Influence of drama-therapy for patients with neurotic disorder

Vedoucí práce: PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.

Katedra nebo ústav: Ústav speciálněpedagogických studií

Obor: Speciální pedagogika

Počet stran: 170

Počet příloh: 11

Rok obhajoby: 2013

**Klíčová slova:** dramaterapie, klient s neurotickou poruchou, skupinová terapie, dramaterapeut, hra

**Resumé:** Práce se zabývá problematikou vlivu dramaterapie na klienty s neurotickou poruchou na Klinice psychiatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou. První kapitola teoretické části popisuje neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Druhá kapitola je věnovaná skupinové terapii a ve třetí kapitole teoretické části je charakterizována dramaterapie.

Empirická část je rozdělena dle typu výzkumných strategií na kvantitativní a kvalitativní. V části kvantitativní je specifikován výzkumný vzorek, kterým byli klienti s neurotickou poruchou a popsány metody sběru, kterými byla technika standardizovaného pozorování a dvoufaktorový sémantický diferenciál. Data jsou v práci statisticky zpracovaná a dále interpretovaná. Kvalitativní část výzkumu se zaměřila na dramaterapeuty a personál kliniky psychiatrie, se kterými byla vedena interview a skupinová diskuze. Celou problematiku doplňuje pozorování autorky. Kvalitativní data byla zpracovaná za pomoci obsahové analýzy dat. V závěru práce jsou poznatky z jednotlivých výzkumných částí propojeny a interpretovány směrem k praxi i teorii.

## SUMMARY

### **Influence of drama-therapy for patients with neurotic disorder**

Institute of Special Education Studies.

Faculty of Education. Palacký University Olomouc.

**Key words:** drama-therapy, patient with neurotic disorder, group-therapy, drama therapist, performance

The study is describing the problematics of drama-therapy influence for the patients with neurotic disorders observed on the Psychiatry Clinic at University Hospital Olomouc. The study is divided into theoretic and empiric parts. The first chapter of the theory describes the neurotic disorders, disorders initiated by stress and somatoform disorders. Second chapter is dedicated to the group-therapy and the third chapter of the theory describes the drama-therapy itself.

Empiric part is segmented in accordance with the research strategy to quantitative and qualitative. The quantitative part specifies the research objects, meaning patients with the neurotic disorders including the data collection methodology – methods of standardized observation and bi-factorial semantic differential. The collected data in the research are statistically elaborated and interpreted. The qualitative part of the research was focused on the drama therapists and staff of the Psychiatry Clinic, with whom the interview, as well as group-discussion has been done. The problematics was commented by the author's observation notes. The qualitative data was elaborated with the support of content data analysis. The notes of the all research parts are linked and interpreted in accordance with both practical and theoretical point of view at the end of the study.

## ZUSAMMENFASSUNG

### **Effekt des Dramatherapies auf Kunden mit neurotischen Störungen**

Institution der sonderpädagogischen Studien

Pädagogische Fakultät der Palatzky Universität in Olmütz

**Schlagwörter:** Dramatherapie, Patienten mit neurotischen Störungen, Gruppentherapie, Dramatherapeut, das Spiel

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Einfluss die Dramatherapie auf Patienten mit neurotischen Störungen in der Abteilung für Psychiatrie an der Universitätsklinik Olomouc. Die Arbeit ist in theoretische und empirische unterteilt. Das erste Kapitel dieses Teils beschreibt die neurotischen, Belastungs-und somatische Störungen. Das zweite Kapitel ist Gruppentherapie gewidmet und im dritten Kapitel des theoretischen Teils beschreibt die Dramatherapie.

Der empirische Teil wird nach der Art der Forschung für quantitative und qualitative unterteilt. In der quantitativen Forschung Probe angegeben wird, waren die Patienten mit neurotischen Störungen und die Methoden der Sammlung, die standardisierte Beobachtung Technik und Zwei-Faktor-semantic Differential war. Die Daten in der Arbeit sind statistisch verarbeitet und interpretiert. Der qualitative Teil der Forschung hat sich auf Dramatherapeuten eine Psychiatrie Klinikpersonal konzentriert, mit denen wurde Interviews und Gruppendiskussionen durchgeführt. Das ganze Thema wird durch die Beobachtung des Autors dargestellt. Qualitative Daten wurde unter Verwendung Inhaltsanalyse. Abschließend verbunden die Erkenntnisse aus der Forschung und interpretiert in Richtung Praxis und Theorie.