

*Metodika psychoterapie***Možnosti využitia koncentratívnej pohybovej terapie v komplexnej starostlivosti o ľudí trpiacich na schizofrénne ochorenia**

N. Kaščáková

Possibilities of concentrative movement therapy in complex therapy of patients suffering from schizophrenia**Súhrn**

Cieľom práce je poukázať na význam a miesto koncentratívnej pohybovej terapie (KPT) v komplexnej terapii pacientov chorých na schizofréniu. Existuje veľa teórií vzniku schizofrénie a takmer všetky smerujú k biopsychosociálnemu modelu vzniku ochorenia, ktorý zahŕňa vzájomnú interakciu biologických a psychosociálnych faktorov.

Pri terapii schizofrénie, ako aj pri prevencii relapsov a recidív sa v súčasnosti využívajú a považujú za účinné hlavne medikamentózna liečba, psychoedukácia a psychoterapia. Jadrom všetkých psychoterapeutických postupov, ktoré sa používajú pri terapii schizofrénie, je posilnenie zdravých častí „ja“, ktoré sú v psychotických stavoch skryté.

Koncentratívna pohybová terapia je psychoterapeutická metóda vychádzajúca zo základov hlbinej psychológie, ktorá je vhodným doplnením terapeutických možností pri práci so schizofrénnymi pacientami.

Teoretickým východiskom pohybovo orientovanej práce so schizofrénnymi pacientami je Scharfetterovo poňmanie ego-psychopatológie schizofrénii. Podľa Scharfettera je človek označovaný ako schizofrénny, chorý v celom svojom živom bytí, pričom svoju chorobu prežíva aj „hlboko v telesnosti“. Scharfetter hovorí o piatich bazálnych dimenziách vedomia „ja“, v ktorých sú títo pacienti viac alebo menej ťažko, akútne, prerušované alebo chronicky narušení: porucha vitality „ja“, aktivity „ja“, konzistencie „ja“, ohraničenia „ja“, identity „ja“. KPT sa u tejto skupiny pacientov zameriava na posilnenie narušených dimenzií vedomia „ja“ a prispieva tak k posilneniu integrity.

Skupinová forma KPT so schizofrénnymi pacientami má určité špecifiká, týkajúce sa terapeutického rámca, terapeutického vzťahu, štýlu vedenia skupiny a spôsobu zostavovania terapeutických ponúk.

V praktickej časti práce je opísaná konkrétna skupinová hodina, s popisom ponúk a priebehu skupín a so záverečnou reflexiou. Tak, ako chápanie genézy schizofrénii si vyžaduje pohľad na človeka ako na biopsychosociálnu bytosť, podobne je to s terapiou schizofrénie. Výskumy efektivity terapeutického ovplyvnenia schizofrénii svedčia pre účinnosť ako biologických metód (napr. medikamenty), tak i psychologicko-psychoterapeutických metód (napr. psychoedukácia, podporná psychoterapia, nácvik sociálnych zručností atď), tak aj terapeutického utvárania prostredia (napr. intervencie vedúce k zníženiu „EE“). Pri práci s KPT u pacientov chorých na schizofréniu sa potvrdil názor formulovaný už inými terapeutmi, že touto metódou je možné priaznivo ovplyvniť integritu „ja“ a vzťah k realite.

Kľúčové slová: ego-psychológia, dimenzie vedomia „ja“, koncentratívna pohybová terapia, schizofrénia.

Summary

This work intends to point out the role of concentrative movement therapy (CMT) in the complex therapy of patients suffering from schizophrenia. There are many theories explaining the origins of schizophrenias but almost all of them are leading towards the bio-psycho-social model that includes a mutual interaction of biological and psychosocial drivers.

In schizophrenia treatment and in the prevention of relapses and recurrences are nowadays used and considered as efficient mainly: medical treatment, psycho-education and psychotherapy. The core of all psychotherapeutic processes used in schizophrenia is the empowerment of healthy ego parts which are hidden in psychotic states.

Concentrative movement therapy is psychotherapeutic method based on depth psychology that is a suitable supplement to therapeutic options in work with schizophrenic patients. Theoretical base for movement oriented work with schizophrenic patients is Scharfetter's perception of schizophrenic psychopathology. According to Scharfetter the person described as schizophrenic is ill in his/her whole being, including „deep body experiences“ of the illness. Scharfetter mentions five basic dimensions of ego consciousness that are more or less seriously, acutely or chronically disturbed in these patients: malfunctioning ego vitality, ego activity, ego consistency, ego limitation and ego identity. CMT in this group of patients is focused on empowerment of impaired dimensions of ego consciousness and therefore contributes to integrity empowerment.

The CMT group work in schizophrenic patients is specific in terms of therapeutic framework, therapeutic relationship, style of group facilitation and a manner of therapeutic interventions. In the practical part of the work a particular one hour group session is described and it includes also descriptions of interventions, processes and final reflexion.

As well as the understanding of schizophrenia origins requires the bio-psychosocial view at a human being, so does the therapy of schizophrenia require it. The research of therapeutic efficiency in schizophrenia gives evidence of efficiency of biological methods (e.g. medication), of psychological-psychotherapeutic methods (e.g. psychoeducation, supportive psychotherapy, interpersonal skills training etc.) and also of therapeutic formation of environment (e.g. interventions leading to reduction of „EE“).

Our experiences in work with patients suffering from schizophrenia proved the opinions formulated by other therapists – this method has positive impact on ego integrity and on their relationship to reality.

Key words: ego-psychology, dimensions of „ego consciousness“, concentrative movement therapy (CMT), schizophrenia.

Motto:

„Schizofrenik ochorie v boji o *jednotné ja*, o jednotnú osobnosť, keď musí čeliť ťažko zjednotiteľným vnútorným tendenciám a nepriaznivým životným podmienkam. V tomto boji prekročí schizofrenik určitú kritickú hranicu. Za touto hranicou vzdáva svoj boj o adaptáciu na realitu a vytvára si určitý fantazijný svet, ktorý je primeraný jeho rozpolteným potrebám.“

(Bleuler M., 1972)

„Modifikácia KPT: nepracuje sa so symbolickým obsahom, ale konkrétne s reálnym telom a reálnym okolím. To je základ, na ktorom sa môže u chorého rozvíjať pocit živosti, ohraničenosti, jednoty, aktivity a vzťahovosti.“

(Heuer B., 1997)

Úvod

Biopsychosociálny model významu vulnerability a stresu pri schizofrenických ochoreniach je v súlade s chápaním schizofrenií Bleulerovou školou (1998) ako aj s ďalšími integratívnymi konceptami (Ciompi, 1986, Gabard, 2002) a poznatkami o význame EE (expressed emotion) v ovplyvňovaní

priebehu schizofrenie (Hahlweg a Dose, 1998, Hell a Schupbach, 2004). Pri liečbe schizofrenií sa významne uplatňuje medikamentózna liečba (Benkert a Hippus, 2002), psychoedukácia (Hell a Schupbach, 2004), psychotherapia (Wienberg, 1997, Hahlweg a Dose, 1998) a socioterapia (Eikermann, 1999).

Koncentratívna pohybová terapia – KPT (Hochgerner a Pokorny, 2003) je hlbinná/psychodynamická psychotherapeutická metóda, ktorú si veľmi oceňujú pacienti s neurotickými a psychosomatickými syndrómami; napr. keď pri pestrejšej terapeutickú ponuke zostávajú rebríček, čo im najviac pomáhalo.

Použitie KPT pri komplexnej liečbe schizofrenických ochorení si vyžaduje určité modifikácie, ktoré sa dajú odvodíť zo všeobecných odporúčaní E. a M. Bleulera (1998), z *ego-psychopatológie* C. Scharfettera (1989) a z doterajších empirických skúseností S. Krietsch a B. Heuer (1997) a Heuer a Schurmann-Walker (2003).

Tabuľka 1. Bazálne dimenzie vedomia „ja“ podľa Scharfettera

| | |
|-------------------|---|
| Vitalita „ja“ | Pri „plnom vedomí“ sa prežívame samozrejme ako žijúci, telesní, prítomní. Toto „ja som“ má vždy svoju emočnú stránku. |
| Aktivita „ja“ | Zdravému je samozrejme, že to je on sám, ktorý tu prežíva, má skúsenosť, vníma, cíti, má náladu, myslí, hovorí, pohybuje sa, koná. |
| Konzistencia „ja“ | Prežívame sa ako celok, ako patriaci do nášho vedomia seba. |
| Ohraničenie „ja“ | Sme si vedomí samého seba a tým aj toho, čím my sami nie sme, rozlišujeme „ja“ a „nie-ja“. |
| Identita „ja“ | Vedomie vlastnej identity a kontinuity napriek zmenám vlastným i prostredia. Určitý človek vie, že od narodenia až dodnes je tým istým človekom, môže si povedať „ja“. Významné je tu prežívanie času. Identita ja je neoddeliteľná od telového citu (Leibgefhl). Zdá sa, že zvlášť tvár a ruky, s ktorými dieťa môže vidieť, cítiť a uchopovať niečo pred sebou (matku), sú „kryštalizačnými jadrami pocitov identity ja“. |

Kritériá kvality psychoterapeutickej pomoci ľuďom chorým na schizofréniu

Wienberg (1997) si kladie otázku, aký typ psychoterapie je primeraný potrebám schizofrenicky zraniteľného človeka. Pre týchto ľudí, či už v individuálnej alebo skupinovej terapii, je vhodná psychoterapeutická pomoc, ktorej kvality sa podľa Wienberga dajú postulovať nasledovne:

- spočívajú v *základnom aktívnom postoji terapeuta*. Terapeut by mal štrukturovať terapeutický proces, starať sa o konkrétne obsahy a ciele a tie sprostredkovať pacientovi. Tým sa nemyslí potlačanie alebo jednostranné riadenie pacienta terapeutom. Pacient by ale nemal padnúť do prázdna a v každej chvíli musí vedieť, na čom je v terapii a s terapeutom,
- chránia *ja-funkcie* pacienta. K tomu patrí aj ponechanie nezávislosti bez toho, že by sa podporovala regresia. Zvlášť dôležité je brať vážne hlboké zranenie, ktoré schizofrénnu ochorenie so všetkými následkami pre postihnutého znamená a tak, pokiaľ sa len dá, chrániť choreho pred ďalším zranením,
- umožňujú *zdravým, kompetentným* častiam, aby dostali priestor a chránia ich. K tomu patrí aj (znovu)učenie sa spôsobilostiam, pričom je nevyhnutná konkrétna podpora terapeutom v záležitostiach bežného života,
- integrujú *psychoedukačné* súčasti a prepracovávajú s pacientom spoločne koncept choroby, z ktorého pozadia pacient rozpoznáva svoje možnosti a hranice v zaobchádzaní so svojim ochorením a svojou zraniteľnosťou.

Koncentratívna pohybová terapia (KPT) ako súčasť komplexnej liečby

Koncept narušenia dimenzií „ja“ pri schizofrénnych ochoreniach podľa Christiana Scharfettera (1989). Jeho teoretické úvahy o vedomí „ja“ jeho narušení v piatich bazálnych dimenziách (uvádzaných už Jaspersom) sú základom pre pohybovo orientovanú prácu so schizofrénnymi pacientami.

Vedomie „ja“ je istota bdelého človeka s jasným vedomím, že „ja som ja sám“. „Ja“ umožňuje bdelému človeku s jasným vedomím, ktorý vie o sebe samom, prežívať seba ako cítiaceho, vnímajúceho, túžiaceho, želaajúceho, mysliaceho, konajúceho v kontinuite svojej životnej histórie.

Pri *dimenziách vedomia „ja“* (tab. 1) ide o rôzne aspekty, ktorých vymedzenie (i keď s určitými prekrývaniami) sa dá odvodiť z patológie. Tieto dimenze sú kvalitami skúsenosti so sebou u pacientov, ich podchytenie nám pomáha ozrejmiť si druh a vážnosť ich postihnutia a pomáha pri hľadaní terapeutického prístupu.

Na báze hore uvedených piatich dimenzií sa konštituuje obraz o „sebe“ a sila „ja“. Podľa Scharfetterovho poňatia psychopatológie je človek označovaný ako schizofrénnu, chorý v celom svojom živom bytí, pričom svoju chorobu prežíva aj „hlboko v telesnosti“. Scharfetter hovorí o piatich bazálnych dimenziách vedomia „ja“, v ktorých sú títo pacienti viac alebo menej ťažko, akútne, prerušovane alebo chronicky narušení:

1. Porucha vitality „ja“

Pocit vlastnej životnosti môže byť znížený alebo môže zaniknúť. Ťažkí pacienti už si nie sú istí, že sú tu, že ešte žijú. Toto prežívanie vedie k bezradnosti, úzkosti, strachu z katastrofy, zo smrti. Pacient môže pri tom stuhnúť (katatónny stupor) alebo upadnúť do panickej pohybovej búrky, aby ešte mal

nejakú skúsenosť so sebou. Pacient môže občas hyperventilovať, aby sa presvedčil, že ešte žije.

Vyjadrenie pacienta s katatónnou schizofréniou: „Bolo to akoby život bol vonku, ako vysušený... mal som strach, že duša, život by zo mňa mohli odísť“.

Tématizovanie porušenej *vitality* „ja“ vedie k bludom: bludu môže raziť cestu od cudzenia sa vlastnému ja a jeho svetu: hypochondrický blud, blud ochorenia, blud telesného zániku, katastrofy, blud nebytia. Podľa psychodynamickej hypotézy kompenzáciou a hyperkompenzáciou takýchto zážitkov zániku môžu vzniknúť inventórne, liečiteľské, spasiteľské bludy.

2. Porucha aktivity „ja“

V ľahkých stupňoch poruchy je inhibovaná, brzdená, spomalená intencia v myslení, cítení, vnímaní a motorike. Už aj malé všedné rozhodnutia, konanie alebo hovorenie je sťažené. Klinicky sa to prejaví od spomalenia až k stuporu, v pomalejšej tichej reči alebo mutizme. U mnohých pacientov sa ponúka interpretácia, že sa pokúšajú dostať z tohoto deficitu aktivity, ktorý vzbudzuje úzkosť, pričom robia stereotypné pohyby (stereotýpie) alebo opakujú rovnaké slová alebo vety (verbigerácie), napodobňujú pohyby druhých (echopraxia) alebo napodobňujú slová či zvuky (echolália).

Je pochopiteľné, že pacient, ktorý má často tiež poruchy *ohraničenia* „ja“, všetko čo zakúša alebo robí, pociťuje ako *robené* alebo regulované zvonka (bludy ovplyvňovania, prenasledovania).

Vyjadrenie pacienta s katatónnou schizofréniou: „Nemal som už silu, nevedel som už s istotou, že ja som bol ja sám. Nemohol som už určovať svoje vlastné myšlienky a činy, bol som ako zviazaný. V tomto stave som ani nemohol hovoriť. Potom prišiel strach, že budem prepadnutý zvonka, manipulovaný, prenasledovaný.“

3. Poruchy konzistencie „ja“

Pacienti už nemajú so sebou skúsenosť ako so samozrejmom jednotkou a s celkom, ktorý vzájomne súvisí. Cítia sa vnútorné rozorvaní, rozháraní a majú úzkosť. Niektorí sa cítia byť rozdeľovaní divergentnými silami a pociťujú túto trýzeň rozštiepu aj telesne. Takéto zážitky rozháranosti a rozkladu sú takmer vždy spojené s ťažkými poruchami identity „ja“ a tiež s dezorientáciou vo vlastnom tele. Môžu vnikať bludy rozháranosti dobrými a zlými silami, katastrofické bludy, pri relatívnej samostatnosti častí môže dôjsť k bludu duplicity alebo väčšiemu zmnoženiu.

Toto je rozpoznateľné z výpovedí typu: „Vpravo som muž, vľavo žena. Vpravo som môj otec, niekedy moja matka... Len krv mám svoju, ostatné je od nejakého muža alebo ženy.“

4. Poruchy ohraničenia „ja“

Pacienti sa cítia byť odhalení, bezbranne vystavení všetkým vplyvom zvonka. Nie sú schopní rozlišovať medzi „ja“ a „nie-ja“, medzi tým, čo si „namýšľajú“ a tým, čo na nich pôsobí „zvonka“. Strácajú tým kontrolu nad realitou: nevedia, čo je spoločná ľudská realita a sú izolovaní v derealizovanom-autistickom vlastnom svete. Ak má táto skúsenosť pomalú progresiu, potom sa pacienti stále viac a viac sťahujú do seba, opúzdrujú sa (autizmus). U mnohých je v popredí pocit od cudzenia, izolácie, pocit stratnosti, cudzoty, derealizácie, sťaženej komunikácie, osamotenosti, mutizmu v beznádejí priblížiť sa k druhým ľuďom.

Emócia cudzoty, nedôvery je vlastne bludná nálada. Pacient je bezbranne vystavený vplyvom zvonka (blud ovplyvňovania zvonka): cudzie sily ovplyvňujú myslenie, druhí čítajú jeho myšlienky, regulujú jeho konanie atď. Niektorí pacienti si myslia, že sami prežívajú to, čo vidia a počujú u druhých (apersonalizácia). Alebo si myslia, že druhí zakúšajú alebo činia, čo v skutočnosti zakúšajú alebo činia oni sami (tranzitivizmus). V snahe o prekonanie týchto skúseností môže (hypoteticky) dôjsť ku kompenzačným alebo hyperkompenzačným pokusom: v manioformnom vytrhnutí sa z od cudzenia a nedôvery môže dôjsť k bludu magickej komunikácie so svetom až omnipotenciou alebo k bludu božskej nadradenosti. Osamotenie a vydedenosť vo svete môže byť hyperkompenzovaná v altruistickom blude.

Príklad: „Môj mozog je porušený... musím zatvárať oči, pretože inak neviem, čo je mimo, čo je vnútri, je to veľký zmätok vo mne...“

5. Porucha identity „ja“

Neistota týkajúca sa bytia samým sebou, bytím tým istým od narodenia. Najľahšie poruchy sa prejavujú v pocite vzdialenosti, dištancie, cudzosti, nedôvery voči sebe samému (depersonalizácia v najbežnejšom užívaní tohoto slova). V najťažších prípadoch sa stráca istota „ja som ja sám“. Pacient už nevie, kto vlastne je. Vyskytuje sa často s poruchami telocitu, konzistencie „ja“ a vitality „ja“.

Namiesto stratenej identity môže nastúpiť nová identita. Pacient sa bludne domnieva, že je iným než v skutočnosti je. Pri týchto bludných transformáciách osobnosti ide väčšinou o zvýšenie vlastného významu a role. Takmer vždy pri tom existuje vedomie o skutočnom pôvode a pacient pri podvojnóm účovaní žije obe skutočnosti vedľa seba, spoločnú ľudskú realitu a bludnú realitu.

Príklad: „Pravdepodobne ani nie som z tohoto sveta... nie som ako druhí ľudia... ako by som mohol mať nejaké meno?“

Podľa Scharfettera (1989 a inde) by na telo orientovaná terapia mala byť doplnením terapeutických možností pri práci so schizofrénnymi pacientami.

Rámcové podmienky skupinovej formy koncentratívnej pohybovej terapie

Skupinovú formu KPT u tejto skupiny pacientov používame po odoznení akútnych príznakov, kedy je už pacient nastavený na medikamentóznú liečbu a je preradený z akútneho oddelenia na režimové oddelenie. V skupinovej práci sa snažíme vytvoriť také podmienky, ktoré zabezpečujú v čo najväčšej miere pocit bezpečia.

Počet členov skupiny nepresahuje 8–10, jednak z priestorových dôvodov a tiež preto, že niektorí pacienti počas cvičenia prechodne potrebujú terapeutickú pomoc alebo osobitné pokyny, aby vôbec boli schopní mať zmysluplné zážitky.

Dĺžka trvania skupinovej hodiny nepresiahne 60 minút, podľa situácie v skupine niekedy skončíme o 10–15 minút skôr. Novozaradeným pacientom väčšinou na začiatku skupiny hovoríme, že môžu prerušiť alebo skončiť cvičenie vždy, keď sa cítia byť preťažení (môže to byť už po 10 minútach). V tomto prípade naozaj platí, že „menej je niekedy viac“.

Skupina by sa mala konať v rovnakom priestore, kde je dostatok miesta, optimálne tepelné a svetelné podmienky a príjemná podlaha. Dôležitý je tiež konštatný čas konania skupiny. Ak sa skupina z rozličných dôvodov nemôže konať, jej členovia by to mali vopred vedieť.

Skupiny sú otvorené a často sa stáva, že na každú druhú – tretiu skupinu príde nový člen. Inokedy sa stáva, že už zaradený pacient sa skupiny nemôže zúčastniť vzhľadom na zhoršenie stavu. S ohľadom na uvedené je potrebné veľmi opatrne štrukturovať hodiny podľa zloženia skupiny a miery dôvery v nej. Pre novo zaradeného pacienta je situácia menej náročná, ak už na skupinu KPT chodil pri minulej hospitalizácii alebo ak pozná členov skupiny napr. z pobytu na oddelení.

Presné štrukturovanie hodiny je pri práci s touto skupinou pacientov mimoriadne dôležité a slúži na udržanie strachu a úzkosti v znesiteľných medziach. Spočiatku zaraďujeme veľmi jednoduché a presne štrukturované ponuky s malým priestorom na vlastné rozhodovanie. Postupom času a s pribúdajúcim pocitom bezpečia môžu byť ponuky tvorené voľnejšie, so zväčšovaním priestoru pre tvorbu a rozhodovanie, čo napomáha k tomu, aby sa pacienti postupne mohli dostať k vlastnému spontánnemu konaniu.

Každá terapeutická hodina by mala mať svoju štruktúru a určitú postupnosť. Pri výstavbe hodín sa nám osvedčilo rozčlenenie na fázy:

1. zladovacia fáza

Akonáhle sa pacienti zídu, pokúsime sa im poskytnúť pomoc pri prvom zorientovaní sa v priestore a v skupine. Napríklad státie v kruhu alebo pohybovanie sa v kruhu predstavuje pre nich usporiadanie, ktoré ich chráni pred možnými chaotickými zážitkami. Popritom hravým spôsobom vykonávame známe alebo ľahko naučiteľné pohyby.

2. hlavná fáza

V hlavnej fáze pracujeme s pacientami na jednej téme. Zámerne si stavíme u tejto skupiny pacientov užšie ciele; od hodiny k hodine postupujeme len

malými krokmi, niekedy zostaneme len pri jednej téme a obmieňame ju.

3. **záverečná fáza** Na tomto mieste často smerujeme pozornosť pacientov k porovnávaniu (Napri.: „Čo sa so mnou dialo, keď som sa pohyboval alebo narábal s predmetmi na začiatku hodiny, ako sa pri tom cítim teraz, prežívam nejakú zmenu?“) Na záver sa spoločne posadíme do kruhu a dáme každému možnosť vyjadriť sa a povzbudzujeme pacientov otázkami.

Témy terapeutických hodín

Už v predchádzajúcej časti sme spomenuli, že si zámerne stavíme užšie ciele a pracujeme s pacientami len na jednej téme, ktorú aj v ďalších hodinách opakujeme, obmieňame a dopĺňame.

Výber tém by nemal byť náhodný, nemali by byť usporiadané za sebou bez súvisu. Terapeutka by sa mala pri ich výbere riadiť stavom skupiny (počet nových členov, miera dôvery v skupine, psychický stav jednotlivých účastníkov, naladenie skupiny...).

Témy skupinovej práce môžu vychádzať zo Scharfetterovej teórie 5 bazálnych dimenzií vedomia „ja“, ktoré sú u týchto pacientov narušené a je potrebné ich posilniť:

Posilňovanie identity „ja“ cez telesnú identitu

Prostredníctvom vzťahu k svojmu telu môže pacient získavať vzťah k sebe samému.

Prežívanie toho, že telo je spoľahlivo nesené podlahou, zemou, ktorá je prežívaná ako opora a stálosť a je vždy k dispozícii, môže prispieť k nájdaniu opory a stálosti v sebe samom. Konkrétna ponuka môže byť prežívanie pevného postoja v kontakte s podlahou, prežívanie kontaktu s podložkou poležiačky alebo uvedomovanie si pevných častí tela – hlavne chrčtice ako telesnej osi, kostených častí.

Posilňovanie ohraničenia „ja“

Sem patrí prežívanie telesných hraníc, napr. za pomoci dotykov a prehmatávania častí svojho tela – sebou alebo partnerom, za pomoci gúľania loptičky po obrysoch tela, prežívanie hraníc tela pri kontakte s podložkou, pri zabalení do deky.

Posilňovanie konzistencie „ja“

Sem patrí prežívanie telesných súvislostí, napr. cez zisťovanie pohyblivosti tela v kĺboch, v chrčtici, cez prežívanie prepojenia všetkých telesných častí so stredom tela

Posilňovanie vitality „ja“

Uvedomenie si živého tela, zameriavanie pozornosti na dýchanie, možnosť vykonávania pohybov, zážitok vznikajúceho tepla v rôznych častiach tela pri preklepávaní, masáži alebo pohybovaní

Tabuľka 2. Štyri línie cvičení Sophie-Krietsch-Mederer

| | |
|--------------------------|--|
| Vzťah k svojmu telu | Cieľom je zakúsiť cez telesné vnímanie skutočnosť živého tela a prežívať sa telesne ako osoba. |
| Vzťah k priestoru a času | Skúsenosť reálnej dimenzie priestoru a času cez rytmus a pohyb umožňuje cítiť sa usporiadaný v čase a priestore. |
| Vzťah k veciam | Veci sú zažívané ako reálne v svojej terajšej jedinečnosti a s terajšími možnosťami ako s nimi zaobchádzať |
| Vzťah k ľuďom | Ide o skúsenosti vzťahovania sa vo dvojici a v menších a väčších skupinkách |

Posilňovanie aktivity „ja“

Toto je možné v aktívnom vykonávaní pohybov, v aktívnom a kreatívnom zaobchádzaní s predmetmi a v hľadaní možností spôsobov kontaktovania sa s druhými ľuďmi (Pri nadväzovaní kontaktu s druhým by však mala byť ponechaná dostatočná vzdialenosť. Na to sa hodia predmety – napr. lopty, prostredníctvom ktorých je možné nadviazať kontakt bez toho, aby vyžadovali bezprostredný telesný alebo trvalý očný kontakt.)

Každá hodina sleduje väčšinou viac čiastkových cieľov, ich spoločným menovateľom je posilňovanie bazálnych dimenzií vedomia „ja“, ktoré sú u pacientov so schizofréniou narušené.

Scharfetterovo poňatie psychopatológie schizofrénií je teoretickým východiskom pre hlavné línie cvičení Sophie Krietsch-Mederer (tab. 2), ktoré autorka vytvorila na základe dlhoročných praktických skúseností so schizofrénnymi pacientami. (1997).

Tieto štyri línie cvičení autorky Sophie Krietsch-Mederer a Brigitte Heuer (1997) podrobne rozpracovali v monografii „Schritte zur Ganzheit“ (159 strán). V mojej práci by som ich chcela heslovite načrtnúť.

Vzťah k vlastnému telu

- spoznávanie živého tela (k „živosti“ patrí dýchanie, pohyb a zážitok tepla);
- spoznávanie telesných súvislostí (práca s kĺbmi, ako miestami prepojenia jednotlivých častí tela, zažívanie tela ako celistvého, pohyblivého, spoznávanie pohyblivosti chrbtice);
- koža ako hranica tela (uvedomovanie si hraníc tela pri ležaní na podložke, upevňovanie si hraníc preklepávaním vlastného tela alebo pri preklepávaní partenrom, gúľaním lopty, prikladaním palice);
- zisťovanie vlastnej telesnej aktivity (možnosti mení dýchanie, použiť silu, pohybovať končatinami, rozhodovať sa pre nejaký pohyb...);
- upevňovanie telesnej identity (práca s menom, s rukami, tvárou).

Vzťah k času a priestoru

Rozvoj postoja a dôvery vo vzťahu k podlahe

- pri ležaní na podložke
- pri sedení
- pri státi a chodení

Začlenenie v reálnom priestore a čase (vnímanie smerov v priestore a čase, tela v priestore a čase, cieľ poskytujúce orientáciu, voľné pohybovanie sa v priestore a čase, rytmus).

Vzťah k veciam

Vnímanie predmetov a zaobchádzanie s nimi – predmety so svojimi odlišnými a jedinečnými kvalitami a asociatívnym zážitkovým prepojením (napr. lopta, balón, palica, šatka, vrečko s pieskom, drevený kruh...).

Vzťah k ľuďom

- vzťah vo dvojici – vzájomné vnímanie váhy tela, vnímanie hraníc tela, viesť a nechať sa viesť, presadzovať sa;
- vzťah v skupine – jeden vedie skupinu, byť podržaný skupinou, byť zohriaty skupinou, robiť niečo spoločne, hra vo dvojici v skupinovom rámci, zhrnutie vzťahových obsahov v skupine.

Terapeutka, špecifiká terapeutického vzťahu pri práci so schizofrénnymi pacientami a spôsob vedenia skupiny

Terapeutka by mala byť k pacientom láskavá, ale zároveň dávať najavo jasný postoj týkajúci sa blízkosti a odstupu. Jasné a zreteľné ohraničenie terapeutky pomáha pacientom nájsť si svoje vlastné ohraničenie.

Dôležitá je *konštatnosť terapeutky*, jej správanie, mimika a gestikulácia, hlas (nie príliš potichu), voľba slov. Mala by sa vyjadrovať jasne, ponuky formulovať zrozumiteľne, vyhýbať sa sugestívnym formuláciám. Pred formulovaním ponuky by mala mať jasnú predstavu toho, čo chce pacientom ponúknuť a čo chce ponukou dosiahnuť.

Pred skupinou je dôležité, aby sa terapeutka „*naladila*“ na skupinu, dostala do kontaktu so sebou, so svojimi psychickými a telesnými pocitmi, a tiež aby sa dostala do kontaktu s koterapeutkou.

Terapeutka by mala byť v priestore prvá, vítať členov skupiny a dať im najavo, že jej na každom z nich záleží. Tešiť sa z každého kto na skupinu príde, pýtať sa na členov, ktorí nie sú prítomní a dať im aj najavo, že skupine chýbali. Ak niektorí pacienti nie sú rozhodnutí zúčastniť sa na skupine a terapeutka vycíti ich ambivalentný postoj, je dobré im dať možnosť zúčastniť sa na skupine do tej miery, ktorá bude pre nich únosná. Mali by vedieť, že kedykoľvek, keď sa budú cítiť preťaženi, *môžu prerušiť cvičenie*.

Z rozličných dôvodov môžu mať pacienti spočiatku strach z vlastného spontánneho konania, preto je dôležité, aby sa aj terapeutka resp. koterapeutka pohybovo zapojili do diania v skupine. Pacient sa tak môže orientovať podľa pohybov terapeutky, čo redukuje jeho strach. Na našich skupinách sa zvyčajne obidve – ja aj koterapeutka – zapájame do diania.

Hoci terapeutka mnohé ponuky (najmä v chôdzi, v stojí, v sede) robí spolu s pacientami, musí pozorne sledovať dianie, aby mohla poskytnúť pomoc alebo usmernenie, ak to niektorý pacient potrebuje. Môžu to byť praktické úkony – napr. podať deku, pomôcť pri podložení deky alebo lopty pod telo.

Ak niekto preruší cvičenie alebo otvorene odmietne nasledovať ponuku, je dôležité to pacientovi *umožniť* a nenaliehať naňho, prípadne preňho dať špeciálne pokyny. Často sa stane, že v určitej fáze cvičenia sa nakoniec pripojí k ostatným.

Ak je niekto bezradný, úzkostný, pôsobí zmätene alebo badať, že sa dostane do prežívania blízkeho psychóze (napr. si drží rukami hlavu a monologizuje), je potrebné ho vyzvať, aby prerušil cvičenie a poskytnúť mu možnosť ohraničenia a zorientovania sa v realite (napr. sa posadí, vezme si loptu do ruky, prípadne si koterapeutka sadne vedľa neho).

Ak u niekoho terapeutka spozoruje hnev, ktorý badať v spôsobe pohybovania alebo zaobchádzania s predmetom, je potrebné dať mu nejaký rámec, aby hnev mohol nájsť svoje vyjadrenie v silnom pohybe, ale zároveň by neškodil pacientovi alebo ostatným. Napr. v rámci jednej skupiny si pri výbere predmetov jeden pacient vybral palicu, s ktorou sa začal oháňať a bolo vidno úľak u ostatných pacientov. Terapeutka mu podala loptu, ktorú zamenil za palicu a podnietila ho k zaobchádzaniu s loptou.

Pri štrukturovaní a formulovaní ponuky je potrebné pacientom vymenovávať konkrétne možnosti (napr. pohybovania alebo zaobchádzania s predmetom) a pritom pozorne sledovať dianie v skupine a nahlas pomenovať aj nami pozorované spôsoby u konkrétnych pacientov, čím jednak posilníme identitu a aktivitu pacienta a pre ostatných to môže byť podnet pre nový spôsob zaobchádzania.

Ako sme už spomenuli, často opakujeme podobné ponuky v ďalších hodinách. Na jednej strane dúfame, že vyvoláme u jednotlivých pacientov spomienky na už raz prežitú skúsenosť. Na druhej strane, tieto skoršie zážitky môžu pacien-

tom slúžiť ako bezpečné východisko pre novo prichádzajúce spontánne konanie.

Od začiatku sa pokúšame dať pacientom možnosť nadviazať kontakty v skupine alebo pri cvičeniach vo dvojiciach, keďže podnety a myšlienky druhých ľudí sú prevažne prežívané ako príjemné a uvoľňujúce. Výlučné zamestnávajúce sa samým sebou, hlavne po dlhší čas, môže preťažovať a zúskostňovať pacientov a ponechávať ich príliš dlho v izolácii.

V záverečnej fáze hodiny sa posadíme do kruhu a terapeutka vyzýva pacientov, aby vyjadrili svoje prežívanie spojené s cvičením. Podnecujeme ich otázkami, napr. – Čo Vám bolo príjemné? Čo ste robili rád? Bolo niečo, pri čom ste sa necítili dobre? Je dôležité dať vždy len jednu otázku a čakať na odpoveď. Viac otázok naraz by mohlo pacientov rozrušiť a podráždiť.

Ak vzniknú pocity radosti, šťastia, uvoľnenia, spomienky na hru z detstva, je dôležité zdieľať ich s pacientom a úprimne sa s ním potešiť. Terapeutka by mala byť otvorená a úprimná, hovoriť s pacientom aj o negatívnych pocitoch ak vzniknú (napr. nechť k cvičeniu, pocit zbytočnosti, rozmrzelosť, hnev, smútok, uzavretosť). Ak vznikne hnev namierený na terapeutku, je dôležité ho spracovať, „kontajnerovať“ a nevracať pacientovi.

Ak sa hodina skladá z viacerých krátkych ponúk, je dobré sa po každej z nich spýtať pacientov na zážitky, aby na ne pacienti nezabudli.

Na záver hodiny by mala terapeutka všetkým zúčastneným poďakovať a rozlúčiť sa s nimi, pripomenúť im čas konania ďalšej skupiny, prípadne im dať vedieť, ak sa ďalšia skupina nebude konať. Je dobré sa spýtať, kto sa chystá odísť domov a rozlúčiť sa s pacientami, ktorí budú prepustení. Terapeutka odíde, keď všetci opustia miestnosť.

Záznam z jednej skupinovej hodiny

Prítomní: Roman, Martin, Maroš, Peter, Martin, Miro, Pavol (novozaradený člen)

Dlhšie trvá, kým sa jednotliví členovia zídu, oznamujú mi, že Miro nepríde, lebo sa mu zhoršil stav a lekárka ho preradila na uzatvorené oddelenie. Maroš hovorí o tom, že sa cíti „nanič“, nechce sa mu ani rozoprávať. Ponúkam mu, aby sa pokúsil na skupine zostať, ak sa nebude cítiť dobre, kedykoľvek môže prerušiť cvičenie. Počiatkové rozpaky v skupine sa rozplynú pri loptovej hre, Pavol sa rýchlo v skupine zorientuje a učí nové mená. Miro je roztržitý, nepamätá si mená, ostatní mu pomáhajú.

Po krátkom rozchodení v priestore pripomínam jednu z tém z minulej skupiny – spoznávanie nôh pomocou loptičky a ponúkam skúsiť si rôzne spôsoby našľapovania na podlahu. Niektorí sa vyzujú, spočiatku sa riadia podľa inštrukcií a neskôr si spontánne skúšajú rozličné spôsoby našľapovania.

Hlavnou témou dnešnej hodiny má byť uvedenie si tela pri ležaní na podložke a bližšie zameranie sa na chrbticu a jej pohyblivosť za pomoci podkladania mäkkej lopty pod spodnú, strednú a vrchnú časť chrbta. Každý si má nájsť miesto v priestore a ľahnúť si na podložku. Všetci okrem Martina si postupne líhajú, Martin zostáva sedieť a pozoruje

skupinu. Ponúknem mu možnosť zostať v sede a zapojiť sa, kedy bude chcieť.

Najskôr si majú uvedomiť spôsob ležania na podložke, ako cítia podložku pod telom, akými časťami sa dotýkajú podložky, menujem im postupne časti tela, na ktoré sa majú zamerať a pokúsiť sa zväčšiť kontakt tela s podložkou. Často ich pozornosť obraciam k dýchaniu – jeho uvedomeniu si, prehĺbeniu, rozširovaniu hrudného koša. Maroš dýcha celkom zhlboka a nahlas, miestami až fučí a pritom si aj povzdychne. Peter takisto dýcha zhlboka, striedavo napína a povoľuje svaly, napokon leží s rozťahnutými rukami a veľmi sústredne dýcha.

V ďalšej časti všetkým podávam loptu k pravej ruke, Martin si vtedy rozťahne podložku a pripojí sa k ostatným. Majú si podložiť loptu pod spodnú časť chrbtice, uvedomiť si zmenu polohy, skúšať možnosti pohyblivosti v chrbtici, pokrčením nôh, ohýbaním v bedrách, kývaním do bokov. Roman dvíha hlavu a ruky a pruží na lopte – pomenúvam jeho spôsob pohybu nahlas, niektorí si ho vyskúšajú. Postupne si podložia loptu pod strednú časť chrbta a napokon pod krčnú chrbticu a záhlavie. Zakaždým im menujem možnosti pohybovania sa na lopte a zakúšania pohyblivosti chrbtice. Potom si majú loptu spod tela vybrať a uvedomiť si polohu chrbta bez lopty na podložke, kontakt s podložkou a rozdiel oproti ležaniu pred podkladaním lopty. Potom si majú vybrať miesto, kam si ešte chcú podložiť loptu a pohybovať sa voľným spôsobom. Takmer všetci si loptu podložia pod hlavu, Roman ju podkladá pod kríž, zhlboka dýcha a dvíha hlavu. Potom vyberú loptu, opäť porovnajú spôsob ležania na podložke. Pomaly sa posadia a vytvoria kruh. Nasleduje reflexia v kruhu

Pavol sa cítil veľmi príjemne a uvoľnene, takmer zaspal, najmä pod hlavou to bolo fajn, nič ho neťahalo, nebolelo... niekedy nemôže večer zaspáť, lebo ho všetko tlačí a trpnu mu nohy, teraz to bolo príjemné, najradšej by si tú loptu vzal so sebou a zaspával na nej. Pýtam sa ho, či bolo aj niečo menej príjemné – áno, pod krížami ho lopta tlačila a cítil jemnú bolesť, ale keď loptu odtiaľ vybral a pritlačil si kríž k zemi, prešlo to.

Martin – keď si loptu vybral spod krížov, akoby tam niečo chýbalo, bolo to nepríjemné, až keď bola lopta vyššie a pomrvil sa, cítil kontakt s podložkou, bolo to potom lepšie. Cítil, že zem ho niesla.

Roman – toto sa mu zdalo zatiaľ najlepšie cvičenie, najviac to bolo príjemné pod krížami, vtedy si uvedomil svoje dýchanie a to, ako sa mu pritom rozvinul hrudník. Počas cvičenia Roman experimentoval viac ako bežne počas skupín, viac prechádzal do spontánneho konania, bez pokynov terapeutky.

Peter – cítil sa dnes na skupine dobre, najlepšie to bolo s loptou pod hlavou. Počas cvičenia Peter. spočiatku pôsobil napäto a strnulo, potom cez napínanie a uvoľňovanie svalov dospel k väčšiemu uvoľneniu. Na záver sa pýta na možnosť masáže.

Martin – pripojil sa až v časti, kedy si podkladali loptu. Keď to okomentujem, povie, že sa najprv len pozeral a potom

sa už mohol pripojiť k ostatným. Bolo to dobré, keď mal loptu pod hlavou.

Miro – Uvoľnil sa, oddýchol si. Najlepšie to bolo s loptou pod hlavou, v strede chrbta ho lopta tlačila.

Maroš – nechce sa mu hovoriť...

Nadväzujem na Maroša, že nemusí povedať nič a to platí aj pre ostatných, niekedy sa ani nedá povedať o všetkých zážitkoch, dôležité je pre každého, že si svoje zážitky vezme so sebou.

Zhrnutie priebehu 3. skupinovej skupiny

V štrukturovanom cvičení na podložke mohli pacienti zažiť oporu zeme, ktorá ich niesla, v kontakte s podložkou a loptou si uvedomili hranice tela, pri podkladaní lopty pod rôzne časti chrbta si mohli zažiť pohyblivosť a konzistenciu chrbtice. Dosť priestoru bolo venovaného dýchaniu (dýchanie ako dôkaz živosti tela, možnosť meniť spôsob dýchania, uvedomovanie si vnútorného priestoru pre dýchanie). Pri tomto cvičení sa upevnili všetky bazálne dimenzie vedomia „ja“ – vitalita, aktivita, identita, ohraničenie a konzistencia „ja“.

Napriek rozpačitému začiatku s dlhším schádzaním sa členov sa počas loptovej hry pacienti naladili na skupinu. Martin mal problém s ležaním, dlho skupinu nedôverčivo pozoroval a pripojil sa až v časti, kedy som podávala loptu na podkladanie pod časti tela (Martin má zrejme deficit v oblasti primárnej dôvery, pri dnešnej skupine mu až kontakt s predmetom – loptou – poskytol dôveru a mohol sa s dôverou oddať zemi pri ležaní). Roman sa dostal viac ku spontánnemu konaniu pri podkladaní lopty (posilnenie aktivity), v záverečnom kruhu povedal viac ako zvykne, už to neboli len stereotypné vyjadrenia, v ktorých bol so všetkým spokojný. Peter sa prvýkrát na skupine cítil dobre, pôsobil naozaj uvoľnene a zaujímal sa o možnosť masáže (keďže toto vyjadrenie časovo nadväzovalo na cvičenia v ľahu s podkladaním lopty, predpokladám, že došlo k oživeniu vitality „ja“). Maroš odmietol rozprávať, čo mu bolo aj umožnené, počas telesnej ponuky pôsobil však ako zaujatý cvičením, bol experimentujúci, spontánny a pôsobil uvoľnene. Martin si pomohol pri zážitku chýbania lopty pritlačením tela o podložku (prejavila sa potreba kontaktu s objektom, pravdepodobne ženským, keďže išlo o loptu; biograficky – nedávno sa rozíšiel s priateľkou, čo vníma ako veľkú stratu). Pavol sa cítil dobre, lopta pre neho znamenala prechodný objekt (Winnicott), ktorý si chcel vziať so sebou na oddelenie, čo som mu na prechodný čas umožnila. O týždeň mi ju na vizite vrátil s poznámkou, že ju už nepotrebuje, pôsobil dospelejšie.

Poznámka na záver

Z ukážok a pravidiel KPT pri schizofrenických ochoreniach je zjavné, že napriek tomu, že metóda je postavená na hlbinej/psychodynamickú teóriu, zohľadňuje citlivo vulnerabilitu pacientov a má v sebe veľa suportívnych prvkov ako ich chápe napr. Winston et al. (2006) a Novalis et al. (1999) a posilňuje a rozvíja to, čo je zdravé, ako to požaduje E.M.

Bleuler (1998). Nie je vylúčené, že u niektorých pacientov dôjde aj ku korigujúcej emočnej skúsenosti (Alexander, podľa Schlegel 2006).*

*Záverečná práca k ukončeniu psychoterapeutického výcviku v koncentratívnej pohybovej terapii (výrazne skrátené).

Literatúra

- Benkert, O., Hippus H.:** Príručka psychiatrickej farmakoterapie. Vydavateľstvo F, Trenčín 2002.
- Bleuler, E.M.:** Učebnica psychiatrie. Vydavateľstvo F, Trenčín 1998.
- Ciampi, L.:** Auf dem Weg zu einem kohärenten multidimensionalen Krankheits- und Therapieverständnis der Schizophrenie, in: Bher W., Brenner H.D. (Hrsg.): Bewältigung der Schizophrenie, Huber, Bern 1986.
- Eikermann, B.:** Sociálna psychiatria. Základné poznatky a prax. Vydavateľstvo F, Trenčín 1999.
- Gabbard, G.:** Psychodynamická psychiatria. Excerpty. PO FN Trenčín, 2002.
- Gräff, Ch.:** Koncentratívna pohybová terapia. Albert, Boskovice 1999.
- Heuer, B., Schurmann-Walker, Ch.:** Koncentratívna pohybová terapia pri schizofrénnych ochoreniach, in: Hochgerner, M., Pokorny, V. (eds): Koncentratívna pohybová terapia. Vydavateľstvo F, Trenčín 2003.
- Hell, D., Schupbach, D.:** Schizofrénie, základy pre porozumenie a orientáciu, Vydavateľstvo F, Trenčín 2004.
- Hahlweg, K., Dose M.:** Schizofrénia. Terapeutická príručka, Vydavateľstvo F, Trenčín 1998.
- Hochgerner, M., Pokorny, V.:** Koncentratívna pohybová terapia (KPT) v teórii o praxi. Vydavateľstvo F, Trenčín 2003.
- Krietsch, S., Heuer, B.:** Schritte zur Ganzheit, Gustav Fischer Verlag Lbeck, Stuttgart-Jena-Ulm, 1997.
- Novalis, P.N., Rojcewicz, S.J., Peele, R.:** Klinická príručka podpornej psychoterapie. Vydavateľstvo F, Trenčín 1999.
- Scharfetter, Ch.:** Ja-vedomie. In: Hašto (ed): Schizofrénia I., ODZ Trenčín, Lipt. Mikuláš, 1989.
- Schlegel, L.:** Transakčná analýza ako kreatívne spojenie hlbínnej a kognitívnej psychoterapie. Psychoterapia presahujúca hranice smerov. Vydavateľstvo F, Trenčín 2006.
- Wienberg, W.:** Schizophrenie zum Thema machen. 2.Auflage, Psychiatrie Verlag, Bonn, 1997.
- Winston, A., Rosenthal, R., Pinsker, H.:** Úvod do podpornej psychoterapie. Jadrové kompetencie v psychoterapii. Vydavateľstvo F, Trenčín 2006.

Do redakcie došlo 23.11.2006.