

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ  
KATEDRA PSYCHOLOGIE**

**VYUŽITÍ SUGESTIVNÍ TERAPIE U VYSOKOŠKOLSKÝCH  
STUDENTŮ S VYŠŠÍM STUPNĚM NEUROTICISMU**  
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Klára Klučinová DiS.**

*Psychologie se zaměřením na vzdělávání*

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.

**Plzeň 2019**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně  
s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 29. dubna 2019

.....  
vlastnoruční podpis

## **Poděkování**

Děkuji tímto doc. PhDr. Janě Miňhové, CSc. za její odbornou pomoc a podporu při zpracovávání bakalářské práce.

ZDE SE NACHÁZÍ ORIGINÁL ZADÁNÍ KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

# OBSAH

ÚVOD .....	3
1 TEORETICKÁ ČÁST .....	5
1.1 PROBLEMATIKA NEUROTICISMU A NEUROTICKÝCH PORUCH .....	5
1.1.1 Výklad pojmu neuroticismus .....	5
1.1.2 Úzkost jako symptom neuroticismu .....	10
1.2 CHARAKTERISTIKA NEUROTICKÝCH PORUCH .....	11
1.2.1 Definice neurotických poruch.....	11
1.2.2 Klasifikace a dělení neurotických poruch .....	13
1.2.3 Etiologie neurotických poruch.....	21
1.2.4 Terapie neurotických poruch.....	26
1.3 VÝVOJOVĚ PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA MLADÉ DOSPĚLOSTI .....	35
1.3.1 Sociálně psychologická charakteristika vysokoškoláka .....	39
2 PRAKTICKÁ ČÁST .....	40
2.1 CÍL PRÁCE A FORMULACE VÝZKUMNÝCH ÚKOLŮ.....	40
2.2 POPIS ZKOUMANÉ SKUPINY.....	40
2.3 POPIS UŽITÝCH METOD .....	40
2.4 VÝSLEDKY TESTOVÉHO ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE .....	41
2.5 UŽITÍ SUGESTIVNÍ TERAPIE KE SNÍŽENÍ PROJEVŮ NEUROTICISMU .....	42
2.6 VÝSLEDKY TERAPEUTICKÉHO PŮSOBENÍ .....	43
ZÁVĚR.....	47
RESUMÉ .....	48
SEZNAM LITERATURY .....	49
PŘÍLOHY .....	I

## **Seznam zkratk**

FPE	Fakulta pedagogická
ZČU	Západočeská univerzita

## Úvod

V této práci jsem se zaměřila na možnost použití sugestivní terapie u studentů vysokých škol, u nichž byl zjištěn vyšší stupeň neuroticismu. Téma neurotičnosti mě zajímalo již od základní školy, jelikož se toto téma týkalo i mých blízkých a postupem času jsem zjistila, že neuroticismus postihuje velký okruh lidí v mém okolí. Toto téma mě zajímá nejen po stránce teoretické, ale též v rovině terapeutické a aplikační. Teoretické poznatky zde doplňuji o část empirickou, jež se týká stanovení neurotičnosti u vysokoškolských studentů a využití relaxačně sugestivní terapie ke snížení projevů neuroticismu.

Zaměření na studenty vysoké školy jsem zvolila z toho důvodu, že sama studuji a protože mi jsou studenti a prostředí vysoké školy blízké. Také jsem chtěla zjistit, v jaké míře trpí studenti na vysoké škole vyšším stupněm neuroticismu a zda je možné ovlivnit některé neurotické projevy relaxačními technikami.

Práce je rozdělena do dvou částí, na část teoretickou a praktickou.

Cílem teoretické části práce je shrnutí hlavních poznatků týkajících se neuroticismu s využitím a porovnáním informací od různých autorů. První kapitola pojednává o problematice neuroticismu a zahrnuje též výklad pojmu neuroticismus. Druhá kapitola se zabývá charakteristikou neurotických poruch a zahrnuje klasifikaci, etiologii a terapii neurotických poruch. V části této kapitoly zabývající se etiologií neurotických poruch srovnáváme pohledy více autorů a uvádíme historické i současné pohledy na vznik neurotických poruch. V části zabývající se terapií neurotických poruch udáváme přehled používaných terapií při léčbě neurotických poruch s důrazem na popis relaxačních technik. Třetí kapitola popisuje období mladé dospělosti z vývojově psychologického hlediska a přibližuje sociálně psychologickou charakteristiku studenta vysoké školy.

Empirická část je rozdělena do dvou kapitol. První kapitola se zabývá výzkumem s využitím testové metody, který má stanovit jak vysoké je procento neurotických studentů na FPE v Plzni. Druhá kapitola se zabývá aplikací terapeutické metody relaxace prostřednictvím sugestivní terapie u studentů se zjištěným vyšším stupněm neuroticismu. Cílem našeho výzkumu bylo nejen zjistit, jak vysoké je procento studentů se zvýšeným stupněm neuroticismu na FPE, ale též zjištění některých účinků terapeutického působení na studenty. Hlavním přínosem této práce bylo nejen seznámit studenty s touto relaxační

technikou, ale studenty též aktuálně zrelaxovat a zregenerovat, což napomáhá ke snížení neurotické symptomatologie, ke které jsou studenti s vyšší mírou neuroticismu disponováni.



## 1 TEORETICKÁ ČÁST

### 1.1 PROBLEMATIKA NEUROTICISMU A NEUROTICKÝCH PORUCH

V současné době se setkáváme bohužel s tím, že *počet osob s psychickými problémy neustále vzrůstá* a neurotické poruchy jsou diagnostikovány stále častěji, což zřejmě souvisí s tím, jak se společnost rychle vyvíjí a neustále mění.

Člověk dnešní doby je nucený čelit stále rychlejšímu kulturnímu i sociálnímu tlaku společnosti, což se odráží na jeho duševním zdraví a potažmo fyzickém, když se člověk nestačí na nové podmínky neustále adaptovat. Nejvíce bývají diagnostikovány právě neurózy, dále pak afektivní poruchy, kam spadají i deprese, a třetím nejfrekventovanějším onemocněním je schizofrenie. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, jež shromažďuje data s výkazy o psychiatrii, je patrné, že v 60. letech byla míra výskytu neurotických poruch kolem 15% a v současnosti je již 35-40%. Můžeme se však jen domnívat, zdali je tento nárůst zapříčiněn zhoršováním duševní kondice populace, nebo stále vzrůstající tendencí k zodpovědnosti za své zdraví a vyplývající frekventovanější návštěvností ambulantní psychiatrické péče. (Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2017>).

Je důležité vědět, že neurotické poruchy život komplikují, ale ne vždy se osoby, jež neuroticismus postihuje, léčí. Velmi často se lze setkat s tím, že tyto pacienti vyhledávají lékařskou pomoc pro zcela jiné obtíže a to např. problémy s usínáním, velkou únavu, či jiné somatické problémy. Oproti tomu psychotická onemocnění jsou ve vysoké míře léčena, neboť zasahují do života pacienta mnohem více.

#### 1.1.1 VÝKLAD POJMU NEUROTICISMUS

S pojmem neuroticismus se poprvé setkáváme u *Hanse Jürgena Eysencka* (1916-1997), který při diagnostice sangvinického, cholerického, melancholického či flegmatického temperamentu vychází z dvou dimenzí osobnosti : míry extravertze-introvertze a psychické lability – stability (Kohoutek, 2002).

Neuroticismus je osobnostní dimenze jež tvoří jeden ze základních faktorů osobnosti. Bývá též označován jako *psychická lability*, nebo psychická tenze. Neuroticismus lze vysvětlit jako obecnou reaktivitu a míru osobní vyrovnanosti spojenou se sklony k negativnímu emočnímu ladění a k negativním emočním prožitkům. U populace s vyšším stupněm neuroticismu se objevují specifické formy chování. U těchto lidí se nezřídka

můžeme setkat s *neúčelnými způsoby reagování a s celkově pesimistickým laděním a uvažováním*. Jsou zvýšeně vyhybaví k subjektivně nepříjemným podnětům, což je má uchránit před negativními zkušenostmi. Bývají často nevyrovnaní, s tendencí k negativnímu myšlení a náladám. Mají sklon ke zhoršené adaptabilitě a tendenci litovat sami sebe. Často trpí pocity méněcennosti, zhoršeného sebeovládání a těžko snáší větší zátěž. Tito jedinci jsou zvýšeně citliví a úzkostní (Vágnerová, 2010).

Neurotičtí jedinci vnímají svět kolem sebe většinou jako důvod k ohrožení, či alespoň jako zdroj nepříjemných situací, s čímž souvisí tendence k pesimistickému způsobu emočního prožívání a nepřiměřeným reakcím. Tito jedinci podléhají emocím, reagují zvýšeně na všechny podněty a následkem je často nepřiměřená reakce, jež často nebývá vždy kladně hodnocena blízkým okolím. Na základě toho jsou někteří jedinci, obzvláště extravertní, zvýšeně vzrušiví, neklidní, někdy až s agresivními sklony. Navíc se často trápí obavami z budoucnosti a z toho, co by se nemuselo povést a proto trpí pocity neobvyklé úzkosti.

Saucier a Goldberg (in Vágnerová, 2010) rozlišují dva rozdílné rysy osobnosti dle toho, která část mozkových center se podílí při zvládnání stresujících zkušeností. Mozková centra reagují na ohrožení buď senzitivním způsobem, nebo inhibují aktuální reakci. Na základě těchto odlišných způsobů reagování rozlišujeme *dráždivost* (sklon k podrážděnosti a vzteku) a *odtažitost* (sklon k úzkosti a strachu, z čehož vyplývá zvýšená potřeba ochrany).

Mezi další osobnostní vlastnosti patří častý sklon k obavám a strachu z toho, jak vše dopadne, často se hněvají, mají sklon být nepřátelští, což souvisí se zvýšenou hostilitou, jak k sobě, tak i k ostatním. Častěji trpí smutkem, pocity zoufalosti a podléhají depresivnímu ladění. Také sebevědomí nebývá u těchto jedinců velké. Tito jedinci o sobě často pochybují, stydí se a mohou trpět pocity viny. K dalším rysům může patřit tendence k impulzivité a neschopnost ovládnout pokušení. Tito lidé jsou psychicky zranitelnější a běžné události mají tendenci prožívat jako stresující (Vágnerová, 2010).

Tendence k impulzivité a neschopnost ovládnout pokušení může vést u těchto jedinců k neúměrnému zneužívání návykových látek, různým závislostem a neuváženému jednání. Pod vlivem neurotické poruchy může také dojít ke spáchání velmi vážných trestných činů.

Hlavním aspektem neuroticismu je *tendence k negativnímu a úzkostnému prožívání, doprovázeným často pocity smutku, viny, studu, hněvu, zatrpklosti, beznaděje a zoufalství*.

Na základě vyšší míry neuroticismu mají tito jedinci sklony k zaujímání určitých postojů, na základě nichž se tvoří základ pro jejich rozhodování. Tito emočně nestabilní jedinci se cítí daleko *častěji stresováni* i běžnými událostmi a *těžce obnovují svoji duševní rovnováhu*. Jsou téměř trvale s něčím i s někým nespokojeni, i sami se sebou a uchylují se k tomu, že *vše kritizují a nemají důvěru k ostatním*. Často pak trpí pocity zoufalství, beznaděje, smutku, úzkosti a duševní zranitelnosti. Tato emoční nestabilita je dále charakterizována různými výkyvy nálad s tendencí k proměnlivému chování a výsledkem je pak *nepohoda a neuspokojivé lidské vztahy*. Z toho plyne *sklon k osamělosti, charakterizovaný nejistotou a sociální neobratností*. Lidé s vyšším stupněm neuroticismu se cítí *převážně nešťastně*, ačkoliv tomu nemusí jejich skutečná životní situace odpovídat (Vágnerová, 2010).

Dle Kohoutka (2002) jde o osoby emočně nestále a špatně integrované. Tyto osoby se vyznačují tendencí k vnitřnímu neklidu, úzkostem, starostem, depresím a mívají často proměnlivou náladu. Trpí často i špatným spánkem a nejrůznějšími psychosomatickými potížemi. Ve vyšší míře se u nich objevuje iracionální a rigidní způsob chování s ulpívajícími prožitky.

*Protikladem neuroticismu je emoční stabilita*, pro níž je typický duševní klid, vyrovnanost, jistá psychická odolnost v případě zátěže a schopnost snadného znovunabytí duševní rovnováhy. Tyto lidi nezatěžují běžné situace ani problémy, jsou uvolnění a prožívají většinou i spokojenější vztahy se svým okolím. Jejich sebevědomí je zdravé a nemají problém využít své schopnosti a nadání, poněvadž je neomezují vlastní obavy ze selhání (Vágnerová, 2010).

### **Vývoj pojmu neuroticismus**

Německý psycholog Hans Jürgen Eysenc se ve svých výzkumech snažil prokázat platnost typologie C.G. Junga (extroverze, introverze) a doplnil jeho typologii o škálu neuroticismu, jež vypovídá podle Eysenca o stabilitě, nebo labilitě, což jsou dva krajní póly. Stabilita odpovídá osobnostem dobře integrovaným, emočně stálým, bez neurotických projevů. Labilita je v tomto pojetí obecná dimenze osobnosti, přičemž jde o osoby nestálé a špatně integrované. Tito jedinci mají sklon k vnitřnímu neklidu, úzkosti, ke starostem, depresím a jsou náladové (Eysenc, 1967).

Vondráčková (in Miňhová, 2006) hovoří o pojmu neuróza jako o poruše vyšší nervové činnosti, přičemž je porucha je reverzibilní a týká se především *sníženou schopností přizpůsobení vnějšímu prostředí, mající řadu tělesných i duševních příznaků*.

Říčan (2006) popisuje souvislosti spojené s vysokou reaktivností autonomního systému, jež se promítá nejen do tělesných funkcí, ale i do stavu emočního. Tato vyšší reaktivita snižuje schopnost jedince adaptovat se ve svém prostředí.

Höck a König (in Matoušek 1986, in Miňhová, 2018, s. 123) hovoří o neuróze jako o „*prožitkově podmíněné poruše ve vztahu mezi člověkem a okolím, která má psychické nebo tělesné příznaky nemoci*“.

Závěrem ještě cituji definici Hartla a Hartlové (2010, s. 346): „*Neurotická porucha je funkční, reverzibilní onemocnění bez organického nálezu, vyvolané psychogenně se zachovaným náhledem onemocnění*.“

Dle Höschla (in Miňhová, 2006), někteří autoři používají pojem neurotická dispozice k označení poruch v souvislosti s neuroticismem.

V této práci budeme vycházet z Eysencova pojetí výkladu neuroticismu jako dispozici k neuróze. Dále budeme používat též pojmy psychická „instabilita“, „labilita“ nebo „neurotičnost“, jež se v praxi v souvislosti s neurotickými poruchami běžně vyskytují. Tyto uvedené výrazy budeme v této práci používat jako synonyma.

### ***Vliv neuroticismu na lidskou osobnost***

Zde bychom se chtěli nejdříve zmínit o sociálních aspektech neuroticismu na lidskou osobnost, protože je spojen s obavami ze sociálního kontaktu a s jeho negativním prožíváním. Lidé emočně nestabilní bývají zvýšeně citliví a podráždění, což může být podkladem pro snadný vznik afektu, či hněvu a vzteku, nebo naopak s nejistotou a zvýšenou úzkostí. *Potřeba sociálního kontaktu bývá proto častěji ambivalentní, nebo nižší, což je důsledkem obav z nepříjetí a pochybnosti o sobě samém.* Neurotičtí lidé mají tendenci k větší úzkostnosti, stydlivosti, pocitům viny a k rozpakům v nejrůznějších situacích, proto se tito lidé raději vyhýbají subjektivně nepříjemným situacím, či kontaktům, čímž se bludný kruh těchto problémů roztáčí. Není pro ně snadné získat některé sociální zkušenosti, s čímž často souvisí i *snížená schopnost rozvíjení a uplatnění sociálních kompetencí, které již mají.* V mezilidských vztazích se projevuje i jejich vlastní představa o sobě samém, která je zatížena nadměrnou úzkostností a přesvědčením o vlastní neschopnosti (Vágnerová, 2010).

Neuroticismus je tendence k negativnímu emočnímu prožívání. Důležitá je celkově zvýšená citlivost k podnětům, jež vyvolávají negativní emoce, přičemž neuroticismus zesiluje vliv negativních událostí. Z kognitivního hlediska bývá spojován jak se sklony

k pesimismu, tak i k cynismu. *Zhoršena může být i paměť a pozornost*, neboť pod vlivem negativního způsobu prožívání se tito lidé nedokáží dobře soustředit na danou činnost (Vágnerová, 2010).

Jedinci si často stěžují na zhoršování paměti, ale nejedná se o poruchu paměti v pravém slova smyslu, nýbrž o neurotickou poruchu koncentrace pozornosti, kdy člověk snadno zapomíná kam co dal, co chtěl právě udělat, nemůže si vybavit, odkud jakého člověka zná, ale vědomosti do paměti vštípené podržuje správně. Úsilí o vybavení určité věci obvykle blokuje, ale věc se vybaví později sama. Doporučuje se zavedení diáře, do kterého si člověk zaznamená své úkoly, takže může žít bez obav, že něco zapomene (Kratochvíl, 2006).

Často je pro ně *těžké vymyslet fungující způsob řešení problémů*, jelikož určité psychické funkce jsou tímto způsobem blokovány. Způsob zpracování informací se u těchto jedinců zdá být dysfunkční a je *více zaměřen na potencionálně negativní informace*, které si tito jedinci snáze vybavují a uchovávají ve své paměti ve větší míře než pozitivní. Rovněž očekávání takto predisponovaných jedinců bývá často negativní a tito lidé hodnotí situace odlišným způsobem, než lidé více stabilní. *Jakoukoliv nepříjemnou zkušeností se zabývají tito lidé velmi dlouho* a někdy to může mít až podobu vtíravých myšlenek. Lidé s vyšší neurotičností uvažují leckdy zkresleně a jejich okolí reaguje leckdy na jejich úzkostnost, změny nálad a negativní úvahy negativně. Leckdy je pro ně těžké najít někoho, kdo by těmto rozladám neustále naslouchal. Neuroticismus bývá spojován více se sklonem k potlačování negativních pocitů, přičemž málokdy dojde k jejich přehodnocování. Tito lidé leckdy *nedokáží nalézt účinnější strategie vypořádání se se stresem a negativním emočním laděním, což má značný vliv na jejich výkonnost* (Vágnerová, 2010).

Jedinci s vyšším stupněm neuroticismu bývají celkově hodně *nejistí*, mají pochybnosti o čemkoliv a tudíž i o sobě, mívají nízkou důvěru ve vlastní schopnosti, sklony k celkově negativnímu emočnímu ladění a posuzování skutečnosti. Mívají tendenci k *depresivnímu ladění a bývají snáze psychicky zranitelní* (Vágnerová, 2010).

Lidé s vyšším stupněm neuroticismu také *hůře zvládají náročné životní situace*, neboť tito lidé tíhnou k tomu reagovat na stres převážně emotivně, napětím, nervozitou, podrážděním a nárůstem úzkosti. Neuroticismus navíc vede k tomu, že tito lidé *vidí realitu zkresleně* a mají tendenci interpretovat vše, co se děje, jako ohrožující. Často pak následuje i pesimistické hodnocení situace bez ohledu na to, jaká je situace doopravdy. Nízká sebedůvěra, podceňování vlastních schopností a možností, přetrvávající pocit bezmocnosti

a nakonec i vzdání bývají s neuroticismem často spojeny. Co prožívá stabilní člověk jako nepříjemnost, může instabilní člověk vnímat jako velkou zátěž a podle toho také reagovat i se tak chovat. Dále bylo zjištěno, že jedinci s vyšším stupněm neurotičnosti upřednostňují copingové strategie zaměřené na zlepšení emočního ladění. Tito lidé jsou zatíženi zvládnutím negativních emočních prožitků následkem stresu a často viní sami sebe. *Nedokáží řešit podstatu problému, soustředí se pouze na zvládnutí nervozity a stresu a před tím, co se jim jeví jako obtížné, tomu se raději vyhýbají.* Nemusejí mít však vždy horší výsledky např. při studiu než emočně stabilní lidé, ale musí se naučit účinně problémům předcházet. Oproti tomu emoční stabilita a vyrovnané emoční ladění je základem pro získání nadhledu a schopnosti vymyslet více možností řešení problému. Citová vyrovnanost je též důležitá při navazování a udržování kontaktů s lidmi, kteří by mohli pomoci (Vágnerová, 2010).

### 1.1.2 ÚZKOST JAKO SYMPTOM NEUROTICISMU

*Úzkostí se obvykle míní aktuální prožitek tísně, nebo tísnivého napětí neurčitého obsahu, který je vyvolán situací nejistoty nebo ohrožením, přičemž toto ohrožení nemusí mít, ale může reálnou podobu.* Oproti tomu *úzkostnost je trvalejší povahový rys, který je povahovou základnou pro pocity zvýšené nejistoty a ohrožení, a tím i pro nadměrně časté úzkostné prožitky.* Úzkostný člověk vnímá svět jako nebezpečný. Dlouhotrvající stavy úzkosti mohou působit nespočet zdravotních potíží. Tento povahový rys je spojen s kvalitou nervového systému, s jeho odolností a citlivostí (Matějček, Dytrich, 1994).

Podle Praška (2005, s.13) je úzkost *„nepříjemný emoční stav, jehož příčinu není možné přesněji definovat. Je to pocit, jako by se něco ohrožujícího mělo stát, ale postižený si neuvědomuje, co by to vlastně mělo být.“*

Podle Rycrofta (1979, s.8) je úzkost *„psychická reakce na některý dosud nerozeznatý faktor a to buď z prostředí, nebo ze svého nitra. Úzkost mohou vyvolat změny v životním prostředí nebo vytěsněné síly z nitra subjektu.“*

Holeček, Miňhová a Prunner (2007, s. 109) udávají, že *„úzkost je pocit rozrušení, napětí a nejistoty, kdy (na rozdíl od strachu) není znám zdroj těchto emocí.“*

Z těchto definic jasně vyplývá, že *oproti strachu nemá úzkost určitý podnět, jež bychom mohli označit jako příčinu.* Úzkost trvá někdy trvale a mění se pouze její intenzita a může se objevit i ve formě záchvatu. O spontánní záchvat paniky se jedná v případě, že se objeví velmi silná úzkost bez jakékoliv příčiny. Pokud existuje podnět, který úzkost vyvolává, hovoříme o fobii (Praško, 2005).

*Dlouhotrvající úzkost je nebezpečná hlavně v tom, že může narušit osobnostní integritu jedince. Déletrvající stav úzkosti má vždy vliv na kvalitu života jedince, jeho pracovní činnost, volnočasové aktivity a vztahy jedince. Negativním způsobem bývají také ovlivněny kognitivní, emocionální a somatické funkce dotyčného. Úzkost buď tlumí a potlačuje projevy, takže obranou bývá stažení se do sebe, nebo úzkost vytváří vnitřní psychické napětí a bývá spojena s neklidem. Napětí ovlivňuje funkci pozornosti a paměti a dotyčný si hůře vybavuje něco ze své paměti. Úzkostný jedinec má potíž postavit se ke konfliktu čelem a udělat jasné rozhodnutí. Obvykle se pak trápí, když už nějaké rozhodnutí udělají, jestli bylo správné. Trápí se pocity snížené sebedůvěry, cítí se bezmocní a opuštění a věří často, že okolní svět jim chce ublížit, zneužít jej, zradit, podvést, nebo ho jinak zmanipulovat. Déletrvající úzkost velmi ovlivňuje vztah člověka nejen k sobě, ale i k ostatním. Přináší citovou osamělost a pocit slabosti vnitřně prožívaného pocitu „já“. Kvůli této vnitřní slabosti se pak tento člověk vzdává své odpovědnosti a nechává jí často na ostatních v touze být opečovávaným a ochraňovaným, což je však v rozporu s tím, že cítí současně cítí nepřátelskost, nebo ambivalenci vůči okolí. Největší část energie spotřebuje dotyčný často na uklidnění. Nejčastější vzorce chování, kterými se snaží dotyčný před úzkostí chránit je citová náklonnost, podřízenost, uzavřenost a moc (Horneyová, 2007).*

*Úzkost má také významný podíl na vzniku dalších somatických onemocnění, bývá přítomna u zneužívání návykových látek a u nejrůznějších psychiatrických poruch a syndromů (Vymětal, 2007).*

Freud popisuje automatickou úzkost, jež samovolně vzniká kdykoliv je ego zaplaveno přemírou nezvládnutelných podnětů pramenících především z nezvládnutelných podnětů pudové složky Já. Automatická úzkost může být rekapitulací traumatických zážitků, jež se ožíví kdykoliv se člověk ocitá v podobné situaci. Podle Freuda je tato úzkost tak silná, že přemůže obranné zdroje osobnosti a zapříčiňuje vznik bezmoci, paniky. Ego pak tomuto stavu propadá, protože jeho repertoár reagování je ochromen (Plhánková, 2006).

## 1.2 CHARAKTERISTIKA NEUROTICKÝCH PORUCH

### 1.2.1 DEFINICE NEUROTICKÝCH PORUCH

Existuje celá řada definic co je neurotická porucha. *Různé definice od různých autorů mají však společné, že neurotické poruchy jsou funkční psychické poruchy, jež jsou velmi často podmíněny psychosociálně, mající specifické tělesné i duševní projevy. Nejsou však*

spojeny s lékařským nálezem v nervové, či orgánové soustavě. Neuróza je charakteristická změnou prožívání (Vágnerová, 2010).

Hartl a Hartlová vykládají neurotické poruchy jako „*funkční, reverzibilní onemocnění bez organického nálezu, vyvolané psychogenně se zachovaným náhledem na onemocnění*“ (Hartl a Hartlová, 2010, s.346).

Poněšický (2004) píše, že jedinec trpící neurotickou poruchou nemůže žít spontánně a svobodně, v čemž mu brání příliš mnoho úzkostí a zábran. Tito lidé podle něj zažili hodně negativních a zraňujících zážitků a mají také vrozenou sníženou schopnost se prosadit.

Horneyová se domnívá, že jako neurotické chování by se mělo označit jen takové, jež je odlišné od normálního vzorce chování v určité kultuře. *Neurózu popisuje jako duševní poruchu, jež je zapříčiněna strachy a obrannými mechanismy proti strachu* (Horneyová, 2007).

Jednotliví autoři se liší ve způsobu, jak neurotické poruchy formulují, ale společné tyto definice mají, že „*neuróza je porucha funkční, při níž nedochází k funkčním anatomickým změnám. Je reverzibilní, tzn. že není rezistentní vůči včasné a zaměřené terapii. Projevuje se poruchou adaptace člověka k vnějšímu prostředí a má řadu tělesných a duševních příznaků, které jsou subjektem nepříjemně pociťovány*“ (Miňhová, 2006, s. 73).

Malá (in Pavlovský 2002, s.68) vymezují neurotické poruchy jako „*funkční poruchy adaptace jednak vůči prostředí, jednak vůči sobě samému*.“ Hovoří dále o maladaptaci, která souvisí se stresujícími situacemi, jež se stále opakují. Hlavním rysem neurotických poruch je pocit ohrožení, který je spojen s pocitem napětí a strachu. Následkem těchto pocitů vznikají obranné mechanismy a někdy dochází i k somatizaci.

Orel (2012) udává, že společným znakem neurotických poruch je hlavně úzkost, která je často doprovázena různými tělesnými projevy kvalitativně i kvantitativně odlišnými.

Mezinárodní klasifikace duševních poruch používá pro označení neurotických poruch spojení „*neurotické poruchy*“ a Diagnostický a statistický manuál duševních poruch obsahují pouze označení „*úzkostné poruchy*“. V praxi se ještě můžeme setkat s dnes již zastaralým pojmem „*neuróza*“, který je často kritizován, avšak stále se ještě hojně používá (Vágnerová, 1999).



### 1.2.2 KLASIFIKACE A DĚLENÍ NEUROTICKÝCH PORUCH

Mezi neurotické poruchy řadíme podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10 následující poruchy:

**Fobické úzkostné poruchy** – sem spadá agorafobie, sociální fobie, specifické fobie, jiné anxiózně fobické poruchy a anxiózně fobická porucha nespecifikovaná.

**Jiné fobické poruchy** – pod ně patří panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně – depresivní porucha, jiné smíšené úzkostné poruchy, jiné specifikované úzkostné poruchy a úzkostná porucha nespecifikovaná.

**Obsedantně-kompulzivní porucha** – může mít buď podobu poruchy s převahou vtíravých myšlenek nebo s ruminacemi, nebo poruchy s převahou nutkavého jednání, dále poruchy se smíšenými obsedantními myšlenkami a jednáním a obsedantně-kompulzivní poruchy nespecifikované.

**Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení** – do této skupiny patří akutní stresová reakce, posttraumatická stresová porucha, poruchy přizpůsobení, jiné reakce na závažný stres a reakce na závažný stres nespecifikovaná.

**Disociativní (konverzní) poruchy** – sem spadá disociativní amnézie, disociativní fuga, disociativní stupor, trans a stavy posedlosti, disociativní poruchy motoriky, disociativní křeče, disociativní porucha citlivosti a sensorické poruchy, smíšené disociativní poruchy, jiné disociativní poruchy a disociativní porucha nespecifikovaná.

**Somatoformní poruchy** – zahrnuje diagózy jako somatizační porucha, nediferencovaná somatizační porucha, hypochondrická porucha, somatoformní vegetativní dysfunkce, přetrvávající somatoformní bolestivá porucha, jiné somatoformní poruchy a somatoformní porucha nespecifikovaná.

**Jiné neurotické poruchy** – do této skupiny poruch patří neurastenie, depersonalizační a derealizační syndrom, jiné specifikované neurotické poruchy a neurotická porucha nespecifikovaná (MKN-10, 2009, s. 114).

Pro potřeby této práce bude kladen největší důraz na úzkostné poruchy a projevy, které bývají u neuroticismu zastoupeny v největší míře.

#### **Úzkostně fobická neurotická porucha**

Slovem fobie označujeme ničím nezdůvodnitelné obavy, které jsou iracionální a nemající svůj předmět. Lidé postižení fobií mají strach v situacích, jež ostatní lidé jako

nebezpečné nepocítují, jsou si vědomi neopodstatněním svého strachu, ale je pro ně těžké si pomoci a reagovat jinak (Miňhová, 2018).

Podle Orla si dotyčný uvědomuje, že jeho strach je situaci velmi nepřiměřený, ale ten jej zcela zaplaví. Jedinec není tomuto strachu schopen čelit, nebo jej racionálně zvládnout (Orel, 2012).

Pro neurotickou úzkost je charakteristické, že je velmi přehnaná vzhledem k podnětu, který úzkost vyvolal, dále vysoká intenzita této úzkosti, jež se objevuje v situacích běžně zvládnutelných u většiny lidí bez větších potíží a přetrvává i přesto, že je podnět vyvolávající úzkost odstraněn. Bývá doprovázena maladaptivním chováním a omezuje zvládnutí nebezpečné situace. Tuto úzkost jedinec zvládá většinou tím, že se situaci a podnětům, jež tuto úzkost vyvolávají, vyhýbá (Zvolský, 1997).

### *Agorafobie*

Je nečastější fobií a toto slovo je řeckého původu znamenající „strach z tržiště“. Termín agorafobie se užívá nejen ve smyslu úzkosti z otevřených prostranství, ale také pro navzájem se prolínající fobie, jež zahrnují strach z opuštění domova, strach z chůze po ulici bez doprovodu, obavy z cestování prostředky hromadné dopravy, z návštěvy veřejných prostorů a strachu z uzavřených prostor. Dále rozlišujeme ještě agorafobii s panickou poruchou, když intenzita úzkosti dosáhne paniky (Zvolský, 1997). Tato porucha zahrnuje i klaustrofobii, což je termín pro označení strachu z uzavřených prostor.

### *Sociální fobie*

Lidé trpící sociální fobií prožívají zvýšenou úzkost v sociálních situacích a obávají se toho, že se ztrapní. Je pro ně těžké ukrývat projevy úzkosti jako třes rukou, chvění hlasu, nebo červenání. Bývají to často lidé málo sebevědomí, kteří mají silný strach z kritiky ostatních. Také sociální fobie může dle intenzity úzkosti dospět až do panických atak a v neustálé vyhýbání se situacím, jež vyvolávají v jedinci takovéto úzkosti může vést až k úplné sociální izolaci (Zvolský, 1997). Dalšími projevy úzkosti mohou být i obtíže při pohledu z očí do očí, nauzea, nebo nutkavá potřeba močit.

*Specifické fobie* se týkají specifických situací, např. strachu z pavouků, hadů, z výšek, létání, návštěvy zubaře, strachu z odběru krve, nebo ze zranění a přítomnost tohoto objektu, nebo situace může spustit silnou úzkost, která může vygradovat až v paniku. Těmto fobiím vyvolávajícím situacím se jedinec snaží vyhýbat (Zvolský, 1997).

Specifické fobie mohou mít nespočet forem a objektem nepřiměřeného strachu může být téměř cokoli. Příkladem může být aichmofobie (patologický strach z ostrých předmětů, bacilofobie (patologický strach z bacilů), gynofobie (patologický strach z žen), hypnofobie (patologický strach ze spánku a usnutí) a jiné (Orel, 2012).

### **Jiné fobické poruchy**

Tato skupina zahrnuje poruchy, u nichž je úzkost jako hlavní příznak, avšak neváží se k žádné specifické situaci, která by úzkost spustila.

*Patří sem panická porucha (epizodická paroxysmální úzkost),* jež se vyznačuje náhle vznikajícím a nepředvídatelným záchvatem paniky, jež není vázaná na žádnou situaci. Společným rysem těchto panik je jejich náhlý začátek, bušení srdce, bolesti na hrudi, pocity dušnosti, pocity derealizace, závratě, strach ze smrti, nebo ze ztráty sebekontroly. Tento záchvat vždy budí strach z toho, že se záchvat bude opakovat (Zvolský, 1997).

U této poruchy se objevují i sekundární příznaky jako nadměrné obavy z neštěstí, mdlob, zešílení, infarktu a ze smrti (Orel, 2012).

### *Generalizovaná úzkostná porucha*

Má v této skupině poruch nejčtenější zastoupení. Příznaky této poruchy nejsou moc specifické a prolínají se úzce s jinými úzkostnými poruchami. Hlavním znakem bývá generalizovaná trvalá úzkost, která se neváže na žádnou situaci, nebo podnět. Tito jedinci mají obavy z hrozícího neštěstí, jsou proto v neustálém napětí, neklidní a neschopni uvolnění. Mají sníženou schopnost rozhodování a když už se rozhodnou, tak je zužují pochybnosti o tom, zda jejich rozhodnutí bylo správné. Mezi příznaky, jež se mohou objevit patří zvýšená potivost, zrychlený tlukot srdce, žaludeční nevolnosti, závratě a pocit suchosti v ústech (Zvolský, 1997).

Tyto příznaky narušují životní spokojenost dotyčného, výrazně komplikují jeho pracovní, rodinný i osobní život. Kvalita spánku, odpočinku i možnost relaxace je často také významně narušena.

*Směšaná úzkostně depresivní porucha* se vyznačuje symptomy úzkosti i deprese, přičemž nepřevládá ani jeden z těchto příznaků.

### **Obsedantně kompulzivní neurotické poruchy**

Je nejhůře léčitelná a jedince s touto poruchou trápí časté obsedantní myšlenky nebo nutkavé chování- kompulze. *„Obsese jsou myšlenky, představy, či impulsy, které se*

*opakovaně vtírají do mysli jedince. Vyvolávají úzkost, jsou vnímány jako nesmyslné a obtěžující. Pacienti si je uvědomují jako iracionální, ale nedají se potlačit vůlí“. „Kompulze jsou opakující se úkony zdánlivě účelového jednání, které je prováděno podle určitých pravidel nebo stereotypním způsobem“ (Zvolský, 1997, s.110).*

Obsesivní myšlenky mohou vyplývat ze strachu ze znečištění, nákazy, kontaminace, preciznosti, symetrie, obav ze zanedbání, nebezpečí, ale i náboženských, sexuálních, či filozofických témat. Tyto myšlenky jsou dotyčným na obtíž a zatěžují jeho vlastní myšlení (Orel, 2012).

Pro takto postiženého je nemožné tyto myšlenky potlačit, nebo odporovat kompulzi. Když se pokusí kompulzivní jednání potříit, vede to k silnému napětí a úzkosti. Když však toto jednání realizují, tak se napětí a úzkost sníží, proto tomuto nutkání z velké většiny podléhají (Zvolský, 1997).

Obsese i kompulze mohou být proměnlivé co se týče obsahu i formy a často se nabalují až do takových podob, že znemožňují dotyčným běžně fungovat, když například kvůli provádění rituálu nestihne přijít včas do zaměstnání, nebo zmešká či raději zruší jinou aktivitu.

#### *Poruchy s převahou obsedantních myšlenek nebo ruminací*

Vtíravé myšlenky, jež trápí pacienta s touto poruchou mohou mít podobu život ohrožujících, nebo nepříjemných představ nebo nucení vykonat nějaký čin. Nejvíce se týkají násilí, autodestrukce, nebo ublížení ostatním, obav z nakažení chorobou, nebo pochybností, zda byl úkol zdárně dokončen. Žena se například nemůže zbavit vtíravých myšlenek, že bodne své dítě nožem a je trýzněna strachem pokaždé, když musí nůž použít.

Stále dokola se opakující neproduktivní myšlenky bývají označovány jako ruminace a mohou vést k provádění určitých činů, rituálů. Přerušování způsobuje u úzkost, takže mu člověk většinou podléhá (Zvolský, 1997).

#### *Porucha s převahou nutkavého jednání (kompulzní porucha)*

U této poruchy se nutkavé jednání týká očisty a kontrolování, zda bylo zabráněno potenciálně ohrožující situaci. Toto chování souvisí nejčastěji s dodržováním čistoty, se znečištěním a možností nakažení. Takto postižený člověk může mít např. strach, že se nakazí při běžném kontaktu třeba podáním ruky, což může vést k přemíře hygieny až

k nošení rukavic. Jiní pacienti opakovaně kontrolují zda zamkli při odchodu z domu, zda vypli plyn, nebo zda nenechali svítit světlo a vše několikrát po sobě kontrolují, což může způsobit až neschopnost dům opustit. Mezi nejčastější kompulze patří několikanásobné mytí rukou, počítání, kontrolování a dotýkání se. Pokud se nutkavému chování snaží jedinec odporovat, začne pociťovat úzkost, takže mu většinou podlehne (Zvolský, 1997).

#### *Poruchy smíšené s obsedantními myšlenkami i chováním*

Tato porucha je diagnostikována, pokud je obsedantní myšlení zastoupeno ve stejné míře jako nutkavé jednání (Zvolský, 1997).

#### **Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení**

Tuto skupinu lze diagnostikovat nejen podle příznaků a průběhu onemocnění, ale jsou zde známé i některé příčinné vlivy, čímž může být velmi stresující životní zážitek, jež byl spouštěčem akutní stresové reakce, nebo významná životní změna, jíž se nezvládl jedinec přizpůsobit. U této skupiny poruch se předpokládá, že vznikají vždy v důsledku akutního a těžkého stresu, nebo přetrvávajícího traumatu. Lze je vysvětlit jako maladaptivní reakce na těžký stres, který snižuje schopnost vyrovnání se s ním a v konečném důsledku mají negativní dopad na sociální fungování jedince (Zvolský, 1997).

U této poruchy dochází ke změně somatických i psychických funkcí a chování a prožívání dotyčného je též pozmeněno (Orel, 2012).

#### *Akutní stresová reakce*

Tato porucha vzniká jako bezprostřední reakce na fyzický, nebo psychický stres, trvající obvykle jen několik dní (2-3) nebo pár hodin.. Má pouze přechodné trvání, jedná se však o závažnou poruchu. Spouštěčem této poruchy je vždy zdrcující traumatický zážitek, který velmi vážným způsobem ohrozil bezpečnost, nebo integritu jedince nebo osob, které mu jsou blízké. Může být také způsoben ohrožující změnou v sociálním postavení nebo vztazích jedince například při úmrtí někoho blízkého. Individuální schopnost zvládat stres ovlivňuje to, jestli se nakonec u jedince tato porucha vyvine. Projevy jako ustrnutí, stav dezorientace, zúžené vědomí a pozornost a neschopnost chápat podněty je velmi variabilní a u každého jedince se projeví v různé intenzitě. Celé období trvání této reakce si jedinec nemusí pamatovat (Zvolský, 1997).

Vnímavost vůči stresujícím situacím a následná reaktivita je velmi individuální a závisí hodně na zranitelnosti a schopnosti adaptability jedince. Akutní stresová reakce propukne jen u některých jedinců při působení stejného podnětu (Orel, 2012).

#### *Posttraumatická stresová porucha*

Tato porucha vzniká následkem velmi traumatizující stresové události, jež přesahuje obvykle běžnou lidskou zkušenost. Může jít znásilnění, zážitky z války, mučení, nebo zážitek z nějaké přírodní katastrofy. Mezi hlavní příznaky patří pocit odcizení od lidí, odtržení se od nich, dále pocit nezájmu a otupělosti, opakování a znovuprožívání traumatu ve snu, zvýšená ostražitost a úzkost, poruchy spánku a lekavost, je narušená i schopnost soustředění a koncentrace pozornosti (Zvolský, 1997).

Při této poruše je prožité trauma znovuprožíváno v podobě živých vzpomínek, snů a nočních můr a dotýčný se podnětům, které by vedly k oživení traumatu vyhýbá. Tyto příznaky bývají doprovázeny depresemi dotyčného často se suicidálním pokusem (Orel, 2012). Tato porucha může být faktorem dalšího rozvoje osobnosti, který může být pod jejím vlivem negativně ovlivněn.

#### *Poruchy přizpůsobení*

Vznik těchto poruch se váže na nějakou důležitou životní změnu, nebo jako reakce na stresovou životní situaci. Patří sem i vznik nebo přítomnost nemoci, s níž se není jedinec schopný vypořádat. U jedinců se můžeme setkat s těmito příznaky : depresivní náladou, úzkostí, obavami a poruchami spánku. Jedinec má obvykle pocit, že se nezvládne se situací vypořádat. Hodně zde záleží na faktorech osobnosti každého jedince více než u jiných poruch týkajících se této skupiny. Tato porucha se začíná obvykle projevovat během 4 týdnů od vzniku stresové události a do 6 měsíců nejdéle často odeznívá. Mezi jiné reakce na závažný stres zahrnujeme krátkodobou a protrahovanou depresivní reakci, smíšenou úzkostnou a depresivní reakci, poruchu přizpůsobení s převládající poruchou jiných emocí a poruchu přizpůsobení s převládající poruchou chování. Dále sem spadají další nespecifikované reakce na závažný stres (Zvolský, 1997).

I u této poruchy hraje velkou roli schopnost adaptability se jedince, neboť životní změny jako narození dítěte, dokončení studia, či stresující situace úspěšně zvládá mnoho lidí bez potíží (Orel, 2012).

#### **Disociativní neurotická porucha**

Vznikají když k vyrovnání jedince se situací musí tento jedinec tuto situaci vytěsnit alespoň dočasně z vědomí, aby se mohl s touto situací vyrovnat. Příznakem je amnézie a vznik tzv. konverze, při níž je souhrn všech pocitů, myšlenek a přání nahrazen velmi často nějakým snížením motorických, nebo sensorických funkcí. Pomocí mechanismů disociace a konverze získává jedinec určité výhody, jako je nahrazení vnitřního konfliktu pomocí symptomu, jež vnitřní konflikt nahradí. Příkladem může být oněmění v případě potlačení slovní agrese a sekundárními výhodami takto nahrazeného vnitřního konfliktu může být snadná manipulace s okolím, když se pak u jedince rozvinou příznaky některé choroby (Zvolský, 1997).

Tyto poruchy nebývají tak časté a jejich společnými znaky jsou dezintegrace psychických, nebo tělesných funkcí (Orel, 2012).

„*Jde o důsledek specifického působení traumat a konfliktů, či neuspokojených potřeb, které byly vytěsněny a staly se nevědomými. V takovém stavu už nejsou ovlivnitelné vůlí* (Vágnerová, 2002, s.211)“.

Mezi nejčastěji diagnostikované poruchy z této skupiny patří *disociativní amnézie*, charakteristická ztrátou paměti následkem velkého psychického stresu při překonávání velmi silné zátěžové životní situace. Dále sem patří *disociativní fuga*, při níž jedinec utíká záměrně z domova a po odeznění fugy si jedinec nemusí nic pamatovat. V tomto stavu může jedinec přijímat zcela novou identitu (Orel, 2012).

Dále sem zahrnujeme *disociativní poruchy motoriky a citlivosti*, které zahrnují mutismus, neschopnost pohybu, slepotu, nebo necitlivost. Tato porucha může vyústit až v záchvat mající charakter tzv. „*velkého hysterického záchvatu*“ s podobnými příznaky jako epileptický záchvat, ale bez toho, že by se jedinec pokoušel, pomočil, nebo poranil. Tento záchvat vyžaduje pozornost ostatních, kteří když nejsou, záchvat odeznívá rychle. (Miňhová, 1999, s. 84).

### **Somatomorfní neurotické poruchy**

Tyto poruchy zahrnují stavy, při nichž jedinec vykazuje různé somatické a vegetativní poruchy, u nichž se neprokáže porucha organické soustavy. Takto postižený jedinec se domáhá léčby a opakovaně si stěžuje na určité somatické potíže. Tímto způsobem

vzniká například neurocirkulační astenie, psychogenní kašel, neuróza žaludku, psychogenní zácpa, nebo průjem a další (Miňhová, 1999).

Somatomorfnní poruchy jsou dnes dost časté a většinou se objevují u lidí s výraznější potřebou závislosti. Porucha může mít hypochondrickou podobu, když si dotyčný dělá nadměrné starosti o své zdraví (Vágnerová, 2002).

#### *Somatizační porucha*

*„Somatizační porucha se vyznačuje mnohočetnými, pestrými a měnícími se tělesnými příznaky, přičemž se neprokáže žádný laboratorní, nebo somatický nález. Jedinci s touto poruchou se většinou nadmíru zabývají sami sebou, mohou být manipulativní a mají tendence stát se závislými“ (Orel, 2012, s.150).*

Nediferencovaná somatizační porucha mívá podobné příznaky jako somatizační, ale její průběh a projevy bývají mírnější (Orel, 2012).

#### *Hypochondrická porucha*

Projevuje se zvýšenou starostlivostí o vlastní zdraví a obavami ze závažných nemocí, které trvají nejméně šest měsíců. Takto postižení lidé nadmíru pozorují činnost a fungování svého těla a chybně je pak vyhodnotí jako projevy závažné nemoci. Mohou se objevit i úzkostně a depresivní příznaky a opakovaná starostlivost o své zdraví může narušit normální fungování jedince (Orel, 2012).

#### *Somatomorfnní vegetativní dysfunkce*

Při této poruše napodobují příznaky onemocnění orgánu, nebo celé soustavy. Z objektivních příznaků může jedinec trpět palpitacemi, třesem, pocením, nebo červenáním a subjektivně může trpět pálením, bolestmi, svíráním, nadýmáním a podobnými (Orel, 2012).



### *Přetrvávající somatomorfni bolestivá porucha*

Její příznakem je silná, skličující a nepřetržitě obtěžující bolest trvající nejméně šest měsíců a narušující jedincovo běžné fungování. Tato bolest nemá vysvětlení a souvisí s psychosociálními faktory (Orel, 2012).

### **Jiné neurotické poruchy**

Zahrnují první typ *neurastenie*, který je charakteristický zvýšenou únavou v důsledku velkého duševního vypětí, která je spojena s omezenou schopností soustředění a nižším výkonem během pracovní činnosti. U druhého typu *neurastenie* převládá pocit tělesné slabosti a vyčerpání i při malé tělesné námaze doprovázený svalovými bolestmi a neschopností uvolnění. U obou těchto typů se mohou objevit závratě, bolesti hlavy následkem velkého napětí, zaplavující nejistota, poruchy spánku a zvýšená podrážděnost (Zvolský, 1997).

Duševní napětí příznačné pro *neurastenie* může mít za následek dělání chyb v práci, nepozornost protože se dotyčný brzy unaví, celkovou slabost po stránce duševní i fyzické. Dotyčný si plně tento stav uvědomuje, ale neumí jej nějak ovlivnit, což někdy vede ještě k větší podrážděnosti.

Ve spojitosti s dlouhodobou únavou přesahující déle než 6 měsíců se můžeme setkat s označením *chronický únavový syndrom*. Kromě přetrvávající únavnosti se objevují i bolesti hlavy, svalů a lymfatických uzlin. Vyšetření však neprokazují žádnou biologickou souvislost (Orel, 2012).

Pro *depersonalizační a derealizační syndrom* je typická změna ve vnímání, nebo prožívání sama sebe u postiženého jedince, které se mu zdá velmi vzdálené, snové a automatické. Stejně tak prožívá tento jedinec i vztah k okolnímu světu a oba tyto symptomy se obvykle objevují společně.

Mezi jiné specifikované neurotické poruchy zahrnujeme *smíšené poruchy*, jejichž výskyt se váže jen na určitou kulturu (Zvolský, 1997).

### **1.2.3 ETIOLOGIE NEUROTICKÝCH PORUCH**

#### **Historické názory**

Podle *Vymětala* (2010) jsou příčiny neuróz dány současným nastavením prostředí a společnosti, v níž žijeme. Dříve byly totiž ve společnosti daná jasná pravidla toho jak žít a těmito pravidly se lidé řídily a ctily je. Svět byl mnohem jednodušší a každý člověk měl ve

svém životě své místo, přičemž dobře věděl jakou roli v něm hraje on sám. Bylo daleko jasnější, jaký způsob chování je přijatelný a správný a co tak již chápáno není. Člověk dříve nečelil tak snadno vnitřnímu nebo vnějšímu konfliktu a nejistotě jako je tomu v dnešním světě. Mezi lidmi dříve panovala větší soudržnost a blízkost a i tady byli lidé, které mohl člověk požádat o radu v případě těžkostí. V minulém století začala naše společnost vlivem rozvíjející se vědy a touhy po moci velmi rychle ve všech oblastech měnit a na jedince se pak nestíhá tak rychlým změnám adekvátně přizpůsobit a často jim ani nerozumí. K pocitu životní stability a porozumění je důležité, aby byl vztah mezi životní stálostí a proměnlivostí vyrovnaný. Podle Vymětala má dopad na vznik neurotických poruch také to, že v dnešní společnosti není již tak ctěný řád, ani rodina, potýkáme se i s nedostatkem přirozených autorit a oslabením některých společenských hodnot. Lidé se navzájem i sami sobě vzdalují na úkor jakési užitečnosti a účelovosti.

*Freud* ve svých dílech popisuje složky id, ego a superego jako smyslový orgán duševního aparátu a konflikt vznikající mezi těmito třemi složkami osobnosti vidí jako příčinu neuróz. Id koresponduje s oblastí nevědomí a je oblastí obsahující primitivní pudy, která určují naše jednání, aniž bychom si to uvědomovali. Obsahem nevědomí se mohou stát zážitky, pocity a přání prožívané s pocitem studu a viny, ohrožující a společensky nepřijatelné, které v důsledku toho byly potlačeny do nevědomí. Obsahy nevědomí není snadné si vybavit, neboť cenzura potlačuje pocity nenávisti vůči rodičům a sourozencům. Tyto potlačené obsahy se však snaží proniknout znovu do vědomí a poněkud přetvořené mohou proklouznout do snu, chybně provedeného výkonu, nebo do neurotického symptomu.

Vlivem reálného světa se se vyvíjí ego z části id, které se snaží najít rovnováhu mezi id, superegem a okolním světem. Při neurotických konfliktech zajišťuje ego obranu osobnosti. Funkcí superega jsou podle Freuda svědomí, sebepozorování a tvorba ideálu a obecně i dnes platí Freudův názor, že mezi normalitou a neurózou je plynulý přechod.

Při diagnostice neurotické poruchy je podle Freuda nejdůležitější otázka, zda je dotyčný schopen žít, pracovat a navazovat vztahy bez velkého množství konfliktů a s dostatečným pocitem uspokojení. Dále je rozhodující, zda je schopen milovat a pracovat bez neurotických příznaků. Duševní zdraví vypovídá podle Freuda o síle ega, přičemž zdravé ego dokáže bez větších potíží vzájemně sladit požadavky id, superega a reality (Kern, 1999).

Odlisný názor na vznik neuróz zastával *C.G. Jung*, který diferencoval složky nevědomí na osobní a kolektivní nevědomí. Osobní nevědomí, podobně jako u Freuda,

obsahuje naše potlačená přání z dětství a pudové impulzy, kolektivní nevzniká osobní zkušeností. Lze ho pojmout jako zděděnou zkušenost historie lidstva, shromaždiště v němž jsou uchovány základní lidské zkušenosti ve formě obrazů, které Jung označuje jako archetypy. Tato rozdvojenost může podle Junga zapříčínovat rozvoj neurotických symptomů (Kern, 1999).

*Adler* pokládal za vznik příčiny neuróz reálnou společenskou situaci přetíženého člověka. Malé děti prožívají podle něj dlouhé období závislosti a podřízenosti vůči rodičům a následkem této bezmocnosti vznikají v dítěti pocity méněcennosti a nedostatečnosti. Vzniklý pocit méněcennosti je pak kompenzován touhou po moci a jistotě. Poukázal již tehdy na vliv rodinné dynamiky na vývoj jedince a postavení dítěte mezi sourozenci (Kern, 1999).

Podle *Horneyové* nelze přesně rozlišit normální a neurotické a tyto rozdíly jsou velmi závislé na době a kultuře. Neuróza vzniká podle ní z úzkosti plynoucí z nedostatku lásky, zázemí a uznání v dětství. Dítě, které strádalo v dětství, později kolísá mezi touhou se druhým přiblížit, vzdálit se od nich, nebo jít proti nim. Tyto sklony pak mohou formovat neurotické postoje jako přílišná podrobnost, odvrácení se od druhých, násilí a usilování o získání moci nad sourozenci (Kern, 1999). Je-li většina lidského chování naučená, je možné jej změnit. Neurotické reakce se liší od běžných vzorců chování v určité kultuře a době. Tyto reakce jsou rigidní a nutkavé, ve velké míře se generalizují a je třeba je rozpoznat, pochopit a změnit (Kratochvíl, 2006).

Podle *Fromma* je neuróza ztroskotání na cestě individuace, které jedinci brání strach ze svobody. Cílem individuace je podle Fromma člověk schopen lásky, který akceptuje sám sebe i ostatní, je připraven učit se a dále se rozvíjet (Kern, 1999).

Podle *Mjasisčeva* vznikají neurotické poruchy tehdy, když člověk prožije traumatické zážitky a přitom není na základě svých osobnostních vlastností schopen vyřešit konflikty z nich vyplývající. Prožitky vedou k poruše má-li jedinec určité osobnostní rysy jako např. agresivita, pedanterie, přecitlivělost, nebo může mít člověk nerozvinuté určité schopnosti které by mu pomohly situaci vyřešit, nebo když jsou na jedince kladeny příliš velké nároky, nebo když okolnosti nedovolují konflikt vyřešit. Někdy se stává, že jedincům schází určité schopnosti, které by jim pomohly najít nové způsoby, jak určitou potřebu, nebo přání uspokojit (Kratochvíl, 2006).

*Reich* dával do souvislosti neurotické chování a sexuální poruchy vzniklé v důsledku příliš autoritativní výchovy. Duševní problémy se podle něj mohou projevat i tělesně za vzniku velkého svalového napětí a určitého charakterového krunýře. V terapii kladl důraz na neverbální, tělesné reakce klientů a na uvolnění psychického napětí pomocí tělesných cvičení (Kern, 1999).

### **Současné názory**

Podle *Orla* jsou příčiny vzniku neuróz velmi pestré a mnohdy zůstávají neobjasněné. Někdy má na vznik neurózy vrozená dispozice, jindy zátěžové situace, výchovné působení, učení a imitace, proto hovoříme o multifaktoriální etiopatogenezi, která vychází z celého biopsychosociálního spektra. Z biologického hlediska mohou být strach a úzkost doprovodem neurologických a hormonálních poruch, systémových onemocnění, intoxikací a podobně. Z hlediska psychosociálního jsou úzkost a strach dávány do spojitosti se stresem, frustrací a zátěží, konflikty, potlačenými přáními, nebo emocemi. Úzkost může být také naučená, jako například fobie, která je v rámci teorie učení pokládána za naučenou. Z vývojového hlediska může být fobie pozůstatkem původně účelné reakce. Například strach z hadů, ohně, hluboké vody (Orel, 2012).

Podle *Vágnerové* jsou reakce jedince na vnější podněty individuální a jsou dány genetickými předpoklady a také zkušeností jedince, proto faktory pro vznik neurotických poruch rozděluje do dvou základních skupin a to do vrozených dispozic a vnějších psychosociálních vlivů. Mezi vrozené dispozice zahrnuje dědičnost, především znaky temperamentu, stabilitu psychických reakcí i funkcí vegetativního systému a individuální způsoby afektivního prožívání. Udává, že jedním z rizikových faktorů může být v dětství funkční nezralost CNS. Dispozici k neurotickému reagování pak signalizují vlastnosti jedince jako převládající pocit nejistoty, snížená tolerance k zátěži, dráždivost a labilita a další. Mezi vlivy vnějšího prostředí řadí především zátěžové situace, k nimž zaujímá dotyčný postoj vyjadřující neschopnost přijatelné adaptace na okolní prostředí i v běžných podmínkách. To jak dotyčný na situaci reaguje závisí na prvotním zhodnocení situace zdali je nepříznivá a ohrožující a na tom, jak ji zpracuje po rozumové stránce, přičemž při obtížně zvládnutelné situaci může převažovat emoční způsob hodnocení, jehož výsledkem bývají právě nepřiměřené reakce a způsoby chování v určité situaci (Vágnerová, 1999).

Podle *Kratochvíla* může být terénem pro vznik neurotických potíží celkové oslabení organismu a jako hlavní příčinu neuróz uvádí zážitky duševního rázu, které dotyčný

nedokáže již zvládnout. Častými příčinami bývají déletrvající konfliktové situace, jako je život v napětí, nejistotě, hádkách, nevyřešených problémech, narušených mezilidských vztazích. Konflikty jsou buď zjevné a mohou mít například podobu hádky, nebo vnitřní odehrávající se v hlavě člověka, jako je nemožnost uspokojit přání jež jsou protikladná, nebo mohou vznikat bojem různých vnitřních motivů, sporem s vlastním svědomím a podobně. Takový člověk se pak navenek může tvářit mile, nehodlá-li projevit své pocity lítosti, ale uvnitř může pociťovat hlubokou bezmoc a žal, přičemž neventilované napětí se může dále somatizovat. Příčiny neuróz často nevyplývají ze současných potíží, ale sahají hluboko do minulosti a současná situace je jen opakováním toho, co se již v minulosti v nějaké formě událo. Člověk pak často opakuje stereotypně svoji neúspěšnou roli a tím je opakovaně traumatizován (Kratochvíl, 2006).

Názor Kratochvíla umocňují i němečtí autoři, podle kterých vzniká neurotický vývoj již v dětství a sekundární vývoj vzniká z pozdějších zážitků. Ukazují také na to, že když není nějaký závažný zážitek přiměřeně zpracován, tak se potom přenáší do dalších situací a dotyčný si pak nabíhá na další traumatizující situace, které se opakují (Kratochvíl, 2006).

Kratochvíl také hovoří o sekundárním zisku z nemoci, když má onemocnění pro dotyčného jedince nějaké výhody, jakými je například získávání péče a pozornosti druhých, což může být dotyčnému velice příjemné. Chce-li se pak dotyčný svých potíží opravdu zbavit, musí se naučit uspokojit své potřeby jinými způsoby, než takto (Kratochvíl, 2006).

Říčan hovoří o nebezpečí neurotizace, jeli dítě jediným smyslem života rodičů, což posiluje tendenci k sebestřednosti a sobectví, nebo k úzkostné sebejistotě, potlačování sebe sama a ke sníženému sebevědomí. Dítěti pak postrádá potřebnou motivaci k vlastní aktivitě a iniciativu k objevování a uskutečňování vlastních cílů. Přehnaně ochranné prostředí a přehnaně citově laděné domácí prostředí, příliš rodičovské opatrnosti, nejistoty, spolu s nadnesenými očekáváními vedou k vyčerpávání sil a sebedůvěry dítěte. Takové děti mají pak problém se osamostatnit, nacházejí v sobě nejistotu a nedostatky a často se u těchto dětí vyskytují neurotické projevy jako je strach z cizích lidí, zakoktávání se, tiky, okusování nehtů a jiné, které mohou být základem vzniku neurotické poruchy v dospělosti (Říčan, 2010).

#### 1.2.4 TERAPIE NEUROTICKÝCH PORUCH

„Zaměříme-li se v terapii na pacientovy aktuální problémy, zjišťujeme, že neuroza je neúspěšným pokusem řešit současné problémy pomocí vzorců chování, které zklamaly při jejich řešení v minulosti“ (Kratochvíl, 2006, s. 46).

Léčbu neuróz většinou vedou praktičtí lékaři, kliničtí psychologové psychiatři a usiluje se zejména o to, aby dotyčný našel souvislosti, které potíže a nadměrné vyčerpání způsobují a vypořádal se s nimi. V léčbě se využívají psychoterapeutické metody a postupy, jejichž cílem je navozování změn v osobnosti, v jejím chování a životním stylu na základě pravdivějšího sebepoznání, obvykle spojeného s emocionální korektivní zkušeností.

*Psychoanalytická terapie* vidí podklad pro vznik neurotických projevů zejména minulost pacienta a význam jeho raného dětství do věku 5 let. Důraz je kladen na vliv biologických faktorů (zejména sexuálních pudů a koncepci infantilního vývoje libida) a interpersonální vztahy jako možného základu vzniku bazální úzkosti. Cílem terapie je odhalit podstaty konfliktů a přivést pacienta k náhledu na nevědomý motiv. Využívá k tomu různých metod, patří mezi ně technika *volných asociací*, při níž terapeut klient nechává během terapie své myšlenky volně plynout a říká nahlas vše co ho napadne a neusiluje o to, aby své sdělení nějak uspořádal. Klient by se též neměl vyhýbat citovým hnutím, jež se mohou objevit. Klient tak sděluje všechny myšlenky, přesto že si to nepřeje a měl by být k terapeutovi ve svých sděleních poctivý. Klient se musí spokojit s tím, že důvody tohoto požadavku se dozví až později. Při *interpretaci a analýze odporu* doplňuje terapeut chybějící souvislosti během volných asociací, které se týkají nevědomých procesů a snahou je dostat je do klientova vědomí. Přenos je zvláštním, afektivně zbarveným vztahem pacienta k terapeutovi, který vzniká v souvislosti s tím, jak klient vypráví terapeutovi vše ze svého života a vzniká určitý vztah, který zahrnuje přání i obavy, důvěru i pochyby. Původní neuroza se pak přemění v přenosovou neurozu, kdy se klient nechce uzdravit, aby se nemusel vzdát vztahu k terapeutovi. Důležité je tento vztah též analyzovat a interpretovat a zbavit se tím přenosu. Vedle přenosu vzniká během terapie i *protipřenos*, při kterém i terapeut promítá do pacienta své vlastní problémy a potlačená přání. Technika *interpretace snů* je složitá, jelikož bývají často determinovány traumatickými zážitky, vzpomínkami z dětství, nebo aktuální situací.

V *dynamické psychoterapii* jde o hledání souvislostí mezi současnými postoji, prožíváním a chováním a zážitky z dětství, které klienta formovaly a mají souvislost

s aktuálními problémy klienta. Cílem terapie je dosažení náhledu, znovuprožití události a vyzkoušení nového chování plynoucího z opraveného postoje a dosažení adaptace.

*Interpersonální psychoterapie* vede klienta k objevení a pochopení souvislostí jak se klient sám podílí svými postoji na problémových, konfliktních situacích svými reakcemi a způsobem prožívání a jakou reakci okolí sám vyvolává. Získané poznání označujeme jako interpersonální náhled. Terapeut má určit nevhodné chování klienta a pomoci mu najít pro něj odlišný způsob přizpůsobivějšího chování a prožívání. Využití *korektivní emoční zkušenosti* je velmi žádoucí při terapii neurotických poruch, neboť klient potřebuje i emočně prožít, že věci mohou být jinak, než on na základě svých generalizací předpokládá. Patologické vzorce chování a prožívání jsou silně upevněny a klient potřebuje i silný emoční zážitek k tomu, aby mohla nastat v prožívání nějaká změna. Změna se děje, když klient prožije navzdory svému negativnímu očekávání určitou situaci jinak, což může vést k určitému zlomu v jeho postoji a v dalším chování (Kratochvíl, 2006).

*Kognitivní terapie* vychází z toho, že za emoční poruchy odpovídá hlavně nesprávné myšlení a využívá postupy vedoucí k borcení některých iracionálních přesvědčení a názorů, převzetí zodpovědnosti za své problémy i za svá rozhodnutí a změně v životních postojích. Osobnost je utvářena na základě struktur a schémat, jež se skládají ze základních přesvědčení, jež se tvoří velmi brzy na bázi vlastních zkušeností a identifikací s významnými osobnostmi. Tato schémata jsou adaptivní, či dysfunkční. Terapeut pomáhá klientovi tato dysfunkční schémata zahrnující myšlení, cítění, motivaci a chování rozpoznat a překonat (Kratochvíl, 2006).

*Behaviorální terapie* pohlíží na neurotické reakce a způsob prožívání a chování jako podmíněně naučené a terapie spočívá v recipročním útlumu strachu současným vyvoláním jiných reakcí, které jsou se strachem neslučitelné. Metoda *systematické desenzibilizace* využívá svalové relaxace při léčbě fobií. Vzniká spojováním zústkostňujících podnětů se stavem, který je s úzkostnou odezvou neslučitelný, například s relaxací, nebo s humorem. Klient tak vnímá situaci postupně jinak, což navodí nový způsob prožívání obávané situace. Dále se v behaviorální terapii využívá technika expozice reálné situaci, která může mít buď formu nácviku, nebo plného zaplavení, při níž má klient vydržet v subjektivně nepříjemné situaci tak dlouho, dokud se strach nezačne mizet (Kratochvíl, 2006). Součástí behaviorální terapie jsou nácvikové postupy využívající protipodmiňování, relaxaci a další postupy podle potíží klienta, například nácvik sebezprosažení apod.

*Kognitivně behaviorální terapie* je vlastně spojením dvou předchozích přístupů. Má edukační charakter a pomáhá klientovi, aby si uvědomil svůj způsob zkresleného myšlení a dysfunkčního jednání. Očekává se aktivní spoluúčast klienta, který dostává systematickým způsobem behaviorální úkoly, které mají zprostředkovat klientovi novou zkušenost. Funguje zde princip vzájemné spolupráce a požaduje klientovu ochotu zkoušet nové způsoby myšlení a chování. Tato terapie se zaměřuje na dosažení konkrétních změn v klientově životě a na dosažení samostatnosti při zvládnutí potíží a překonávání naučené bezmocnosti (Kratochvíl, 2006). Součástí edukačního postupu při zvládnutí neurotických potíží je poučení o vzniku, povaze a udržování úzkosti, nácvik relaxačních postupů, zpochybňování iracionálních myšlenek, zvládnutí vyhýbavého chování, řešení problémů a podobně dle problémů klienta.

*Biofeedback* je metoda využívající monitorování určitého vegetativního projevu klienta pomocí speciálního přístroje. Tato informace je pak modifikována do podoby vizuálního nebo sluchového podnětu a předána klientovi. Tímto způsobem může klient sledovat bezprostřední změny napětí ve svém těle a nacházet jejich souvislosti s vnějšími podněty i se svými vlastními kognitivními procesy. Klient má tak informaci o tom, jak se mu daří dosahovat změny vegetativní reakce (Vymětal, 2004).

*Sugestivní postupy* se snaží obejít logiku klienta. Využívá autority terapeuta a jeho přesvědčivosti. Časté je jejich spojování s hypnózou, při níž je naše podvědomí sugescím přístupnější, avšak sugescí je možné využít i v bdělém stavu. Sugestibilita označuje míru ovlivnitelnosti sugescemi a roli při ní hraje osobnostní struktura jedince a jeho aktuální stav. Hypnóza je vlastně dočasně změněný stav charakterizovaný zvýšeným stupněm sugestibility, závislostí na hypnotizérovi a změněným stavem vědomí. Pomocí sugescí je žádoucí vyvolat u klienta změnu chování, překonání stresu, návyku, úzkosti a jiných potíží.

*Relaxační metody* mají za cíl naučit dotyčného potřebnou seberegulaci jako důsledek úmyslné změny psychofyziologického stavu organismu. Spadají se sem různé relaxační, dechové a meditační techniky a my se jim budeme věnovat více v samostatné kapitole.

Při léčbě neurotických poruch se uplatňuje také jako druhořadý farmakoterapeutický přístup, přičemž je využíváno především anxiolytik (např. Neuro, Lexaurin, Diazepam) ke zmírnění úzkosti a antidepresiv (Prozac, Citalec, Cipralex, Esprital), neboť deprese často neurotické poruchy provází. Psychofarmaka účinkují zpravidla rychleji v léčbě potíží, avšak psychoterapie přináší trvalejší účinky. Je však dlouhodobější a náročnější na provedení, než léčba psychofarmaky. Ideální při léčbě úzkostných poruch je spojení jak



farmakoterapeutické, tak psychoterapeutické léčby. Hlavním cílem léčby je zamezení nesvobodného prožívání světa provázeného neurotickými projevy a navrátit jedinci schopnost opět svobodně prožívat realitu. Dlouhodobějším cílem terapie je zabránit opětovnému propuknutí příznaků, ale i dalším dopadům jako zneužití alkoholu, léků, nebo jiných návykových látek (Peterková, 2014).

### ***Popis relaxačních technik***

Slovem „technika“ (z řeckého „techné“- dovednost) označujeme vlastně způsob, jak se s určitým problémem vyrovnat. Tyto techniky zahrnují velmi obsáhlou řadu postupů vycházejících z provázanosti a ovlivňování mezi třemi proměnnými z oblasti svalového napětí, psychického napětí a funkčního stavu vegetativní nervové soustavy. Pomocí antistresových technik působíme na psychofyziologické procesy s cílem dosáhnout uvolnění – relaxace, což se děje prostřednictvím nácviku. Mezi základní postupy, kterými navozujeme relaxaci řadíme autogenní trénink, progresivní svalovou relaxaci, meditaci a biologickou zpětnou vazbu (bio -feedback) (Vymětal, 2010).

Relaxačních technik je celá řada. Zahrnují různá dechová, tělesná a koncentrativní cvičení, imaginativní techniky a další. Pro potřeby této práce jsme vybrali techniky, jež jsou nejvíce využívané. Tyto metody mohou nahradit anxiolytika a tvoří základ některých psychoterapeutických postupů (Vymětal, 2010).

### ***Schultzův autogenní trénink***

Autogenní trénink jako jedna z mnoha metod relaxace, se používá v terapeutické praxi již řadu let pro uvolnění a zklidnění, k odstranění napětí a neklidu. Metodu autogenního tréninku vypracoval ve 20. letech minulého století německý lékař prof. J. H. Schulz a tato metoda vychází z poznatku, že psychické napětí spolu s aktivací vegetativní soustavy souvisí s napětím kosterních svalů. Redukcí napětí kosterního svalstva pak můžeme dosáhnout poklesu psychického napětí a působit tím i na funkci vegetativně inervovaných orgánů. Využívá propojení koncentrace, relaxace a představ. Cílem autogenního tréninku je působit prostřednictvím imaginace na fyziologické procesy organismu. Jeli trénink pravidelně praktikován pravidelně, podporuje pocit spokojenosti a duševní pohody. Bývá doplněn formulkami pro další osobní rozvoj a má tři stupně obtížnosti.

Po prvotním uvolnění v základním stupni autogenního tréninku, který spočívá v nácviku šesti úkolů si klient začne vizualizovat tyto pocity:

1. Pocit tíhy v končetinách a postupné navození tíhy v celém těle
2. Pocit tepla v končetinách se po jeho dosažení rozšiřuje též do celého těla
3. Sugescie klidného dechu, přičemž soustředění se na dech vede ke klidu
4. Sugescie pravidelné srdeční činnosti, soustředěním na akci srdeční dochází ke zklidnění a zpomalení tepu
5. Sugescie pocitu tepla v nadbřišku se děje vizualizací jak do břicha proudí teplé světlo
6. Sugescie chladného čela se děje soustředěním na oblast hlavy a na představu chladného čela

Autogenní trénink zvládnout na poprvé je docela složité, proto pro začátečníka bohatě postačí, když dokáže uvolnit postupně své tělo, zklidnit dech a soustředit se na uvolnění, případně i tíhu v jednotlivých částech těla. Pokročilí mohou přidávat teplo a další části relaxace. Ideální poloha je vleže, ale lze ji provádět i v sedě v tzv. poloze vozky.

Hlava by měla být na polštáři, nebo měkké podložce, ruce pohodlně podél těla, nohy nepřekřížené. Stane-li se, že člověku začnou utíkat myšlenky, nemá se snažit je „násilím“ usměrňovat. Pouze to vzít na vědomí a v klidu se vrátit tam, kde skončil a pokračuje. Relaxace se má provádět 3x denně po dobu 5ti minut a postupně trénink prodlužovat až na 15 minut. Prostřední stupeň autogenního tréninku využívá dosaženého stavu relaxované mysli, do které se v tomto stavu vkládá autosugestivní formulka s osobním významem, která se týká toho, na jakém tématu klient právě pracuje. Tuto formulku stanovuje klient společně s terapeutem a může znít například: „Jsem zdravý a klidný a strach z infarktu je zbytečný“.

Při vyšším stupni autogenního tréninku se předpokládá zvládnutí základního stupně. Jde vlastně o řízenou meditaci a imaginaci. V relaxaci se klient soustřeďuje na představu jak vystupuje na vrchol hory, nebo například klesá na mořské dno a představ, kterých lze při autogenním tréninku využít je nespočet. Po ukončení tréninku se tyto zážitky reflektují a společně s terapeutem se hledá jejich subjektivní význam, jaký mohou pro klienta mít.

Ukončovat se má vždy energickým odvoláním relaxace za použití formulek paže napnout, zhluboka dýchat, otevřít oči spojeným s pohybem paží a dále postupným protahováním a pomalým vstáváním. Pravidelné cvičení má vést k trvalému uklidnění, zvyšování výkonnosti a odstranění některých neurotických symptomů (Kratochvíl, 2006).

*Jacobsonova progresivní relaxace*

Tato technika je založena na uvědomění si souvislostí fyzického a psychického. Tuto metodu vyvinul v Americe Edmund Jacobson v roce 1948 a základem je postupný nácvik uvolnění svalstva ve všech částech těla, rozdělený do několika lekcí. Od autogenního tréninku se liší především tím, že každé cvičení relaxace příslušných svalových partií začíná jejich záměrným napětím pro možnost lepšího a intenzivnějšího prožitku následné relaxace. Případná součást autosugesce, či sugesce je zde vyloučena. Cvičit se má denně a nácvik trvá relativně krátkou dobu. Klient se naučí rozlišovat mezi napětím a uvolněním kosterního svalstva ve svém těle a následně jej ovlivňovat.

1. V první lekci se klient učí rozlišovat pocit tenze a relaxace ve svalu
2. Ve druhé lekci klient cvičí relaxaci svalů na hlavě
3. Ve třetí lekci se zaměřuje na svaly jazyka, přičemž napětí klient pocítuje když tlačí špičkou jazyka na zadní strany řezáků
4. Ve čtvrté lekci se zabývá klient svaly ramen
5. V páté lekci se klient učí relaxaci svalů zádoových, hrudních a břišních
6. V šesté lekci se cvičí relaxace prstů na rukou a nohou (Kratochvíl, 2006).

#### *Relaxace prostřednictvím jógy*

Jógové učení zahrnuje celou řadu relaxačních technik, mezi něž spadá svalové uvolnění, práce s dechem a jeho uvědoměním, využívání představ, autosugesce, meditace a jiné. V našich kulturních podmínkách patří k nejrozšířenějším způsobům praktického užití jógy cvičení ásan, což jsou jógové pozice prováděné ve výdrži, přičemž kladen je důraz na správné provádění jednotlivých pozic v souladu s dechem a koncentrací během výdrže v ásaně. Cvičení vyžaduje aktivní zapojení posturálního svalstva, přičemž zapojovat by se měli vždy jen svaly vyžadující udržení určité ásany (Repko, 2002).

Relaxace je s jógou neodmyslitelně spojena také proto, že zpomalením a prohloubením dechu dochází k neutralizaci emocí, na které můžeme pomocí dechu takto působit. Fyzické uvolnění je dáno pokročilostí jedince a je vhodné před každým cvičením ásan začít relaxační technikou, která tělo nejdříve uvolní. Mysl by se měla též zklidnit a to tak, že jí postupně učíme být v roli pozorovatele, který když přijde nějaká myšlenka, tak ji nebude rozvíjet ani hodnotit, ale pouze si ji uvědomí a po té ji nechá odejít a pozornost se opět vrací k uvědomování dechu.

### *Šavásána*

Patří v józe mezi nejvíce používanou relaxační techniku. V překladu znamená poloha mrtvoly, což svědčí o tom, že jeli poloha šavásany dokonale zvládnuta, tělo je naprosto pasivní a bezvládné. Během relaxace ležíme na zádech, dlaně jsou vzhůru, dolní končetiny roznoženy na šířku pánve a vytočeny mírně směrem ven. Postupně si uvědomujeme jednotlivé části těla a jejich kontakt s podložkou a pomocí dechu a postupného uvědomování a uvolňování částí těla se relaxace stále více prohlubuje. Pozornost je soustředěna na uvědomování si dechu. Cvičení se provádí asi 10-15 minut (Nešpor, 1998).

### *Jóga nidra*

Jóga nidra je typická jógová technika navozující hluboké uvolnění těla i mysli. V překladu název znamená jógový spánek, ve skutečnosti je to ale stav plný bdělosti díky navozené dominanci vln alfa. Během cvičení, které se provádí vleže na zádech a trvá 30-40 minut, je tělo nehybné a uvolněné, ale mysl, vědomé zaměření pozornosti, prochází pod vedením učitele jednotlivými částmi těla a postupně se odvrací od vnějších věcí a zaměřuje se na váš vnitřní duševní svět. Naše tělo je tak schopné hlubokého odpočinku a znovunabytí energie. Jóga nidra využívá během hluboké relaxace vložení pozitivní sankalpy do vědomí, což je určitá autosugesce označující stav, jakého bychom chtěli tréninkem dosáhnout. Jóga nidra má velmi blahodárny vliv na lidské zdraví. Pravidelné provádění jógy nidry vede ke zlepšení obranyschopnosti organismu, výrazně se zlepšuje spánek, paměť, schopnost koncentrace zlepšuje proudění energie naším tělem. Autor Satyanda udává, že pomocí této relaxace lze navodit stav lepšího sebeuvědomění a propojení mezi vědomou a nevědomou částí naší mysli (Nešpor, 1998).

### *Meditace klidu*

Technika meditace má původ ve východních naukách, hlavně v józe. Meditace je forma duševní relaxace, která přináší uvolnění, posiluje osobnost a přináší nadhled. Dále pomáhá dosáhnout vnitřního klidu, vyrovnanosti, koncentrace a kreativity. Zvyšuje odolnost proti stresu a zlepšuje schopnost učit se.

Doporučuje se cvičit v klidné prostředí a ve volném oděvu. Výchozí polohou je sed se vzpřímenými zády. Začátečníkovi postačí začít se cvičením po dobu 5 min., později se meditace prodlužuje až na 20 minut.

Sedneme si, zavřeme oči a soustředíme se na oblast nosních dírek, neboť tam je nejzřetelněji cítit dech. Při nádechu si říkáme v duchu „nádech“, při výdechu „výdech“ a nastane-li během dýchání spontánní přestávka, řekneme si pro sebe „klid“. Pokud by cokoli odvádělo naši pozornost od meditace, řekneme si v duchu „jinde“ a vždy se vrátíme k uvědomovanému dechu. Stejně přistupujeme i k myšlenkám. Je vidět, že nenechat se vtáhnout do hry myšlenek a fantazie není snadné. Důležité však je se vždy vracet k uvědomování dechu (Nešpor, 1998). Jedna meditace denně nejlépe každý den může změnit způsob, jakým tělo reaguje na stres.

### *Plný jógový dech*

Mezi dýcháním a celkovým tělesným a psychickým napětím je významná souvislost a jóga nám ukazuje, jak lze pomocí různých dechových technik ovlivňovat tělo i mysl. Klidné, rovnoměrné a hluboké dýchání je pro zdraví velmi důležité, neboť harmonizuje a zklidňuje tělo i mysl. Naopak příliš rychlý a povrchní dech působí negativně, protože může zvyšovat nervozitu, stres, napětí i bolesti. K obnovení přirozeného zdravého způsobu dýchání je nácvik plného jógového dechu. Při osvojování plného jógového dechu nám pomůže popis tří následujících typů dýchání:

Učíme se ho postupně (dýchání do břicha, hrudníku a podklíčků), abychom ho nakonec propojili v plný jógový dech. Vdechujeme i vydechujeme nosem.

**Břišní dech** – položte se na záda, kolena jsou pokrčená a položte si ruce na břicho. Při nádechu cítíte, jak se vám břicho rozšiřuje do stran a při výdechu se bedra přitisknou k podložce. Hrudník je nehybný a pohyb břicha je přirozený, pozvolný.

**Dech do hrudníku** – ruce si položíte ze stran na hrudní koš. Při nádechu cítíte, jak se vám žebra rozvírají při nádechu do šířky a při výdechu se stahují. Břicho se teď nehýbe. Nácvik se provádí ve vzpřímeném sedu.

**Dech směřovaný pod klíční kosti** – nejčastěji takto dýcháme při stresu a úzkosti, kdy se téměř nadechujeme do hrudníku. Je to velmi povrchní způsob dýchání. Cvičí se ve vzpřímeném sedu, ruce položíme pod klíční kosti a nadechujeme se pod ně. Sledujeme, jak se zvedá hrudník, aniž by se zvedala ramena. Zvedají se hlavně horní žebra a klíčky. Břicho a spodní žebra se pohybu téměř nezúčastní.

Spojením břišního, hrudního a podklíčkového dechu vzniká *dechová vlna*, takže nádech z břicha pokračuje do hrudníku a podklíčků a výdech jde nosem z nadklíčků, skrze hrudník a naposledy vydýcháme z břicha. Plný dech se má nacvičovat 2-3x denně po dobu 14 dnů, denně 5-10 minut (Praško, Prašková, 2001).

### *Masáže*

Název „masáž“ je zřejmě odvozeno od řeckého slova „masné“ (mačkati, hnísti). Masáž je procedura, která je využívána k posílení organismu, k upevnění tělesného a duševního zdraví a zlepšení výkonnosti. Masáž se používá chceme-li uvolnit tělo i mysl a tím se zbavit celodenní únavy a napětí. Při masáži je nutno se dívat na organismus jako celistvý systém a masáž má rozsáhlý vliv na celý organismus. Masáž působí na fyzickou i psychickou stránku organismu. Zmírňuje bolesti zad a svalů, zlepšuje činnost mízního a cévního systému, podporuje činnost imunitního systému, snižuje vysoký krevní tlak a má ještě mnoho dalších pozitivních účinků nejen na fyzickou stránku člověka. Po psychické stránce je masáž prospěšná zejména svými účinky na zmírnění napětí, úzkosti, deprese, nespavosti a pomáhá k navození celkové harmonie, čímž podporuje regeneraci celého organismu (Noto, 2010).

### *Relaxace prostřednictvím sugestivní terapie*

Stav uvolnění usnadňuje představivost a naopak představivosti lze využít k navození relaxovaného stavu. Pomocí představ lze prožít i to, co pokládáme (zatím) za nemožné a pomocí představ a sugescí můžeme snáze dosáhnout žádoucí změny. Hranice mezi relaxačními představami, sugescí a autosugescí není zcela ostrá a pro zlepšení účinku autosugesce je důležité zapojení co nejvíce smyslů klienta a jeho pohroužení v uvolněném stavu. Sugestivní formule mohou mít slovní i obrazovou podobu, takže je vhodné ji použít u klienta, kterému nedělá představivost potíže. Obsah představ je vždy shodný s tím, za jakým účelem se dělá. Vhodné je využít nahrávky, kterou si můžeme pouštět opakovaně, v klidu a bezpečí domova. Sugescie je nutné vždy formulovat pozitivně a v přítomném čase, jakoby se už daného stavu dosáhlo. Zákazy se rovněž nedoporučují. Takže například když je cílem zmírnit bolest hlavy, neříkáme si „Přestane mě bolet hlava“, ale „Hlavu mám jasnou a svěží“. Chceme-li dosáhnout uvolnění, sugerujeme si například jakoukoliv příjemnou představu trvající 5-20 minut. Například formulí „každý den se mi daří lépe a lépe“ lze ve stavu uvolnění v duchu opakovat a zároveň si představovat situace, v nichž si přeji dosáhnout

zlepšení. Můžeme si tak pomoci od nepříjemných pocitů, úzkosti, špatných návyků, nespavosti a ještě se můžeme dovědět něco o nás samotných. Neexistuje jednotný názor na to, zda má být sugesce reálná, či nikoliv (Novák, Capponi, 2003).

Relaxační techniky slouží jako antistresový způsob uvolnění. Při systematickém používání těchto technik a jejich správným prováděním dochází k lepší koncentraci a zvýšené pozornosti. Relaxační techniky nám pomáhají snížit napětí, které se nashromáždilo v těle během stresujících situací a reakcích na tyto situace. Relaxační techniky jsou účinné při úzkostech, nervozitě, roztěkanosti, nesoustředěnosti a neklidu.

Pro naši práci, jejímž cílem je pokusit se snížit některé projevy neuroticismu u vybraných jedinců jsme si vybrali tuto metodu s využitím relaxace a sugestivní terapie, která byla aplikována studentům PEF a kteří nám následně poskytl zpětnou vazbu na to, jak na ně terapie působila.

### 1.3 VÝVOJOVĚ PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA MLADÉ DOSPĚLOSTI

Obdobím mladé dospělosti označujeme období mezi dvacátým a třicátým rokem života. V dnešní době se mladí lidé v tomto věku věnují často studiu, cestování a možnost manželského soužití a založení rodiny odkládají, což se stává trendem zejména ve vyspělých společnostech, čímž se toto období prodlužuje. Lidé v tomto věku se cítí nezralí a jako „děti“ a velmi často využívají možnosti společného bydlení s rodiči a s tím spojené nezávislosti (Thorová, 2015).

Přesné vymezení dospělosti je komplikováno faktem, že tato proměna nebývá časově jednoznačně lokalizována například přechodovým rituálem, jak můžeme znát z jiných kultur a tyto změny směrem k dospělosti neprobíhají u každého stejně. Za nejdůležitější znaky dospělosti patří především samostatnost, svoboda vlastního rozhodování a chování, zodpovědnost ve vztahu k ostatním a zodpovědnost za svá rozhodnutí a činy (Vágnerová, 2004).

Říčan hovoří o období mladé dospělosti jako o době velkých cílů, nadějí a životního optimismu. Člověk věří ve své schopnosti a své štěstí a je přesvědčen, že na všechny problémy vždy nalezne racionální řešení. Pro dvacátníka je typické, že již nemá tak černobílé vidění jako adolescent, využívá již více smyslů na rozeznávání odstínů a dovede prosadit své názory a rozhodnutí a to leckdy tvrději, než v pozdějším věku. Hloubavost adolescence nemá již takovou sílu a dvacátník je již pragmaticky strážlivý. Má před sebou perspektivu

vzestupu, mluvíme zde o nadějích dvacátých let. Tato léta jsou harmoničtější než předchozí období a začíná se objevovat co bylo započato již v adolescenci. V období mladé dospělosti jedinci již nacházejí své pracovní a společenské uplatnění a po nějaké době experimentování mnozí začínají s již definitivní profesní dráhou. Toto období je rovněž charakteristické nalezením zralého milostného vztahu, vstupem do manželství a vznikem rodičovství. Dospělým se člověk stává nejen zletilostí, ale hlavně dosažením stupněm svého duševního vývoje a zralostí osobnosti (Říčan, 2004).

Dosažení dospělosti se projeví změnou v mnoha oblastech :

- 1) Dospělý člověk není závislý na své původní rodině a jeho vztah s rodiči je symetričtější a klidnější a jeho názor na rodiče je realistický. Dokáže přijmout rodičovské zkušenosti a rady, ale řídí se jimi jen tehdy, považuje-li je za správné.
- 2) Dospělý si již vyjasnil vztahy k normám a hodnotám, jež jsou prezentovány různými skupinami
- 3) Dospělý je schopen symetrických vztahů s vrstevníky, je otevřený novým kontaktům a je schopen zvládnout partnerské soužití. Je schopen akceptovat potřeby svého partnera a umí je harmonizovat s vlastními potřebami.
- 4) Dospělý je schopen plnit roli rodiče a zodpovědně vychovávat jinou lidskou bytost
- 5) Dospělý je schopen zvládnout vztahy k nadřízeným i podřízeným spolupracovníkům
- 6) Dospělý je schopen naplnit partnerský vztah po stránce intimní i sexuální
- 7) Dospělý dosahuje ekonomické nezávislosti a samostatnosti, čímž si potvrzuje svoji samostatnost

Role dospělého je charakteristická většími právy, povinnostmi a zodpovědností, než tomu bylo v předchozím období a je spojována s určitým sociálním očekáváním (Vágnerová, 2004).

### **Tělesný vývoj**

Období mladé dospělosti se vyznačuje vrcholem tělesné síly, energie a velkou vitální silou. Tělesná konstrukce se i nadále upevňuje a mohutní, což někteří jedinci ještě umocňují tréninkem. Kolem 25 roku věku je vrcholu i síla svalová, takže jedinci zabývající se sportovní profesí jsou nyní na špičce svých sil. O něco se ještě zvětšuje i mozková



výkonnost, neboť nabývajících zkušenostmi, duševní prací a řešením problémů se plocha mozkové kůry a hmotnost mozku také o něco zvyšuje. V 25 letech už začínají se již začínají objevovat i první známky involuce, neboť meziobratlové ploténky slábnou a je zjištělný nepatrný úbytek tělesné výšky, byť jen nepatrný. Také sluch začíná pozbývat svoji citlivost pro vysoké tóny a zhoršuje se adaptace oka na tmou a také na vidění do blízka. Úzkostlivé ženy mohou již najít první vrásky, které ale nejsou hluboké (Říčan, 2004).

### **Sociální vývoj**

V období mladé dospělosti většina lidí teprve začíná sbírat pracovní zkušenosti, které se pak stanou jakousi základnou pro rozhodování o tom, co chceme vlastně dělat. Důležité je se zkušeností poučit i z chyb, které jsme udělali a nebát se dál usilovně hledat, co nám sedne. Čím větší pružnosti je třeba na své profesionální dráze, tím důležitější je měnit místo a získat co nejvíce pracovních zkušeností. Dvacátník se může poměrně dobře dostat na vrchol při práci vyžadující především tělesnou sílu, obratnost, rychlost a výdrž, takže například ve sportu, modelingu, či uměleckých oborech dosahují dvacátníci vrcholu své výkonnosti a musejí přijmout pomalý sestup na své dráze. Výsledkem dobře naplněných dvacátých let je podle Příhody dosažení niterné sebejistoty, člověk se cítí reálně svobodný, nezávislý na cizích pokynech a je schopný již sám zvládat praktické úkoly. Sebevědomí získává podle Příhody jedinec ve třech etapách svého vývoje. První etapa sebevědomí je dosažena zvládnutím období vzdoru u tříletého dítěte. Druhá etapa sebevědomí je v době pubescence, která je obdobím druhého vzdoru, kdy je osobnost mladého člověka velmi citlivá na všechny rozkazy a příkazy. Začíná si uvědomovat jak on sám vnímá svět i svoji přeměnu. Člověk ve třiceti letech dosahuje třetí etapy sebevědomí, která je završena tělesnou i psychickou zralostí, nabitými zkušenostmi a profesní způsobilostí. Neobjevuje se zde období vzdoru, nýbrž obhajoba vlastní cti a samostatnosti vyplývající z vědomí vlastní síly (Říčan, 2004).

V mladé dospělosti je také jedním z úkolů dosažení intimity, které považuje E.H. Erikson za hlavní úkol tohoto období. Intimita je realizována skrze vztahy, které nemusí být vždy milenecké. Dosažení intimity je možné i mezi přáteli a hlavní znaky intimity jsou tělesná a duševní něha, otevření sobě i druhému a chuť dát se poznat ve svých slabých i silných stránkách, bezvýhradná důvěra, vzájemný respekt a úcta, pravdivé poznání partnera, které zahrnuje i schopnost milovat druhého i s jeho chybami, pravdivým poznáním vlastních citů k partnerovi, společnými plány a díly, hravostí, tvořivostí, smyslem pro humor, objevováním, úžasem, obdivem a výlučností. K tomu, aby člověk mohl vytvořit intimitu,

musí nejdříve znát svoji identitu. Napřed tedy musí být dejme tomu žena sama sebou, aby na sebe mohla vzít další role, jinak je nebezpečí, že se žena identifikuje s partnerem. Dvacátá léta jsou nejvíce senzitivním obdobím pro vytvoření milostné intimity a ne snadno se dohání, když někdo nenašel odvalu nebo nebyl schopen zralé lásky. Ke splnění vývojového úkolu tohoto období stačí, prošel-li jedinec třeba jen jedním vážným vztahem (Říčan, 2004).

### **Psychický vývoj**

U dvacátníků převažují ještě sklony k abstraktnímu myšlení a mladí lidé podléhají často iluzi, že vždy existuje jen jeden správný způsob řešení. Zde se promítá ještě vliv pubescence, kde hlavní převažovalo jako hlavní způsob rozvoje myšlení zrání osobnosti, tedy vnitřní vliv. V této vývojové fázi se na rozvoji myšlení podílí především vlastní zkušenost, tedy vnější vlivy. S rostoucími zkušenostmi získává člověk různé pohledy na vzniklé situace, které je schopen na základě vlastní zkušenosti přehodnotit a učí se různým pohledům na řešení problémů. Dospělý dokáže již problém vidět komplexně se všemi jeho složkami a v celkovém kontextu, čímž se vytváří takzvané postformální myšlení. Dospělý si již uvědomuje, že jeho pohled na problém není jediný správný a na základě toho uvažuje, řeší vzniklé situace, přehodnocuje a je schopen i změny celkového pojetí kontextu. Dospělý již ví, že nelze jakoukoliv situaci a její řešení posuzovat jen černě nebo bíle, ale vnímá různé možnosti a pohledy na řešení praktických problémů a vztahů. Pouze v případě, že se cítí nejistý a dezorientovaný, je pro něj bezpečnější zaujmout jednoznačný pohled. Dospělý již ví, že jeho názory a názory ostatních lidí se mohou značně lišit a přesto nemusí být nesprávné. Lidská zralost a zkušenost se projevuje také tím, že dospělý již netrvá na své pravdě, ustupuje od potřeby trvání na určitém řešení a je schopen kompromisu. Kompromis bere jako schopnost přemýšlet komplexněji a umí přijmout řešení na základě více hledisek a s výhodami pro všechny zúčastněné. Nebere svůj názor jako konečný a jediný možný, ale je schopen své názory měnit na základě získaných znalostí a zkušeností. Dospělý člověk si již také uvědomuje, že jeho úsudek může být nedostatkem informovanosti nesprávný a subjektivně zkreslený, proto své řešení již neprosazuje jako jediné možné. Dospělý člověk uvažuje více pragmaticky a zabývá se více problémy spojenými se svojí profesní rolí a mezilidskými vztahy. Pro mladé lidi je charakteristické, že nabitě znalosti a schopnosti chápou jako prostředek k dosažení cíle a ne jako potvrzení sebe sama. Jejich myšlení je velmi pružné a otevřené a dospělý člověk získáváním nových zkušeností a schopností získává nový pohled na sebe sama, než tomu bylo v případě školního hodnocení a bilancuje o možnostech a perspektivách svého dalšího uplatnění. Vyplývající sebehodnocení se v této

době stává pevnou součástí sebe sama, ačkoliv nemusí odpovídat skutečnosti, a lze je jen obtížně změnit (Vágnerová, 2000).

### **1.3.1 SOCIÁLNĚ PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA VYSOKOŠKOLÁKA**

Vysokoškolského studenta bychom mohli charakterizovat jako jedince zaobírajícího se duševní prací, která klade požadavky zejména na intelektové, emocionální a volní schopnosti studenta. Vysokoškolský student se studiem připravuje na zvládnutí určité profesní role a je členem určité sociokulturní skupiny, jež je formována působením různých faktorů, mezi něž patří vzdělávací koncepce určité vysoké školy, školní atmosférou a vlivem vysokoškolských učitelů. Vysokoškoláci se v porovnání s běžnou populací diferencují jejich větší kritičností, asertivním a otevřenějším jednáním a větší nezávislostí. Jsou také sebevědomější, což souvisí s jejich schopností sebeprosazení. Prokazují hlubší znalosti cizích jazyků a lépe využívají informačních technologií, které jsou pro úspěšné zvládnutí vysokoškolského studia nutné. Vysokoškoláci by měli prokázat při studiu samostatnost a zodpovědnost, což není vždy pravidlem a někdy je pro ně problém řešit praktické životní úkoly. Každý student plní současně více rolí současně. Každý student je především jedinečná osobnost. Student přichází na školu s určitými intelektuálními předpoklady a osobnostními vlastnostmi, z nichž se některé ještě dotvářejí. Vysokoškolák se nachází ve specifickém životním období, v němž plní roli studujícího jedince, přičemž determinující je jeho zájem a motivace ke studiu a také studentovy intelektové a kognitivní předpoklady. Vysokoškolský student se připravuje na roli manželského partnera, avšak založení rodiny má tendenci oddalovat pro svoji hmotnou závislost na svém okolí (Miňhová, z osobního archivu autorky).

## 2 PRAKTICKÁ ČÁST

### 2.1 CÍL PRÁCE A FORMULACE VÝZKUMNÝCH ÚKOLŮ

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak velké je procento neurotických studentů na Fakultě pedagogické Západočeské univerzity v Plzni a zjistit účinky sugestivní terapie u zkoumané skupiny studentů. Z tohoto základního cíle vyplývají následující výzkumné úkoly:

- 1) Zjistit míru neuroticismu u studentů zkoumané skupiny
- 2) Aplikovat relaxaci prostřednictvím sugestivní terapie u skupiny studentů s vyšším stupněm neuroticismu
- 3) Zjištění účinků užití relaxační techniky u skupiny studentů s vyšším stupněm neuroticismu

### 2.2 POPIS ZKOUMANÉ SKUPINY

Zkoumanou skupinu tvořilo 51 studentů různých oborů z Fakulty pedagogické Západočeské univerzity v Plzni. Z toho bylo 9 mužů a 42 žen ve věkovém rozmezí 21 až 23 let.

**Tabulka 1: Pohlaví zkoumaného vzorku**

pohlaví	počet zkoumaných studentů
muži	9
ženy	42
celkem	51

### 2.3 POPIS UŽITÝCH METOD

Testové šetření proběhlo za použití standardizovaného Eysenckova dotazníku EPQ-R, jež nám posloužil ke zjištění stupně neurotičnosti našich respondentů. Testové šetření bylo provedeno individuálně s využitím tištěné formy zadávání dotazníků. Při interpretaci výsledků testového šetření jsme vycházeli ze základních statistických charakteristik, a to aritmetického průměru a směrodatné odchylky. Hranicí mezi oběma pásmy je hodnota průměru navýšena o hodnotu směrodatné odchylky. Eysenckův osobnostní dotazník měří

hlavní dimenze osobnosti a to: extraverzi-introverzi, neuroticismus a psychoticismus. V tomto výzkumu jsme se zabývali pouze dimenzí „neuroticismus“.

Výsledky dotazníkového šetření byly statisticky zpracovány v programu Microsoft Excel.

Aplikační, terapeutická část byla provedena skupinově. Ihned po skončení sugestivní terapie se studenti vyjádřili ke zhodnocení účinků terapie pomocí dotazníku vlastní konstrukce, kde zodpověděli celkem čtyři otázky. Terapeutická část i vyplnění dotazníku probíhalo za přítomnosti paní docentky Jany Miňhové.

#### 2.4 VÝSLEDKY TESTOVÉHO ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE

Na základě dotazníkového šetření zkoumaného souboru jsme zjistili, že z celkového počtu 51 respondentů se nervová instabilita projevila u 14 z nich (27,45%). Základní statistické charakteristiky sledovaného vzorku v dimenzi „neuroticismus“ jsou následující: průměr (9,3) směrodatná odchylka (3,1).

**Tabulka 2: Průměr a směrodatná odchylka neurotičnosti u studentů FPE**

typ studia	průměr	směrodatná odchylka
FPE	9,3	3,1

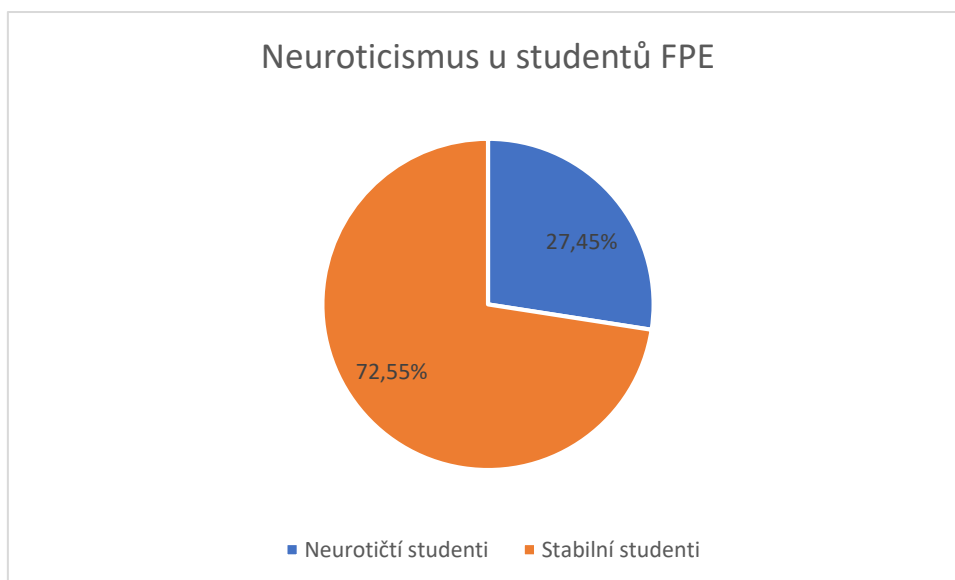
V souladu s našimi předpoklady jsme zjistili, že studenti vysoké školy vzhledem ke zvýšené zátěži, které jsou vystaveni, vykazují vyšší stupeň neurotičnosti v porovnání s procentem neurotických jedinců v populaci. Někteří autoři v literatuře uvádějí 15% neurotických jedinců v populaci (Matoušek, Zvolský in Miňhová, 2006) a některé statistické údaje hovoří dokonce o 15 - 20% (Höschl, 2004, in Miňhová, 2010).

Výskyt neuroticismu u studentů námi zkoumaného vzorku :

Následující tabulka a graf znázorňují počet neurotických studentů z celkového počtu respondentů.

**Tabulka 2: Neuroticismus u zkoumaného vzorku**

	počet zkoumaných studentů	Neurotičtí studenti		Stabilní studenti	
		absolutní číslo	procenta	absolutní číslo	Procenta
FPE	51	14	27,45%	37	72,55%

**Graf 1 : Neuroticismus u zkoumaného vzorku**

Z uvedené tabulky a grafu vyplývá, že na FPE je vyšší počet neurotických studentů, což zřejmě souvisí s vyšší náročností kladenou na vysokoškolské studenty. Velké část studentů je nucena změnit svůj dosavadní navyký způsob života a přizpůsobit svůj životní styl studiu na vysoké škole. Student se nyní musí věnovat především studiu, které je náročné nejen po stránce kognitivní, ale i sociální a emocionální.

## 2.5 UŽITÍ SUGESTIVNÍ TERAPIE KE SNÍŽENÍ PROJEVŮ NEUROTICISMU

Ze zkoumaného vzorku bylo vybráno celkem 14 studentů, u nichž byla zjištěna vyšší míra neuroticismu. Těmto studentům jsme aplikovali skupinovou formou relaxační techniku prostřednictvím sugestivní terapie, přičemž studenti využili relaxační křesla ke snazšímu navození uvolnění. Terapie proběhla za přítomnosti paní docentky Jany Miňhové v učebně FPE a před začátkem terapie byli studenti seznámeni s některými souvislostmi týkajícími se neuroticismu. Po té byl studentům během devíti minutové relaxace sugerován stav uvolnění negativních pocitů a myšlenek za pomoci pomalým tempem mluveného slova a hudby.

K terapeutickému účelu byla použita nahrávka, která byla vytvořena přímo pro potřeby této práce, jejímž cílem bylo studenty s formou této terapie nejen seznámit, ale pomoci jim též zrelaxovat a zregenerovat organismus. Hlavním přínosem této práce bylo nejen seznámit studenty s touto relaxační technikou, ale studenty též aktuálně zrelaxovat a zregenerovat, což napomáhá ke snížení neurotické symptomatologie, ke které jsou studenti s vyšší mírou neuroticismu disponováni.

Po skončení terapie měli studenti odpovědět formou dotazníku vlastní konstrukce na několik otázek týkajících se zjištění účinků terapeutického působení.

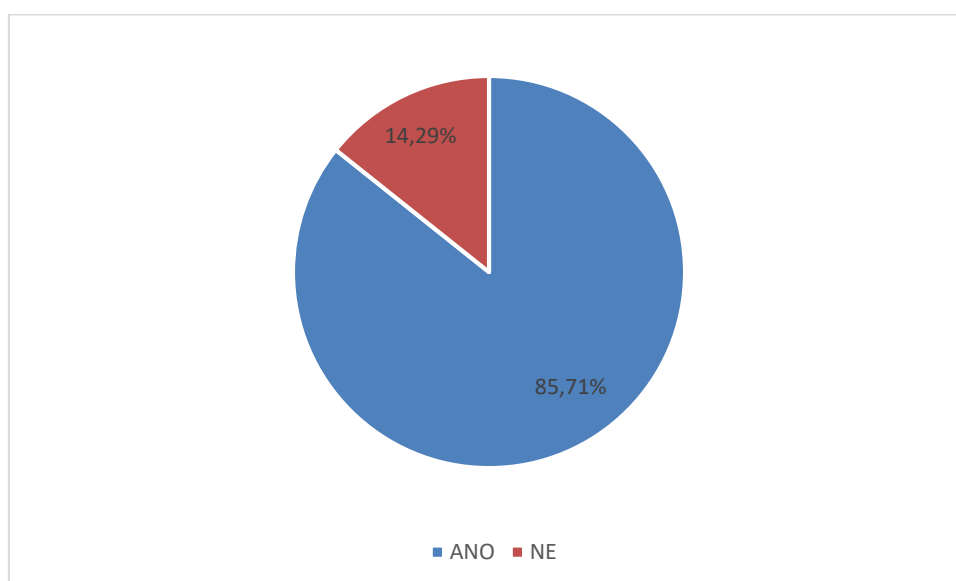
## 2.6 VÝSLEDKY TERAPEUTICKÉHO PŮSOBNÍ

Na základě proběhlé aplikace relaxační techniky jsme podali studentům následující otázky ke zjištění účinků terapeutického působení.

- 1) Podařilo se ti vybavit si své negativní myšlenky a pocity?

**Tabulka 3: Odpověď na otázku č.1.**

		Ano		Ne	
	počet zkoumaných studentů	absolutní číslo	procenta	absolutní číslo	Procenta
FPE	14	12	85,71%	2	14,29%



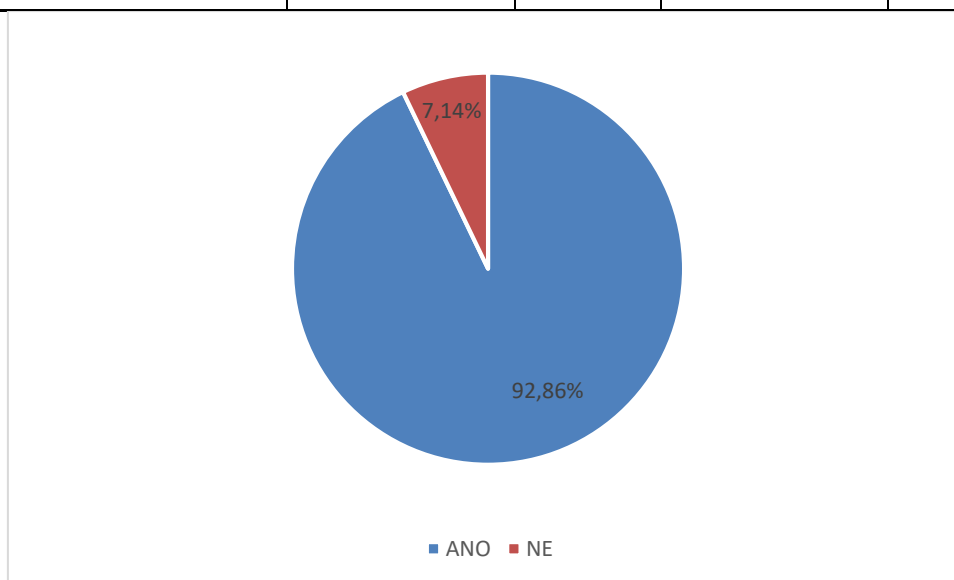
**Graf 2 : Odpověď na otázku č. 1**

Z uvedené tabulky a grafu vyplývá, že 85,71 % studentů si během relaxace vybavilo své negativní myšlenky a pocity, což svědčí nejen o dobré představivosti, ale též o dobrém naladění studentů na sugestivní terapii. 14,29% studentů si nevybavilo své negativní myšlenky a pocity, což může svědčit o tom, že pro část studentů není snadné si něco představovat, nebo že u nich zcela neproběhlo naladění na sugestivní terapii.

2) Podařilo se ti vybavit si balónek, do něhož jsi vkládal všechny nepotřebné myšlenky?

**Tabulka 4: Odpověď na otázku č.2.**

		Ano		Ne	
	počet zkoumaných studentů	absolutní číslo	procenta	absolutní číslo	procenta
FPE	14	13	92,86%	1	7,14%



**Graf 3 : Odpověď na otázku č. 2**

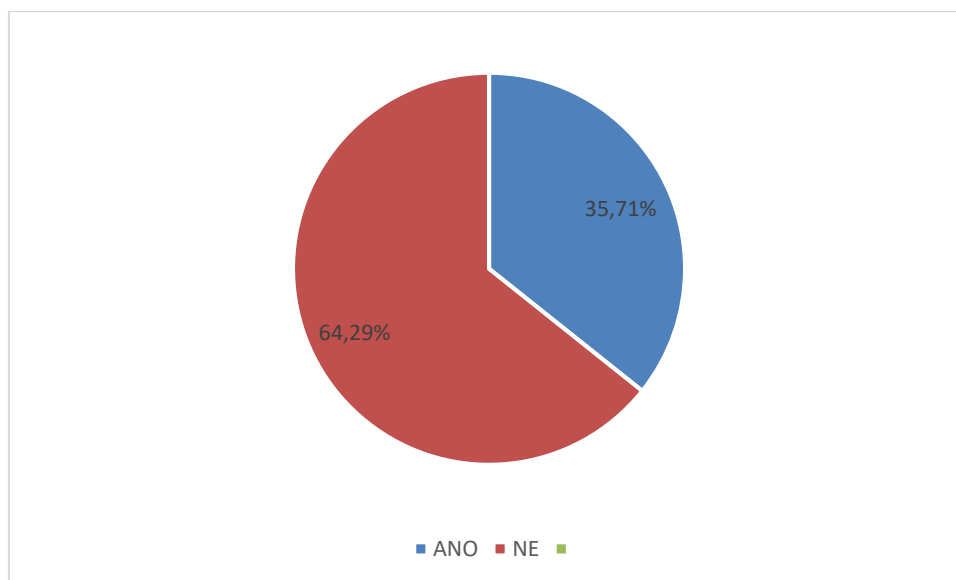
Z uvedené tabulky a grafu vyplývá, že 92,86% studentů si úspěšně vybavilo balónek, do něhož vkládali ve své mysli všechny nepotřebné myšlenky. 7,14% studentů si balónek nevybavilo, což může být tím, že se s touto představou studenti neztotožnili, nebo byla pro ně příliš náročná.

3) Cítil jsi úlevu, když balónek s tvými negativními myšlenkami a pocity odletěl?

**Tabulka 5: Odpověď na otázku č.3.**



		Ano		Ne	
	počet zkoumaných studentů	absolutní číslo	procenta	absolutní číslo	procenta
FPE	14	5	35,71%	9	64,29%



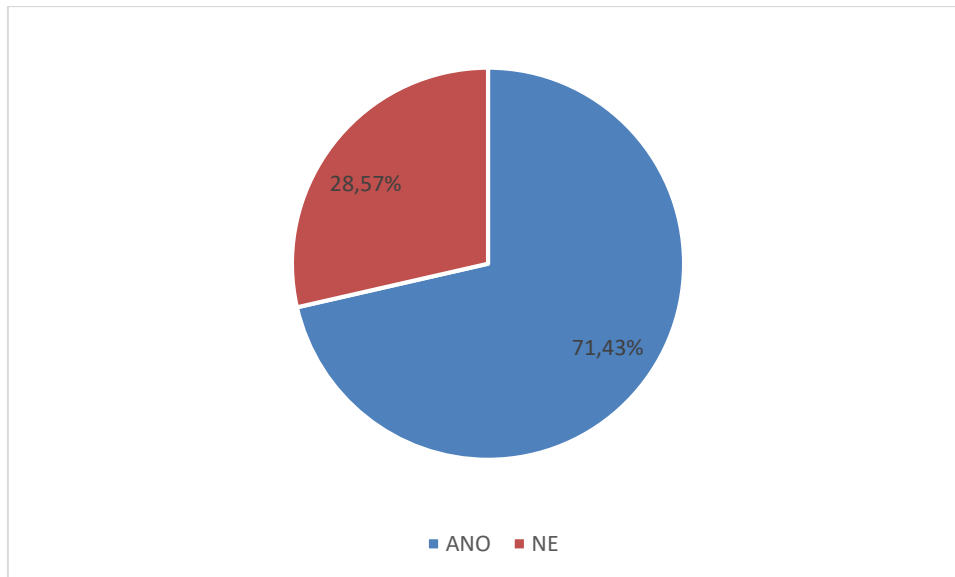
**Graf 4 : Odpověď na otázku č. 3**

Z uvedené tabulky a grafu vyplývá, že 35,71% studentů pocítilo úlevu, když balónek s negativními myšlenkami a pocity odletěl a 64,29% studentů úlevu nepocítilo, což mohlo být dáno obtížností dané představy.

4) Pocítil jsi úlevu po skončení relaxace?

**Tabulka 6: Odpověď na otázku č.4.**

		Ano		Ne	
	počet zkoumaných studentů	absolutní číslo	procenta	absolutní číslo	procenta
FPE	14	10	71,43%	4	28,57%



**Graf 5 : Odpověď na otázku č.4**

Z uvedené tabulky a grafu vyplývá, že 71, 43% studentů pocítilo po skončení relaxace úlevu a 28, 57% studentů vybrané skupiny úlevu nepocítilo, což mohlo být ovlivněno nejen nižší schopností představivosti, ale též skupinovým použitím relaxační techniky, nebo sníženou schopností naladit se na sugestivní terapii, ale i jinými důvody. Z velké části bylo našeho cíle dosaženo. Naším cílem bylo nejen studenty aktuálně uvolnit, ale naučit je též techniku, jak se mohou sami vyrovnávat se stresem, aby mohli lépe zvládat náročné životní situace a snižovat některé projevy neurotické symptomatologie, ke které jsou jedinci se zvýšeným neuroticismem disponováni.

---

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali problematikou neuroticismu vysokoškoláků. Respondenty byli studenti Fakulty pedagogické Západočeské univerzity v Plzni a zkoumaný vzorek tvořilo celkem 51 studentů. Cílem výzkumu bylo nejen zjistit, jak vysoké je procento neurotických studentů na FPE, ale i aplikovat u studentů se zvýšeným stupněm neuroticismu sugestivní terapii. Cílem provedení sugestivní terapie bylo studenty nejen aktuálně zrelaxovat, ale seznámit je též s možností vlastního užití této terapie k úspěšnému vyrovnání se se stresem a ke snížení některých projevů neuroticismu.

Provedený výzkum a interpretace jeho výsledků přináší následující poznatky:

- 1) Z celkového počtu 51 studentů vykazuje vyšší stupeň neurotičnosti 14 respondentů (tj. 27,45%).
- 2) Po skončení relaxační techniky, která byla aplikována u studentů s vyšší mírou neuroticismu, byly pomocí dotazníku vlastní konstrukce zjištěny tyto účinky :
  - a) 85,71% studentů zkoumané skupiny si vybavilo své negativní myšlenky a pocity
  - b) 92,86% studentů zkoumané skupiny si vybavilo balónek, do něhož vložili všechny své nepotřebné myšlenky
  - c) 35,71% studentů zkoumané skupiny pocítilo úlevu, když balónek s negativními myšlenkami a pocity odletěl
  - d) 71,43 % studentů zkoumané skupiny pocítilo úlevu po skončení relaxační techniky

Z uvedených dat vyplývá vhodnost použití sugestivní terapie u studentů s vyšším stupněm neuroticismu ke zmírnění neurotických projevů a k získání větší citové pohody, jež je žádoucí nejen při zvládání náročných životních situacích.

---

## RESUMÉ

Tématem této bakalářské práce je využití sugestivní terapie u vysokoškolských studentů s vyšším stupněm neuroticismu ke snížení projevů neurotické symptomatologie. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí, teoretické a praktické. Teoretická část je členěna do třech hlavních kapitol, jež zahrnují problematiku neuroticismu, charakteristiku neurotických poruch, včetně klasifikace, etiologie a terapie neurotických poruch a vývojově psychologickou charakteristiku mladé dospělosti. Praktickou část tvoří výzkum, jehož cílem bylo zjistit jaká je míra neuroticismu u studentů FPE ZČU, aplikovat sugestivní terapii u studentů s vyšším stupněm neuroticismu a zjištění účinků sugestivní terapie. Naším cílem bylo studenty nejen aktuálně zrelaxovat, ale též je s touto metodou seznámit a předat jim účinnou techniku, jež mohou formou autosugesce použít při překonávání stresu.

The subject of this bachelor thesis is the use of suggestive therapy in university students with higher degree of neuroticism in order to reduce the symptoms of neuroticism. The thesis is divided into two main parts, theoretical and practical part. The theoretical part is divided into three main chapters which include the problematics of neuroticism, characteristics of neurotics disorders including classification, etiology and therapy of neurotic disorders and developmentally psychological characteristics of young adulthood. The practical part consists of research that was aimed to find out the degree of neuroticism in students, apply suggestive therapy to students with higher degree of neuroticism and to find out the effects of suggestive therapy. Our goal was not only to presently relax the students but also familiarize them with this method and pass on an effective technique that they can use to overcome stress through autosuggestion.

## KLÍČOVÁ SLOVA

neuroticismus, neurotické poruchy, vysokoškoláci, relaxační techniky, mladá dospělost, sugestivní terapie, neuróza

## KEYWORDS

neuroticisms, neurotic disorders, university students, relaxation techniques, young adulthood, suggestive therapy, neurosis

---

## SEZNAM LITERATURY

- EYSENCK, H., J. (c1967): *The biological basis of personality*. London: Transactions Publishers.
- HORNEYOVÁ, K. (2007): *Neurotická osobnost naší doby*. Praha: Portál.
- KOPECKÁ, M. (2016): *Faktory neurotičnosti u vysokoškolských studentů: Diplomová práce*. Plzeň: ZČU, Fakulta pedagogická. Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.
- KRATOCHVÍL, S. (2000): *Jak žít s neurózou*. Praha: Portál.
- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. (2002): *Psychiatrie*. Praha: Portál.
- KERN, H.; MEHLOVÁ, CH.; NOLZ, H. a kol. (2015): *Přehled psychologie*. Praha: Portál.
- MÍČEK, L. (1984): *Duševní hygiena*. Praha: Avicenum SZN.
- MIŇHOVÁ, J. (2006): *Psychopatologie pro právníky*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o.
- MIŇHOVÁ, J.: *Sociálně psychologická charakteristika vysokoškoláka*. Získáno z osobního archivu autorky.
- KOLEKTIV AUTORŮ. (2006): *Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 : Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- NOTO, Y., KUDO M. a HIROTA K. (2010). *Back massage therapy promotes psychological relaxation and an increase in salivary chromogranin A release*. *Journal of Anesthesia*. (Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00540-010-1001-7>)
- OREL, M. (2012): *Psychopatologie*. Praha: Grada.
- PETERKOVÁ, M. (2014): *Kurz duševní rovnováhy*. Praha: Portál.
- PLHÁKOVÁ, A. (2006): *Dějiny psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- PONĚŠICKÝ, J. (2004): *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
- PRAŠKO, J. a kol. (2006): *Úzkost a obavy*. Praha: Portál.
- PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. (2008): *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén.
- PRAŠKO, J. (2005): *Úzkostné poruchy*. Praha: Portál.
- PSYCHIATRICKÁ PÉČE 2017 | ÚZIS ČR. ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ÚZIS ČR 2010 [cit. 06.03.2019]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pecce-2017>

---

REPKO, M.: *Systém jóga v denním životě v prevenci a léčbě postižení pohybového aparátu*. In: *Jóga a zdraví: VI. brněnské dny : 8.-10. listopadu 2002 : sborník příspěvků konference*. Brno: Centrum volného času Lužánky, etika a jóga v nakl. Pavel Křepela, 2002, s. 51-53.

ŘÍČAN, P. a kol.(2005): *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.

ŘÍČAN, P. (2006): *Cesta životem*. Praha: Portál.

ŘÍČAN, P. (2007): *Psychologie osobnosti: Obor v pohybu*. Praha: Portál.

SATYANANDA, S. (c2005): *Yoga nidra*. Munger, India: Yoga Publications Trust.

SVOBODA, M. (1991): *Neurotické tendence v souvislosti se zahájením studia*. In sborník FF MU.

THOROVÁ, K. (2015): *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.

VÁGNEROVÁ, M. (2010): *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum.

VÁGNEROVÁ, M. (1999): *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

VÁGNEROVÁ, M. (2000): *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.

VYMĚTAL, J. (2010): *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.

## PŘÍLOHY

## Příloha č. 1

16

T - 9

TS/český

H. J. EYSENCK - S. G. B. EYSENCK

EPQ - R

Jméno	Věk	Pohlaví	Povolání	Datum vyšetření

**Instrukce:**

Odpověď vyznačte křížkem do okénka ve sloupci ANO nebo do okénka ve sloupci NE u každé otázky. Test neobsahuje žádné správné či nesprávné odpovědi ani žádné "chytáky". Pracujte rychle, nad odpovědi se příliš dlouho nerozmýšlejte.

ANO NE

1. Máte hodně různých koníčků?		
2. Rozmyslíte si vše důkladně, než se do něčeho pustíte?		
3. Střídají se u Vás často dobrá a špatná nálada?		
4. Nechal jste se někdy pochválit za něco, o čem jste věděl, že to udělal někdo jiný?		
5. Příkladáte velký význam tomu, co si lidé myslí?		
6. Jste povídavý?		
7. Dělaloby Vám starosti, kdybyste měl dluhy?		
8. Cítíte se někdy mizerně a nevíte proč?		
9. Přispíváte finančně na dobročinné účely?		
10. Zachtělo se Vám někdy něčeho dalšího, než co Vám skutečně patřilo?		
11. Myslíte si o sobě, že máte velmi živou povahu?		
12. Rozruší Vás, vidíte-li, že trpí dítě nebo zvíře?		
13. Trápíte se často pro něco, co jste neměl udělat nebo říci?		
14. Dá se o Vás říci, že nemáte rád lidi, kteří se neumějí chovat?		
15. Dodržíte vždy své sliby i navzdory různým překážkám?		
16. Dokážete se obvyčejně úplně uvolnit a bavit ve veselé společnosti?		
17. Jste často podrážděný?		
18. Měli by lidé jednat pouze v souladu se zákony?		
19. Svedl jste někdy vinu na někoho jiného, ačkoliv jste věděl, že jste chybu udělal Vy sám?		
20. Poznáváte rád nové lidi?		

21. Pokládáte slušné chování za důležité?		
22. Jsou Vaše city lehce zranitelné?		
23. Jsou Vaše zvyky dobré a žádoucí?		
24. Máte při společenských příležitostech sklon držet se stranou?		
25. Užíval byste léky, které mohou mít škodlivé či neobvyklé účinky?		
26. Zdá se Vám často, že máte všechno "plné zuby"?		
27. Přivlastnil jste si někdy něco (třeba špendlík nebo knoflík), i když Vám to nepatřilo?		
28. Chodíte rád často do společnosti?		
29. Jednáte raději podle vlastního uvážení než podle předpisů?		
30. Dělá Vám dobře ubližovat lidem, které máte rád?		
31. Trápí Vás často pocity viny?		
32. Mluvíte někdy o věcech, o nichž nic nevíte?		
33. Dáváte přednost četbě před setkáními s lidmi?		
34. Máte nepřátele, kteří Vám chtějí uškodit?		
35. Řekl byste o sobě, že jste nervózní?		
36. Máte hodně přátel?		
37. Děláte rád "kanadské žertíky", které mohou někdy lidem ublížit?		
38. Jste člověk, který se často trápí?		
39. Plnil jste jako dítě příkazy okamžitě a bez odmlouvání?		
40. Řekl byste o sobě, že jste bezstarostný?		
41. Mají pro Vás dobré chování a bezúhonnost velký význam?		
42. Byly Vaše postoje často v rozporu s představami rodičů?		
43. Trápíte se kvůli hrozným věcem, které by se mohly přihodit?		
44. Už jste někdy pokazil nebo ztratil něco, co patřilo někomu jinému?		
45. Jste obvykle první při navazování nových přátelství?		
46. Řekl byste o sobě, že jste nervózní nebo že žijete v napětí?		
47. Když jste mezi lidmi, jste většinou zticha?		
48. Myslíte si, že je manželství staromódní a že by mělo zaniknout?		
49. Stává se Vám občas, že se trochu vychloubáte?		



50. Máte ve srovnání s většinou lidí méně vyhraněný názor na to, co je správné a co nesprávné?		
51. Dokážete lehce oživit nudnou společnost?		
52. Dělá Vám starosti Vaše zdraví?		
53. Řekl jste někdy o někom něco zlého nebo velmi nepěkného?		
54. Spolupracujete rád s druhými lidmi?		
55. Vyprávíte rád svým přátelům vtipy a zábavné historky?		
56. Pripadá Vám většina věcí stejná?		
57. Byl jste jako dítě někdy drzý ke svým rodičům?		
58. Setkáváte se rád s lidmi?		
59. Trápí Vás, když víte o nedostatecích ve své práci?		
60. Trpíte nespavostí?		
61. Soudí o Vás víc lidí, že jednáte unáhleně a zbrkle?		
62. Umýváte si před každým jídlem ruce?		
63. Máte skoro vždy po ruce "pohotovou odpověď", když Vás někdo osloví?		
64. Přicházíte na dojednané schůzky rád s velkým časovým předstihem?		
65. Jste často bez důvodu skleslý a unavený?		
66. Podváděl jste už někdy při nějaké hře?		
67. Děláte rád věci, při nichž je třeba jednat rychle?		
68. Je (či byla) Vaše matka dobrý člověk?		
69. Rozhodujete se často bez rozmyšlení?		
70. Zdá se Vám často, že je život nudný?		
71. Využil jste někdy výhod, které Vám z někoho plynou?		
72. Pouštíte se často do více činností, než na kolik Vám stačí čas?		
73. Snaží se Vám více lidí vyhnout?		
74. Trápí Vás to, jak vypadáte?		
75. Myslíte si, že lidé věnují příliš mnoho pozornosti zabezpečování budoucnosti spořením a uzavíráním pojistek?		
76. Chtělo se Vám někdy ženít?		
77. Vyhnul byste se placení daní, kdybyste si byl jist, že se na to nemůže přijít?		
78. Umíte rozproudit zábavu ve společnosti?		

79. Snažíte se nebýt k lidem hrubý?		
80. Trápíte se po nějaké nepříjemné zkušenosti dlouho?		
81. Řídíte se obyčejné příslovím: "Dvakrát měř, jednou řež"?		
82. Trval jste někdy na tom, aby bylo "po Vašem"?		
83. Máte problémy s nervy?		
84. Cítíte se často osamělý?		
85. Věříte tomu, že lidé většinou říkají pravdu?		
86. Jednáte vždy v souladu s tím, co říkáte?		
87. Urazíte se lehko, když lidé projevují nespokojenost s Vámi nebo s prací, kterou děláte?		
88. Je lepší řídit se pravidly společnosti než jít vlastní cestou?		
89. Přišel jste někdy pozdě na domluvené setkání nebo do práce?		
90. Máte kolem sebe rád hodně pohybu a vzrušení?		
91. Chtěl byste, aby se Vás lidé báli?		
92. Překypujete někdy energií a jindy zase upadáte do úplné nečinnosti?		
93. Odkládáte někdy na zítřek to, co byste měl udělat dnes?		
94. Myslí si o Vás lidé, že jste velmi živý?		
95. Věříte tomu, že Vás lidé klamou?		
96. Věříte tomu, že má člověk ke své rodině nějaké zvláštní povinnosti?		
97. Jste na některé věci přecitlivělý?		
98. Jste vždy ochotný připustit, že jste udělal chybu?		
99. Bylo by Vám líto zvířete, které se chytilo do pastí?		
100. Je pro Vás těžké se ovládnout, když se Váš hněv stupňuje?		
101. Zamykáte důkladně na noc svůj dům nebo byt?		
102. Myslíte si, že je pojištění dobrá věc?		
103. Rozčilují Vás lidé, kteří jezdí opatrně?		
104. Když někde cestujete vlakem, stává se Vám často, že jeho odjezd stiháte v poslední chvíli?		
105. Rozpadají se Vaše přátelství lehce a bez Vašeho zavinění?		
106. Baví Vás někdy trápit zvířata?		

ZKONTROLUJTE, ZDA JSTE ODPOVĚDĚL(A) NA VŠECHNY OTÁZKY

## Příloha č. 2

## Balónek

Dnes jsem si pro tebe připravila meditaci odlétající balónek. Pohodlně se posaď, zavři si oči a začni se soustředit na svůj dech. Tvůj dech se prohlubuje a postupně dýcháš více pravidelně. Při každém výdechu se stále více uvolňuješ a nyní se nacházíš ve stavu hlubokého uvolnění. Vybavuješ si nyní všechny myšlenky a pocity, které tě tíží. Také všechny nepříjemné a opakující se myšlenky, starosti, úzkosti, obavy a vše, co se ti stále honí hlavou a nesmírně tě to obtěžuje. Vidíš teď všechny tyto pocity tíživých myšlenek a pocitů v jednom bodě ve tvé hlavě. Najednou zahřmí a vidíš záblesk a nějakým kouzlem ses proměnil v docela malého človíčka a jsi tak malinký, že teď vidíš, jak lezeš do svého nosu. Lezeš do své hlavy a dostáváš se k bodu, kde jsou všechny ty myšlenky a pocity, které tě tíží, na jedné hromadě. Vypadají jako šedé mráčky, které jsou zachycené mezi tkáněmi. V tvé hlavě toho bylo tolik, že už nezbývalo ani trochu místa na nic příjemného a jsi překvapený, kolik tíživých a zbytečných myšlenek v hlavě nosíš. Najednou něco nahmatáš rukou ve své kapse a hle, vyndáš z ní balónek a provázek. Hned tě napadne co uděláš a okamžitě začínáš šedivé mráčky vkládat do balónku, až je hlava čistá a všechny šedivé mráčky jsou nyní uvnitř balónku. Balónek je nyní nafouklý, zavazuješ ho provázkem a pomalu vylézáš z hlavy ven. Venku balónek pouštíš a s ním i všechny tíživé myšlenky a pocity. Pociťuješ velkou úlevu a najednou uslyšíš opět hrom a blesk a ty jsi opět jako kouzlem ve své původní velikosti. Cítíš se ale úplně jinak, než před několika minutami. Cítíš se lehce, je ti příjemně a v hlavě máš najednou lehkost a místo pro myšlenky, které chceš mít. Je ti teď jasné, že jaké myšlenky v hlavě nosíš, tak se i cítíš. A kdykoliv bys cítil, že tě opět tíží tvé myšlenky a pocity, tak se sem můžeš vrátit. Teď už pomalu otvírej oči a uvědom si svoji jasnou a lehkou hlavu a to, že je důležité, jaké myšlenky v hlavě nosíš.

Příloha č. 3

Dotazník vlastní konstrukce:

- 1) Podařilo se ti vybavit si své negativní myšlenky a pocity?
- 2) Podařilo se ti vybavit si balónek, do něhož jsi vkládal všechny nepotřebné myšlenky?
- 3) Cítil jsi úlevu, když balónek s tvými negativními myšlenkami a pocity odletěl?
- 4) Pocítil jsi úlevu po skončení relaxace?