

Univerzita Karlova  
Husitská teologická fakulta  
Pacovská 350/4, 140 21

Studijní program: Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální pedagogika  
Akademický rok: 2005/2006

# POMOC KLIENTŮM V DENNÍM STACIONÁŘI S PSYCHOTERAPEURICKÝM ZAMĚŘENÍM

## HELP FOR CLIENTS IN A DAILY STATIONARY WITH THE PSYCHOTHERAPY AIM

Autor bakalářské práce  
Jana Škodová

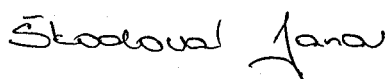
Vedoucí bakalářské práce  
PhDr. Jana Procházková

Děkuji vedoucí absolventské práce PhDr. Janě Procházkové za pomoc při zpracovávání tématu, za její doporučení, cenné připomínky a také za její vstřícnost po celou dobu psaní mé práce.

Dále bych chtěla poděkovat primáři denního sanatoria Horní Palata MuDr. Miloši Formanovi za umožnění stáže ve zdejším zařízení a za její absolvování v psychoterapeutické skupině pod jeho vedením. Děkuji jemu i celému týmu za zájem a laskavý přístup, díky kterému jsem se mohla mnohému naučit. Poděkování patří i všem členům léčebné skupiny, kteří byli ochotni mne mezi sebe přijmout. Jim všem přeji do života mnoho sil a úspěchů.

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně a veškerou použitou literaturu jsem uvedla v seznamu.

V Praze dne 30. května 2006



Škodová Jana

## Obsah:

1. Úvod.....	6
--------------	---

### Teoretická část :

2. Možnosti psychoterapie.....	7 - 8
--------------------------------	-------

### 3. Práce se skupinou

3.1. Skupinová dynamika terapeutické skupiny.....	9 - 11
3.2. Stádia vývoje uzavřené skupiny.....	11 - 12
3.3. Sociální práce se skupinou.....	12 - 13

### 4. Složky denního stacionáře – speciální skupinová sezení

4.1. Psychodrama.....	14 - 15
4.2. Psychogymnastika.....	15
4.3. Projektivní arteterapie.....	16
4.4. Muzikoterapie.....	16 - 17
4.5. Setkání.....	17
4.6. Návčik sociálních dovedností.....	17 - 18

### 5. Účinné faktory ve skupinové psychoterapii

5.1. Členství ve skupině.....	18
5.2. Emoční podpora.....	18
5.3. Pomáhání jiným.....	19
5.4. Sebeexplorace a sebeobjevování.....	19
5.5. Odreagování.....	19
5.6. Zpětná vazba, konfrontace.....	19 - 20
5.7. Náhled.....	20
5.8. Korektivní emoční zkušenost.....	20 - 21
5.9. Zkoušení a návčik nového chování.....	21
5.10. Získávání nových informací a sociálních dovedností.....	21

### 6. Duševní poruchy a poruchy chování

6.1. Neurotické poruchy.....	22 - 24
6.1.1. F41 Jiné úzkostné poruchy.....	24 - 25
6.1.2. F48 Jiné neurotické poruchy.....	25
6.1.3. F42 Obsedantně-kompulzivní porucha.....	25 - 26
6.2. Další neurotické poruchy.....	27
6.3. Specifické poruchy osobnosti.....	27 - 28

- 6.3.1. F60.6 Vyhýbavá porucha osobnosti 28
- 6.3.2. F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti 28

## 7. Pomáhající a klient

7.1. Vztah mezi pracovníkem a klientem .....	29 - 31
7.2. Hranice mezi pracovníkem a klientem .....	31 - 32
7.3. Kontakt s klientem, rozhovor .....	32 - 33
7.4. Psychická úskalí pomáhajících profesí .....	33 - 36
7.5. Výcvik a supervize .....	36 - 37

## Praktická část:

### 8. Denní sanatorium Horní Palata

8.1. Indikace léčebných programů .....	39 - 40
8.2. Základní léčebné programy .....	40 - 41
8.3. Sociální problematika .....	41 - 42
8.4. Náplň odborné stáže .....	42 - 44

### 9. Klienti denního sanatoria Horní Palata

9.1. Kasuistiky a výsledky dotazníkových šetření .....	45 - 74
9.2. Osobní zhodnocení výsledků léčby jednotlivých klientů .....	74 - 77
9.3. Vyhodnocení Dotazníků životní spokojenosti .....	78 - 82
9.4. Význam jednotlivých složek léčebného programu .....	83 - 88
9.5. Možné uplatnění sociálního pedagoga ve zdejšího zařízení .....	89

10. Shrnutí .....	90 - 91
-------------------	---------

11. Diskuse .....	92 - 95
-------------------	---------

12. Resume v českém jazyce .....	96 - 97
----------------------------------	---------

13. Resume v anglickém jazyce .....	98 - 99
-------------------------------------	---------

Seznam použité literatury .....	100 - 101
---------------------------------	-----------

## Přílohy:

Program denního stacionáře Horní Palata

# 1. Úvod

Když jsem se zamýšlela nad tématem své bakalářské práce, byla jsem si jistá, že bude souviset s oblastí psychoterapie. Psychologie mne zajímá již delší dobu a ráda bych se jí v budoucnu věnovala. Ze všech oblastí života, do kterých psychologie zasahuje, jsem zvolila psychopatologii, které jsem se v té době nejvíce věnovala. Absolvovat stáž v zařízení pro klienty trpící psychickými obtížemi se mi jevilo jako velmi zajímavá zkušenost. Chtěla jsem se přiblížit životu, který takto postižení lidé žijí, přála jsem si více poznat a pochopit jejich potíže a také to, jakým způsobem ovlivňují jejich životy. Zařízení Horní Palata je určeno lidem trpícím zejména neurotickými obtížemi a depresemi. Když jsem na stáž nastupovala, nepředpokládala jsem žádnou očividnou odlišnost zdejších klientů od sebe samé. Osoby trpící neurotickými příznaky či depresemi běžně potkáváme v našem okolí, aniž bychom si to uvědomovali, na první pohled se nijak neliší. Já sama znám takovéto lidi ze svého blízkého okolí. O duševních onemocněních koluje mnoho předsudků. Lidé se často takto nemocných obávají a neví, jak s nimi jednat. Psychické onemocnění je i dnes sociálním stigmatem, je nálepkou něčeho nenormálního. Je důležité si uvědomit, že takto postižení lidé si takovýto život nevybrali a nejsou také nijak méněcenní či neschopní. Mnoho lidí považuje v dnešní době volbu psychoterapie za slabost. Z mého pohledu je právě přiznání si, že potřebuji pomoci, jedním z největších projevů vnitřní síly a odhodlání věci měnit. Cílem mé bakalářské práce je přiblížit oblast skupinové psychoterapie, jejích pozitivních účinků na neurotické potíže, nastínit nutné předpoklady práce v takovéto oblasti a také zmínit rizika, která se mohou na straně pomáhajících vyskytnout. Teoretická východiska jsem se pak snažila zachytit v praxi a také se o nich rozepisuji v praktické části bakalářské práce. Tu doplňuji o pět kasuistik, o zhodnocení dotazníků životní spokojenosti klientů, o popis léčebného programu denního stacionáře a o svůj osobní pohled na něj.

## 2. Možnosti psychoterapie

Psychoterapie je definována jako léčebná činnost, využívající psychologických prostředků k tomu, aby dosáhla pozitivních změn u různých, zejména psychických funkcí.<sup>1</sup> Může ji provádět pouze člověk vzdělaný v oboru, zpravidla lékař nebo klinický psycholog. Pro psychoterapii ve zdravotnictví je nutný také speciální výcvik, jednodušší podpůrnou psychoterapii může vykonávat i proškolený sociální pracovník, sociální pedagog a zdravotní sestra. Psychoterapie využívá verbálních i neverbálních prostředků, jakými jsou například terapeutický rozhovor, podněcování emocí, terapeutický vztah, učení, interakce ve skupině atd. Cílevědomě působí na psychiku člověka, má odstranit nebo alespoň zmírnit potíže a pokud je to možné, tak i odstranit jejich příčiny. V jejím průběhu nastávají změny v prožívání a chování klienta, který postupně mění svůj postoj k sobě i ke svému okolí. Uplatňuje se zde například korekční emoční zkušenost, konfrontace s problémy, získávání náhledu, sebeexplorace, zpětná vazba, dynamika skupiny či učení. Psychoterapeutických technik je velké množství, většina z nich se ale v jistých bodech shoduje. Těmi nejzákladnějšími jsou (Atkinsonová et al. 1995 in Vágnerová 1999):

- \* vztah mezi klientem a terapeutem, který je založen na důvěře a vřelosti, klienta podporuje a uklidňuje
- \* v takto navozené atmosféře začínají klientovi připadat jeho problémy méně ohrožující, ustupují city
- \* terapeut posiluje žádoucí změny a pozitivní reakce klienta
- \* psychoterapie vysvětluje klientovi jeho potíže, tím ho lépe orientuje a podporuje v něm naději na zlepšení situace

Stejně tak, jako se jednotlivé přístupy v něčem základním shodují, tak se také v mnohých věcech liší. Rozdíly tkví zejména v míře direktivnosti, v zaměření psychoterapeutického působení, míře změn osobnosti, v míře náhledu na problémy a v kvalitě interpersonální dynamiky v psychoterapeutickém vztahu. Zda byla ukončená psychoterapie úspěšná, může posoudit zejména klient, jeho terapeut a osoby, které klienta dobře znají, lze také využít testovacích metod.

---

<sup>1</sup> VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál 1999

Psychoterapie může probíhat s jednotlivcem či skupinou. Jinou možností je rodinná terapie, která se zaměřuje zejména na problémy ve vztahu mezi rodiči a dětmi. Lze ji ale také chápat jako přístup, který pracuje s klientem jako se součástí systému, ve kterém žije, takový přístup se nazývá systémový. Na tento přístup později navázal přístup systemický, vycházející ze sociálního konstruktivismu, tzn., že okolní svět si utváříme a konstruujeme tak svou sociální realitu. Jelikož ale není v možnostech mé práce zabývat se všemi těmito možnostmi psychoterapie, zaměřím se ve své práci na psychoterapii skupinovou.

I skupinová psychoterapie může probíhat v různých formách. Jedná se o ambulantní skupiny, kam klienti dochází nejčastěji jednou týdně, dále jsou to denní stacionáře, trvající převážně 6-8 týdnů a pak jsou to skupiny, které jsou součástí léčebného programu v lůžkových zařízeních. Já se budu ve své práci věnovat variantě denního stacionáře.

Denní stacionář je zařízení, poskytující denní péči a to obvykle jen v pracovní dny. Podle cílové skupiny může mít charakter ošetrovatelský, rehabilitační nebo léčebný. Denní stacionář může být vhodnou alternativou ústavní léčby, ovšem pouze v některých případech. Stacionář velmi často vhodně navazuje na různě dlouhé pobyty v těchto zařízeních rezidenční léčby. Denní stacionáře se dělí podle druhů poruch v nich léčených, nejčastěji se jedná 3 základní skupiny. Jsou to stacionáře pro psychózy, stacionáře pro hraniční a jiné poruchy osobnosti a stacionáře pro neurózy a psychosomatická onemocnění. Takovéto dělení nabízí například psychosomatická klinika Eset v Praze. Délka trvání denního stacionáře bývá zpravidla 6-8 týdnů, klienti dochází do zařízení od pondělí do pátku, víkend mají pro sebe.



### 3. Práce se skupinou

Život ve skupině představuje pro člověka základní lidskou potřebu. Lidé potřebují sdílet, komunikovat, uskutečňovat se ve vztazích, přijímat a být přijímáni. Malá psychoterapeutická skupina, skládající se zhruba z 8-12 osob, slouží jako model společnosti.

#### 3.1. Skupinová dynamika terapeutické skupiny

Skupinová psychoterapie je postupem, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, **skupinová dynamika** je vlastním životem skupiny, souhrnem veškerého dění. Jedná se jak o vztahy a interakce mezi členy, tak mezi členy a terapeutem. Skupinová dynamika souvisí zejména s cíli skupiny a jejími normami, s vůdcovstvím, kohezí a tenzí, projekcí minulých zkušeností a vztahů do současných interakcí, s vytvářením podskupin se vztahy mezi jedincem a skupinou.

Cíle skupiny mohou být různé, může se jednat například o dosažení vzhledu a následné změny postoje, o změnu maladaptivního chování, o podporu rozvoje osobnosti či o přímý nácvik, jehož účelem je odstranit chorobné příznaky. **Struktura** skupiny je daná dvěma způsoby, existuje struktura formální, daná organizací, a struktura neformální, daná interpersonálními preferencemi. **Normy** představují nepsaná pravidla, která určují, co je a není správné. Skupina pak působí svým tlakem na přizpůsobení se těmto normám. Ve skupině také existují základní **role**, Moreno (in Kratochvíl 1995) je rozdělil na dvě vůdcovské role, jednu podle schopností a druhou podle oblíbenosti, a roli černé ovce. Vůdce podle oblíbenosti se označuje jako hvězda. Další rozdělení, podle Schindlera (in Kratochvíl 1995), rozlišuje role alfa, beta, gama a omega a přiřazuje protivníka "P". Alfa představuje vůdce, beta experta, kterého skupina potřebuje pro jeho schopnosti, gama jsou členové pasivní a přizpůsobiví a omega je člen na okraji skupiny. Neurotičtí pacienti mají tendenci neustále opakovat svoje role, kdykoli přijdou do nové skupiny. Úkolem skupinové psychoterapie je tento repertoár rolí rozšířit, aby se klient uměl chovat i jinak než dosud.

Významným pojmem je také **koheze** neboli soudržnost. Je nutnou součástí skupinové psychoterapie a odvíjí se od přitažlivosti skupiny pro její členy. Na kohezi působí vzájemná závislost členů při jejich spolupráci a také odmítavý postoj společnosti, který spojuje členy

pocitem společné křivdy. Soudržná skupina se více vzájemně akceptuje a dokáže otevřeně vyslovit své pocity, zejména dokáže projevit hostilitu. Pokud tato skupina nedokáže, existuje zde velké riziko, že si najde obětního beránka. Při vzájemných interakcích vzniká také zákonitě jisté napětí, **tenze**. Člověk musí brát ohled na ostatní členy skupiny, nemůže jen sobecky uspokojovat své vlastní potřeby. Je nutné přizpůsobit se skupinovým normám, což některé členy v jejich potřebách omezuje. Objevuje se agresivita, nepřátelství, antipatie. Skupinová tenze se může projevit vnitřním napětím u jedinců, například úzkostí strachem či hostilitou. Členové skupiny na tenzi reagují svými navyklými způsoby, potlačují ji, ventilují ji nepřímě nebo ji projevují přímo. Ve skupině se mohou objevit konflikty, které vznikají následkem přenesení minulých zkušeností do současné situace ve skupině. Pokud je tenze příliš dlouhá a nekompenzuje ji emoční podpora a skupinová koheze, může vyústit k potřebě úniku ze skupiny. Objevuje se odpor hovořit o sobě a odpor vůči skupině. Negativně ale působí i příliš malá tenze, protože nepodněcuje touhu pracovat na odstranění svých problémů. Pro terapeutickou skupinu znamenají konflikty, konfrontace a kritika živnou půdu pro zpětnou vazbu. Tenze je tedy užitečnou hnací silou změny, usnadňuje otevřené projevy negativních pocitů a podporuje také projevení maladaptivních forem chování. Koheze a tenze jsou v úzkém vztahu, je dobré, pokud jsou obě v rovnováze. Koheze stabilizuje, tenze dynamizuje, oboje je stejně důležité.

Do skupiny si také každý přináší svou minulost, své dřívější vztahy a zkušenosti. Ty ovlivňují emocionální reakce a chování k druhým lidem, člověk si tyto zkušenosti do současné situace promítá. Veškeré interpersonální reakce tedy nejsou způsobeny pouze aktuálním podnětem, do hry vstupuje i přenos vlastních vztahů k jinému člověku z minulosti. Člověk může do druhých projikovat nejen určité vlastnosti, ale také své vlastní skryté motivy.

**Projekce** je obranný mechanismus, kdy člověk druhým připisuje myšlenky a impulsy, který má on sám, ale jsou pro něj nepřijatelné. Projekce slouží jako ochrana před úzkostí, která by vznikla z vnitřního konfliktu. Podle toho, že nám někdo připomíná postavu z naší minulosti, která nám byla něčím nepříjemná, se utváří náš nynější vztah k této osobě. Často se jedná o nesprávnou generalizaci, o patologické zevšeobecňování. Člověk se tak dostává do bludného kruhu, kdy tím, že očekává určité chování a podle toho se sám chová, vyvolává u okolí reakce, které mu toto přesvědčení potvrzují. Podstatou přenosu je, že přenáší emocionální vztahy z jedné situace do druhé.

Ve skupinách také dochází ke **tvorbě podskupin**, založených například na generační příbuznosti či shodě zájmů a názorů. Jejich členové se vyhýbají vzájemné konfrontaci. Podskupina může vzniknout také na základě pohlaví nebo úrovně intelektu. Může se objevit i rivalita mezi podskupinou a zbylou částí skupiny, nebo také boj mezi jednotlivými podskupinami, narušující kohezi a produktivitu. V podskupinách často probíhají rozhovory o problémech jednotlivých klientů, pokud se skupina dozví o obsahu těchto rozhovorů, nejsou tyto podskupiny ohrožením. Mimoskupinové dění musí být vždy ve skupině zpracováno. Pokud tomu tak není a v podskupinách vznikají společná tajemství, je to ohrožujícím faktorem. Proto je také nežádoucí, aby se v jedné skupině objevili členové, mezi kterými již dříve existoval vzájemný vztah. Zvláštní podskupinu tvoří tzv. *erotické dvojice*. Tento vztah může být způsoben přenosem vztahu k někomu blízkému z minulosti, může být také kompenzací současného neuspokojivého vztahu. Tento vztah by se měl co nejdříve rozebrat na skupinovém sezení, je důležité objasnit motivy a pochopit úlohu takového chování v životě obou členů.<sup>2</sup> V psychoterapeutické skupině je nutná existence jistých **pravidel**, která určují rámc skupinové práce. S těmito pravidly by měl terapeut skupinu seznámit ještě před jejím rozběhnutím. Rieger (in Matoušek 2003) shrnul tato pravidla do pěti bodů. Jsou jimi mlčenlivost a důvěrnost, otevřenost a upřímnost, právo říci „stop“, odpovědnost k sobě i k druhým a dodržování organizačních pravidel.<sup>3</sup>

### 3.2. Stádia vývoje uzavřené skupiny

V každé uzavřené skupině, kdy jsou její členové společně od začátku do konce, lze sledovat a rozpoznat přirozený průběh jejího vývoje. Zpravidla jsou uváděna čtyři stádia vývoje skupiny, přičemž je možné se ve stádiích zastavovat, vracet se do předchozích nebo dokonce nějaké přeskochit. Yalom (1999) i Kratochvíl (1995) rozlišují tato čtyři stádia stejným způsobem, liší se pouze v jejich názvech. Prvním je stádium orientace a závislosti, druhým stádium konfliktů a protestu, třetím stádium koheze a kooperace a čtvrtým stádium cílevědomé činnosti. Ve stádiu **orientace a závislosti** se členové skupiny ujišťují, jestli je právě toto pro ně to pravé, hledají smysl. Skupina se snaží nalézt strukturu a cíle, očekává také vedení terapeuta, jsou na něm závislí. Komunikace v tomto stádiu jde spíše po povrchu, často se diskutuje pouze

---

<sup>2</sup> KRATOCHVÍL, S. Skupinová psychoterapie v praxi. kap. Skupinová dynamika terapeutické skupiny. Praha: Galén 1995. s.14-30

<sup>3</sup> MATOUŠEK, O. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál 2003

o okrajových a obecných záležitostech. Ve stádiu **konfliktů a protestu** dochází k boji o pozice a role. Členové skupiny se snaží o sebeprosazení, existuje zde rivalita a boj o vůdcovství, častá je kritika mezi členy. Také se objevuje hostilita a vzpoura vůči terapeutovi. Ve stádiu **koheze a kooperace** se skupina snaží o vzájemné harmonické vztahy. Napětí se snižuje, ve skupině vzniká vědomí "my". Typická je aktivita členů a schopnost společné práce, ve skupině existuje intimita a vzájemný soulad. Členové dokáží hovořit o sobě a umí otevřeně vyjádřit své pocity. Dokáží si poskytnout pocit bezpečí pro to, aby se mohli otevřít druhým. Ve stádiu **cílevědomé činnosti** pracuje již kohezí skupina značně terapeuticky. Zamýšlí se, povzbuzuje i kritizuje. Snaží se o dosažení náhledu a změny dosavadních postojů. Dokáže otevřeně vyjádřit i negativní pocity a ty také konstruktivně zpracovat. Vývoj a trvání jednotlivých stádií ovlivňuje značně osobnost a chování terapeuta, ale také cíle skupiny a frekvence jejího setkávání.

### 3.3. Sociální práce se skupinou

Sociální pracovníci a pedagogové se mohou podílet na vedení skupin podpůrných, vzdělávacích, na činnosti skupin zaměřených na dosažení sociálních cílů, mohou vést skupiny terapeutické nebo řídit skupiny pracovní a rekreační. Mohou také poskytovat konzultace řídicím pracovníkům komunit nebo svépomocných skupin.<sup>4</sup> Ve skupinové práci je úlohou sociálního pedagoga pomáhat sociálnímu fungování skupiny, rozvíjet vzájemné pozitivní sociální vztahy mezi členy a snažit se zajistit rozvoj každému jejímu členu tak, aby to neodporovalo stanoveným cílům skupiny. Vedení skupin je jednou z nejvýznamnějších kompetencí sociálního pedagoga, má rozmanité možnosti, kde se může v praxi uplatnit v práci se skupinou.

**Socioterapie** je popisována jako soubor opatření sloužících k příznivému ovlivnění stavu a osob, které jsou z hlediska vzniku a vývoje negativních jevů rizikové nebo jež se ocitly v sociální nouzi.<sup>5</sup> Jejím cílem je dosáhnout znovuoobnovení sociálních vztahů a dovedností, které byly kvůli jejich handicapu narušeny. Jedná se ve své podstatě o výcvik v psychosociálních dovednostech. Klienti během socioterapie zvyšují své kompetence, učí se sami řešit problémy, být odpovědní sami za sebe a svůj život. Jednou z možností práce sociálního pedagoga je také socioterapie s terapeutickou skupinou psychiatrických pacientů.

<sup>4</sup> MATOUŠEK, O. Metody a řízení sociální práce. kap. Skupinová práce. Praha: Portál 2003. s.154

<sup>5</sup> MATOUŠEK, O. Metody a řízení sociální práce. Slovník sociální práce. Praha: Portál 2003. s.219

Skupiny jako takové jsou přirozeným prostorem pro denní aktivity, mají vliv na psychiku i jednání jejich členů. Zároveň jsou ve skupině překonávány komunikační bariéry, což lze ve výsledku přenést i do běžného každodenního života. Ve skupině mohou její členové poznávat nové perspektivy, vytvářet si nové pohledy na řešení problémů, mohou se zde naučit přijatelnějším způsobům chování. K tomu všemu může významným způsobem přispět i sociální pedagog tím, že bude podporovat skupinové aktivity, vzájemně propojovat členy mezi sebou, bude si všimnout skupinového dění a čerpat z něj při sociální pomoci jednotlivým klientům. Skupiny jsou velmi vhodnou formou pro poskytování služeb. Členové jsou ochotnější dodržovat skupinová pravidla a udržet si stanovený cíl. Setkávání lidí s podobnými potřebami je produktivní cestou k tomu, jak předávat informace, nabídnout podporu či hledat řešení. Sociální práce se skupinou vychází ze systémové teorie. Tento systémový pohled klade důraz na vzájemnost vztahů mezi jednotlivci a skupinami a bere v úvahu také vzájemnou závislost mezi skupinou a jejím okolím. Ve snaze o individuální změnu je proto důležité věnovat pozornost jak skupinové dynamice a vztahům mimo skupinu, tak individuálním zájmům a vztahům uvnitř skupiny.<sup>6</sup> Pro sociálního pedagoga ve skupinové práci je významným bodem absolvování skupinového sebezkušenostního výcviku, který mu pomůže uvědomit si a pojmenovat svá citlivá místa a naučí ho plně rozumět dynamice skupiny. Takový pracovník je schopen sám sebe reflektovat a neodreagovat si své vlastní problémy na klientech. Skupinová sociální pracovníci se uplatňují při intervenci na úrovni individuální, skupinové a společenské. Individuální intervence probíhá v prostředí skupiny, někdy i individuálně, a jejím cílem je pomocí různých technik podporovat navazování vztahů mezi členy skupiny a uplatňovat při tom také svou osobnost a lidskost. Skupinové intervence mají pomoci vytvořit ze skupiny jednotku, která je schopna poskytovat pomoc a podporu a dosahovat svých cílů. Na pracovníkovi je, aby skupinu řídil tak, aby podporoval její vývoj. Intervence společenské, čili zaměřené na okolí, se snaží zapojit důležité jednotlivce a systémy, které skupinu obklopují, aby do podpory skupinových procesů.<sup>7</sup> Sociální práce chápe skupinu jako prostředek i jako prostředí, skupina je tak nositelem a zároveň místem poskytované služby. Síla skupiny podporuje její členy při společné práci, kontext pak ukazuje, že cokoli se ve skupině stane, ostatní ovlivňuje. Úlohou pracovníka je podporovat skupinové sdílení, citovou angažovanost a řešení problémů.

---

<sup>6</sup> MATOUŠEK, O. Metody a řízení sociální práce. kap. Skupinová práce. Praha: Portál 2003. s.156

<sup>7</sup> MATOUŠEK, O. Metody a řízení sociální práce. kap. Skupinová práce. Praha: Portál 2003. s. 156

## 4. Speciální skupinová sezení, složky denního stacionáře

Základní formou skupinového sezení je diskusní psychoterapeutická skupina. Kromě toho jsou využívány i speciální skupinová sezení, která jsou postavena pouze na určitém druhu technik. Program denního stacionáře vychází ze základní diskusní skupiny, kterou doplňuje těmito speciálními skupinovými sezeními. Tím vytváří celistvý program, který pracuje se všemi složkami člověka. Všechny typy těchto skupinových sezení vychází z léčebných faktorů skupinové dynamiky.

### 4.1. Psychodrama

Zakladatelem psychodramatu je Moreno (in Kratochvíl 1995), který rozděluje psychodramatické sezení na tři části: rozehrání, vlastní psychodramatická hra a sdílení pocitů. Cílem **rozehrávací fáze** je uvolnění atmosféry, vzbudit u klientů spontánnost a tvořivost. V psychodramatu jde o projevení vlastních problémů a pocitů ve formě přehrání hry, člověk se vlastně učí prováděnou akcí. Pro rozehrání se proto používají různé taneční, pantomimické či fantazijní techniky. **Vlastní psychodramatická hra** se zabývá nějakým významným problémem skupiny nebo jejího člena. Terapeut vystupuje v roli režiséra. Člen skupiny, který stojí v centru pozornosti se nazývá protagonist, členové, kteří pomáhají režisérovi či protagonistovi jsou označováni jako pomocní herci nebo také jako "pomocné já". V psychodramatu podle Morena (in Kratochvíl 1995) je důležité, aby byl prostor určený ke hraní oddělen od prostoru, v němž se sedí. Je to proto, že scéna se stává místem na pomezí reality a fikce. Protagonista přesně popisuje prostředí, ve kterém se nachází, to ho podněcuje k tomu, aby jednal jako ve skutečnosti. Pak vybírá z přítomných osoby, které by mohly zastupovat osoby reálné. Poté, co jim udělí role, ustupuje režisér do pozadí a aktéři rozehrají scénu. Režisér hru sleduje a podněcuje aktéry k vyjádření emocí, podle potřeby hru zastavuje a vrací nebo ji doplňuje o herce a zařazuje speciální techniky. K těm patří zejména monolog, technika dvojníka, výměna rolí a zrcadlo. V monologu jde o to, vyjádřit své skutečné pocity, říci to, co si člověk myslí vedle toho, co ve skutečnosti říká. Technika dvojníka se uplatňuje tam, kde je potřeba ujasnit si vlastní motivy. Na scénu je postaven dvojník, který kopíruje protagonistu, chová se jako on. Výměna rolí nutí protagonistu, aby se vcítil do způsobu myšlení druhého člověka a snažil se mu porozumět. V technice zrcadlo hrají pomocní herci protagonistu a on má možnost pozorovat se jako v zrcadle. Po ukončení vlastní

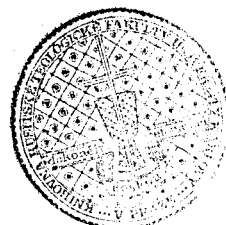
psychodramatické hry nastává **sdílení pocitů**. Jedná se o zpětnou vazbu od publika, členové skupiny popisují, jak hru prožívali, jaké emoce v ní viděli. Psychodrama nabízí možnost, jak porozumět druhým, vede k odreagování emocí a k náhledu. Zároveň si jeho účastníci mohou zakusit nové způsoby chování, aktéři si mohou vyzkoušet, jak situaci řešit jinak.<sup>8</sup>

## 4.2. Psychogymnastika

Psychogymnastika je zařazována do léčebných programů skupinové psychoterapie zpravidla jednou týdně. Jedná se o metodu, při které členové skupiny komunikují převážně neverbálně a která má za cíl poznání a následnou změnu osobnosti. Psychogymnastické cvičení se dělí na část průpravnou, pantomimickou a závěrečnou. **Průpravná část** zabírá zhruba třetinu času. Nejprve se nacvičuje správné držení těla a jiné cviky, poté následuje uvolnění a rozproudění, které snižuje strach a zábrany. V neposlední řadě zde dochází k uvědomování si vlastního těla, uvědomování prostoru, kontaktu a svých pocitů a myšlenek, které jsou znázorněny pohybem. V průpravné= části se spojují pohyb, kontakt a imaginace. Nejvýznamnější a zároveň nejdelší částí je **část pantomimická**. Terapeut zadává členům skupiny témata, která mají poté pantomimicky vyjádřit. Poté, co je dané téma přehráno, hovoří se o doprovodných pocitech. Nejdříve se vyjádří ti, kteří pouze přihlíželi, pak teprve přímí aktéři scény. Téma může být zadáno jednotlivci, části skupiny nebo skupině celé. Může se jednat o téma všeobecného rázu, nebo může být naopak konkrétní a osobní. Junová (1964 in Karochvíl 1995) navrhuje rozdělení možných témat do čtyř okruhů. Jsou to běžné životní situace, obecně lidské konflikty (vnitřní i vnější), specifická problematika jednotlivých pacientů a interpersonální vztahy ve skupině. Pantomimická část bývá pro klienty velmi náročná a zvyšuje jejich neurotické obtíže. Proto má závěrečná část přinést uvolnění, vědomí vlastní síly a sounáležitosti. K tomu se využívají například rytmické prvky, tance či dětské hříčky. Při psychogymnastice je velmi důležité sdílení pocitů a zpracovávání toho, co se postupně objevuje. Část je zpracována obvykle přímo na psychogymnastické hodině, část pak lze využít v diskusní skupině.

---

<sup>8</sup> KRATOCHVÍL, S. Skupinová psychoterapie v praxi. Praha: Galén 1995. s.132-141



### 4.3. Projektivní arteterapie

Projektivní arteterapie využívá různých výtvarných prostředků, jakými jsou například kreslení, malování či modelování, k tomu, aby bylo dosaženo odhalení problematiky jednotlivých členů či skupiny jako celku. Výtvarné činnosti mohou mít různé využití. Důraz může být kladen na samotnou tvořivou aktivitu, výtvarná produkce může být zaměřena na odpoutání pozornosti pacienta od jeho patologických myšlenek, může se soustředit na ventilaci pudových impulsů či emočních stavů přenesených do výtvarné tvorby, nebo podněcovat promítání citů a motivů do tvorby. Při arteterapii nejde o uměleckou hodnotu díla, je důležité dát klientům možnost snáze projevit své problémy. Sezení trvá zpravidla 90 minut a rozděluje se na část kresební a diskusní. **Kresebná část** trvá 15-30 minut. Členové skupiny se snaží kresebně vyjádřit zadané téma, vyjádření může být jak figurální, tak abstraktní. Existují různé speciální postupy, je to zejména volná kresba, konverzační kresba, doplňovaná kresba a společná kresba. V **diskusní části** je možné nejdříve vystavit všechny kresby najednou a členové si mohou všimnout jednotlivých podobností a rozdílů kreseb, nebo mohou být kresby probírány jednotlivě po sobě. V každé kresbě lze hledat to, co v ní autor vyjádřit chtěl a také to, co na ni asociují ostatní, co do ni promítají ze sebe a co ze svých dosavadních poznatků o autorovi. Z kresby nelze jednoznačně usuzovat na povahu či motivy autora, interpretace je ponechána skupině. Kresby slouží spíše jako podklad k projevení pocitů, a to jak u autora, tak u posuzujícího.

### 4.4. Muzikoterapie

Muzikoterapie využívá léčebných účinků hudby. Můžeme ji rozdělit na část receptivní, kdy je hudba poslouchána, a aktivní, kdy účastníci sami hudbu provozují. Další možné rozdělení je na muzikoterapii retrospektivní, orientovanou na zážitky v minulosti, a perspektivní, zaměřenou na budoucnost a stabilizaci organismu. **Receptivní muzikoterapie** je zaměřena na poslech hudby, lze ji dále rozdělit na muzikoterapii komunikační, reaktivní a regulativní, podle léčebného cíle. *Komunikační* muzikoterapie je společným poslechem hudby, má podpořit vzájemné kontakty, rozvíjet porozumění a důvěru mezi členy skupiny. Díky společnému poslechu se mohou stát členové sdílnějšími. Cílem *reaktivní* muzikoterapie je vyvolat afektivní reakci, čímž dochází k uvolnění emocí, které jsou spojeny s konfliktními situacemi. *Regulativní* muzikoterapie pak slouží k uvolnění svalů a neutralizaci napětí. Při **aktivní muzikoterapii** se



členové projevují pomocí tónů, melodií, zpěvu, rytmu či tance. Všechny tyto formy podněcují u klientů sebeprojevení a komunikaci, mají také moc ovlivnit náladu klientů.

## 4.5. Setkání

Při skupinách setkání, tzv. encounter, jde především o netlumené projevování emocí. Důležitý je intenzivní prožitek, tělesný kontakt, upřímnost, autenticita, důvěra a blízkost. Intelektualizace je považována za rušivou. Základním motem těchto setkání je „Prožívej“, a to teď a tady, co nejintenzivněji a také řekni ostatním, co prožíváš. Techniky pak slouží k posílení tohoto prožívání, ke zvýšení emocí. U neurotických pacientů se předpokládá emoční zablokovanost, cílem je u klientů probudit a posléze je harmonicky včlenit do svého života. Zásadou je od emoce neutíkat a rozvinout ji, u člena skupiny jsou podporovány veškeré projevy, které ji povzbuzují, ať už mimické, pohybové, pláč apod. Skupina se situace účastní, empaticky se k dotyčnému členovi projevuje dotekem a sdílením. Doteky rozšiřují zážitkovou oblast a jsou také účinnou zpětnou vazbou.

## 4.6. Návčik sociálních dovedností

Návčik je zaměřen na rozšíření sociálních dovedností, které klientům chybějí. Ve skupině je posilován oceněním a pochvalou, dále se utváří kritickým komentářem ostatních členů. Základními učenými sociálními dovednostmi jsou návčik vciťování, návčik sebeprosazení a návčik řešení problémů. Náplní vciťování je návčik empatické komunikace či naslouchání. Návčik sebeprosazení (asertivity) je vlastně návčikem otevřené komunikace. Učí, jak přímou formou vyjadřovat svoje názory, pocity a požadavky bez ponižování druhých. Součástí je také dovednost vyjádřit nesouhlas, odmítnout požadavek a říci „nechci“. V návčiku asertivity se používají různá cvičení, příkladem je například otevřené vyjadřování pocitů, zahajování, udržování a ukončení rozhovoru či požádání o laskavost. V návčiku řešení konfliktů nechává nejprve terapeut přehrát dvěma členy konfliktní rozhovor, poté do něj vnáší určitá pravidla. V návčiku se oddělují dvě etapy v rozhovoru o problému, jsou to popsání problému a řešení problému. Cílem popsání je ujasnění podstaty sporu, shodující se na obou stranách, při řešení navrhována řešení, dochází k vyjednávání směřující k dohodě, přijatelné pro obě strany. Ve

skupině lze podle potřeby nacvičovat i jiné postupy. Jsou to například konstruktivní hádka, nácvik kladné komunikace či desenzibilizační nácviková sezení.<sup>9</sup>

## **5. Léčebné faktory ve skupinové psychoterapii**

Ve skupinové psychoterapii se uplatňují specifické formy léčebného působení, které při práci s jednotlivcem není možné uplatnit. Skupina poskytuje oproti individuální terapii více možností a léčebných prostředků, není ale samozřejmě tou správnou volbou vhodná pro každého klienta.

### **5.1. Členství ve skupině**

U pacientů, kteří jsou izolováni od společenských kontaktů, může už sama příslušnost ke skupině působit terapeuticky a vyvolat změnu. Přijetí do skupiny a společné skupinové aktivity mohou pro klienta znamenat korektivní zkušenost. Značně podpurným faktorem je pocit sounáležitosti. Mnozí klienti přichází do terapie s pocitem, že jejich problémy jsou výlučné. Zjištění, že ostatní mají stejné obavy jako oni, je uklidňuje, cítí se mezi „svými“.

### **5.2. Emoční podpora**

Emoční podpora se může projevit pouze v psychologicky bezpečném prostředí. Členové skupiny si vzájemně naslouchají a snaží si porozumět. Člověk je zde přijat takový, jaký je, bez ohledu na své postavení a problémy. Jeho pocity a myšlenky jsou zde akceptovány. Proto aby se člověk ve skupině otevřel je nutný zájem, tolerance a sympatie. Klienti mají ale sklon podléhat svým předsudkům, proto je důležité správné vedení skupiny, aby nedošlo ke srážení či opovrhování některým členem skupiny. Významnou úlohu hraje v emoční podpoře také skupinová koheze a dodávání naděje, kterou klienti vidí, když slyší, jak se jejich spolupacienti zlepšili.

---

<sup>9</sup> KRATOCHVÍL, S. Skupinová psychoterapie v praxi. kap. Speciální skupinová sezení. Praha: Galén 1995. s.132-171

### **5.3. Pomáhání jiným**

Terapeuticky nepůsobí pouze to, že klientovi pomáhají ostatní a že mu poskytují podporu. Klientovi pomáhá vědomí, že on sám je oporou pro druhé, sdílí s ostatními a může jim pomoci. To, že je skupině užitečný mu dává životní smysl. Tento faktor bývá také nazýván jako altruismus. Na rozdíl od individuální terapie zde může dojít k jednotě přijímání a dávání.

### **5.4. Sebeexplorace a sebeobjevování**

Skupinová psychoterapie podporuje projevování skrytých myšlenek a přání, s tím je spojeno aktivní objevování sebe sama. K tomuto sebeodhalení, odložení masky, musí dojít v atmosféře, kdy na něj ostatní reagují porozuměním a podporou. Takový člen na sebe bere určité riziko, pokud se mu nedostane podpory, může to pro něj být traumatizující a cítit se ponížene.

### **5.5. Odreagování**

Odreagování silných emocí bezpochyby k terapeutickému procesu patří. Potlačované emoce, které provázely nějakou traumatickou situací v minulosti, se nyní mohou naplno projevit. Velice účinné je to zejména v těch případech, kdy člověk z nějakých důvodů nemohl v reálné situaci dát své pocity najevo. Skupina toto odreagování umožňuje, silné emoce, jakými je třeba vztek nebo smutek, jsou zde tolerovány a podporovány. Vyprávěním o takových těžkých zážitcích a pocitech vede často k pocitu úlevy a odeznění tenze.

### **5.6. Zpětná vazba, konfrontace**

Zpětná vazba je poskytováním informací druhými lidmi o tom, jak na ně působí naše chování. Při sebeexploraci dává člen skupiny informace ze své utajené oblasti, skupina mu ale zpětnou vazbou poodhaluje oblast tzv. slepé skvrny. Pro některé klienty je psychoterapeutická skupina prvním místem, kde se jim zpětné vazby dostane. Neurotičtí pacienti častěji postrádají důvěrný vztah, ze kterého by toto mohli čerpat. Zpětná vazba není interpretací, je pro ni charakteristické, že člověk, který ji poskytuje, sděluje, jaké pocity v něm určité chování

dotyčného vyvolává. Proto je také ve své podstatě vždy správně, je subjektivním vyjádřením osoby, jeho subjektivní reakcí.

## 5.7. Náhled

Náhled je pochopením dříve neuvědomovaných souvislostí ve vlastní psychice a vztazích ve spojitosti s maladaptivním chováním.<sup>10</sup> Základem je, aby si neurotický pacient uvědomil, že symptomy, kterými trpí, souvisí s jeho osobními konflikty. Ve skupinové terapii pak směřuje k léčebným formám náhledu, kterými jsou náhled interpersonální a genetický. Interpersonální náhled znamená uvědomění si, jak sám klient ovlivňuje svým chováním své současné problémy. Genetický náhled je poznáním nevědomých příčin svých současných postojů a citů, pocházejících z minulosti. Yalom (1985 in Kratochvíl 1995) rozlišuje čtyři úrovně náhledu. První je poznání, jak člověka vidí druzí lidé. Druhou úrovní je uvědomění si, jak se člověk k druhým lidem chová, co jim dělá. Třetí je pak otázkou motivace, jde o poznání, proč jim toto dělá. Čtvrtá úroveň zahrnuje porozumění tomu, proč se člověk stal takovým, jakým je, tento náhled lze označit jako genetický. Samotný náhled je prostředkem ke změně svého dosavadního chování a tím také odstranění neurotických symptomů. Když pacient porozumí příčinám svého maladaptivního chování, měl by být pak schopen ho měnit.

## 5.8. Korektivní emoční zkušenost

Při korekční emoční zkušenosti zažívá člověk emočně velmi silnou situaci, kterou si opravuje své nesprávné zevšeobecnění, které učinil v minulosti na základě nějakého traumatického zážitku. Při této korekci se okolí chová jinak, než by člověk na základě své generalizace očekával. Narazí-li na odlišnou reakci, dále situaci diferencuje a rozmýšlí nad vhodností svých reakcí. Když nejsou dosavadní reakce podporovány, začne si klient postupně uvědomovat, že dříve používané formy chování nejsou v nové situaci vhodné. Určitou korektivní zkušenost může znamenat již to, že je skupina prožívána jako rodina, kde si klient může zrekapitulovat své rodinné vztahy. Mezi psychoterapeutickou skupinou a rodinou existuje zcela jistě analogie. Členové jsou si blízcí a jsou závislí na vedoucím. Toto vše umocňuje i to, že skupina bývá vedena koterapeuty, většinou mužem a ženou, do kterých

---

<sup>10</sup> KRATOCHVÍL, S. Skupinová psychoterapie v praxi. kap. Účinné faktory ve skupinové psychoterapii. Praha: Galén 1995. s.195

klienti mohou projíkovat své rodičovské postavy. To může sloužit jako korektivní zkušenost nedořešených dětských problémů a frustrací. Oproti rodině se ale v psychoterapeutické skupině nedovolí, aby maladaptivní vztahy zrigidněly, neustále se přehodnocují a pokouší se o nové zralejší chování.

## 5.9. Zkoušení a nácvik nového chování

Ve chvíli, kdy klient pozná nevhodnost svých dosavadních způsobů chování, dochází ke zkoušení způsobů nových. Významnou úlohu při tom hraje posilování ze strany skupiny, její pozitivní zpětná vazba. Dojde-li ke změně, je tato změna nejprve prožívána uvnitř skupiny, pak je přenášena i za její hranice. Protože jeho nevhodné chování ustupuje, dokáže člověk navazovat uspokojivější vztahy, čímž si také upevňuje sebevědomí. To následně snižuje jeho úzkost. Ve skupinové psychoterapii je občas uplatňován i systematický plánovaný výcvik, například nácvik sebeprosazení. Dále zde probíhá učení nápodobou, pozorováním některých členů skupiny získává klient vzory pro své vlastní chování. Nácvik nového chování může navazovat na náhled, ale postup může být i opačný. Člověk je nejprve na základě vnějšího tlaku donucen přijmout určité formy chování, které zprvu používá pouze vnějškově, toto chování je stále v rozporu s jeho vnitřními postoji. Uvnitř něj vzniká napětí a touha dosáhnout opět rovnováhy. Tím, že se posléze k tomuto novému chování přihlásí, nastává sekundárně vnitřní akceptování tohoto postoje a dochází ke změně postoje dřívějšího.

## 5.10. Získání nových informací a sociálních dovedností

Ve skupině získává klient velké množství nových informací. Tím, že naslouchá příběhům ostatních a zjišťuje, jaké následky mělo jejich chování, získává poznatky využitelné pro svůj vlastní život. Učí se také chápat odlišné názory lidí na stejnou otázku. Proto i lidé, kteří se ve skupině příliš neangažují, mají možnost dosáhnout změny. Tento postoj se nazývá také terapie pozorováním nebo také divácká terapie. Pro některé klienty se stala rozhodující právě událost druhého člověka a ne jejich vlastní, využili tak k náhledu sebeprojevení jiných osob. Členové skupiny se také učí od ostatních novým sociálním dovednostem.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> KRATOCHVÍL, S. Skupinová psychoterapie v praxi. kap. Účinné factory ve skupinové psychoterapii. Praha. Galén 1995. s.188-204

## 6. Duševní poruchy a poruchy chování

MKN – 10 zmiňuje těchto deset základních rozdělení duševních poruch a poruch chování:

- \* F00 – F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických
- \* F10 – F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- \* F20 – F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
- \* F30 – F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)
- \* F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- \* F50 – F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- \* F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- \* F70 – F79 Mentální retardace (duševní opoždění)
- \* F80 – F89 Poruchy psychického vývoje
- \* F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci
- \* F 99 – Nespecifikovaná duševní porucha

Jelikož není v možnostech mé práce věnovat se všem výše zmíněným kategoriím, budu se blíže zabývat neurotickými poruchami, neboť právě ty jsou léčeny v zařízení, ve kterém jsem absolvovala svou stáž. Budu se soustředit pouze na ty poruchy, se kterými jsem se zde setkala.

### 6.1. Neurotické poruchy

Neurózy jsou funkční psychické poruchy, které se projevují specifickými, psychickými i somatickými příznaky. Charakterizuje je změna prožívání, která ale může ovlivnit i uvažování a chování člověka. Typická je pro ně nepřiměřená úzkost a pocit ohrožení. Úzkost lze popsat jako nepříjemný citový stav, při kterém převažují pocity napětí a obav neurčitého obsahu, navozuje obranné jednání. Pokud se ale stane úzkost, která je jinak základním regulačním mechanismem, maladaptivní, navozuje neúčelné jednání. Při subjektivně nadměrné zátěži se totiž může měnit způsob uvažování. Člověk pak volí takové obranné strategie, které problém neřeší a následkem toho reaguje neuroticky. Může dojít k zafixování takového maladaptivního

chování a on má pak tendence se stejně neúčelně chovat pokaždé, když se ocitne v podobné situaci. Obává se vyzkoušet řešení nové, neboť není přesvědčen, že by bylo lepší. Chronická úzkost, kterou takový člověk prožívá, se může projevovat akutními atakami nebo iracionálním vystupňovaným strachem. Postižení nejsou schopni své pocity a související jednání ovládat, zůstává jim ale náhled na situaci, uvědomují si svou odlišnost. Podle s. Pfeifra (1995 in Vágnerová 1999) se nejčastěji neurotické obtíže objevují mezi 25.-40. rokem, tedy věkem, kdy jsou na člověka kladeny značné nároky. Člověk dospívá, přebírá odpovědnost, hledá partnera a zaměstnání, snaží se uživit rodinu.<sup>12</sup> Výskyt neurotických poruch je udáván asi na 10% populace.

Příčiny vzniku neurotických poruch jsou interakcí dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn a vnějších, psychosociálních vlivů (aktuálních zátěžových faktorů). Významnou úlohu zde hraje i zkušenost se stresujícími situacemi. Neurotičtí jedinci nezažili v životě více takových zatěžujících situací, jejich postoj k nim je ale jiný. To, co je pro někoho běžné, připadá neurotickému jedinci subjektivně nezvládnutelné. Reakce na zátěž se odvíjí od emočního zážitku, ale také od jeho rozumového zpracování. Pokud se ale člověk cítí bezmocný, jeho chování začíná být rozumem neovlivnitelné. Takový člověk se pak často chová nepřiměřeně situaci. To, jak člověk určitou situaci zpracuje, se odvíjí od aktuálního psychického stavu a jeho dosavadní zkušenosti, od aktuálního somatického stavu a od jeho sociální situace. Zde hraje významnou úlohu zpětná vazba, která může maladaptivní reakce posilovat. Prognóza je u těchto poruch příznivější, pokud vznikly jako následek zjevné objektivní zátěže. Neurotické obtíže značí nahromadění a zafixování nevyřešených zátěží.

Neurotické příznaky jsou dvojí, psychické a somatické. Mezi psychické patří poruchy emocí (úzkost, strach, deprese), poruchy myšlení (obsese), poruchy hodnocení a sebehodnocení, poruchy paměti, pozornosti, autoregulace (kompulze) a spánku. Typickými somatickými obtížemi jsou třes, bolesti, poruchy zažívání či vyměšování.<sup>13</sup> Emoční prožívání člověka, trpícího neurózou, je pro něj velmi nepříjemné a komplikuje život nejen jemu, ale i jeho okolí. Neurotické potíže tak dále ovlivňují blízké vztahy postiženého a tím komplikují jeho psychický stav.

---

<sup>12</sup> VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál 1999

<sup>13</sup> VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál 1999

Opět není v možnostech mé práce se podrobněji zabývat všemi neurotickými poruchami, proto zmíním pouze ty, se kterými jsem se na zdejším pracovišti setkala.

### **6.1.1. F41 Jiné úzkostné poruchy**

U těchto poruch je hlavním symptomem úzkost, která ale není vázána žádnou určitou okolní situací, jako tomu je u fobií. Sice mohou být přítomny i depresivní a obsedantní symptomy, či dokonce některé prvky fobie, musí být ale jasně sekundární nebo méně závažné.

#### **F41.0 Panická porucha (epizodická paroxysmální úzkost)**

Pro tuto diagnózu jsou typické nepředvídatelné periodické ataky masivní úzkosti, tzv. paniky, které nejsou omezeny na určitou situaci. Charakterizuje je náhlý začátek, palpitace, bolest na hrudníku, pocity dušení, závratě a pocity neskutečnosti (depersonalizace nebo derealizace).<sup>14</sup> Postižení se také sekundárně obávají smrti, ztráty kontroly či zešílení. Ataka trvá zpravidla jen několik minut, většinou při ní dochází k nárůstu strachu a zvyšování intenzity tělesných příznaků, reakcí na to bývá snaha utéci. Pokud přijde ataka ve specifické situaci, má postižený později tendence se jí v budoucnu vyhýbat, na panickou ataku často navazuje trvalý strach z ataky další. Pokud je ataka vázána na určitou situaci, diagnostikuje se přednostně jako fobie. Hlavní diagnózou se stává panická porucha pouze tehdy, není-li diagnostikována žádná z fobických poruch. Panické ataky mohou také vzniknout v návaznosti na poruchu depresivní, ani zde by ale neměla být panická ataka považována za hlavní diagnózu.

#### **F41.2 Smíšená úzkostně depresivní porucha**

Tato kategorie se používá v případě, že jsou přítomny jak symptomy úzkosti, tak symptomy deprese, ale žádný typ jednoznačně nepřevládá. Pokud jsou oba typy symptomů hodně závažné, diagnostikují se obě poruchy. Symptomy splňující kritéria pro tuto poruchu se mohou vyskytnout v návaznosti na významnou životní událost, v takovém případě se diagnostikuje F43.2 poruchy přizpůsobení.

#### **F41.9 Úzkostná porucha nespecifikovaná**

---

<sup>14</sup> Mezinárodní klasifikace nemocí. Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: Psychiatrické centrum Praha



## 6.1.2. F48 Jiné neurotické poruchy

### F 48.0 Neurastenie

U této poruchy existují značné kulturální rozdíly. Existují dva typy, které se ale do značné míry překrývají. První typ je charakteristický stěžováním si na zvýšenou únavu po duševním vypětí, se kterým souvisí i snížený výkon v zaměstnání či domácnosti. Pacienti hovoří o nepříjemných a dotěrných asociacích či vzpomínkách, které odvádí jejich pozornost, nemohou se soustředit a výkonně přemýšlet. Druhý typ charakterizuje tělesná únava a vyčerpání po sebemenší námaze, která je spojená s bolestí svalů a neschopností relaxovat. Oba tyto typy doprovázejí další nepříjemné symptomy, jakými jsou například závrať, bolest hlavy a nejistota. Pacienti se obávají o své zhoršující se zdraví, nejsou schopni pociťovat slast, trápí je mírná deprese a úzkost. V počáteční a střední fázi se mohou objevovat potíže se spánkem nebo naopak nadměrná spavost. Při diagnostice by se měla nejdříve vyloučit depresivní nebo úzkostná porucha. Základem neurastenie jsou oproti dvěma výše zmíněným poruchám důrazné stížnosti na unavitelnost, slabost a sníženou tělesnou i duševní výkonnost.

## 6.1.3. F42 Obsedantně – kompulzivní porucha

Typické jsou pro tuto poruch obsedantní myšlenky nebo nutkavé akty. Obsedantní myšlenky jsou neustále se opakující stereotypní nápady či představy, které se vtírají do mysli člověka. Většinou jsou násilného či obscénního charakteru nebo jsou pouze vnímány jako nesmyslné, toto vše vyvolává u člověka tíseň, protože není v jeho silách tyto myšlenky potlačit. Nutkavé akty jsou znovu a znovu se opakující stereotypní úkony, které nejsou nijak užitečné nebo příjemné. Působí jako prevence nějaké objektivně nepravděpodobné události, která by byla škodlivá. Postižený si obvykle uvědomuje nesmyslnost svého chování. Pacienti obvykle zažívají úzkost a mnohdy mají příznaky deprese. Obsedantní myšlenky se mohou rozvinout i u pacientů s diagnózou periodické depresivní poruchy. Deprese je pak v obou případech přítomna v takové míře, do jaké jsou silné obsedantní příznaky. Počátek poruchy je kladen obvykle do dětství nebo rané dospělosti a odvíjí se od premorbidní osobnosti. Průběh je různý a v případě nepřítomnosti výrazných depresivních symptomů také chronický. Rozlišit obsedantně-kompulzivní poruchu a depresivní poruchu může být obtížné, protože jejich symptomy se často vyskytují společně. Pokud se pacientův stav náhle zhorší, přednost by se měla dát té, jejíž symptomy se objevily dříve. Pokud nepřevládá žádná z výše zmíněných poruch, obvykle je za primární považována deprese. Obsedantní myšlenky a nutkavé akty se

běžně vyskytují společně, u některých pacientů je ale dobré určit jednu diagnózu jako převládající kvůli reakci na různé druhy léčby.

#### **F42.0 Převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace**

Může se jednat o myšlenky, představy nebo nutkání k činu, která ale vždy vyvolávají u pacienta tíseň. Tyto představy jsou obscénního nebo jinak nepřijatelného rázu, od nichž se postižený distancuje (např. vražda apod.). Někdy se jedná pouze o nekonečné hloubání nad různými nesmyslnými možnostmi. Nerozhodné úvahy jsou důležitou součástí mnoha jiných obsedantních ruminací a jsou spojeny s neschopností činit běžná, ale zásadní rozhodnutí pro každodenní život. Obsedantní ruminace si jsou blízké, a proto se při diagnostice dává přednost obsedantně-nutkavé pouze tehdy, pokud ruminace vznikly nebo přetrvávají bez přítomnosti depresivní poruchy.

Dalšími formami obsedantně-kompulzivní poruchy jsou:

#### **F42.1 Převážně nutkavé akty (kompulzivní rituály)**

Většina z nich se týká očisty či opětovného kontrolování. Za tímto chováním stojí obvykle strach z nebezpečí, které by mohlo pacienta potkat nebo které by mohl způsobit. Rituálním aktem se pacient snaží symbolicky a neúčinně toto nebezpečí odvrátit.

#### **F42.2 Smíšené obsedantní myšlení a jednání**

U většiny pacientů je přítomno obsedantní myšlení i nutkavé jednání, tato kategorie se volí v případech, kdy jsou obě složky stejně výrazné. Kvůli léčbě je však užitečnější zvolit jednu.

#### **F42.8 Jiné obsedantně-kompulzivní poruchy**

#### **F42.9 Obsedantně-kompulzivní porucha nespecifikovaná**

## 6.2. Další neurotické poruchy

Vedle výše zmíněných neurotických poruch tvoří rozsáhlou kapitolu také **specifikované fobie**, které se projevují iracionálním a nepřiměřeným strachem z něčeho, co není samo o sobě nebezpečné. Úzkost může vyvolat již jen sama představa obávaného objektu. Mezi nejčastější fobie patří *agorafobie* (strach z davu lidí nebo otevřeného prostranství), *klaustrofobie* (strach z uzavřených prostor) a *sociální fobie* (strach ze styku s lidmi, z komunikace).

Další oblastí je **reakce na závažný stres**, která se projevuje jako *akutní reakce na stres*, trvající několik hodin až dnů, nebo jako posttraumatická stresová porucha. *Posttraumatická stresová porucha* vzniká jako prodloužená nebo zpožděná odezva na traumatizující událost, se kterou se člověk běžně nesetkává. Typickými projevy je zvýšená úzkost, přecitlivělost, odcizeností od lidí. Objevit se může i emoční otupělost, která následně ovlivňuje zájem a motivaci postiženého člověka.

Mezi neurotické poruchy se řadí také **disociační** neboli **konverzní poruchy**, které se projevují převedením psychických problémů do tělesných příznaků. Takovýmto způsobem působí traumata, která byla člověkem vytěsněna a následně se přeměnila do projevů somatického onemocnění. Dříve se tyto poruchy označovaly jako hysterické neurózy, protože psychicky podmíněný útěk do nemoci je označován jako hysterická reakce.

Poslední oblastí neurotických poruch, kterou zmíním, jsou **somatoformní poruchy**. Je pro ně typické, že u postiženého člověka se psychické problémy projevují tělesnými obtížemi, která připomínají somatické onemocnění. Organismus takového člověka zpracovává tyto problémy tím, že je somatizuje. Na své potíže se přehnaně koncentruje, neustále se dožaduje dalších a dalších vyšetření. Někdy může mít takováto porucha až hypochondrický charakter.<sup>15</sup>

## 6.3. Specifické poruchy osobnosti

Jedná se o těžké narušení v charakterové skladbě a tendenci chování jedince. Její součástí bývá i selhání osobní a sociální. Diagnostika spadá nejdříve do věku 16 nebo 17 let. Společné jsou pro všechny poruchy osobnosti stavy, které nelze přímo přisuzovat poškození mozku nebo psychické poruše. Kritérii pro diagnostiku jsou výrazné disharmonické postoje a chování

---

<sup>15</sup> VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. kap. Neurotické poruchy. Praha: Portál 2002. s.206-214

(afektivita, vzrušivost, způsob myšlení..), toto abnormální chování je trvalé, ovlivňuje celou osobnost a je jasně maladaptivní v širokém rozsahu situací. Jeho projevy se objevují již v dětství a přetrvávají do dospělosti. Porucha vede k osobní nepohodě a bývá spojena s významným zhoršením výkonu.<sup>16</sup>

### **6.3.1. F60.6 Vyhýbavá porucha osobnosti**

Jedná se o poruchu, která je charakterizovaná trvalými a pronikavými pocity napětí a obav, přesvědčením o vlastní nešikovnosti, nedostatku osobní přitažlivosti nebo inferioritě vzhledem k jiným. Dále nadměrnými obavami z kritiky či odmítnutí v sociálních situacích, nechutí stýkat se s lidmi, pokud není jistá obliba, omezením v životním stylu kvůli potřebě fyzické jistoty, vyhýbání se sociálním a pracovním činnostem, které zahrnují významný mezilidský styk, a to ze strachu před kritikou, nesouhlasem nebo odmítnutím.<sup>17</sup>

### **6.3.2. F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti**

Tato porucha se projevuje výraznou tendencí jednat impulzivně bez uvážení následků, což je také provázeno emoční nestálostí. Typické jsou také výbuchy silné zlosti, které snadno vyvolá právě kritika impulzivity v chování. Lidé trpící touto poruchou mohou mít pouze minimální schopnost dopředu plánovat. Rozlišují se dva typy:

**F60.30 Impulzivní typ** – je typický emoční nestálostí a nedostatečnou kontrolou impulzivity, projevuje se výbuchy násilí a hrozivého chování

**F60.31 Hraniční typ** – kromě emoční nestálosti je pro pacienta typické, že má narušené představy o sobě samém a svých cílech. Často trpí pocitem prázdnoty. Vyhledává intenzivní a nestálé interpersonální vztahy, což může zavinovat opakované emoční krize, které mohou vyústit až k sebevražedným výhrůžkám či sebepoškozujícím činům, kterými se chce vyhnout opuštěnosti.

---

<sup>16</sup> MKN-10. Duševní poruchy a poruchy osobnosti. kap. Poruchy osobnosti a chování dospělých. Praha: Psychiatrické centrum. s.196

<sup>17</sup> MKN-10. Duševní poruchy a poruchy osobnosti. kap. Poruchy osobnosti a chování dospělých. Praha: Psychiatrické centrum. s.199

## 7. Pomáhající a klient

Mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem vzniká zákonitě vztah, který je svým způsobem výlučný. Od ostatních vztahů se v mnohém liší. Je sice založen na důvěře a pomoci, ale stojí také na specifických pravidlech. Oba účastníci hrají v tomto vztahu zcela odlišnou úlohu, nicméně spolupracují na tomtéž cíli. Musí se také vyrovnávat s věcmi, které běžně ve svých vztazích neuvažujeme. Tento vztah musí vždy zůstat profesionální, ne však chladný či odtažitý, a to je mnohdy velmi těžké. Do hry vstupují naše očekávání a minulé zkušenosti, kterých si musí být u sebe pracovník vědom a měl by je tušit i u svého klienta. V následující kapitole se budu této problematice podrobněji věnovat.

### 7.1. Vztah mezi pracovníkem a klientem

Význam vztahu mezi pomáhajícím a klientem je při práci velmi důležitý, ne-li určující. Podstatnou otázkou je již to, proč dotyčný vůbec do pomáhající profese vstupuje, jaké jsou jeho skutečné motivy. Touto otázkou se budu později ještě podrobněji zabývat.

V pomáhajících profesích lze narazit na pracovníky, kteří se chovají ke svým klientům s nezájmem či dokonce nadřazeně. Tím samozřejmě vyvolávají u klientů nedůvěru a nechut kontaktovat podobná sociální zařízení kdykoli v budoucnu. Ale i zapálený pracovník, pomáhající s těmi nejlepšími úmysly, může narazit na tendenci klienta buď nadměrně kontrolovat, nebo naopak se mu přehnaně obětovat. Do vztahu mezi pracovníkem a klientem mohou vstoupit také ideální, ale ve skutečnosti nerealizovatelné představy pomáhání. Jednou z nich je, že pracovník musí chápat každého klienta, ať už je jeho chování jakékoli. Je přirozené, že každý z nás je na určité téma jinak citlivý, někomu dělá problém kontakt domácím násilníkem, jinému s matkou, která své dítě odložila do ústavu. Při práci se pochopitelně nikdy zcela nezbavíme našich dřívějších zkušeností a našich hodnot, proto, pokud se již do takovéto situace dostaneme, je lepší předat případ kolegovi, který danou situaci zvládne. Další takovou tezí je, že pracovník nepotřebuje klientovo ocenění kvalitní práce po to, aby jeho sebehodnocení bylo kladné, vždyť právě pozitivní reakce klienta nás utvrzují v tom, že naši práce děláme dobře. Posledním paradoxem sociální práce je, pokud finanční odměnu stavíme nad akt pomáhání. Peníze by se v této oblasti neměly nikdy stát určující a neměly by mít vliv na naši snaživost a porozumění.

Při práci s klientem je velmi důležité brát v potaz jeho vnitřní svět, klientův pohled na realitu. Veškeré vnější události prožívá každý člověk odlišně, a proto si pracovník musí uvědomit, že jeho vnitřní svět rozhodně není hodnotícím měřítkem objektivní reality, ale je jen a pouze dalším subjektivním pohledem. Z této základní myšlenky vychází i celý systemický přístup ke klientovi, který tvrdí, že svět neexistuje jako daná sociální realita, sociální realitu si vytváříme, konstruujeme. Tento přístup je označován jako sociální konstruktivismus. V těsné souvislosti s ním je narativní terapie, která v pomáhání využívá práci s příběhy. Její hlavní myšlenkou je, že za příběh vždy odpovídá jen sám autor a i on má tu moc ho měnit. Příběh je možné vyprávět pokaždé jinak, například z pohledu různých účastníků, klient tak objevuje nové pohledy a zbavuje se svého jediného subjektivního vidění. Díky nacházení událostí v minulosti, které odporují jeho zarytému přesvědčení, se zbavuje nálepky, kterou si on sám přisoudil. Nachází lepší sebeobraz, se kterým dokáže žít. Při práci s klientem je důležité mít na paměti, že za svůj vnitřní svět je odpovědný každý sám. Je sice méně náročné připisovat odpovědnost okolním událostem, ale takový přístup brání klientovi v jeho dalším vývoji. Hrozí mu, že do situace zabředne a nebude schopný ani ochotný ji sám měnit.

Pracovníci by si měli být v kontaktu s klientem vědomí odpovědnosti za své vlastní prožitky. Jejich nejistoty se pak stávají předmětem supervize, kterou každý pomáhající pracovník dozajista potřebuje. Měli by se také vyvarovat toho, aby namísto snahy o porozumění klientovi nesklouzli k hodnocení oprávněnosti jeho prožívání. Podobně nebezpečné může být i to, pokud pomáhající pracovníci uvažují o klientovi v odborných termínech a psychiatrických nálepkách. Je nutné mít na paměti, že pracujeme s živým člověkem, který cítí, prožívá a přemýšlí a jako k takovému k němu také přistupovat. Jednou z problematických otázek v sociální práci je záležitost pomoci a kontroly. Ačkoli nedirektivní přístup je považován za účinnější, ale také časově náročnější, někdy se kontrole sociální pracovník nevyhne. Je to například ve chvíli, kdy se klient nachází v těžkém duševním stavu (panice apod.). Různé typy intervencí vyžadují různou míru direktivnosti, volbou jedné si tak přisuzujeme určitou míru moci nad klientem. Pracovník se také často dostává do situace, kdy klient očekává, že na životní problémy existují zaručené recepty a návody k jejich řešení. Pracovník by neměl mít pocit, že tato nereálná očekávání je možné naplnit.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál 2000

Pokud se dva lidé opakovaně scházejí, brzy vytváří společný systém, který je sám o sobě velmi komplikovaný. Když se snažíme porozumět tomu, co se v něm děje, není důležité hledat následky příčin, kterých bychom se stejně nedobrali. Je výhodnější a přínosnější pátrat po zpětných vazbách, po reakcích, které se vzájemně doplňují. Abychom dosáhli lepšího fungování porušeného systému, musíme se zaměřit na hledání lepšího řešení, ne na hledání poruchy. Jednostranné ovládání jakéhokoli systému není možné, v systému se vše cirkulárně ovlivňuje. Jednou z charakteristických tezí systemického přístupu je, že „Problém vytváří systém“. Systém sám totiž objektivně neexistuje, žije pouze v mysli a výroku pozorovatele.<sup>19</sup> Významným a zároveň nutným úkolem pomáhajícího pracovníka je jeho neutralita. Pracovník musí brát vážně pohledy všech účastníků konfliktu, žádnému nesmí nadržovat ani ho snižovat. Snaží se vcítit do jednotlivých stanovisek, nikdy totiž nemůže vědět, zda měl dotyčný v danou chvíli možnost volby nebo jaké byly jeho alternativy.

## 7.2. Hranice mezi pracovníkem a klientem

Hranice jasně odlišují kompetence, jež oba subjekty v takovém vztahu mají. Každý člověk si své hranice vytváří individuálně v průběhu svého psychického vývoje, zároveň však u každého jedince přetrvává touha být součástí většího celku a tyto hranice rušit. K tomuto zrušení dochází nejspíše v blízkých vztazích, zejména partnerských. V procesu pomáhání se může objevit touha po splnutí, kdy pracovník bere záležitosti klienta jako své vlastní. Tím trpí jak pracovník, tak i celý tento proces. Jako obranu si někteří lidé vystavějí hranice nepropustné a rigidní, toto se nevyhýbá ani pomáhajícím profesím. Netečnost je ale procesem pomáhání stejným problémem, jako splnutí. V problematice, jak si uhájit své vlastní hranice a nenechat se klientem manipulovat, se hlásí ke slovu asertivita, umět dát najevo své požadavky a trvat na nich. Je také důležité, cítit rozpoložení toho druhého, být empatický, ale zároveň zůstat sami sebou. Přirozenou cestou jsou proto hranice dobře ustanovené a polopropustné. Lze je popsat jako chování člověka, který se v prvé řadě stará o své potřeby a zároveň zůstává v dialogu s okolím. Proto, aby byl každý pracovník schopen dodržovat etické zásady svého povolání, musí nejprve porozumět a pracovat se svým vlastním prožíváním. Tyto zásady musí cítit, nosit je v sobě. Důležitým zdrojem poznání je pro pomáhajícího jeho vlastní tělo. Veškeré věci pro nás mají nejen význam myšlený, ale také cítěný, vše, co se nám děje, má odezvu v těle. Pomocí

---

<sup>19</sup> KRATOC HVÍL, S. Základy psychoterapie. Praha: Portál 2002

technikou focusing, objevenou Gendlinem (in Kopřiva 2000), se můžeme těchto pocitů dopátrat. Je důležité integrovat tělo a mysl do jednoho celku, právě to je totiž směr k osobnímu růstu. Pomáhání je profesí, která nemá schopnost na jedné straně energii dodávat, na stranu druhou ji z nás odčerpávat. Tělo se tak pro nás stává také zdrojem energie. Psychoterapii zaměřenou na tělo založil Wilhelm Reich (in Kopřiva 2000), ta ukazuje, jak s energií hospodařit. Je důležité si naše tělo uvědomovat a nesklouzávat k mechanické práci. Zvláštními postupy, jak získávat energii je relaxace a jóga. Pokud se svou energií hospodařit neumíme a ona proto zůstává v záporu, přivádí nás to do stresu a může hrozit až syndrom vyhoření. Ten se projevuje jako chronická únava a zároveň nechuť k práci, neboť ztrácíme její smysl. Kopřiva popisuje tři cesty, jak lze k syndromu vyhoření dojít, jsou to „ztráta ideálů“, „workholismus“ a „teror příležitosti“.<sup>20</sup>

### 7.3. Kontakt s klientem, rozhovor

V pomáhajících profesích je velmi významný již sám prvotní přístup ke klientovi. Dobrý je vnímavý kontakt, kdy klienta vnímavě pozorujeme, jde o zaangažovanost pohledu, kdy nás zajímá, jak se dotyčný cítí. Roli zde hraje empatie, naslouchání a pochopení. Základním nástrojem pracovníka je rozhovor. Je důležité, zajistit pro něj čas a prostor, ale také vhodné vyladění. Tím nejpodstatnějším při rozhovoru je aktivní naslouchání, dále zde hraje roli respektování autonomie klienta, konkrétnost, vyjasňování, významné je nehodnotit klienta a jeho jednání a také oceňování pozitivního. Po proběhlém rozhovoru je vždy dobré, nechat ho v sobě doznít a krátce ho zreflektovat. Vše, co pracovník činí, činí v dialogu, tento dialog má určité fáze, které se cyklicky opakují a vzájemně na sebe navazují. Tyto fáze rozdělil I. Úlehla (1996) na přípravu, otevření, dojednávání, průběh a ukončení. Jako příprava je označováno vše, co se odehrává před rozhovorem s klientem. Pracovník si musí ujasnit, jaká je jeho úloha, kým je a čím pomáhá. Ve fázi otevření jde o to, vytvořit u klienta svým přístupem pocit bezpečí, jedná se o způsob uvedení klienta do pracovny a o první věty, které mu sdělíme. Ve fázi dojednávání klient stanovuje svou zakázku, oběma stranám musí být zřejmé, co si klient přeje a co tomu může pracovník nabídnout. Průběh rozhovoru je aktivní prací na dosažení stanoveného cíle, vyřešení problému. Při ukončení pak nastává zhodnocení společné práce.

---

<sup>20</sup> KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál 2000



Proces se cyklicky opakuje, na ukončení navazuje nová příprava ve formě seberozvoje, supervize a dalšího vzdělávání.<sup>21</sup>

#### 7.4. Psychická úskalí pomáhajících profesí

Jak jsem již dříve zmínila, každý člověk má svůj vnitřní svět, který mimo jiné obsahuje i bolestivá místa, která tu zanechaly dřívější události. Kopřiva (2000) je nazývá nezhojené citové úrazy, pocházející zejména z našeho dětství. Tato bolestivá místa nacházíme jak u klientů, tak i u pomáhajících pracovníků. Schmidbauer (2000) píše o syndromu pomáhajících, při kterém se v pomáhání uplatňuje narcistické uspokojování. Vychází z narcistického poranění a následné narcistické potřeby. V prenatálním období existuje jako primární stav jednota matky a dítěte, i po porodu se dítě ještě v raném kojeneckém období cítí být součástí matky, nerozlišuje hranice mezi prožíváním vnějšího světa a sebe samého. Následně musí dojít k separaci, dítě zažívá bolest a nelibost. Schmidbauer (2000) hovoří o podnětové ochraně dítěte, kterou zajišťují vztahové osoby. Pokud je tato ochrana často a prudce porušována, dítě se od vztahových osob odvrací a vrací se do bezpečí narcistického primárního stavu. Získané ohraničení od ostatních tak podlehne touze po splnutí. Pokud ale takovéto narcistické poranění narazí na již stabilní Já, použije člověk spíše své obranné mechanismy, zejména popření a nebo idealizaci. Narcistické poranění může také vzniknout jako následek odmítnutého dítěte, to má samo o sobě mnoho aspektů. Může se jednat o případ původně nechtěného dítěte, o případ, kdy vztahová osoba dítě přijímá pouze formálně, ale nikoli svým cítěním, o případ, kdy se vztahové osoby dítěti nevěnují kvůli jiným zájmům, nebo dítě nepřijímají pouze v určitém vývojovém období. Ve všech těchto formách dochází k menším či větším poškozením, společné je jim to, že dítě nenalezlo v kontaktu se vztahovými osobami dostatek jistoty a vcítění.

K opravdovému vcítění může dojít pouze u natolik silného Já, které odolává příkazům z Nadjá a Ono. Právě vývoj Nadjá má u syndromu pomáhajících velký význam. Toto nutkavé pomáhání vychází z identifikace s Nadjá, s ideálem, ale zároveň je spojeno s nedostatečným vcítěním. Člověk trpící syndromem pomáhajících (SP) se v dětství naučil, že je milován díky svému chování, které je po něm vyžadováno. Proto i nyní věří tomu, že lásku získá pouze tím,

---

<sup>21</sup> ÚLEHLA, I. Umění pomáhat. Učbnice metod sociální praxe. Podle prvního vydání z roku 1996 vydaného vlastním nákladem. s.6

co dělá, nikoli proto, jaký je. U dítěte, kterému se nedostává vcítění a není přijímáno jako takové, jaké ve skutečnosti je, se zároveň rozvíjí nenávist ke vztahovým osobám. Tu ale musí vytěšňovat, protože vztahové osoby k životu bezpodmínečně potřebuje, a tak se učí být poslušné. Takto získaný zájem jej ale nenasytí, stejně tak ani vděčné pohledy klientů pracovníka, trpícího syndromem pomáhajících nestačí. Takový pracovník po každé intervenci zvažuje, co udělal špatně, co se nepovedlo, nedokáže se pochválit. Jelikož tento syndrom vychází z poranění spojeného s primární láskou a tudíž se závislostí a blízkostí, jsou tyto pocity spojeny velkou duševní bolestí. Té se postižený vyhýbá zejména tím, že je přeneseno do klienta, který ho potřebuje. Protože takový člověk buduje vztahy, ve kterých je závislost partnera větší než u postiženého, je situace v pomáhajících profesích ideálním prostředím. V období vývoje se takový člověk raději identifikoval se vztahovou osobou, aby nebyl ohrožen, měl pocit, že se o něj ve skutečnosti nikdo nezajímá. Dnes proto vstupuje do role mocného pomáhajícího, schopného být prospěšný druhým. Nedostatek sebecitu, který si ale postižený pracovník přináší ze svého dětství, ovlivňuje jeho osobní život, ohrožuje jeho vztahy a také jeho výkon jako pomáhajícího. Těmi nejdůležitějšími konfliktními oblastmi osobnosti pomáhajících jsou<sup>22</sup>:

- v raném dětství utrpěné, většinou nevědomé a nepřímé odmítání ze strany rodičů
- identifikace s náročným rodičovským Nadjám, čímž se snaží přestát tato odmítnutí
- skrytá narcistická potřeba
- vyhýbání se vztahům k lidem, kteří nepotřebují pomoc, vztahům na základě vzájemnosti dávání a brání
- nepřímé vyjadřování agrese proti těm, kteří nepotřebují pomoc

Pro pracovníky se SP je důležité identifikovat se se svým odmítnutým dítětem, vcítit se do něj a následně hledat své nové a kreativnější stránky. Z identifikace s Nadjám vyplývá většina protipřenosových problémů, pracovník klienta nepodporuje, nedovoluje mu vhléd. Skrytá narcistická potřeba se projevuje jako neustálá potřeba být milován. Pomáhající se SP nedokáží ve svém životě vybudovat vztahy, ve kterých by docházelo ke střídání regresivní a progresivní úlohy, on sám regresi odmítá, neboť se identifikuje s Nadjám. Pro pracovníky se SP je typické, že nedokáží projevit své negativní pocity. Lidé, kteří nejsou schopni svou agresi

---

<sup>22</sup> SCHMIDBAUER, W. Psychická úskalí pomáhajících profesí. k ap. Bezmoc pomáhajícího. Praha: Portál 2000. s.67

projevit, jsou nuceni popírat celé oblasti života a vztahů. Je důležité, dovést takového člověka k projevení negativního, aby se otevřela cesta pozitivním pocitům.

Akutní zhroucení u syndromu pomáhajícího se může projevit somaticky, například jako žaludeční vřed, nebo duševně jako výbuch sadistického či masochistického chování. Suicidální pokusy, závislost a psychosomatické symptomy jsou u pomáhajících relativně časté, vysoká je zde také náchylnost k získaným duševním poruchám. Je zajímavé, podívat se na způsoby vyrovnávání se s vlastním selháním, na dynamiku dekompenzace u syndromu pomáhajících. Při chronické dekompenzaci dochází k tomu, že pomáhající je nevědomě přesvědčen o tom, že pomoc je nemožná, a proto aranžuje situaci tak, aby jeho snažení zůstalo bezvýsledné. Snaží se přizpůsobit situaci tak, aby zajistil své psychické přežití. Jemnější formou je pak přesvědčení, že rychlá a účinná pomoc je nemožná a zároveň povrchní, a její trvalost je zpochybňována. Pomáhající se SP nedůvěřuje na sebeusměřování lidského chování, identifikace s Nadjám ho nutí k postoji, že on je schopen pomoci proto, že k tomu má potřebné vzdělání. To ho může dostat do situace, kdy na sebe bere zodpovědnost za celý léčebný proces, a klienta tak dělá závislým a slabým. Klient je pak vlastně potrestán za ideální představy takového pomáhajícího. Pomáhající se pohybuje mezi stavy ctižádosti a rezignace. Úspěšný klient stabilizuje pracovníkův sebecit zároveň ho však ohrožuje, protože nastane chvíle, kdy se rozejdou a jeho opustí ten, kdo mu dosud pomáhal. Úspěšný klient může také u pracovníka vzbuzovat závist, protože by se mu nyní vede lépe než pracovníkovi.

Člověk vstupující do pomáhající profese by měl mít svůj sebecit prozkoumaný. Pracovníci se SP pomáhají například svým klientům hráčům hry „Ano, ale“, kteří všechny odpovědi a návrhy zpochybňují. Tato hra vrcholí, když nastává zaražené mlčení, ze kterého je oběma jasné, že dál se již nedostanou. Právě pomáhající se SP mají ke hře „Ano, ale“ sklony, pokud se dostanou do nějaké terapeutické sebezkušenosti například při školení. Vztek se u hráčů této hry projevuje nepřímo z pozice bezmocného, který ale vyvolává hněv u druhého. Taková člověk zažívá na jedné straně bezmoc a touhu po uspokojení, na straně druhé zažívá vztek. Oba tyto pocity ale značně blokuje, protože mu jeho Nadjá nechce dovolit, aby své dětské nároky v plné síle projevil. Lidé, praktikující hru „Ano, ale“, stejně, jako pomáhající se SP mají velkou neuspokojenou potřebu být hýčkáni a splynout. Pouhou náhražkou je pak v tomto případě přenos a s ním spojená regrese. Možností nápravy je psychoterapie, která nabízí základnu k pochopení těchto procesů a možný počátek nového vývoje.

Vztek, který odmítnuté dítě cítí ke vztahovým osobám musí vytěsnit, zároveň se od nich distancuje, což zabraňuje dobrému přizpůsobení. V budoucnu se dostává do obtížné situace. Ví, že když projeví svůj vztek, nic mu to nepřinese, ale když poprosí o pomoc, brání se ji přijmout. Hyperprotektivní postoj ze strany pomáhajícího a hra „Ano,ale“ ze strany klienta, která je spojena s odmítáním pomoci, jsou vlastně dvě části tvořící jeden celek. Schmidbauer (2000) pro toto používá pojem koluze, tzv.tajné domlouvání. Jedná se o společně hranou hru, která vychází z podobných nezvládnutých konfliktů na obou stranách. V této koluzi se objevují jako obranné postoje regrese a progresse. Regrese se jeví jako nenasytná touha dohnat neposkytnuté potřeby v dětství, progresse pak slouží k nutkavému překonání této dětskosti a slabosti. Na obou stranách se objevuje slabost jáských funkcí, která je vyrovnávána identifikací s ideálem Já, popřípadě s Nadjá.

Hlavním tématem syndromu pomáhajících je, že se sociální pomáhání stává obranou před úzkostí a vlastní prázdnotou. Takto postižený pracovník není schopen cítit uspokojení z vlastní práce, neustále v ní vidí nedostatky. Je důležité, naučit se rozeznávat hranice mezi pomáháním jako obranou a pomáháním jako něčím, co vychází z mého Já. Je potřeba rozšířit svůj omezený pohled na pouhé pomáhání a objevovat nové možnosti. Z Nadjá se má stát Já, pomáhání se má stát tvořivou a uspokojující činností, která otevírá cestu k růstu.

## 7.5. Výcvik a supervize

Pro psychoterapii je nutné, aby si každý takový pracovník prošel cvičnou psychoterapií, tzv.sebezkušenostní skupinou. Měl by najít a pojmenovat svá citlivá místa, aby si pak své vnitřní problémy neodreagoval na klientech. V neposlední řadě tyto výcviky vyhledávají i ostatní pracovníci pomáhajících profesí, aby lépe rozuměli sami sobě mohli tak zlepšit kvalitu své práce. Klasický výcvik je pětiletý a obsahuje 500 výcvikových hodin. Probíhá zhruba v devítičlenných skupinách, na jejichž sezení probíhá skupinová psychoterapie. V průběhu účastník nahlédne na své nevyřešené konflikty a charakterové obrany, zjistí, s čím souvisí jeho do té doby naprosto odůvodněné reakce. Jeho „objektivní“ realita se mění stejně tak, jako on sám. Vedle takovýchto výcviků existují i výcviky jednotlivých dovedností, jakými jsou například výcviky asertivity, focusingu, výcvik v systemickém či jiném přístupu.

Velmi významná je v pomáhajících profesích také supervize. Je běžně zavedena v psychologickém poradenství a psychoterapii, kde slouží jako reflexe vlastního

profesionálního jednání. Supervizor pomáhá pracovníkům řešit problémové situace, společně s nimi se zabývá zejména emocemi a vztahy, které vstupují do jejich práce s klientem. Zvláštní metodou supervize je bálintovská skupina, i ta je postavena na sebereflexi a je vhodná pro všechny pomáhající profese. Takováto skupina se schází ve stanovenou dobu, přičemž na každém sezení někdo nabídne případ, se kterým by chtěl pomoci. V sociální práci se supervize uplatňuje i jako řízení pracovníků, supervizor se stará o zapracování nového pracovníka. Supervizor v tomto případě bývá i zaměstnancem organizace, jejíž pracovníky superviduje.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál 2000

# **PRAKTICKÁ ČÁST**

V úvodu praktické části bakalářské práce se budu nejdříve věnovat popisu zařízení, ve kterém jsem absolvovala 4-týdenní stáž. Dále uvádím pět kazuistik zdejších klientů, pokračuji zhodnocením dotazníků životní spokojenosti a přináším vlastní pohled na program a provoz zařízení. Zmiňuji také svůj reálný přínos k průběhu terapie a zamýšlím se nad dalšími možnostmi, které by z mého pohledu, mohly pozitivně ovlivnit výsledný léčebný efekt terapie. Zařízení, ve kterém má stáž probíhala je střediskem komplexní psychoterapie a psychosomatické medicíny Denní sanatorium Horní Palata, které sídlí v ulici U Nesypky 28 na Praze 5. Je součástí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, bylo založeno roku 1969 a v tehdejší Československu šlo o první nelůžkové zdravotnické zařízení pro intenzivní léčbu psychických obtíží. Areál sanatoria se nachází ve velmi klidném prostředí, usedlost Horní Palata je obklopena přírodou, což také, podle mého názoru, přispívá k léčebnému efektu. Přilehlá zahrada je za pěkného počasí využívána pro léčebný tělocvik a ergoterapii.

## **8. Denní sanatorium Horní Palata**

### **8.1. Indikace léčebných programů**

Léčebné programy jsou určeny lidem od 18 let, kteří trpí přílišným strachem či úzkostmi v situacích, které je běžně nevyvolávají, jsou nesoustředění a mají problémy se učit, jejich nálada je dlouhodobě skleslá či smutná, případně střídaná záchvaty vzteku, lidem, kteří trpí nespavostí, nejsou schopni odpočívat, jsou přetíženi stresem nebo mají narušenou životosprávu (přejídání apod.), dále lidem s dlouhodobě konfliktními vztahy, kteří jsou závislí na svém nejbližším okolí nebo jsou vůči němu naopak nepřátelští, lidem s nízkým sebehodnocením, těm, kteří ztratili životní energii, trápí je pocity vnitřní prázdnoty nebo jiné duševní nepohody a zátěže. Další skupinu tvoří lidé, kteří trpí tělesnými příznaky a onemocněními, souvisejícími s neurotickým onemocněním. Jedná se zejména o onemocnění zažívacího traktu, oběhové soustavy či pohybového ústrojí, dále stavy chronické bolesti, únavovým syndromem či jinými tělesnými obtížemi, které vzdorují obvyklé léčbě. Mezi často stanovené diagnózy zdejších pacientů, docházejících na skupinovou terapii, patří smíšená úzkostně depresivní porucha, obsedantně-kompulzivní porucha či panická porucha. Léčba je hrazena zdravotní pojišťovnou, lékař denního sanatoria také může klientovi vystavit pracovní neschopnost, pokud ji potřebuje,

v případě, že dochází do denního či odpoledního stacionáře. Lékařské doporučení není vyžadováno, stačí pouhá telefonická domluva k první konzultaci.

## 8.2. Základní léčebné programy

Mezi základní léčebné programy, které zde probíhají, patří skupinová psychoterapie, fyzioterapie, arteterapie, neverbální techniky, relaxační techniky a ergoterapie. Skupinová terapie probíhá v počtu 8-10 klientů v uzavřené skupině, což znamená, že se klienti setkávají ve stejném složení od zahájení skupiny do jejího ukončení. Terapie probíhá ve formách denního stacionáře, odpoledního stacionáře a docházkové skupiny jednou týdně. Denní stacionář probíhá od pondělí do pátku po dobu 7 týdnů, program začíná v 8:30 a končí zhruba v 15 hodin. Odpolední stacionář probíhá každé pondělí, středu a čtvrtek po dobu 9 týdnů také s možností pracovní neschopnosti, program začíná ve 13 a končí v 17 hodin. Docházková skupina jednou týdně probíhá vždy večer po dobu jednoho roku i déle a je určena pracujícím či studujícím klientům, program začíná kolem 17.-18. hodiny.

**Fyzioterapie** znamená práci s tělem, důraz je kladen na nácvik správných pohybových návyků prostřednictvím posílení ochablých svalových struktur a uvolnění svalového napětí, dále na nácvik správného dýchání a relaxaci. Léčebným prostředkem **arteterapie** jsou výtvarné projevy klientů, **neverbální techniky** pak pomáhají vyjádřit vlastní pocity jinak než slovem – například gesty, mimikou, postojem či dotekem. **Relaxační techniky** učí klienty uvolňovat napětí v těle a umět přeladit zaměření jejich psychiky. **Ergoterapie**, čili pracovní terapie, je využívána pro posílení soudržnosti terapeutických skupin v rámci celé komunity. Výše uvedené formy terapie se liší v oblastech, které rozvíjejí. Fyzioterapie posiluje tělesnou složku člověka, arteterapie pracuje s přirozeným vyjádřením člověka - jeho spontánností a kreativitou, ergoterapie pak posiluje sociální složku - zapojování člověka do kolektivu a rozvoj jeho sociálních a komunikačních dovedností. Všechny tyto složky spolu bezprostředně souvisí a vzájemně se ovlivňují, na člověka se lze tedy podívat z bio-psycho-sociálního hlediska. Dalšími nabízenými programy jsou neverbální a relaxační techniky v malé skupině, které probíhají ve večerních hodinách, dále skupinová léčebná tělesná výchova, jejíž součástí jsou rehabilitační cvičení, dechová a relaxační cvičení, základní tělocvik a tanec a také psychosomatická ambulance, která je realizována v budově polikliniky VFN na Karlově náměstí.



Vedle skupinových programů jsou zde poskytovány také individuální konzultace, párová a rodinná terapie, s rodinou se spolupracuje ve všech případech, kde je to žádoucí a klient s touto spoluprací souhlasí. Klient před nástupem do skupinové soustavné péče uzavírá se zařízením smlouvu o podobě a délce léčby, tato smlouva je uzavřena vždy až po důkladném zhodnocení klientova stavu. Po telefonické dohodě dochází k první schůzce klienta s pracovníkem zařízení, jedná se o tzv. vstupní pohovor, kde je cílem zjistit, zda je zařízení pro klienta vhodné, zda mu má co nabídnout a jestli o něj on sám jeví zájem. Pokud ano, následuje nejprve komplexní psychiatrické vyšetření a po něm psychologické vyšetření. Na základě těchto provedených šetření zdejší ošetřující lékař posoudí, zda je klient pro zařazení do denního stacionáře vhodný a zda by pro něj představovalo přínos. V kladném případě, a pokud klient souhlasí, je do programu zařazen, následuje závěrečný pohovor s terapeutem, jež skupinu povede, a podepsání psychoterapeutické smlouvy. Úvodních pohovorů proběhne zhruba 45 za měsíc. Klientům, jejichž stav to vyžaduje, jsou předepisovány léky. Zařízení je více orientováno na prevenci a komplexní přístup, který vyplývá ze vzájemných příčinných souvislostí mezi tělesnými a duševními obtížemi. Personál denního sanatoria tvoří psychiatři, kliničtí psychologové, rehabilitační pracovníce, zdravotní sestra a sociální pracovníce. Všichni jsou vyškoleni nebo se školí v technikách a metodách psychoterapie.

### **8.3. Sociální problematika**

Nejčastější dotazy klientů směřující do sociální oblasti se týkají zejména pracovně-právních předpisů, hledání nového zaměstnání, možnostech finanční podpory, řešení krizových situací, informací týkajících se organizací a sdružení zabývajících se domácím násilím, závislostmi, problematikou lidí s handicapem či chronicky nemocných. Dále jsou to dotazy studentů týkající se například potřebných potvrzení pro své školy, řízení o invalidních důchodech a záležitosti seniorů. Při vyřizování těchto záležitostí s klientem je ale vždy kladen důraz na samostatné zvládnání dílčích kroků a podporu klientových vlastních sil, úloha denního sanatoria a pracovníka samotného je zde především navigační. V oblasti pracovně-právních předpisů klienti nejčastěji řeší nejasnosti ohledně výpovědi, změn pracovní náplně, změn v pracovním poměru nebo hledají oporu v konfliktech s nadřízenými či spolupracovníky a svěřují se s šikanou na pracovišti. V takovýchto případech bývají také odkazováni na právní a občanské poradny. Pokud mají klienti problémy s hledáním nového zaměstnání, je jim

doporučeno obrátit se na úřad práce, internetové servery, zprostředkovatelské agentury a individuální inzerci. Osoby chronicky nemocné, v invalidním důchodu, jsou směřovány na chráněné dílny sdružení Fokus či na jiné organizace zaměstnávající osoby v handicapu. V záležitostech finanční podpory se uplatňuje kontaktování úřadu práce a Pražské správy sociálního zabezpečení. Nejčastější pomocí při řešení krizových situací je vyhledávání nouzového ubytování a poskytování informací o krizových centrech s nonstop službou. Klientům je také vysvětlován praktický postup při zájmu o anonymní toxikologickou poradnu a odvykací léčbu, navigování na různé instituce jsou i rodinní příslušníci osob závislých na alkoholu nebo jiných návykových látkách. Studenti nejčastěji přicházejí s nejasnostmi kolem pojištění při přerušení či prodloužení studia nebo předpisů ohledně nároku na sociální dávky, v takovémto případě jsou odkazováni na Pražskou správu sociálního zabezpečení. V řízení o invalidních důchodech je klientům vysvětlován postup a návaznost na další období, kde se obrazejí na Pražskou správu sociálního zabezpečení. Co se týče seniorů, častěji se na pracovníka obrazejí jejich rodinní příslušníci, klienti sami jen vyjímečně. Jde zejména o předání kontaktů na dobrovolnickou službu, organizaci Život 90, zájmové skupiny, informace o pečovatelských službách a kombinaci forem péče o nezaměstnané osoby.

#### **8.4. Náplň odporné stáže**

Stáž jsem absolvovala v první skupině denního stacionáře pod vedením primáře MUDr. Hynka Formana. S klienty jsem se účastnila veškerého jejich programu, má role ale byla spíše rolí pozorovatele, který do dění příliš nezasahuje a během terapeutické skupiny mlčí. Mým každodenním úkolem bylo psát zprávy ze skupinových sezení a zachytit tak jeho dění. Tyto zprávy pak slouží jako informace i ujištění pro terapeuta, jak dané sezení probíhalo. Mým dalším administrativním úkolem bylo vyhodnocování psychologických testů a to konkrétně MMPI, SCL-90 a dotazníku životní spokojenosti. Tyto testy klienti vyplňují vždy na začátku a na konci svého pobytu v denním stacionáři a výsledky se pak porovnávají.

MMPI je širokospektrý test, který se využívá ke zjištění důležitých vlastností osobnosti a psychických poruch. Předpokladem jeho použití je přiměřená schopnost porozumět psanému textu (úroveň 9.třídy ZŠ) a kooperativnost. MMPI poskytuje objektivní skóry a profily, obsáhlé informace o významu jednotlivých škál a konfiguraci profilu sloužící k interpretaci výsledků se opírají o dlouhodobý výzkum. Testy se vyhodnocují počítačově ze záznamových listů. Inventář

obsahuje celkem 123 škál, včleněny jsou zde i kritické položky - indikátory patologie a speciálních problémů, které klient prožívá.

**Dotazník životní spokojenosti** subjektivně zhodnocuje zdravotní stav a kvalitu života klienta. Existuje nespočet takovýchto dotazníků, mají ale rozdílnou metodickou kvalitu. Dotazník životní spokojenosti, používaný zde na Horní Palatě, konstruoval J. Fahrenberg, M. Myrhl, J. Schumacher a E. Brähler. Z výzkumů uváděných v knize, interpretující výsledky tohoto testu, vyplynulo, že pohlaví má pouze nepatrný vliv na životní spokojenost. Spokojenost se v různých oblastech života s věkem vyvíjí rozdílně, zdá se, že s přibývajícím věkem vzrůstá. Byl prokázán pozitivní vliv vyššího ekonomického statusu definovaného příjmem, vzděláním a povoláním na spokojenost.<sup>24</sup> Podstatná je také souvislost mezi nespokojeností se životem a neuroticismem, případně depresí. Významný vliv má také způsob trávení volného času, partner, extroverze a zdravotní stav. Diagnostický cíl tohoto dotazníku je získat individuální obraz životní spokojenosti, který diferencuje do 10 oblastí. Zjišťuje převážně aktuální stav, ale lze ho použít opakovaně pro postižení změn. Tento dotazník lze pojmut jako relativně přetrvávající dispozici, respektive jako sebekoncept. Jde o výzkumný nástroj sloužící k popisu rozdílů v životní spokojenosti mezi určitými klinickými skupinami a v průběhu rehabilitace nebo k porovnání sociodemografických definičních souborů, jakými jsou například ženy/muži. Byla také prokázána zřetelná souvislost mezi škálovými hodnotami a osobnostními rysy.<sup>25</sup> Nutné je také podotknout, že výsledky mohou být ovlivněny aktuálním rozpoložením.

**Dotazník životní spokojenosti** zahrnuje celkem deset položek, každá obsahuje sedm otázek. Těmito položkami jsou zdraví, práce a zaměstnání, finanční situace, volný čas, manželství a partnerství, děti, vlastní osoba, sexualita, přátelé, známí a příbuzní, bydlení, položky, které se daného klienta netýkají, nevyplňuje. Výsledky se vždy hodnotí podle pohlaví a věku respondenta.

<sup>24</sup> FAHRENBERG, J. - MYRHL, M. - CHUMACHER, J. - BRÄHLER, E. Dotazník životní spokojenosti. Praha: Testcentrum 2001

<sup>25</sup> FAHRENBERG, J. - MYRHL, M. - CHUMACHER, J. - BRÄHLER, E. Dotazník životní spokojenosti. Praha: Testcentrum 2001

Každý týden také klienti vyplňují **dotazník** vztahující se ke **skupinové atmosféře** a k tomu, co bylo pro skupinu a konkrétního klienta v daném týdnu nejvýznamnější. Tyto dotazníky slouží jako reflexe a zpětná vazba pro terapeuta skupiny. Na každotýdenních čtvrtěčních poradách je s jejich obsahem seznámen i celý terapeutický tým, který má možnost se k němu vyjádřit a přinést vlastní postřehy, týkající se klientů, z uplynulého týdne. Tyto dotazníky pak bylo vždy třeba uložit do karet jednotlivých klientů.

Během své stáže jsem měla možnost účastnit se také pravidelných porad terapeutického týmu, kde se věnovala pozornost událostem právě proběhlého týdne v obou současně běžících skupinách. Tyto porady pro mne byly pokaždé velkým přínosem, protože jsem tak měla možnost vrátit se k některým situacím ze života skupiny, slyšet na ně další názory a rozšiřovat tak svůj vlastní pohled. Musím také napsat, že přístup zkušených terapeutů byl ke mně, jako ke stážistce, velmi příjemný a respektující, což mi dozajista velmi pomohlo a zároveň mne potěšilo.

## 9. Klienti denního sanatoria Horní Palata

### 9.1. Kasuistiky a výsledky dotazníkových šetření

Pro přiblížení problematiky, se kterou do zdejšího zařízení klienti přicházejí, uvádím následujících pět kazuistik. Ty dokreslují, jaké nejčastější obtíže zdejší klienty trápí, z jakého rodinného prostředí vycházejí a upřesňují jejich dosavadní životní vývoj. Kazuistiky jsou doplněny o výsledky dotazníkových vyšetření, zaměřujících se na životní spokojenost, symptomatiku a důležité vlastnosti osobnosti. Pokračují psychologickým vyšetřením, které provádí zdejší klinický psycholog. Diagnózu poté stanovuje některý ze zdejších psychiatrů. Dále uvádím závěrečná zhodnocení psychoterapie všemi klienty jedné konkrétní skupiny a více se zaměřuji na výsledky dotazníku životní spokojenosti. Těmi jsem chtěla poukázat na důležité životní aspekty, které ji ovlivňují a na co je, podle mého názoru, nejvíce vázána. K získání informací jsem použila jednotlivé karty klientů, jejich vyhotovené testy a dotazníky.

#### Tereza, 21 let

##### Rodinná anamnéza:

matka – 48 let, úřednice, v minulosti závislá na alkoholu, prodělala onemocnění jater a nyní 3 roky abstinuje

otec – 55 let, učitel hudební nauky v Lidové škole umění, závislý na alkoholu, v roce 2001 se léčil v AT poradně v Apolináři, v současnosti ale pije dál

bratr – 22 let, student, bydlí s rodiči, se sestrou nemají moc dobrý vztah, byl přímým účastníkem těžké dopravní nehody, kterou jako jediný přežil

##### Osobní anamnéza:

Základní školu hodnotí Tereza dobře, později zde ale docházelo ke konfliktům se spolužačkami. Vždy byla součástí nějaké party, v pubertě prošla zkušenostmi s alkoholem a drogami, občas kradla v obchodech. V jejích 14 letech začali oba její rodiče pít, hádali se a docházelo i mezi nimi i k fyzickým potyčkám. Matka byla často nemocná, z toho vyplývaly i její potíže v práci. V 15 letech užívala Tereza měsíc kokain, zkusila také pervitin a extázi. Jednou jí dal kamarád nějakou drogu do pití, měla strach, že zemře a tím se jí drogy zprotivily,

již 5 let si žádnou nevzala. Před rokem ale prožívala období, kdy konzumovala nadměrné množství alkoholu. Klientka nikdy neměla vážnější vztah, v současnosti má pocit, že to ani není v jejích silách. Ve 14. letech byla osahávána dvěma staršími muži, což se jí později vybavovalo při sexu, první zkušenost se pohlavním stykem měla v 16. letech. Ve svých 14. letech se málem předávkovala léky kvůli hádkám rodičů, na sebevraždu občas myslí i dnes. Dříve trpěla hororovými sny, na které asociuje, že chtěla někoho z rodiny zabít, za takové myšlenky se stydí. Tereze je dnes 21 let a má základní vzdělání. Pokoušela se absolvovat vyučnický obor servírka a poté prodavačka, ani jeden však nedokončila. Jistou dobu si přivydělávala na různých brigádách, poslední rok tráví doma a živí ji rodiče. Do práce se nastoupit bojí, ráda by se vyučila kadeřnicí či prodavačkou.

Klientka trpí úzkostmi 3-4 roky, v tramvaji ji přepadá panika. Jejími obtížemi před nastoupením léčby v DS Horní Palata byly zejména panické stavy, bušení srdce, třes, závratě, pocit dechové nedostatečnosti (spíše venku, doma se cítí lépe), úzkost a strach o život. Ona sama uvádí v dotazníku za své nejznačnější potíže bolesti hlavy, pocity na omdlení, bušení srdce, dechové obtíže, strach o zdraví a strach z budoucnosti. Zhruba před rokem musela na pohotovost, kvůli bušení srdce. Absolvovala 3 návštěvy u psychiatra v PA, pak ještě další 2 návštěvy u jiného psychiatra. Před nastoupením léčby v DS užívala na spaní Kinedryl, nyní jí byl naordinován Neurol. Dále užívá Serlift 50 mg 1x denně a Anxicon 10 mg 3x denně ½ tablety.

**Psychologické vyšetření:** „Klientka neví, co by o sobě řekla, její sdělování je povrchní, ploché, držící se popisu vnějších událostí. Na první pohled působí ostýchavě a tiše, snaží se spolupracovat, ale je z ní cítit tenze. Její schopnost introspekce je omezená. Ze zkoušky inteligence vyplývá podprůměrnost a silně narušená schopnost koncentrace pozornosti. Klientka dělá dojem, že podléhá vnějším vlivům a tlakům, působí jako závislá, nezralá a prázdná osobnost. Míra sladění se sociální realitou je nízká, její jáské funkce slabé, klientka se neumí pružně vyrovnávat s požadavky života. Myšlení je přiměřeně produktivní, ale banální, zchudlé, objevují se perseverace (ulpívavost). Afektivní zdroje jsou vyschlé. V závěru psychologického vyšetření je klientka diagnostikována jako zchudlá osobnost s nezralými a závislými rysy, její zařazení do DS je označeno jako sporné.“

**Diagnóza:** F 41.0 – Panická porucha

Tereza se do dění v psychoterapeutické skupině příliš nezapojovala, po celou dobu jejího konání mlčela, mluvila takřka jen, když byla vyzvána. Za dobu, kdy jsem byla v této skupině přítomna, se slova ujala pouze dvakrát, aby přiblížila svůj osobní příběh. Hovořila zejména o situaci ve své rodině, o tom, jaké problémy má s otcem. S matkou v současné době vychází o mnoho lépe, z jejího vyprávění mám pocit, že jsou na sebe dost vázány. Tereza se na ni často obrací, žádá ji o dovolu, hledá u ní podporu a to zejména v hádkách s otcem. Tereza své mlčení na skupině vysvětlovala tím, že má strach z mluvení před lidmi již od základní školy, kdy ostatní buď nezajímalo, co říká nebo se jí smáli, není si proto jistá, aby neřekla něco hloupého. Tereza působila jako tichá, upravená dívka, když jsem s ní měla možnost hovořit, jejím největším strachem po skončení této terapie je návrat do práce. Jak vyplývá z životopisu, má pouze ukončené základní vzdělání a nikdy nedělala žádnou stálou práci, která by ji bavila. Vždy si stěžovala na pocity nedýchatelnosti a bušení srdce a bojí se, aby jí tyto problémy nepřepadaly v práci. Také uvažovala, že by se ještě vrátila do školy, bohužel ale vůbec neví, co by chtěla dělat. Občas na mne působila dost bezradně, měla jsem pocit, že se vlastního závazného rozhodnutí hodně obává a nejsem si jista, zda by ho v současné době byla schopná, většinu záležitostí totiž řeší se svou matkou. Tereze činila problémy i arteterapie, tvrdila o sobě, že neumí kreslit a očividně pro ni bylo těžké toto překonat. Navíc výtvarnému projevu příliš nerozuměla, při jedné technice se jí udělalo špatně a ona vůbec nechápala proč, hovořila o tom také na skupině. Jednalo se o obrázek, kde druhý člověk výtvarně zobrazoval, jak působí na druhé lidi. Ke konci jí ale arteterapie začala bavit, největší ohlas u ní vzbudila technika, kdy skupina měla za úkol kreslit společný obrázek. Také relaxace pro ni nebyla úplně tím pravým. Měla problémy se uvolnit a v každé reflexi zmiňovala pocit nedýchatelnosti a bušení srdce, což ji relaxování ztěžovalo. Nicméně se její relaxace v průběhu 7 týdnů zlepšily a těchto problémů ubylo. Terezu z celého programu nejvíce bavily rychlé sportovní aktivity, jakými byl stolní tenis a volejbal.

### Výsledky dotazníkových vyšetření

#### **Dotazník životní spokojenosti:**

Z dotazníku, který Tereza vyplňovala v den svého nástupu na Horní Palatu vyplynulo, že je velmi nespokojena se svým zdravím, o trochu méně nespokojena se svým zaměstnáním, finanční situací, vlastní osobou, v těsném závěsu následovalo bydlení. Za průměrné pokládala trávení svého volného času, sexualitu, přátele, známé a příbuzné. Z dotazníku tedy vyplynula

její celková životní nespokojenost. Na konci léčby hodnotila jako velmi neuspokojivé zdraví a finanční situaci, pak následovala nespokojenost s prací a zaměstnáním, vlastní osobou, přáteli, známými a příbuznými, stále ještě za podprůměrné považuje bydlení, v průměru se pak objevily položky volný čas a sexualita. Celkovou životní situaci označila jako „velmi nespokojena“.

*Celkové výsledky testů před nastoupením léčby:* „zvýšená míra symptomatologie týkající se zejména somatizace, úzkosti a fobie. Celková životní spokojenost byla na nízké úrovni, na stupni 2 a vysoké hodnoty se objevovaly i ve škálách (MMPI) hypochondrie, deprese, psychastenie a schizofrenie“. *Výsledky z konce léčby:* „intenzita i četnost symptomů se oproti počátku léčby mírně zvýšila (SCL-90), míra celkové životní spokojenosti klesla ze stupně 2 na stupeň 1 a co se týče osobnostních vlastností a dílčích charakteristik, došlo ke zvýšení zejména u položek deprese, konverzní hysterie a sociální introverze“.

Je také velmi zajímavé, jak průběh a úspěšnost léčby hodnotí sami klienti, na konci léčby jim byl proto zadán dotazník hodnocení psychoterapie obsahující 13 otázek, které se vztahují zejména k jejich subjektivnímu názoru na možné změny jejich stavu a prožívání, na složky programu, provoz zařízení, přístup terapeutů a naplnění jejich očekávání. Jejich výsledky jsou velmi dobrou zpětnou vazbou pro celý terapeutický tým.

### **Dotazník hodnocení psychoterapie:**

Tereza hodnotila končící psychoterapii spíše negativně. Podle ní se její stav spíše zhoršil, je neklidná, cítí vnitřní nervozitu, má pocit nedýchatelnosti, bušení srdce a slabosti. Za složky programu, které pro ni představovaly za největší přínos, považovala relaxační pohybové aktivity – zejména stolní tenis a volejbal, občas i skupinu a relaxaci. V léčbě postrádala pohovory s psychologem a svižnější cvičení, jako připomínku k organizaci léčby a provozu zařízení uvedla požadavek větší vstřícnosti lékařů. Připomínky k práci terapeuta neměla, napsala ale, že se za psychoterapeuty bojí chodit. Na otázku, jak si vysvětluje mechanismus působení psychoterapie nedokázala odpovědět. Tereza v průběhu terapie zaznamenala změnu v prožívání sebe, uvádí pocit větší nervozity bušení srdce a pocit nedýchatelnosti. Změny v prožívání druhých a ve svém chování nezaznamenala, k otázce, které změny si cení nejvíce nebo kterou naopak vnímá negativně se nedokázala vyjádřit. Její okolí podle ní žádnou změnu nezaregistrovalo, prý je na tom stejně. Za nejtěžší během psychoterapie považovala tělocvik -



rozhýbání těla a kreslení. Její očekávání splnila psychoterapie v tělocviku – ve stolním tenise a v psychoterapeutické skupině, naopak její očekávání nebyla naplněna v arteterapii a cvičení. Na otázku, zda se změnil její názor na psychoterapii nedokázala odpovědět.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Dotazník hodnocení psychoterapie z 13.10.2005

## **Pavel, 40 let**

### Rodinná anamnéza:

matka – 63 let, lékařka, od roku 2003 ve starobním důchodu, v klientových 4 letech se nakazila nějakým bacilem a stala se depresivní, byla u ní diagnostikována maniodepresivní porucha a psychiatricky se léčila, měla také problémy s nadužíváním Diazepamu, klient ji označuje jako manipulativní

otec – 63 let, lékař, klient o něm hovoří jako o klidném člověku, který je ale v současné době více autoritativní a výbušnější, než býval dříve

### Osobní anamnéza:

Pavlovi je ženatý, má středoškolské vzdělání a je zaměstnán jako sociální pracovník na úřadě, má na starosti přidělování finančních dávek. V současné době se s rodiči vidí 14 dní v létě a v zimě, kdy rodiče přijedou na týden za jeho rodinou.

Pavel je jedináček. Se základní školou měl problémy, nechodil tam rád a to se projevilo v jeho ranních nevolnostech, při snídani zvracel. Časem se situace zlepšila a na gymnáziu bylo již vše v pořádku. Odmaturoval a začal studovat na lékařské fakultě. Studium nedokončil, byl vyloučen, stejně tak nedokončil následné studium práv, protože nepřišel ke státní zkoušce. Poté pracoval 8 let jako knihkupec. V současné době pracuje 3. rokem jako sociální pracovník na městském úřadu, jedná se o kancelářskou práci, vypočítává dávky pro staré a invalidní osoby. Smysl své práce ale nevidí, lidem se podle něj nedá pomoci, protože jsou stanoveny přesné tarify. On sám hovoří o své finanční situaci pouze tak, že je bez dluhů. Pavel se poprvé ženil zhruba před 20 lety, s manželkou bydleli u rodičů a po 2 letech se rozvedli. V kontaktu s ní není, pouze zasílá každý měsíc výživné na svého syna. Podruhé se oženil o 6 let později, s manželkou se nehádají, říká, že hádky nemá rád. Pavel má 3 děti. S 18-letým Pavlem z prvního manželství se nevidá, chtěl by ale, aby tomu tak bylo. O svých snahách situaci změnit nehovoří. U 5-letého Zdeňka byla diagnostikována LMD s hyperaktivitou, 4-letý Tomáš stále nemluví a musí nosit pleny, „nikdo neví, co s ním je“. Mezi Pavlovy zájmy patřily knihy, hudba a “čundry“, ty ale po dětech téměř vymizely. Nyní jezdí pouze 1-2x ročně s kamarády pod stan. Za svůj život zkusil 3x marihuanu, je kuřák. Dále o své životosprávě říká pouze to, že nesnídá. Pavel přišel poprvé do kontaktu s psychoterapií v roce 1985, podruhé v zimě v roce 1986, kdy strávil 2 měsíce v psychiatrickém lůžkovém zařízení v Lobči, kam byl umístěn kvůli špatnému soustředění při učení.

Denní stacionář mu doporučila jeho známá, přichází sem s akutní problematikou nenálady, strachu, úzkosti a nekomunikativnosti. Říká, že se cítí jako ve vzduchoprázdnu, není schopen komunikovat, vyjít z domova, špatně dýchá, buší mu srdce a bez Stilnoxu neusne, tyto obtíže u něj trvají ¾ roku. On sám za své nejznačnější potíže uvádí v dotazníku, zadávaném v den nástupu léčby, poruchy spánku, roztěkanost a nesoustředěnost, špatnou paměť, pesimismus, smutnou či špatnou náladu, pocit napětí či neurčitou úzkost a pocit, že se mu do ničeho nechce. Suicidální myšlenky má jen v obecné rovině, nikdy se o sebevraždu nepokoušel. Z medikace užívá Vasocardin 200mg ½ denně a Zorem 10mg ½ denně, dále Stilnox 1 tabletu na noc, ten užívá asi rok.

Pavel o sobě říká, že byl vždy spíše uzavřenější a měl těžkosti přizpůsobit se kolektivům. Podle něj ho druzí vidí spíše jako silnou osobnost, cítí problém se druhým otevřít a dát najevo city. Problémy si uzavírá v sobě a tam je řeší, k léčbě ho přiměla manželka. Pavel vidí příčinu svých potíží v problémech s nejmladším synem, který je opožděný. Také není spokojený v práci, neví, co bude dál.

**Psychologické vyšetření:** „Z vyšetření vyplývá diferencovaná inteligence, analyticko-syntetický způsob zpracování a dobrá kvalita uchopení, v řešení problému pak menší spontaneita, různá řešení v duchu dlouho přemítá a pak teprve uspořádaně sdělí. V kognitivním stylu se objevují perfekcionistické, nutkavé rysy. Jeho pohled je zúžený se sklonem ulpívat na daných okolnostech a detailech, což brání v celkovém uchopení situace. Sladění s běžně sdílenou sociální realitou je adekvátní, ale jeho prožívání různých situací je svérázné. Ego funkce jsou oslabené, což zapříčiňuje obtížnější vyrovnávání se zátěží, má také menší schopnost nakládat s emocemi a city. Je zde možný rozpor mezi nárokem aktivně se vyrovnávat se životem a vědomou tendencí k pasivitě. Jedná se o osobnost s nutkavými akcentovanými rysy.“

Diagnóza: F 48 – Neurastenie

Pavel se do dění ve skupině příliš nezapojoval, byl vcelku tichý, nekonfliktní. Svůj životní příběh na psychoterapeutické skupině, kromě přečtení svého životopisu, nikdy nevyprávěl. Ačkoli měl zde málo vstupů i co se týče vyjádření názoru k záležitostem ostatních klientů, když nějaký sdělil, byl vždy výstižný a podle mne vedl k zamyšlení. Pavel byl spíše pozorovatelem

veškerého dění, přestože nemluvil, poslouchal a vše vnímal. On sám říká, že s komunikováním má problém, vždy dlouho přemítá, co a jak chce přesně říci, až se k tomu nakonec nedostane, protože téma hovoru je už někde jinde. Zároveň nemá také potřebu hovořit proto, aby druhé svými záležitostmi neobtěžoval, hlídá si svůj osobní životní prostor a nemá rád, když mu do něj ostatní zasahují, proto to ani on druhým nedělá. Takto tichý je i ve svém běžném životě. Pavel mne zaujal svými zajímavými postřehy a poznámkami, působil na mne jako přemýšlivý člověk, který se ve svém životě zabývá spoustou detailů, drobností, které také velmi zajímavým způsobem interpretuje. Jednou se dokonce vyjádřil tak, že v životě jsou zajímavé právě tyto jednotlivosti, protože celek je stále stejný. Pro Pavla bylo, vzhledem k jeho problémům s komunikací, přitažlivější výtvarné vyjádření. Techniky arteterapie pokaždé oceňoval a byly pro něj důležité, dokázal se tímto způsobem daleko lépe vyjádřit a sdělit tak, co se v něm děje. Do každotýdenního hodnocení skupinové atmosféry se vyjadřoval pokaždé velice málo, občas vůbec ne. On sám říkal, že je to pro něj vždy velmi těžké, má prázdnou hlavu a vůbec neví, co napsat. Kladně zde ale hodnotil také relaxace, které se pro něj staly příjemným uvolněním, dále také sport a společné práce. Při sportu ale prý nedokázal projevit své pocity a pak byl nesoustředěný po skončení programu.

### Výsledky dotazníkových vyšetření

#### **Dotazník životní spokojenosti:**

Z dotazníku vyplňovaného v den nástupu léčby vyplynulo, že Pavel je velmi nespokojen se svým zdravím, prací a zaměstnáním a vlastní osobou, nespokojen je se sexualitou, v těsném závěsu následují přátelé, známí, příbuzní a bydlení, v pásmu průměru se pak nachází položky finanční situace, volný čas, manželství a partnerství a děti. V dotazníku ze závěru léčby hodnotí jako velmi nespokojen položky zdraví, práci a zaměstnání a vlastní osobu, stále ještě podprůměrně hodnotí volný čas a přátele, známé a příbuzné, v pásmu průměru se pak objevují položky finanční situace, manželství a partnerství, děti, sexualita a bydlení. Celková životní spokojenost zůstává na pouhém stupni 2, stupněm 1, což značí naprostou nespokojenost, označil na počátku i na konci léčby položky zdraví, práce a vlastní osoba.

*Celkové výsledky testů před nastoupením léčby:* „klient vykazuje zvýšenou míru symptomatologie týkající se zejména úzkosti, a obsese. Celková životní spokojenost byla na nejnižší - na stupni 1 a zvýšené hodnoty se objevily i ve škálách (MMPI), zejména u deprese,

psychastenie a schizofrenie.“ *Výsledky z konce léčby:* „u klienta nedošlo k významné celkové symptomatologické úlevě v četnosti i intenzitě symptomů (SCL-90) a jejich úroveň zůstává přibližně stejná. Míra celkové životní spokojenosti zůstala přibližně stejná – na stupni 2. V oblasti osobnostních vlastností a dílčích charakteristik psychické poruchy došlo k dílčímu snížení na počátku významně zvýšených škál – deprese a schizofrenie.“

### **Dotazník hodnocení psychoterapie:**

Pavel v dotazníku vyjádřil svůj pocit, že se jeho stav nezměnil. Jako obvykle byl jeho dotazník velmi stručný, odpovídal vždy maximálně jednou větou. Předpokládám, že jeho vyplňování mu opět činilo velké potíže, myslím, že se obával, zda by se dokázal dobře slovně vyjádřit. Dozajista pro něj bylo vyplňování všech těchto testů velmi náročné, neboť trvá zhruba 2 hodiny. Největší přínos v léčebném programu představovaly pro Pavla arteterapie a psychoterapeutická skupina. Co v léčbě postrádal, nedokázal posoudit. Žádné připomínky k organizaci léčby, provozu zařízení ani práci terapeuta neměl, nedokázal napsat, jaké nejdůležitější vlastnosti a dovednosti u terapeuta vnímá jako nejdůležitější. Také nevěděl, jak si vysvětlit mechanismus působení psychoterapie. Pavel zaznamenal v průběhu psychoterapie změny ve svém chování a jednání, konkrétně v mírném zlepšení komunikace, změny v prožívání sebe a v prožívání druhých nezaznamenal. Nejvíce si cení právě zlepšení v oblasti komunikace, ale podle něj jeho okolí žádnou změnu co se týče jeho osoby, nezaznamenal. Nejtěžší během psychoterapie byla pro Pavla verbální komunikace. Píše, že neví, zda psychoterapie jeho očekávání splnila ani zda se nějakým způsobem změnil jeho názor na ni.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Dotazník hodnocení psychoterapie z 13.10.2005

## Tomáš, 28 let

### Rodinná anamnéza:

matka – 58 let, rozvedená a znovu vdaná (8 let), žije ve Španělsku, žije se pronajímáním aut, v roce 1992 se pokusila o otravu medikamenty a byla hospitalizována v PL Bohnice, důvodem byly hádky mezi ní a jejím mužem, kvůli kterým přijížděla i policie, s klientem komunikují přes internet, vidí se 1x ročně, jeho psychické problémy si matka nepřipouští, zlehčuje je  
otec – 58 let, původně stavbyvedoucí, když ale klient vyrůstal, otec nepracoval, pil a rodinu živila manželka, otec trpí epilepsií, klient ho označuje jako náladového a často našťavaného, v dětství se ho bál, v současnosti žije otec sám a s klientem se vidí 1x měsíčně  
bratr – 32 let, ženatý, zaměstnán jako jednatel firmy, výbušná povaha, s klientem jsou v kontaktu převážně telefonicky

### Osobní anamnéza:

Tomáš je svobodný, má ukončené gymnázium a v současnosti studuje VŠ. V mateřské škole a později na 1. stupni základní školy, neměl Tomáš žádné problémy. V 5. – 6. třídě se ale u něj začaly projevovat úzkosti před přísnými učiteli. Navenek působil sebejistě, uvnitř mu ale bylo zle. V té době doma vládla dusná atmosféra, situace byla standartně špatná, otec pil, a rodiče se hádali. Matka se projevovala hystericky, dokonce vyhrožovala s nožem. Na gymnáziu trpěl trémou ze zkoušek, během studia měl prospěch dobrý, odmaturoval ale se slabším prospěchem. Tou dobou se stýkal se skupinou chlapců, kteří měli doma také problémy. Po maturitě studoval 1 rok angličtinu na jazykové škole, pak nastoupil na Vysokou školu ekonomickou, kde studoval 3 roky informatiku, odešel ale kvůli pocitu odcizení a strachu mluvit před lidmi. Poté si zařídil živnostenský list na údržbu a správu nemovitostí. Před 3 lety začal studovat Masarykovu univerzitu v Brně – bakalářský obor politologie/psychologie, v lednu ho čekají státní zkoušky. Tomáš inklinuje ke křesťanství, pokřtěn ale není. Říká, že vždy toužil po tom, zamilovat se. Ve svých 16. letech měl vztah ke spolužačce, na jejich společné schůzce ale mlčel. Ve 23. letech navázal vztah s o 2 roky mladší dívkou, se kterou také zažil svou první sexuální zkušenost. V současné době je již 5 let se svou první opravdovou partnerkou, se kterou si dobře rozumí. Partnerka je zrakově postižena, také ona prošla individuální terapií. Tomáš trpěl obavami před nakažením se AIDS, se svou současnou partnerkou ale jeho obavy polevily. Mezi Tomášovi zájmy patří psychologie, politologie a náboženství. Za svůj život zkusil marihuanu, extázi a pervitin. Jeho první pocity byly příjemné, ty další ale strašné, dostal strach, izoloval se a panikařil. Nyní již 2 roky žádné drogy neužívá.

Tomáš bydlí v bytě 2+1, který patří jeho tetě, je tedy půjčený. Jeho současná finanční situace je únosná, sám si platí pojištění a vypomáhá mu jeho teta, u které je současně zaměstnán. Klient je zatížen minulostí svého otce i své matky, konkrétně otcovým alkoholismem a matčíným pokusem o suicidium, také její sestra se ve svém životě pokoušela otrávit. Suicidální myšlenky napadají klienta denně, reálné plány si ale nedělá. Kořeny své nemoci, svých problémů, vidí ve svém otci, v hádkách v rodině a v těžkém dětství. Tomáš přišel poprvé do styku s psychoterapií před 4 lety, kdy začal docházet do zařízení RIAPS, zde absolvoval 2 roky individuální terapie. V zařízení ESET pak absolvoval 6 týdnů denního stacionáře, po jeho ukončení dále pokračuje v individuální terapii, před rokem ale změnil terapeuta.

Do DS Horní Plata přichází s akutní problematikou zahrnující úzkosti, strachy ze zkoušek, strachy z výšek, rituály kolem kontrol bytu před odchodem. Cítí se sociálně izolovaný-nemá přátele, bojí se selhání, nakonec má ale výsledky dobré a pak je vyčerpaný, neadekvátně se děsí, že se znemožní. Obsedantně kompulzivní problematika se u něj projevuje strachem z klíčat, před odchodem kontroluje plyn a okna - bojí se jeho výbuchu, parkuje těsně před okrajem chodníku, v tramvaji se nechce dotýkat držadel - musí se pak důkladněji mýt. První obsese se objevily v jeho 10 letech, hodně si myl ruce, po čase to ale samo přešlo. Pak přišly strachy z přísných učitelů, školy se bál, ale nikomu se nesvěřil. On sám označuje za své nejznačnější potíže roztěkanost a nesoustředěnost, bušení srdce, průjmy či zácpy, pesimismus, lítostivost či precitlivělost, smutnou či špatnou náladu, neurčitou úzkost a pocity napětí, neodůvodněný strach v určité situaci, a vtíravé myšlenky či nutkání k jednání. Má strach z hodnocení druhými. Z medikace užívá Efectin 150mg 1x denně, Dogmatil 200mg ½ tablety denně a Atarax při akutní úzkosti. Od léčby očekává intenzivní práci v denním stacionáři a oproti individuální terapii zpětnou vazbu od druhých lidí.

**Psychologické vyšetření:** „Klient si při psychologickém vyšetření stěžuje na problémy v sexuální oblasti, velmi dbá na čistotu a sex mu začal připadat nechutný. Během zkoušek na vysoké škole u něj nastává 3-4 denní útlum, lehce hypomanický stav. Často se mu také zdají sny, že ho chce někdo zabít. Klient strávil již 4 roky v systematických individuálních terapiích. Z psychologického vyšetření vyplynulo přiměřeně produktivní, ale málo diferencované myšlení, slabost jáských funkcí a selhávající realitní kontrola. Myšlení je zahlceno primárními procesovými obsahy, z čehož vyplývá úzkost anihilačního rázu (thanatofobie). Klientova hloubka prožívání je psychotická, navenek je se sociální realitou sladěn, uvnitř ale může prožívat děs, jeho afektivita je labilní. Klient má dostupné kreativní zdroje, není vyprahlý.

Ničivé části sebe sama kontroluje prostřednictvím projektivní identifikace, očekává, že svět bude zlý a nevlídný. V závěru je klient diagnostikován jako osobnost vyznačující se slabostí já a zahlceností primárně procesovým myšlením. Zařazení do denního stacionáře je shledáno možným, ale s tím, že se bude jednat o náročného pacienta s možností regrese či dekompenzace.“

Diagnóza: F 60.6 – Vyhýbavá porucha osobnosti

F42.0 – Obsedantně kompulzivní porucha

Tomáš sice nebyl ve skupině moc průrazným a hodně hovořícím členem, ale i přes svůj strach z vystupování před lidmi, který je pro něj v běžném životě každodenní překážkou, se do dění zapojoval a vyjadřoval se i k problémům ostatních. Také se vícekrát v průběhu stacionáře ujal slova a hovořil o sobě a své situaci. Mluvil převážně o vztahu ke své tetě, u které je zároveň zaměstnán a má od ní také půjčený byt. Vždy se jí podvoluje a nedokáže se vzepřít, ačkoli mu její požadavky nevyhovují a plní je spíše z pocitu povinnosti a závazku. Jeho dalším větším tématem byly nadměrné stresy ze zkoušek a obavy z vystupování před ostatními lidmi, což mu znesnadňuje jeho současné i budoucí vytoužené studium. On sám se vyjádřil, že tak hodně jako zde ve skupině již dlouho nikde nemluvil a také se nedokázal nikde tolik prosadit. Měla jsem pocit, že i přes to, že je na to pyšný, má současně pocit studu, obává se, že ostatním ubírá prostor a přemýšlí, jestli jim tím neubližuje. V programu u Tomáše vítězily relaxace, zkoušel je praktikovat i doma. Jediným problémem pro něj byly návraty z nich do reality, nikdy se mu zpět nechtělo. Významná pro něj byla i arteterapie, podle něj se při kreslení lidé vždy uvolní, dochází při něm ke stmelování skupiny a člověk také zároveň zjišťuje, jak se na něj dívají ostatní. Do každotýdenního dotazníku skupinové atmosféry se vždy vyjadřoval vcelku rozsáhle k oběma jeho bodům.



## Výsledky dotazníkových vyšetření

### **Dotazník životní spokojenosti:**

Z dotazníku vyplňovaného na počátku léčby je jako velmi nespokojen označena položka zdraví, o pouhý stupeň výše jsou označeny položky práce a zaměstnání, vlastní osoba a přátelé, známí, příbuzní. Podprůměrně je hodnocena finanční situace a sexualita, v oblasti průměru se pak nachází volný čas, manželství a partnerství a bydlení. Celková situace je hodnocena jako velmi nespokojen. V dotazníku ze závěru léčby jsou jako velmi nespokojen označeny položky zdraví, vlastní osoba a přátelé, známí, příbuzní, o stupeň výše je položka práce a zaměstnání. Jako podprůměrná je hodnocena finanční situace, v průměru se nachází položky volný čas, manželství a partnerství, sexualita a bydlení. Celková situace zůstává na stupni 1 – velmi nespokojen.

*Celkové výsledky testů před nastoupením léčby:* „pacient vykazuje zvýšenou míru symptomatologie, týkající se zejména deprese, úzkosti, obsese a interpersonální senzitivity. Celková životní spokojenost je na nejnižší úrovni – stupni 1 a zvýšené hodnoty se objevují i ve škálách (MMPI), zejména pak u deprese, konverzní hysterie, psychastenie a schizofrenie. *Výsledky z konce léčby:* „u pacienta nedošlo k významné celkové symptomatologické úlevě v četnosti i intenzitě symptomů (SCL-90) a jejich úroveň zůstává přibližně stejná. Míra celkové životní spokojenosti zůstala přibližně na stejné úrovni – na stupni 1. Co se týče osobnostních vlastností a dílčích charakteristik psychické poruchy, došlo ke zvýšení u všech již na počátku zvýšených škál – deprese, konverzní hysterie, psychastenie a schizofrenie.“

### **Dotazník hodnocení psychoterapie:**

Tomášův stav se podle něj po prodělané psychoterapii zlepšil, terapie se mu líbila. V dotazníku za ni poděkoval a ocenil i práci terapeutů, kteří na něj působili příjemně a mile. Přišel pryč i na určité věci, na kterých chce v budoucnu pracovat. Největší přínos měla v programu pro Tomáše relaxace, dalším byla psychoterapeutická skupina a arteterapie. Relaxaci začal praktikovat i doma, pomáhá mu vyprázdnit hlavu od myšlenek a usnout. Také přiblížit se díky ní dokáže přiblížit svému skutečnému já. V léčbě nic nepostrádal, byla podle něj dobře organizována, terapeuti chodili včas a byli příjemní, zařízení se mu zdá v pořádku. Uvítal by ale ukázky prací bývalých klientů, které vytvořili při arteterapii. Jako nejdůležitější

se mu u terapeutů jeví schopnost vcítit se do potřeb pacienta a příjemný nekonfliktní přístup. Mechanismus působení psychoterapie si vysvětluje tím, že terapeut klienty upozorňuje na věci, které si sami nepřipouštějí, problém pojmenuje a vidí do jeho podstaty. Člověk si pak uvědomí, proč se v určité situaci nějakým způsobem chová a najde souvislosti například s chováním rodiče. Tomáš zaznamenal v průběhu terapie změny v prožívání sebe, v prožívání druhých i ve svém chování. Díky relaxaci se dokáže uvolnit a zbavit se nepříjemných myšlenek, je celkově klidnější. Jinak než dříve dnes prožívá vztah k Ondřejovi a Šárce – dalším členům skupiny. U Ondřeje se změnil z kladného na spíše záporný a u Šárky ze záporného na spíše kladný. Také začal více vyjadřovat kritiku vůči sobě a ostatním. Změna, které si cení nejvíce, je jeho nynější postoj k tetě, už není ten submisivní člověk, který si nechá všechno líbit. Myslí si, že má dnes větší sebevědomí i v jiných situacích. Změny zaregistrovala i jeho přítelkyně. Říkala mu, že udělal velký pokrok ve vztahu ke své tetě a v uvědomění si svého problému, kdy jí vnucuje svůj názor - to má prý pravděpodobnou souvislost s jeho pokusy změnit otce alkoholika. Jeho očekávání psychoterapie celkem splnila, i když, jak píše, zázrak se nekonal. Nyní je mu psychicky lépe, ale neví, jak se bude cítit za týden. Jeho názor na psychoterapii je stále stejný, zachránila mu život a přivedla ho na cestu sebepoznání.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Dotazník hodnocení psychoterapie z 13.10.2005

## **Martina, 42 let**

### Rodinná anamnéza:

matka – žila v rodině manžela (otce klientky) od svých 15 let, manžel ji vyvedl ze špatných podmínek, ve kterých dosud žila, absolvovala snad jen ZŠ, klientka o ní nic neví, matka odešla od rodiny ve věku 1 roku klientky

otec – zemřel ve věku 47 let na leukémii (klientce v té době 23 let), elektromechanik, povahou velmi hodný, citlivý, bolelo ho, že má jeho dcera skoliózu a že se proto trápí, klientka dlouho nevěděla, že je jejím otcem

### Osobní anamnéza:

Martina je rozvedená, má základní vzdělání a v současnosti je nezaměstnaná, naposledy pracovala jako prodavačka v obuvi. V kojeneckém věku trpěla Martina podvýživou a odvápněním, v dětství ji pak trápily časté virózy a infekce dýchacích cest. Od svých 12 do 18 let nosila korzet kvůli skolióze, čímž velmi trpěla. Prodělala také cystitidy. Je alergická na roztoče a prach, má vysoký cholesterol, trápí ji bolesti hlavy a na hrudi. Menstruovat začala ve svých 15 letech, první sex měla ve 22 letech. V dětství žila Martina u své babičky, otcovy matky, stala se jí mateřskou osobou. Měla jí ráda, ale bála se jí, byla tvrdá, přímá, bila jí a zakazovala kamarády. Doma velela a neustále se o něčem dohadovala. Martina popisuje ovzduší, které zde vládlo, jako sobecké a žárlivé. Na návštěvu za nimi jezdily její sestřenice, které ji ponižovaly. Nosila po nich staré šaty, posmívaly se jí, že se špatně narodila, že je mrzák a nikdo si ji nevezme. Martina k nim vzhlížela, protože jim záviděla matku. Jednou týdně za ní jezdil také její otec, ale o tom, že je jejím otcem tehdy nevěděla. Pochopila to až ve svých sedmi letech. Když bylo Martině 10 let jejich vztah se zlepšil, byl jediný, kdo ji pohladil. V jejich 15 letech se odstěhovali a začali bydlet spolu, sblížili se a ona cítila, že má zázemí. Dřív se podle ní asi otec bál zodpovědnosti, a proto ji nechal u sester, aby jí nahradily matku. O tom, proč matku nemá, přemýšlela Martina i na základní škole. Měla strach z dětí, nevnímala učení a nechtěla tam chodit. Kamarády neměla. Na 2. stupni se vše ještě zhoršilo, nosila korzet a cítila se méněcenná. Po základní škole navštěvovala ½ roku učiliště pro postiženou mládež obor brašnářka, odešla ale, protože nechtěla studovat s postiženými. Dva roky potom studovala rodinnou školu. Ve svých 18 letech začala pracovat na telefonní ústředně, odešla ale, protože na ní starší vedoucí křičela. Rok pak chodila do jiného zaměstnání a po něm následovalo 16 let strávených v domácnosti. Poté nastoupila do zaměstnání v ústavu letectva, kde opět došlo ke konfliktu se starší vedoucí a Martina po roce práci opustila. Vyzkoušela tedy pracovat jako

pokojská, práci ale nezvládla a po 14 dnech odešla. V roce 2004 začala pracovat jako prodavačka v obuvi, dostala ale výpověď, protože se její domácí potíže začaly projevovat na pracovišti. Martina začala v ochranné lhůtě docházet na psychiatrickou ambulanci, kterou navštěvuje dosud. V současné době žádá o invalidní důchod. Neumí si představit, jak by mohla nastoupit do práce, protože se necítí psychicky dobře, s tím souhlasí i její lékařka.

Martina se provdala za svou první známou. Její manžel se jí vzhledově nelíbil, ale byl hodný, klidný a pořádkumilovný. Ke sňatku došlo po 4 měsíce trvající známosti kvůli odchodu do pohraničí. Klientka se o něj starala jako o dítě a pro sebe si nic nedopřála. Manžel ale opakovaně odcházel z domova kvůli psychickým problémům, říkal, že musí být sám. Ona pak nešťastná volala otci, aby za ní přijel. Symptomy se u Martiny objevily v roce 1989, kdy manžel odešel z armády (dnes je vojákem z povolání) a ona pociťovala strach o jejich existenci. Postupně se všeho začala bát a nebyla schopna vyjít ven. Cítila se špinavá, musela se opakovaně mýt a k tomu nutila i manžela. Vnější svět byl pro ni prosycený zlem a ona doma vytvářela oázu čistoty. Manžel její chování nevydržel a podal žádost o rozvod, to Martina vnímá jako projev zbabělosti a zároveň se tím trápí. Nemá přítele a tak se nemůže podělit o problémy, má z lidí strach. Sama sebe vidí jako člověka bez ceny, neschopného, divného, cítí se zbytečná, opuštěná a neuznaná. Chce být dokonalá, aby proti ní nikdo nemohl nic mít. Touží po někom blízkém a hledá oporu v životě oporu. Ačkoli k rozvodu, který ještě nenabyl právní moci, došlo před 5 měsíci, žijí i nadále ve společné domácnosti. Jedná se o dvoupokojový byt s kuchyní. Děti Martina nemá, měla psychické problémy a bála se si je pořídit. Chtěla by mít jedno dítě, ale obává se ještě vážnějších komplikací. Co se týče její finanční situace, pobírá nemocenskou a manžel jí přestává dávat peníze. Dřív mezi její zájmy patřila příroda, jóga, knihy, vyšívání, pečení a péče o domácnost a manžela, v současné době ale žádné zájmy nemá. Špatně spí, má živé sny a trpí nechutenstvím. Letos na jaře, kdy došlo k rozvodu, zhubla za 14 dní 10 kilogramů. Občas, když se po hladovění nají, zvrací, má pocit, že by měla zhubnout, protože se manželovi líbí štíhlá. Klientka je zatížena ze strany otce, jehož matka se od svých 40 let léčila v psychiatrické ambulanci, došlo také k její hospitalizaci. Byla cholerická, stejně tak i obě sestry jejího otce. Martina v dětství opakovaně snědla všechny léky, které našla u babičky, nic se jí ale nestalo, protože je vždy všechny vyzvracela. Po smrti otce a také po odchodu manžela se pokusila o sebevraždu léky. Za příčinu své současné nemoci považuje to, že „do ní už od dětství všichni kopali a tento postoj s ní šel v životě dál.“ Do prvního kontaktu s psychoterapií přišla v roce 1986, po smrti otce, kdy začala docházet do psychiatrické ambulance. Po čase ale chodit přestala. Další návštěvu PA absolvovala v roce 1995, pak začala

znovu docházet až v roce 2003. Myšlenky na sebevraždu u ní přetrvávají, neví, jak existovat. Od roku 2004 opět dochází do psychiatrické ambulance.

Jako etiopatogeneze je udávána raná deprivace, aktuální rozpad manželství, strach z lidí, ze samoty, bezradnost v životě, nespavost, nechutenství a hubnutí. Jejími současnými obtížemi jsou dlouhodobý strach z lidí – prakticky celý život, v domácnosti nutkavé stavy týkající se dodržování čistoty. Klientka neví, jak žít, snaží se napodobit druhé v chování, aby nebyla sama, cítí se unavená a ubitá. Ona sama udává za své nejznačnější potíže poruchy spánku, třesavku, vnitřní chvění, bušení srdce, nechutenství, pesimismus, lítostivost, smutnou nebo špatnou náladu, neurčitou úzkost a pocity napětí, neodůvodněný strach v určité situaci, nepřiměřený strach z budoucnosti, pochyby o sobě samé a pocity nejistoty před lidmi. Její obtíže se dají označit jako celoživotní, vyhroutily se ale za posledního půl roku. Z medikace užívá 3 roky Cipralex 10mg 2x denně, 6 let Lexaurin 3mg ½ ráno a večer a Hypnogen ½ na spaní. Martina od léčby v denním stacionáři očekává vyrovnání se s rozvodem, chce zamezit tomu, aby si něco udělala, bojovat se strachem, ráda by zjistila, že život může jít dál.

**Psychologické vyšetření:** „Při psychologickém vyšetření hovoří Martina o své matce. Setkala se s ní 2x v životě, poprvé v jejích 13 letech a podruhé ve 23 letech, kdy jí matka odmítla. Když vyrůstala v rodině otce, bylo jí nadáváno, že je zrůda a že rodinu vyžírá, ona sama má fantazii, že ji matka opustila proto, že v ní jako v novorozenci zrůdu viděla. Světlym bodem jí byl otec. Klientka se jeví jako sebezpodceňující se, ulpívá na jednotlivostech, má zužující pohled. Její myšlení je nepružné, málo produktivní, sladění s běžně sdílenou sociální realitou je špatné, bude se asi hůře vžívat do hledisek druhých lidí. Úzkost se u ní bude projevovat v inhibicích narušujících flexibilní schopnost řešit problémy. Její kreativní zdroje jsou aktuálně velmi omezené, při řešení své situace bude pasivní a bude se spoléhat na pomoc zvenčí. Emocionální život bude povrchní, afektivita nezralá, labilní, ego funkce slabé. Klientčina reaktivita je fobická. Závěrem je klientka diagnostikována jako inhibovaná osobnost s pasivně závislými charakteristikami. Její zařazení do denního stacionáře je shledáno jako možné s rizikem selhání.“

**Diagnóza:** F 42 – obsedantně kompulzivní porucha (syndromaticky sociální fobické)

F 60.31 – emočně nestabilní – hraniční porucha

F 41.9 – úzkostná porucha nespecifikovaná

Martina se v psychoterapeutické skupině vyjadřovala pouze o sobě, k problémům ostatních nehovořila, možná proto, že s kontaktem s ostatními lidmi měla vždy problém. Jak sama říkala, ne, že by problémy ostatních členů skupiny ignorovala, ale tyto problémy ji vždy velmi bolely, prožívala je s ostatními. Když hovořila, neustále se odvolávala na to, jak byla vychovávána a zdůvodňovala tak své současné chování a postoje. Měla také období, kdy se spíše stáhla do sebe a nechtěla již na skupině hovořit. Terapeutovi sdělila, že má pocit, že se vždy zastává ostatních, například Šárky, ale jí ne. Když se terapie blížila ke konci, rozhořčila skupinu tím, že necítí žádnou změnu a že od skupiny očekávala, že jí pomůže. Skupina reagovala tím, že se jí pomoci snažila, ale ona je vždy odmítla. Podle skupiny se také Martina v životě málo snaží, všechny rozhořčovalo její neustálé odvolávání se na dětství a vyčítali jí její pasivitu a pěstování si negativního postoje. Martina opravdu značně lpěla na svých životních strastech, od kterých se nedokázala odpoutat stejně tak, jako od své současné situace s bývalým manželem. Šárka o ní prohlásila, že si schovává jen ty špatné zážitky a ty dobré zahazuje.

Martina na mne působila velmi křehkým dojmem, myslím si, že vyvolávat soucit bylo i jejím možná nepřímo uvědomovaným cílem. Když jí byla složena poklona, že vypadá lépe a že jí to sluší, vyvolalo to u ní naopak změnu k horšímu, návrat do sklíčeného vzhledu. Martina neuměla přijímat poklony a slyšet chválu, sama to o sobě i říkala. Problémem ale bylo, že skupina v tom viděla spíše nevděčnost a utvrzování se v její obvyklé pozici utrápeného člověka. Nicméně situace se takto vyhrotila až v závěru léčby, Martina rozhodně nebyla obětí beránkem skupiny, na kterého by se snesla veškerá kritika. Tento přístup skupiny mohl být stejně tak jejím obranným mechanismem, protože Martina svým postojem ke konci léčby její výsledky spíše devalvovala, což mohlo ohrozit i výsledný postoj ostatních členů skupiny. Martina očividně toužila po jemném a uklidňujícím přístupu ze strany terapeuta, pravděpodobně od léčby očekávala, že na sebe budou všichni hodní a na tom, že také celá léčba stojí. Nejspíš byla zaskočena otevřeností ostatních členů skupiny, když hodnotili její životní postoj, nebyla na to připravena. Martina byla velmi citlivá, hledala oporu, pochopení, pohlazení. Skupina jí přinesla i toto, ale také se jí snažila otevřít oči, což jí do zajista způsobilo množství bolestných ran. Těžko říci, jaká složka programu byla pro Martinu tou nejvíce příjemnou a vítanou, v každotýdenních dotaznicích se vyjadřovala různě. Na počátku pro ni byla příjemná relaxace i psychoterapeutická skupina. Ostatní členové skupiny na ni působili příjemně, cvičení i ergoterapie pro ni byly zábavou, i arteterapii považovala za zajímavou. Po čase ale začala být ze skupiny vyčerpaná. Co se týče relaxace, v průběhu celé léčby ji Martina v reflexi, která následovala těsně po relaxaci, nehodnotila moc kladně. Říkala, že má velké

problémy se uvolnit, má při ní fyzické problémy a nedokáže si ji patřičně užít. Zhruba v polovině trvání léčby v dotazníku psala, že je jí hůře a cítí se vyčerpaná, ubíjí jí prý těžkosti ostatních. Na psychoterapeutické skupině se cítí jako ta nejhorší, stěžuje si, že se jí pan primář nezastane a naváží se do ní. Relaxace a cvičení jí v této době dělají problémy, píše ale, že se v poslední době trochu zlepšily. Dva týdny před koncem léčby udává, že má na skupině strach z lidí, což jí vyčerpává. Nejhorší je pro ní arteterapie, jedné skupinové arteterapeutické techniky se dokonce odmítla zúčastnit, což u skupiny vyvolalo nelibost a nepochopení. Zároveň ale také v dotazníku píše, že je jí lépe než před nástupem do denního stacionáře, dokáže nyní více mluvit s lidmi.

### Výsledky dotazníkových šetření

#### **Dotazník životní spokojenosti:**

V dotazníku životní spokojenosti vyplňovaného v den nástupu léčby, označuje jako velmi nespokojena položky zdraví, finanční situace, manželství a partnerství, vlastní osoba, sexualita, přátelé, známí a příbuzní, bydlení. O pouhý stupeň výše hodnotí práci a zaměstnání a volný čas. Svou celkovou životní situaci shledává jako velmi neuspokojivou. V závěru léčby jsou jako velmi nespokojena označeny položky zdraví, finanční situace, volný čas, manželství a partnerství, vlastní osoba, sexualita, přátelé, známí a příbuzní, bydlení. O stupeň výše je položka práce a zaměstnání. Celková životní situace zůstává označena stupněm 1 jako velmi nespokojena.

*Celkové výsledky testů před nastoupením léčby:* „ klientka vykazuje zvýšenou míru symptomatologie, týkající se zjm. somatizace, obsese, interpersonální senzitivity, deprese a úzkosti. Hodnota celkové životní spokojenosti je na nejnižší úrovni a extrémně vysoká hodnota u škály F (MMPI) činí protokol neinterpretovatelný, popř. jde o významně závažnou psychopatologii.“ *Výsledky z konce léčby:* „u klientky nedošlo k významné celkové symptomatologické úlevě v četnosti i intenzitě symptomů (SCL-90) a jejich úroveň zůstává na nejnižší úrovni na stupni 1. Osobnostní vlastnosti a dílčí charakteristiky psychické poruchy nelze z protokolu interpretovat, neboť se v něm objevila vysoká hodnota u škály F.“

## Dotazník hodnocení psychoterapie:

Martina má v závěru léčby pocit, že se její stav zhoršil. Cítí se bez energie, vysílená, vyčerpaná, bere více prášků, je neklidná, nemůže spát, má pocit beznadějného života a opuštěnosti. Za složky léčebného programu, které pro ni představovaly největší přínos považuje rozhýbání těla, učení se správnému dýchání a arteterapii. V léčbě postrádala samostatné pohovory s psychologem a více relaxace. Jako připomínky k organizaci léčby a provozu zařízení udává nespokojenost s úklidem po skupině – každý by si každý měl podle ní uklízet sám po sobě. Také by uvítala více vstřícnosti od doktorů, píše, že bojí jim něco říci a pak má proto potíže. Jako důležité vlastnosti a způsoby jednání terapeutů a také jako připomínku k práci terapeuta udává opět více vstřícnosti, pochopení od doktorů směřovaných k jednotlivým pacientům. Píše, že se zdají hodní, ale málo přátelští, proto se za nimi bijí chodit – v tom vidí svůj problém. Mechanismus působení psychoterapie si nedokáže vysvětlit. V průběhu psychoterapie zaznamenala změny v prožívání druhých. Píše, že jí rozrušují příběhy jiných, je jí zle od žaludku, třese se, buší jí srdce, je jí ostatních líto. K bodu, kde měla zmínit nejcennější, popř. negativní změnu, udává, že čím více se zde člověk otevře, tím spíše ho ostatní utlučou. Nedostala se prý k tomu, aby promluvila o sexuálním zneužití, které ji potkalo a ani by to před lidmi ze skupiny neřekla, podle ní je to velice divná skupina. (Což je zvláštní, protože o sex. zneužití Martina na skupině minimálně 2x hovořila. Skupina jí vyslechla, jen se k tomu mnoho nevyjádřila – pravděpodobně nevěděla, jak nejvhodněji zareagovat) K tomu, zda okolí zaregistrovalo nějakou změnu, píše, že je na tom hůř. Nejtěžší pro ni během psychoterapie bylo být mezi lidmi. Její očekávání psychoterapie nesplnila, z lidí jí je ještě více špatně a bojí se jich ještě víc. K poslednímu bodu, zda se nějakým způsobem změnil její názor na psychoterapii, udává, že u ní to nemá žádný smysl.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Dotazník hodnocení psychoterapie z 13.10.2005



## Šárka, 31 let

### Rodinná anamnéza:

matka – 62 let, vyučuje na částečný úvazek na gymnáziu, před rokem 1989 přednášela na FF UK, byla poznamenána revolucí – musela fakultu opustit a jít učit na základní školu, povahou urážlivá, vztahovačná, ale starostlivá, organizátorka, vztah mezi ní a klientkou nebyl blízký, takřka žádný

otec - 72 let, dnes již ve starobním důchodu, doktor a docent, pracoval na vysoké škole politické, literární kritik, po revoluci měl problém sehnat zaměstnání, začal učit na základní škole, což považoval za křivdu, povahou náročný, kritický, odtažitý, klientka se mu snažila vyhýbat – nedával najevo, že ji má rád, ve vztahu k němu cítí prázdno, označuje ho za intelektuála neschopného prakticky fungovat

sestra – 30 let, VOŠ, vdaná, má 2 děti a v současnosti je na mateřské dovolené, pracuje v administrativě, v dětství byla často nemocná a rodiče na ni měli menší nároky, matka ji chránila, s klientkou si dnes rozumí, ale nemají důvěrný vztah

### Osobní anamnéza:

Šárce je svobodná, má vysokoškolské vzdělání a v současné době je nezaměstnaná. Rodiče se brali, když bylo její matce 18.let, po 10 letech se jim narodily děti. Šárka si nepamatuje na žádné partnerské krize, popisuje jejich vztah jako všední soužití, kdy se rodiče domlouvají a jsou na sebe spíše zvyklí. Šárka se na základní škole učila výborně, měla kamarádky, ale vyhýbala se věcem, ve kterých neměla jistý úspěch, například sportu. Na gymnáziu se její prospěch zhoršil na trojky, vztahy ve škole ale vnímala jako příjemné, byla obletována spolužáky. Úspěšně vystudovala i pedagogickou fakultu obor matematika-angličtina. Dva roky strávila v Jižní Africe se svým přítelem, kde společně podnikali. Rozešla se s ním a po svém návratu do ČR začala pracovat v marketingové firmě zabývající se průzkumem trhu, pak nastoupila i do druhé firmy. Práce zaplňovala její život, trávila tam i 12hodin denně.

V zaměstnání navázala vztah se svým ženatým nadřízeným, po čase ho ale ukončila, aby dále nekomplikovala vztah k jeho ženě, která mezitím otěhotněla. Po jejich rozchodu měl ale její bývalý milenec poměr s Šárčinou podřízenou, což ji velice ranilo. Šárka proto dala výpověď. Po krátké pauze, kterou si teď chce dopřát, si chce hledat nové zaměstnání. S finanční situací u ní není problém, má úspory. Trvalejší vztah klientka navázala Šárka po vysoké škole, s přítelem, se kterým odjela do Jižní Afriky. Jinak vždy vyhledávala cizince, zdáli se jí kvalitnější a také trvalo delší dobu, než si je devalvovala. Vztahuje se ke starším partnerům,

autoritám, v poslední době ale navazuje sexuální vztahy bez perspektivy. V sexuální oblasti necítí žádné problémy. Nyní je bez partnera, děti nemá. Mezi její zájmy patří jazyky, vzdělávání se a cestování. V životosprávě se snaží o zdravou stravu, diety nedrží. Ve stresu ale víc jí, přejídá se a pak zvrací. Nekouří, alkohol pije příležitostně, nikdy sama. Suicidální myšlenky nemá. Jako hypotézu o své nemoci udává částečnou souvislost s výchovou, v dětství se po ní chtělo, aby byla dokonalá. Je jí nepochopitelné, že lidé nejsou jako ona, že se nesnaží být lepší a nepoučují se ze svých chyb. V dětství považovala chyby za slabost, dnes se už ale naučila, že to tak není.

Šárčiny současné potíže spočívají v tom, že si uvědomila, jak vysoké nároky má na sebe i na druhé, to si pak promítá do svých vztahů. Uvědomuje si také svou potřebu dokonalosti, opovrhuje lidmi, kteří mají chyby. Další oblast potíží se týká její váhy, od puberty tancovala a cvičila, přestala ale na vysoké škole, kde v 5.ročníku prodělala bulimickou epizodu, trvající asi 3 měsíce. V té době zvracela i několikrát denně. Její přátelé tenkrát dokončili studium, ona si ho o rok prodloužila a cítila se sama. I dnes ve stresu víc jí a pak při pocitu plnosti zvrací, údajně 1x měsíčně. Její obtíže podle klientky trvají již od dětství.

**Psychologické vyšetření:** „Z psychologického vyšetření vyplývá, že Šárčin intelekt se nachází v pásmu nadprůměru, emocionalita je ale nestabilní, probleskují narcistické prvky, objevuje se také devalvace protějšku. Je zde také skrytá bulimická problematika, neobjevuje se nic psychotického či suicidálního. Šárka o sobě říká, že se cítí jako racionální typ, má ráda pravidla a ve věcech přehled. Neumí prý podobné věci bez pravidel a logiky, emočně věcem nerozumí. Vždycky ji bavila matematika, má ráda věci, které se dají ověřit. I v zaměstnání pracuje s čísly, huře se ale vciťuje do spotřebitelů, zvláště pak do těch, kteří na něco nemají. Ona problém s penězi nemá, kupuje si dokonalé značkové věci. Říká, že je nevyhraněná, ale spíše extrovertní, možná si připadá málo zajímavá. Výsledky prováděných testů naznačují labilní emocionalitu, zvýšenou agresivitu, nerealistickou sociální percepci a dominanci. Vztah k matce je ambivalentní s převahou výhrad, podobně i k otci. Sebehodnocení je nadnesené, práce funguje jako kompenzační hodnota. V kresbě byla zobrazena nahá žena s krátkými vlasy, málo ženskými tvary a se zdůrazněnými ústy a nehty na ruce. Dále nahý muž, o 1/5 větší než žena, nohy se mu nevešly na papír, byl mírně karikován. Celé vyšetření bylo poznamenáno klientčinou ambivalentní spoluprací, což mluví pro její zřejmě nemalou křehkost a narcistickou zranitelnost. Během rozhovoru plakala při emočně významnějších tématech. Klientka má dobrý materiál k introspekci. Emocionalita je instabilní, deklaruje tendence k racionalitě, pravidlům a

logice oproti uměleckým a emočním tématům. Její sebehodnocení je zranitelné, touží po dokonalosti. Rodiče jsou emočně nepřítomní.“

Diagnóza: F 41.2 – smíšená úzkostně-depresivní porucha

Šárka byla hnací silou celé skupiny. Měla jsem možnost poznat ji až ve 4. týdnu denního stacionáře, kdy již její snahy zmobilizovat skupinu k větší aktivitě a její otevřené kritiky vůči ostatním členům částečně polevovaly, přesto však nikdy úplně nevymizely. Šárka na mne působila jako hezká a ambiciózní žena. Na svém vzhledu si velmi zakládala, nosila oblečení patřící spíše k mladším dívkám, Ondřej na tento její styl také utrousil pár pichlavých poznámek. Na ostatní členy skupiny nepůsobila nijak příjemně, její neustálá snaha něco organizovat ostatním vadila. Také byla kritizována za svou neustálou potřebu dělat něco navíc, to se projevovalo například při ergoterapii, kdy pokládala za nutné čistit po práci rukavice atp. Šárka si byla velmi dobře vědoma své inteligence a svých organizačních schopností a podle svých slov toho chtěla využít pro blaho ostatních. Tyto schopnosti jí nebylo možné upírat, přesto však si myslím, že jim přikládala až nadpřirozenou moc. Říkala, že problémy jiných ji zatěžují a ona o sobě ví, že by je dokázala vyřešit. Proto vždy ostatním říkala, co by měli dělat, aby své problémy vyřešily. To se projevovalo zejména v práci, ta byla pro Šárku vždy velmi důležitá a trávila v ní převážnou část svého času. Tato její vlastnost byla ale ostatním nepříjemná, nepůsobila na ně jako snaha pomoci, ale jako bezděčná kritika. I toto se stávalo a projevovalo ve skupině, a to zejména při pracovních či arteterapeutických činnostech. Rady, jak dělat něco lépe, potřeba práci lépe zorganizovat, ostatním vadila. I v psychoterapeutické skupině Šárka neustále přicházela s různými nápady na zlepšení situace ostatních klientů a nabízela ostatním další pohledy na jejich situaci. Nutno říci, že některé byly velmi zajímavé a nabízely rozhodně něco nového. Šárka je však někdy podávala příliš ostře a tím se mohla ostatních dotknout. Takový byl její přístup, vždy se snažila o naprostou dokonalost a sama k sobě byla také velmi tvrdá. Chtěla a potřebovala být dokonalá, vždy musela všechno zvládnout, vyřešit a o věci se postarat. Podle mého názoru se na ní dozajista podepsala tvrdá výchova zejména ze strany otce. Šárka požadovala dokonalost po sobě, ale také po ostatních. To byl také její hlavní problém, proč si nedokázala najít stálého partnera, na každém vždy našla nějakou chybu. Nedokázala se vžít do druhých lidí, soudila je podle svých schopností a nechápala, jak může někdo něco nezvládnout. Také měla problém pochopit, že může mít někdo k věci naprosto jiný přístup, svá životní pravidla aplikovala na ostatní, protože měla pocit, že jsou správná a morální. Očekávala, že ostatní by měli vidět věci stejně a chovat se tak, jako

ona. To v jejím životě projevilo například v jejím mileneckém vztahu, který ukončila, aby se milenec mohl vrátit ke své těhotné manželce a on si po čase našel milenkou novou. Šárka měla naplánováno, jak by se měl její milenec zachovat, vrátit se definitivně k manželce, on se však zachoval podle sebe a to ona nedokázala pochopit.

V psychoterapeutické skupině měla také potřebu skupinu nějak řídit. Měla pocit, že by ji každý měl využít pro svůj prospěch, měl by být aktivní a na skupině hovořit. Opět nechápala a zároveň ji to zlobilo, že se tak někteří členové skupiny nechovají. Svou inteligenci propagovala tak, že tím ostatní spíše ponižovala, ačkoli to pravděpodobně nechtěla. Její vystupování na mne také občas působilo až narcisticky, na druhou stranu jsem za ním viděla dobrý úmysl. Ostatní členové ji za její chování kritizovali, říkali jí, že jestli se takto chová ke svým podřízeným, nediví se, že ji nemají rádi. Působila na ně povýšeně a egoisticky, měli pocit, že ostatní sráží. Její upřímnost na ně působila spíše jako útok. Šárce se tak dostalo naprosto otevřené kritiky a otevřené konfrontace se sebou sama, což ji rozhodně podnítilo k přemýšlení. Postupem času se ale někteří ze členů skupiny naučili Šárce rozumět. Zejména Petra, která s ní měla často konflikty, na ni v průběhu terapie naprosto změnila názor a stala se její obhájkyňou. Šárka tak postupně opustila roli obětního beránka skupiny, situace kolem ní se uklidnila a téma skupinového hovoru se posunulo jinam. Zajímavá byla v tomto směru Tomášova poznámka, že skupina řeší neustále Šárčino chování proto, aby nemusela řešit závažnější problémy. Myslím si, že byla značně pravdivá, jelikož téma Šárky bylo jednu dobu neustále omílané stále dokola.

Šárka byla hodně racionální typ. Vše, co se dalo spočítat a dát do nějakých škatulek, chápala, věcem, které měly logiku, rozuměla. Svým emocím ale nerozuměla, vždy, když na ně došlo, racionalizovala nebo si nedokázala odpovědět. Přesto byla Šárka velice citlivá, až přecitlivělá, často se při hovorech o sobě rozplakala. Měla problémy s přístupem k sobě, měla na sebe vysoké nároky, které přenášela na ostatní. Také hovořila o svých vztazích s muži, toužila pod dítěti, ale nedokázala najít nikoho, koho by mohla akceptovat jako jeho otce. Celých 7 týdnů DS absolvovala s nasazením, chtěla pro sebe získat co nejvíce. Již po třech týdnech měla pocit, že toho mnoho pochopila a cítí změnu. Nejvíce byla spokojená s arteterapií, stala se pro ni zdrojem velkého množství informací. Skupinu hodnotila jako málo kooperativní. Na ergoterapii se zase v interakci se skupinou dozvěděla hodně o svém chování, konkrétně o své přehnané zodpovědnosti, potřebě věci řídit a o tom, jak na druhé lidi působí. O skupině se ve 3. týdnu v dotazníku skupinové atmosféry, vyplňovaném každý čtvrtek, vyjádřila přirovnáním k pocitu, že „hází perly sviním“. Skupina prý nevidí, co ona ano a nic si z toho, co

říká, neodnáší. Má pocit, že se sem ostatní přišli politovat, ne pracovat. Nevraživost vůči ní v této době skupinu stmelovala. Píše také, že nemá ráda chaos, vyhovují jí pravidla. Cítí se být bystřejší a inteligentní a skupina jí proto moc podnětů nepřináší. S nekooperativností skupiny byla Šárka nespokojena po celou dobu léčby.

### Výsledky dotazníkových šetření

#### **Dotazník životní spokojenosti:**

V dotazníku vyplňovaném před nástupem léčby byla klientka nespokojena se svými přáteli, známými a příbuznými, jako průměrné hodnotila položky zdraví, práci a zaměstnání, volný čas a vlastní osobu, spokojena byla s finanční situací a s bydlením. Celková životní spokojenost se nacházela v pásmu průměru – na stupni 4. V dotazníku z konce léčby je nespokojena s prací a zaměstnáním, vlastní osobou a přáteli, příbuznými a známými, jako průměrné hodnotí položky zdraví, finanční situaci a sexualitu, velmi spokojena je se svým volným časem a bydlením. Celková životní spokojenost se nachází v pásmu vyššího průměru – na stupni 6.

*Celkové výsledky testů před nástupem léčby:* „klientka nevykazuje zásadně zvýšenou míru symptomatologie ani v SCL-90, ani v MMPI. Životní spokojenost je též na vysoké úrovni – stupni 7. Otázkou je pak možná disimulace potíží.“ *Celkové výsledky z konce léčby:* „intenzita i četnost psychopatologických symptomů zůstala přibližně na stejné velmi nízké úrovni jako na počátku léčby (SCL-90). Míra celkové životní spokojenosti stoupla ze stupně 4 na stupeň 6. Osobnostní vlastnosti a dílčí charakteristiky psychické poruchy – profil zůstává přibližně stejný, s výjimkou mírně zvýšené škály hypomanie, nicméně ale nedosahuje míry závažnější psychopatologie.“

#### **Dotazník hodnocení psychoterapie:**

Podle klientky se její stav po absolvování léčby zhoršil. Píše, že přišla vyrovnaná a spokojená sama se sebou a teď se cítí jako zlý člověk s pochybnou osobností. Trpí nechutenstvím, zažívacími obtížemi a nespavostí. Považuje to ale za přechodný stav a nehodnotí to jako neúspěch terapie. Věří, že bude brzy v pořádku. Největší přínos pro ni představovala arteterapie a skupina. Ergoterapie, hry v rámci tělocviku, služba a úklid byly ale

podle jejího názoru nenahraditelným zdrojem témat a problémů k řešení. V léčbě postrádala pouze aktivitu a kooperaci členů skupiny, ze strany sanatoria ji nic nenapadá. Organizace léčby jí velice vyhovovala, objekt vnímala jako příjemnou oázu klidu a s provozem byla velmi spokojena. Stejně tak byla velmi spokojena s přístupem terapeutů, oceňuje takt, toleranci, trpělivost, klid a vyrovnanost. Otázku, jak si představuje mechanismus působení psychoterapie klientka nevyplnila. V průběhu terapie zaznamenala změny v prožívání sebe, dříve běžně neanalyzovala své chování, ale pouze výsledky své práce. Také pochopila motivy svého jednání, to je změna, které si nejvíce cenní. Během psychoterapie pro ni prý bylo nejtěžší, jak sama píše, „neposlat Martinu do háje a neučinit tak vůbec“ a „unikat postulárnímu echu terapeuta, které na ni přenášelo nežádoucí auru jeho autority a opačně.“ Psychoterapie splnila její očekávání v tom, že pochopila příčiny svého jednání. Doufala, ale, že toho od členů skupiny dostane více, v tom je trochu zklamaná. Její názor na psychoterapii se nezměnil, je nadále velmi pozitivní a určitě ji bude propagovat.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Dotazník hodnocení psychoterapie z 13.10.2005

## Dotazníky hodnocení psychoterapie u dalších členů skupiny<sup>31</sup>

### Ondřej

Podle klienta se jeho stav velmi zlepšil. Je rád, že terapie zde končí, protože přijde nějaká změna. Cítí se teď lépe, ale také neodhadne, jak dlouho tento stav vydrží. Největším přínosem pro něj představovala arteterapie, skupina a také konfrontace se skupinou B, která byla otevřena ve 4. týdnu léčby skupiny A. V léčbě postrádal větší změny a větší náročnost. Také ho mrzelo, že neabsolvoval dramaterapii, protože většina skupiny byla proti. K organizaci léčby a provozu zařízení žádné připomínky neměl. U terapeuta pokládá za nejdůležitější vlastnosti klid, spolupráci a pochopení. O mechanismu působení psychoterapie píše, že pro něj je to „srovnání pocitů do správných škatulek“. V průběhu psychoterapie zaznamenal změny v prožívání sebe, konkrétně větší sebevědomí a jistotu, změny v prožívání druhých – zjistil, jak důležitá je v životě empatie, a také změny ve svém chování – umí teď cokoliv prosadit a vyjednat. Změnou, které si cení nejvíce, je větší sebevědomí. Podle jeho názoru ale zatím jeho okolí žádnou změnu, co se týče jeho osoby, nezaznamenalo. Nejtěžší pro něj během psychoterapie bylo hovořit s Dášou z druhé skupiny, která ho zaujala a líbila se mu. Bylo také těžké o tom pak mluvit na skupině, o tom, jak tento stud prožívá a jak se seznamuje s opačným pohlavím. Náročná pro něj byla také arteterapie. Jeho očekávání psychoterapie splnila, má pocit, že se mu něco povedlo. Dostal se do bližšího kontaktu se ženami, cítí se mnohem odolnější než dříve. Ví, že záleží především na něm, že nemusí jen pasivně nějakou změnu očekávat, ale může situaci změnit sám. Zjistil, že dokáže být vnitřně v klidu a nenechat se rozhodit. Jeho názor na psychoterapii zůstal stejný, a to pozitivní.

### Zdeněk

Podle klienta se jeho stav zlepšil, v něčem ale zůstává nezměněný. Dodává, že se však cítil dobře již při nástupu na terapii. Po jejím absolvování má větší sebevědomí, řadu věcí si ujasnil. Celkově tuto terapii vnímá pozitivně. Největší přínos pro něj představovala skupina a arteterapie. V léčbě postrádal větší nácvik některých technik, například jak zvládat určité situace, jak uvolňovat tenzi atp. Zjistil ale, že právě toto bude součástí kurzu Práce s tělem, který byl klientům nabídnut po absolvování léčby. Připomínky k organizaci léčby ani provozu zařízení neměl. Za nejdůležitější vlastnosti terapeuta pokládá empatii, strážlivost a analytický talent. Osobně byl příjemně překvapen, čekal, že terapeut bude do skupiny zasahovat méně,

<sup>31</sup> Dotazníky hodnocení psychoterapie z 13.10.2005

nakonec však jisté vodítko přece jen poskytoval. Mechanismus působení psychoterapie si vysvětluje jako konfrontaci se sebou samým v rámci součinnosti s ostatními lidmi. Podle jeho názoru to funguje na demokratickém principu – nedávat příkazy ani návody, ale klást důraz na samostatnost. Člověk musí na vše přijít sám, nikdo jiný to za něj neudělá. Klient zaznamenal v průběhu psychoterapie změny v prožívání sebe – během ní se cítil stále uvolněněji, vnitřní napětí pomalu mizelo a jeho sebekontrola byla menší. Dále také v prožívání druhých – zpočátku byl trochu zakřiknutý, po čase ale začal druhé vnímat jako rovnocenné, i on má druhým co dát, i jeho pohled je důležitý. Zaznamenal také změny ve svém chování – cítí se sebevědoměji a jistěji. Nejvíce si cenní právě většího sebevědomí. Změny k horšímu necítí. Podle jeho názoru zatím okolí žádnou změnu nezaznamenalo, zatím k tomu nebyla příležitost. Nejtěžší pro něj během psychoterapie bylo hovořit o sobě. Jeho očekávání psychoterapie splnila v tom, že se jednalo o velmi zajímavou zkušenost a je rozhodně rád, že ji absolvoval. Pomohlo mu to uvědomit si některé věci, které předtím neviděl. Na druhou stranu o psychoterapii píše, že není všemocná, řadu věcí si bude muset ještě vyřešit sám, je to běh na dlouhou trať. Jeho názor na psychoterapii se nezměnil, ale změnilo se jeho hodnocení. Počáteční skepsi vystřídal vědomí, že to přece jen může fungovat.

### **Simona**

Podle klientky se její stav po absolvování léčby zhoršil, přesto je ale ráda, že vydržela chodit celých 7 týdnů. (pozn. U klientky se v posledním týdnu objevily zdravotní problémy, dozvěděla se, že bude nucena jít na operaci) Největší přínos pro ni představovala skupinová terapie s primářem Formanem. V léčbě nic nepostrádala, žádné připomínky k organizaci léčby a provozu zařízení neměla. Za nejdůležitější vlastnosti terapeutů považuje vstřícnost a pochopení. Mechanismus působení psychoterapie si neumí vysvětlit. V průběhu psychoterapie zaznamenala změny v prožívání druhých, konkrétně se jednalo o překvapivě různé reakce na ty samé lidi. Změny v prožívání sebe nezaznamenala, její úzkosti se neustále vracejí a ona je nedokáže odehnat. I její chování zůstalo podle ní stále stejné. Okolí podle jejího názoru žádnou změnu nezaregistrovalo. Nejtěžší během psychoterapie bylo pro klientku vydržet. Jestli psychoterapie splnila její očekávání zatím neví, čas prý ukáže. Její názor na psychoterapii se nezměnil.



## **Petra**

Podle klientky se její stav zlepšil. Píše, že se cítí lépe a věří, že se něčemu v sobě naučila a snaží se na sobě pracovat. Největší přínos pro ni představovala arteterapie a skupina. V léčbě postrádala více zpětné vazby a srozumitelnější názory. Připomínky k organizaci léčby a provozu zařízení neměla. Za nejdůležitější vlastnosti terapeutů pokládá empatii, snahu pomoci, pochopení a nenucení k něčemu, co člověk sám nechce. Působení psychoterapie vnímá s odstupem času, tak si vysvětluje i mechanismus jejího působení. V průběhu psychoterapie zaznamenala změny v prožívání sebe, myslí si, že se už dokáže lépe ovládat a více si přiznat své chyby. Na věci se dívá „jinýma, snad typičtějšíma očima“. Změnou, které si cení nejvíce je to, že si dokáže přiznat své chyby a řešit je. Více si sama sebe váží. Vadí jí, že je stále v opozici a snaží se na tom pracovat. Jestli okolí zaregistrovalo nějakou změnu nedokáže posoudit. Nejtěžší pro ni během psychoterapie bylo ovládat své negativní pocity, pocity sebelítosti a vztahovačnost ke své osobě. Její očekávání psychoterapie zásadě splnila. Začala díky druhým vidět věci, které dříve neviděla. Názor klientky na psychoterapii se nezměnil, hodnotí ji kladně.

*Celkové výsledky testů na konci léčby:*

## **Ondřej**

„U pacienta nedošlo k významné celkové symptomatologické úlevě v četnosti i intenzitě symptomů (SCL-90), míra celkové životní spokojenosti mírně vzrostla. Osobnostní vlastnosti a dílčí charakteristiky psychické poruchy – došlo k výraznému snížení na počátku významně zvýšených škál psychopatie, maskulinity, feminity, psychastenie.“

## **Zdeněk**

„U pacienta došlo k významné celkové symptomatologické úlevě v četnosti i intenzitě symptomů (SCL-90), míra celkové životní spokojenosti zůstala přibližně na stejné úrovni. Osobnostní vlastnosti a dílčí charakteristiky psychické poruchy – nedošlo k výraznému snížení u žádných z mírně zvýšených, především pak psychastenie.“

## **Simona**

„Pacientka vykazuje mírně zvýšenou míru symptomatologie, týkající se zejména úzkosti. Hodnota celkové životní spokojenosti je na mírně nadprůměrné úrovni a mírně zvýšena je u MMPI škála hypochondrie a deprese.“

## Petra

„U pacientky došlo k významné celkové symptomatologické úlevě v četnosti i intenzitě symptomů (SCL-90), míra celkové životní spokojenosti se mírně snížila ze stupně 3 na stupeň 2, u položek zdraví a vlastní osoba došlo ke zvýšení spokojenosti. Osobnostní vlastnosti a dílčí charakteristiky psychické poruchy – došlo k výraznému snížení u škály deprese z 95 na 59.“

## 9.2. Osobní zhodnocení výsledků léčby jednotlivých klientů

Když jsem procházela výsledky dotazníků při ukončování terapie a hodnocení psychoterapie jednotlivými klienty, byla jsem občas překvapena. Objektivní číselné výsledky ukazují, že u většiny klientů příznaky jejich potíží nepolevily, pouze u dvou došlo k výrazné symptomatologické úlevě. Ani výsledky životní spokojenosti nedosáhly u většiny výraznějších změn, ačkoliv zde je již situace trochu lepší. Z devíti klientů došlo u dvou ke zvýšení životní spokojenosti, u dvou k jejímu snížení a už čtyři zůstala životní spokojenost na stejném stupni jako před absolvováním psychoterapie. Zajímavé pro mne bylo také porovnání objektivních číselných údajů se slovním zhodnocením psychoterapie klienty. Čtyři klienti uvedli, že se jejich stav po absolvování terapie zlepšil, čtyři klienti označili, že je jejich stav nyní horší, u jednoho zůstal stav nezměněný. Osobně si myslím, že pro klienty muselo být obtížné hodnotit terapii den před oficiálním ukončením léčby. Nejsem si jistá, na kolik směřodaté toto zhodnocení je. Klienti byli v této době očividně léčbou unaveni, jejich psychické vyčerpání mohlo negativně ovlivnit jejich úsudek. Klienty čeká opětovné „vypuštění“ zpět do běžného světa, některé z nich budou čekat těžká rozhodnutí, jako například hledání nového zaměstnání a podobně. Tato nejistota, která s ukončováním terapie souvisí, kladnému hodnocení také nepřispívá. Nemyslím si, že by se tyto dotazníky neměly v tuto dobu vůbec zadávat, naopak, ukazují aktuální stav po náročné léčbě. Jen bych pokládala za dobré, toto testování zopakovat dalším dotazníkem zhruba po 3 měsících po ukončení léčby. Takový člověk již mohl zužitkovat to, co ve skupinové psychoterapii zažil, čemu porozuměl a čemu se naučil. Už se stihl začlenit do života a může tak vidět plody své práce. Já osobně věřím, že toto hodnocení by se značně lišilo, podle mého názoru by bylo kladnější a optimističtější.

Po dobu jednoho měsíce jsem měla možnost tuto skupinu klientů pozorovat a subjektivně hodnotit. I u těch nejzarytějších kritiků léčby v jejím závěru, jakými byly zejména Martina a Tereza, jsem viděla změny k lepšímu.

Z Martiny jsem měla pocit, že od terapie očekávala spíše hlazení po duši a bezmeznou podporu, které se jí samozřejmě nemohlo dostat. Kritiku a výtky k jejímu chování těžce nesla, nechtěla slyšet, co dělá špatně, chtěla být spíše litována. Přesto ji podle mého názoru tato kritika jejího životního postoje trochu otevřela oči, i když to nebylo to, co chtěla slyšet, terapeuticky to na ni působilo, i když jí to působilo bolest. Právě věta, že ty nejdůležitější změny v lidském životě bolí nejvíce, je podle mne nejvíce pravdivá. Martina byla tedy z mého pohledu v závěru léčby vyčerpaná, cítila se asi i ublíženě, ale na svět se snad dívala realističtějšíma očima. Ovšem musím uznat, že oporu bude podle mne hledat i nadále, nejsem vůbec přesvědčena o tom, že nějakých výrazných změn ve skutečnosti dosáhla. Její postoj k životu je u ní značně zafixovaný a ona se ho nehodlá vzdát, hlídá si svou roli ublížené a neumí ji změnit, nespíš ze strachu ze skutečné změny a své samostatnosti.

Hodnocení Terezy mne překvapilo více. Z průběhu terapie jsem měla pocit, že je jí lépe. Měla jsem možnost povídat si s ní při ergoterapii, kde mi vyprávěla o svém předchozím zaměstnání, o svém bratrovi, přátelích a o tom, co dříve chtěla v životě dělat. Snažila jsem se ji v jejích rozhodnutích trochu podpořit, dodat jí odvalu a měla jsem pocit, že se ona sama začíná lépe orientovat. Postupně se mi zdála veselejší a trochu více komunikativnější. V závěru léčby hovořila o tom, že se jí tu líbilo a obává se odchodu z tohoto zařízení, protože neví, co ji po návratu do běžného života čeká. Tady měla přátele a zaměstnání na celý den, doma ji žádná práce nečeká, bude si muset hledat nové zaměstnání a zůstane v prostředí, které jí není příjemné a do jisté míry je zdrojem jejích potíží. Z tohoto důvodu také uvažují nad tím, že její negativní hodnocení terapie neovlivnila spíše představa návratu do života, o kterého neví, co může čekat. Větších změn svého dosavadního chování se podle mne také velmi obávala a také je asi neplánovala. Všimla si spíš chyb, které dělají ostatní, viděla, co je špatně, ale nedokázala se již zamyslet nad tím, jak k tomu ona sama svým chováním přispívá. Nicméně z mého pohledu a osobního pocitu se Tereza trochu probudila a dokázala aspoň na chvíli vidět možnosti, které má. Ovšem opět se obávám toho, že pokud na prvotní mírné změny nenaváže a raději na ně zapomene, protože pracovat na nich by bylo náročné, mohou i ony upadnout v zapomnění. Pro mne byla Tereza zajímavou mladou ženou, která chce být šťastná, ale přes všechny životní komplikace, neví jak. Svou bezradností pak dává najevo, že si přeje, aby jí ke štěstí někdo pomohl. Myslím si, že jejím zplnomocňováním a oceňováním její vlastní aktivity by se k němu mohla sama po čase dopracovat.

Negativní hodnocení Simony podle mne vycházelo také z toho, že ji poslední týden terapie zkomplikovaly život zdravotní potíže, musela po ukončení léčby na operaci. Byla unavená a nebylo jí dobře. Nicméně jsem z ní měla pocit, že si v terapii neprošla své zásadní problémy, že se “do toho“ nepustila. Spíše poslouchala ostatní, byla jim prospěšná, ale sama na sobě nepracovala. Pro mne to byla silná žena s velkým množstvím zkušeností, v současnosti vlastně šťastná, ale s potížemi, které jí komplikují život. Každopádně to, co je způsobuje, si zde podle mého názoru nevyřešila, pouze cosi nastínila.

Zhoršený stav u Šárky byl podle mne spojen s tím, že se poprvé bez okolků konfrontovala s pohledem ostatních na její osobu. Věděla, že se chová nepříjemně, ale měla k tomu vždy dobrý důvod a za tím si stála. Nedokázala se vcítit do ostatních, vždy musela být perfektní a ostatním radit. Dělala to způsobem, který byl ostatním nepříjemný, působila nadřazeně a arogantně. Upřímně si myslím, že vlastně taková nebyla, ale chovat jinak se prostě neuměla. I ostatní členové skupiny na ni postupně měnili názor, Šárka musela opravdu často čelit výčitkám, které ale ustála a věřím, že se z nich opravdu poučila. Byla velmi motivovaná k práci na sobě. I ona sama uvedla, že zhoršený stav je pouze dočasný a bude na něj navazovat zlepšení.

S nezměněným stavem Pavla vcelku souhlasím, nikdy moc nekomunikoval a vše si řešil v sobě. I když jeho komunikativnost se průběhem terapie zlepšila a on sám pak chtěl pokračovat v nabízeném kurzu Práce s tělem, kde by ho další změny ještě mohly čekat a také mu pomoci. Pavel totiž daleko lépe reagoval na neverbální techniky, které jsou přece jenom v běžném systému denního stacionáře omezené. Některé klienty také moc nelákají a ti se potom do práce tolik nezapojují, což ovlivňuje práci celé skupiny.

Zdeněk byl vždy tichý, na velké problémy si nikdy nestěžoval a věřím tomu, že žádné zásadní ani necítil. Možná si potřeboval na terapii něco uspořádat a pochopit. Také mohl být ovlivněn vírou, která ho svým způsobem svazovala a zároveň obohacovala. Že by byl po absolvování léčby komunikativnější a zřetelněji sebevědomější říci nemohu, ale nejspíš své změny prožíval sám v sobě a moc o nich nehovořil, měla jsem pocit, že taková je i jeho povaha.

Zlepšení stavu u Ondřeje, Tomáše a Petry musím souhlasit. Nejvíce to bylo asi vidět u Ondřeje, který se rozhodl po ukončení terapie změnit své zaměstnání, protože si uvědomoval, jak ho vyčerpává a také jak ovlivňuje jeho osobnost. Očividně se mu zvedlo sebevědomí a byla

na něm vidět chuť bojovat a věci měnit. Také Petra se snažila své chování změnit, už na sebe tolik nepoutala pozornost, snažila se nebýt věčně v opozici a více se kontrolovat. Myslím si, že prohlédla i v některých věcech, souvisejících s jejím osobním životem, úplně otevřeně o nich ale nehovořila.

U Tomáše se podle mého názoru zlepšila jeho schopnost komunikovat a prosazovat se. Začal si podle mne více věřit, zjistil, že když se ozve, je to v pořádku.

### 9.3. Vyhodnocení Dotazníků životní spokojenosti

Jelikož studium na VŠ mě zaměřuje na sociální oblast, rozhodla jsem se více soustředit na souvislost sociálních faktorů a životní spokojenosti. Využila jsem k tomu základní informace vyňaté z karet jednotlivých klientů a vyplněné dotazníky životní spokojenosti z doby zahájení a ukončení léčby. Dále jsem se pokoušela najít u klientů shodné znaky, které by vyzdvihly význam některých sociálních elementů, jakými je například věk, vzdělání, zaměstnání a partnerství.

#### Základní údaje o klientech

Jméno	Věk	Vzdělání	Zaměstnání	Rodinný stav	Má/nemá partnera
Martina	42 let	základní	nezaměstnaná	rozvedená	ne
Ondřej	27 let	středoškolské bez maturity	majitel a prodavač v zastavárně	svobodný	ne
Pavel	40 let	středoškolské	sociální pracovník	ženatý	ano
Petra	32 let	středoškolské	dietní sestra	v rozvodovém řízení	ano
Simona	49 let	vyučena s maturitou	prodavačka	vdaná	ano
Šárka	31 let	vysokoškolské	nezaměstnaná	svobodná	ne
Tereza	21 let	základní	nezaměstnaná	svobodná	ne
Tomáš	28 let	středoškolské	student VŠ	svobodný	ano
Zdeněk	23 let	středoškolské	student VŠ	svobodný	ne

#### Tabulka hodnot dotazníku životní spokojenosti z 29.8.2005

Jméno	Zdraví	Práce a zaměstnání	Finanční situace	Volný čas	Manželství a partnerství	Děti	Vlastní osoba	Sexualita
Martina	1	2	1	2	1	-	1	1
Ondřej	1	2	2	2	-	-	1	1
Pavel	1	1	4	4	5	6	1	2
Petra	2	4	3	4	1	1	1	8
Simona	4	6	5	6	7	8	5	6
Šárka	4	4	8	4	-	-	4	2
Tereza	1	2	2	5	-	-	2	4
Tomáš	1	2	3	5	4	-	2	3
Zdeněk	6	4	5	7	-	-	4	1

	<b>Přátelé, známí a příbuzní</b>	<b>Bydlení</b>	<b>Celková životní spokojenost</b>
Martina	1	1	1
Ondřej	3	1	1
Pavel	3	3	2
Petra	3	5	3
Simona	4	6	5
Šárka	2	7	4
Tereza	4	3	2
Tomáš	2	4	1
Zdeněk	5	7	5

**Tabulka hodnot dotazníku životní spokojenosti ze 13.10.2005**

<b>Jméno</b>	<b>Zdraví</b>	<b>Práce a zaměstnání</b>	<b>Finanční situace</b>	<b>Volný čas</b>	<b>Manželství a partnerství</b>	<b>Děti</b>	<b>Vlastní osoba</b>	<b>Sexualita</b>
Martina	1	-	1	1	1	-	1	1
Ondřej	3	1	4	4	-	-	3	-
Pavel	1	1	4	3	5	6	1	4
Petra	3	2	3	2	1	1	2	6
Simona	1	6	6	6	7	7	5	5
Šárka	4	2	6	8	-	-	2	4
Tereza	1	-	1	-	-	-	2	4
Tomáš	1	2	3	5	4	-	1	4
Zdeněk	7	-	6	7	-	-	6	1

	<b>Přátelé známí a příbuzní</b>	<b>Bydlení</b>	<b>Celková životní spokojenost</b>
Martina	1	1	1
Ondřej	8	3	2
Pavel	3	4	2
Petra	2	4	2
Simona	6	4	5
Šárka	2	9	6
Tereza	2	-	1
Tomáš	1	4	1
Zdeněk	6	5	5

Z dotazníku životní spokojenosti vyplynulo, že po absolvování 7 týdenní skupinové psychoterapie:

u **Martiny** klesla životní spokojenost v oblasti práce a volného času, veškeré položky označila nejnižším stupněm 1, celková životní spokojenost zůstává stejná na stupni 1

u **Ondřeje** klesla životní spokojenost v oblasti práce, naopak stoupla v oblasti zdraví, finanční situace, volného času, vlastní osoby, přátel, příbuzných a známých a bydlení, zvýšila se i celková životní spokojenost ze stupně 1 na stupeň 2

u **Pavla** klesla životní spokojenost v oblasti volného času, naopak stoupla v oblasti sexuality a bydlení, celková životní spokojenost zůstává stejná na stupni 2

u **Petry** klesla životní spokojenost v oblasti práce, volného času, sexuality, bydlení a přátel, příbuzných a známých, taktéž klesla i celková životní spokojenost ze stupně 3 na stupeň 2, naopak životní spokojenost stoupla v oblasti zdraví a vlastní osoby

u **Simony** životní spokojenost klesla v oblasti zdraví, dětí, sexuality a bydlení, naopak stoupla v oblasti finanční situace a přátel, známých a příbuzných, celková životní spokojenost zůstává stejná na stupni 5

u **Šárky** klesla životní spokojenost v oblasti práce a zaměstnání, finanční situace a vlastní osoby, naopak stoupla v oblasti volného času, sexuality a bydlení, stejně tak stoupla i celková životní spokojenost ze stupně 4 na stupeň 6

u **Terezy** klesla životní spokojenost v oblasti finanční situace a přátel, známých a příbuzných, stejně tak klesla i celková životní spokojenost ze stupně 2 na stupeň 1

u **Tomáše** klesla životní spokojenost v oblasti vlastní osoby a přátel, známých a příbuzných, naopak stoupla v oblasti sexuality, celková životní spokojenost zůstává stejná na stupni 1

u **Zdeňka** klesla životní spokojenost v oblasti bydlení, naopak stoupla v oblasti zdraví, finanční situace, vlastní osoby a přátel, známých a příbuzných

V dotaznících životní spokojenosti se jasně ukázalo, že většina klientů je nejvíce nespokojena se svým zdravím, tato položka byla nejčastěji hodnocena pouhým stupněm 1. Podle mého názoru je zde souvislost s tím, že se úzkostné stavy do značné míry projevují somaticky, například bušením srdce, pocitem nedostatku vzduch či třesem. Zvláště pak záchvaty panické poruchy lidé zpočátku často zaměňují za infarkt. Velký vliv na zdraví má také nespavost a nechutenství, kterými klienti mnohdy trpí. Toto vše pak nízkou mírou spokojenosti v této oblasti vysvětluje. Druhou nejnižší hodnocenou položkou je vlastní osoba. Vysvětlují si to tím, že mnozí klienti si stěžují na nedostatek sebedůvěry, hovoří o strachu



hovořit před lidmi, považují se za málo obratné v komunikaci, nevěří si a nejsou se svým dosavadním životem spokojeni. Toto pak považují za svou vlastní vinu, důvody mohou vidět ve svých nedostatečných schopnostech, dovednostech a sebevědomí. Ostatní položky již dosahovaly trochu vyšších hodnot. Nejproblémovějšími oblastmi klientů, trpících zejména úzkostnými stavy, zůstává tedy jejich zdravotní stav a víra v sebe sama.

Je jasné, že položky se vzájemně ovlivňují a souvisí spolu. Například zaměstnání má vliv na finanční situaci, bydlení a zároveň i na množství volného času. Partnerství pak ovlivňuje sexualitu. Kdybychom se měli zaměřit na jedince, kteří dosahovali v celkové životní spokojenosti nejvyšších hodnot, zjistili bychom, že roli zde hraje více faktorů. Na celkovou životní spokojenost pozitivně působí kvalitní partnerský či manželský vztah, finanční zajištěnost, kvalitně trávený volný čas a u klientů, kteří jsou rodiči, také dobrý vztah s dětmi. V těchto položkách dosahovali tito klienti vyšších hodnot oproti ostatním. Za významné v souvislosti s celkovou životní spokojeností považují také náboženskou víru. Zdeněk, který je silně věřící a v této tradici byl také vychován, udává obecně vyšší hodnoty u každé položky, kromě sexuality. I toto dává ve spojení s křesťanskou vírou smysl.

Pokud bychom hodnotili životní spokojenost s ohledem na pohlaví, z daného vzorky by byly celkově spokojenější ženy než muži, já osobně si ale myslím, že dohledávat jasnou souvislost s pohlavím by bylo obtížné a neprokazatelné. Kdybych se přesto snažila najít odůvodnění, zmínila bych všeobecně lepší schopnost žen vyrovnávat se s požadavky prostředí. Ženy mají celkově více povinností co se týče spojení zaměstnání a domácnosti a dokáží se tedy stresu účinněji bránit. Souvislost se vzděláním považuji za zřetelnější. Celkově se ukazuje, že čím vyšší vzdělání, tím vyšší celková životní spokojenost. Lze předpokládat, že člověk s nižším vzděláním dostane hůře placenou práci nebo bude zaměstnání obtížněji shánět. To se samozřejmě odrazí v jeho finanční situaci a v povaze bydlení a tím ovlivní spokojenost také v těchto oblastech. Oproti tomu člověk s vysokoškolským vzděláním pak bude mít jak širší rozhled, tak i více nadějí do budoucna. To podle mého názoru platí i pro právě studující vysokou školu, studenti mají pocit, že směřují k nějakému cíli. Tímto cílem je úroveň vzdělání, která jim zajistí kvalitní práci a zároveň i lepší orientaci v životě.

Veškeré závěry, které jsem zmínila výše, vychází ze zkoumání této jedné léčebné skupiny, nicméně si myslím, že skupina byla sestavena tak různorodě, že by se tyto výsledky daly zevšeobecnit i pro skupiny jiné. Podle mého názoru ovlivňuje ve velké míře naši životní

spokojenost také náš celkový přístup k životu a naše minulost. Traumatické zážitky dokáží člověka dlouho tížit a nedovolit mu spokojenosti se svým životem dosáhnout. Pokud je ale vláčíme za sebou jako těžký balvan, kterého se bojíme zbavit a chráníme si ho, šance na to, umět se radovat ze života značně klesá. Jde tedy hlavně o odvahu se životu postavit a nebát se změny, právě ona je totiž nejčastěji tím prostředkem ke spokojenosti.

## 9.4. Význam jednotlivých složek léčebného programu

Denní sanatorium Horní Palata je zdravotnickým zařízením, proto by zde uplatnění sociálního pedagoga bylo problematické. Do náplně jeho práce by spadala pouze sociální agenda a sociální pomoc klientům – v socioterapii, která by spočívala zejména v orientaci klienta v širokém spektru sociálních zařízení, služeb a sociálních dávek. Sociální pedagog by zde byl snadněji zaměstnán, pokud by absolvoval nějaký psychoterapeutický výcvik a mohl tak i terapeuticky pracovat s klienty, vést psychoterapeutickou skupinu, pracovat s technikami arteterapie, vést relaxace. Po absolvování tohoto oboru na vysoké škole bez výcviku by v oblasti práce s lidmi s duševním onemocněním mohl využít svých vědomostí a schopností v zařízeních, jakými jsou například centra komunitních aktivit pro duševně nemocné, kde se klienti v chráněném prostředí, v rámci komunity, vrací pomocí běžných činností zpět do každodenního života. Další možností je osobní asistence lidem se závažnějším duševním onemocněním, například v rámci chráněného bydlení, kdy sociální pedagog pomáhá takto postiženému člověku v jeho každodenních záležitostech, je mu zejména průvodcem, rádčem a oporou v jeho nelehké životní situaci.

Stáž, kterou jsem v denním sanatoriu mohla absolvovat, mi byla dozajista velkým přínosem a zajímavou zkušeností. Zjistila jsem, že práce s duševně nemocnými je velmi náročná a vyžaduje velkou dávku empatie, sociálního citění, zodpovědnosti a vytrvalosti. Přesto, že můj pohled je pohledem laika, pokusím se z něj zhodnotit význam jednotlivých složek programu a přístup terapeutů ke klientům. Podle mého názoru je stěžejním bodem celého léčebného programu **psychoterapeutická skupina**. Měla jsem možnost být svědkem jejího měsíčního průběhu, pozorovat vývoj skupiny i jejích jednotlivců, registrovat přirozená stadia skupiny, vidět pokroky i stagnaci, slyšet chválu i kritiku. Ačkoli někteří klienti necítili její přínos a měli pocit, že žádných změn nedosáhli, že je jim hůře, než jim bylo před jejím absolvováním, já sama věřím, a troufám si říct, že jistého pokroku dosáhl každý z nich. Každá změna je doprovázena nejistotou a často i bolestí a doceněna bývá až s jistým časovým odstupem. A některých změn si ani sami nevšimneme, až do té doby, než je zaregistruje naše nejbližší okolí. Samozřejmě byli i takoví klienti, kteří pozitivní změnu cítili a také ji prezentovali v závěrečném hodnocení psychoterapie. Stáž jsem absolvovala ve skupině MUDr. Formana, primáře kliniky, který mi byl svým přístupem a vedením skupiny sympatický. Ačkoli v některých klientech vzbuzoval svým jednáním nejistotu a pochybnost, právě tím jim byl

mnohdy prospěšný. Do dění ve skupině přespříliš nezasahoval, zdůrazňoval důležité momenty, pokud to bylo vhodné vstupoval do rozběhnutého hovoru skupiny i do pomocného a osvětujícího rozhovoru s konkrétním klientem. Skupina tak mohla žít svým životem, mít svoji dynamiku. Psychoterapeutická skupina je odrazem našeho skutečného života venku, je tréninkovým polem, šancí, jak si v bezpečném prostředí uvědomit zaběhnuté styly svého chování a možností, jak se učit stylům novým. Může nám mnoho dát, pokud jsme ochotni investovat. Ačkoli i tzv. divácká terapie, čili být pouhým pozorovatelem veškerého dění, může být také prospěšná, už nenabízí aktivní nácvik a nedává takovou možnost jejího využití, i když samozřejmě nebrání možnosti změny. Každý z klientů této skupiny využil psychoterapeutické skupiny podle svých možností a své přirozené nátury, někdo právě již zmíněným přístupem diváka, jiný aktivním zasahováním do jejího dění, přinášáním rad a postřehů.

Další, z mého pohledu velmi významnou složkou programu, byla **arteterapie**. Výtvarný projev je lidskou přirozeností, a proto nabízí velký potenciál. V takovém projevu nelze zamaskovat skrytou symptomatiku. Vyjadřujeme v něm to, co cítíme, to, co prožíváme a co nás tíží. Arteterapie je tak vhodná jak pro diagnostiku tak pro terapii, následnou nápravu. Člověk dokáže v neverbálním projevu lépe vyjádřit své emoce, je velmi výhodným pomocníkem tam, kde se nám z nějakého důvodu nedostává slov. Na druhou stranu se velmi často setkáváme s odporem k takové činnosti. I zde se klienti vymlouvali na to, že neumí malovat. Podle mého názoru má tento odpor kořeny také v tom, že ve škole jsme byli nuceni malovat na známky a byli jsme za daný výkon hodnoceni. Takový pocit studu a nedostačivosti vzhledem ke konkurenci v nás přetrvává. Nicméně je známo, že kolem 10. – 12. roku přichází tzv. výtvarná krize, výtvarný projev ztrácí na spontaneitě a dítě přestává mít chuť malovat. V dospělosti tomu proto není jinak. Ačkoli některým klientům na Horní palatě toto problémy dělalo, vždy se do technik zapojili. Někomu naopak výtvarný projev vyhovoval, takový pocit jsem měla hlavně z Pavla, kterému naopak dělalo potíže vyjadřovat se slovy. Nad nimi vždy dlouze přemýšlel, jeho výtvarný projev byl spontánní.

Objevily se zde techniky zaměřené jak na vnitřní prožívání a problémy jedince, tak i skupinové techniky zaměřené na komunikaci a spolupráci. Technikou vedoucí k zamyšlení sám nad sebou a svým životem bylo například znázornění sebe sama na stromě s postavkami, i když její zařazení mezi typicky arteterapeutické techniky je značně sporné. Klient si mohl vybrat zhruba z 12 postav, některé byly zobrazeny ve skupině či páru, jiné samostatně. Lišily se mezi sebou výrazy obličejů, činnostmi, umístěním na stromě.. každá měla svou určitou

atmosféru ukazující na předpokládané prožívání a situaci či pozici klienta v životě. Úkolem bylo vybarvit postavičky podle 3 kritérií a to pokaždé jinou barvou. Prvním kritériem bylo vybarvit takovou postavu, do jejíž pozice bych se nechtěl nikdy v životě dostat, druhým vybarvit postavu, v jejíž pozici bych se nacházel nejraději a třetím vybarvit postavu, která mne v současnosti nejlépe vystihuje. Další zajímavou technikou, vypovídající o tom, jak na druhé lidi působím, jaký zanechávám první dojem, byla technika Člověk jako krajina. Důležité při ní je, aby se vzájemně kreslící se lidé vzájemně moc neznali, jinak technika ztrácí svůj smysl. V tuto dobu se již rozběhla i druhá skupina denního stacionáře (DS), a proto se takovéto páry snadno vytvořily. Zadání znělo, kdyby klienti měli představit a nakreslit toho druhého jako krajinu, jaká by byla. Poté, co všichni své výtvořiny dokončili, následovala společná diskuze nad jednotlivými obrázky. Pro některé členy se stala tato technika opravdu důvodem k zamyšlení, bylo pro ně překvapením, co si za jejich vizáží mohou ostatní představovat. Nejvíce zasáhla asi Zdeňka s Terezou. Zdeněk se divil tomu, že je na něm vidět, jak se ve skutečnosti cítí, ačkoli on byl přesvědčen o tom, jak dobře své city maskuje. Tereza byla zase zasažena označením, že její oči vypadají smutně a že i ona takto působí. Technikou na vzájemnou spolupráci pak byl společný obraz, který by měl charakterizovat celou skupinu. I zde se zobrazily jednotlivé povahy, po skončení malování se o obrazu Zdeněk vyjádřil, že se mu z něj chce zvracet, je prý nechutně optimistický. Nicméně členům skupiny se společná práce líbila, zdála se jim sblížující. Podobnou společnou technikou pak bylo obkreslování siluet, při které měli jednotliví členové obkreslit svou siluetu na velký papír, a to kamkoli chtějí, kdekoli se cítí dobře. Tato technika přišla v posledním týdnu stacionáře, kdy již Martina dávala velmi otevřeně svou nelibost a nespokojenost s výsledky léčby. Tvrdila, že jí to zde nepomohlo a že je vyčerpaná a těší na konec léčby. Odmítla svou siluetu na papír zobrazit, prý se jako součást skupiny necítí. Tím celou skupinu rozhořčila, zejména pak Petru s Šárkou, terapeutka její rozhodnutí respektovala. Po dokončení siluet měl každý člen možnost přimalovat nebo připsat k siluetě ostatních cokoli, co by je nějakým způsobem charakterizovalo nebo cokoli by jim chtěl dát.

Arteterapie byla i pro mne velmi zajímavou složkou celého programu. Měla jsem možnost porovnávat chování a vystupování klientů na psychoterapeutické skupině a zde, při neverbálních technikách. Například Tereza na skupinách skoro nemluvila a i zde, na arteterapii, se výtvarného projevu bála. Pokaždé opakovala, že neumí malovat. Podle mého názoru se v jejích výtvořech objevovala její významná témata, velmi výrazným podnětem pro ni mohlo být její zobrazení krajiny, které působilo velmi zvláštním a smutným dojmem. Byla zde

zobrazena i řeka, která mohla značit překážku, přes kterou zatím není schopna překročit a za ní velké smutné oči. Nejsem si ale jistá, zda si z něj něco odnesla. Jen vím, že jí obrázek rozrušil a že mu nerozuměla. Naopak Pavel, taktéž mlčící člen skupiny nebo Zdeněk, se na arteterapii vyjadřovali více, takový projev jim byl bližší, rozuměli mu lépe. Petra byla zase spíše tou, která vládla slovem, na psychoterapeutické skupině hovořila neustále. Měla jsem možnost vidět, v čem je pro člověka výtvarný projev jiný, ať už byl pro někoho složitější či snadnější. Podle mého názoru je arteterapie velmi významnou složkou celého léčebného programu, není jen snadno ožehavým doplňkem. Na klienty působí terapeuticky nejen jejich vlastní výtvarný projev, ve kterém se jim mohou zobrazit témata, která je třeba ani dříve nenapadla nebo v něm ta známá mohou lépe zpracovat. Terapeuticky působí i výtvarné projevy ostatních, klienti jsou nuceni mezi sebou komunikovat, spolupracovat a být k sobě vzájemně ohleduplní a přesto upřímní. Zvládat takovéto úkoly pro mnohé z nich nebylo snadné, hlavním problémem některých byl totiž právě stud komunikovat s ostatními. A při nějaké činnosti, tzv. za pochodu, se těmto věcem učí snadněji a bezbolestněji, nejspíš právě proto, že k nim není tolik upírána pozornost.

Významnou součástí léčebného programu jsou také **relaxace**, zejména pro léčbu neuróz. Takto postižený člověk žije v neustálém napětí a stresu, nedokáže se uvolnit. Je zaměstnán velkým množstvím myšlenek souvisejících s jeho s jeho aktuální problematikou, neustále očekává další záchvat, bojí se, až bude muset nastoupit do tramvaje, až bude muset promluvit před lidmi.. Každodenní samozřejmé záležitosti se tak stávají daleko složitějšími, člověk potřebuje větší množství energie, aby dokázal všechno zvládnout až pak raději zůstává doma, izoluje se, jen aby se těmto kritickým situacím co nejvíce vyhýbal. Ale ani doma ve své bezpečné izolaci si není schopen úplně odpočinout. Takový člověk má na svou situaci náhled, ví, že se chová absurdně a o to víc se trápí. Proto je také nácvik relaxace velmi důležitý. Klienti se zde učí, jak účelně relaxovat, odpoutat se od neustálých myšlenek a dostat se do tolik vytouženého klidu. Klienti jsou vedeni k tomu, aby relaxovali i doma. Nutno ale podotknout, že ani relaxace není každému příjemná a i ona může být u některých klientů spojena s nepříjemnými pocity. Například Tereza měla neustále problémy s pocitem nedostatku vzduchu, soustředit se na tlukot srdce ji děsilo, nedokázala se uvolnit. Také Martina měla s relaxací velké problémy obdobného typu, úplně uvolnit se nedokázala. Ale postupem času se výskyt těchto příznaků a problémů snižoval, častý trénink vedl k jejich pomalému mizení. A byli samozřejmě i takoví, kteří si relaxace velmi oblíbili a nadměru jim vyhovovaly. Mezi ně patřil například Tomáš, který je začal pravidelně provádět i doma. I pro mne byly relaxace

vždy velmi příjemné, staly se pro mne vítaným uvolněním a odpočínutím v rychlém a náročném dni. A opravdu mi po jejich absolvování bylo vždy lépe, měla jsem více energie.

Další nedílnou součástí programu je **léčebný tělocvik**. Vydeme-li z myšlenky, že člověk je tvořen bio-psycho-sociální složkou, tyto složky se vzájemně ovlivňují a jsou na sobě závislé, pak je léčebný tělocvik logickým doplňkem. Mysl ovlivňuje tělo a stejně tak i tělo má tu moc ovlivnit mysl. Navíc u klientů, trpících úzkostí, se tyto negativní pocity velmi často projevují tělesnými potížemi. Zde si zejména klientky stěžovaly na bušení srdce, pocit nedostatku vzduchu, bolesti hlavy, třesy apod. Léčebný tělocvik má tělo a mysl uklidnit a uvolnit. Zároveň plní i funkci navození nálady a rozhybání celého těla po ránu, kdy jsou všichni ještě unavení. Podle mého názoru má klienty nenáročnou formou připravit na další práci. Je pravdou, že některé klienty příliš nenadchl, cvičit se jim mnohdy nechtělo. Zařazovaly se zejména dechová cvičení, protahovací cviky, také cviky na uvolnění či odreagování emocí. Velmi oblíbený byl u klientů stolní tenis a volejbal.

V léčebném programu nechybí ani pracovní terapie – tzv. **ergoterapie**. Zde se objevuje zajímavá možnost pro využití socioterapie, kterou by mohl vést právě sociální pedagog. Při pracovní činnosti se naskytuje široké pole jeho působnosti, neboť klienti zde navazují vztahy, lépe se poznávají, komunikují mezi sebou. Z tohoto hlediska může pracovník na mnohé usuzovat, leč toho si všimnout a také odborně na klienty působit, aniž by si to třeba přímo uvědomovali. Ergoterapii zde vede rehabilitační sestra, která má na starosti také léčebný tělocvik. Ve zdejšímu zařízení probíhá tak, že ze skupiny klientů je zvolen vždy jeden vedoucí, který danou pracovní činnost řídí. Jeho úkolem je dobře práci zorganizovat, zajistit, aby pracovali všichni a měli k tomu potřebné pomůcky. Ostatní se na něj obracejí se vzniklými problémy. Jde tedy o to, jak je daný klient schopen se této role ujmout. Jde o jakési jeho zplnomocnění v tom dokázat něco řídit, stejně tak, jak by měl řídit svůj život, dokázat převzít odpovědnost. Pro celou skupinu pak osobně vidím význam ergoterapie v tom, že klienti pracují společně, učí se z interakcí mezi sebou, musí se umět domluvit a vzájemně se poslouchat. Důležité také podle mého názoru je, že jejich práce má viditelné výsledky, na něčem pracují, něco tvoří, něco mění a to svými vlastními silami. Právě výsledky mají tu moc také terapeuticky působit. Zároveň je ergoterapie prostředkem ke sblížení skupiny, děje se tak bezprostředně a neplánovaně. Klienti mají možnost spolu hovořit a více se tak poznat. Mezi pracovní činnosti zařazované do ergoterapie patří za pěkného počasí práce na zahradě (sazení květin, pletí záhonů, hrabání listí..), za nepříznivého počasí pak tvorba výzdoby či jiná výrobní

činnost, úklid..), speciální činností je pak spojena se svátky – například na Vánoce tvorba adventních věnců apod.

Součástí programu je také **dramaterapie**. Klienti pro ni mají vyčleněnou jednu hodinu týdně. Mají za úkol připravit si krátké představení na libovolné téma, které v závěru léčby slavnostně přehrají. Při nácviu představení není přítomný terapeut, klienti jsou odkázáni jen sami na sebe. Proto i zde se otevírá prostor pro působení sociálního pedagoga, pro socioterapii, z mého pohledu tak zde není zdejší způsob dramaterapie plně využit. Skupině, ve které jsem svou stáž absolvovala, byla dramaterapie nabídnuta jako součást terapie až ve 4.týdnu léčby, proto také dostala možnost odmítnout se jí účastnit. Klienti se po společné diskusi vyjádřili proti účasti, proto byli pouze 2 klienti z 9.

Osobně bych si představovala průběh dramaterapie jinak. Z mého pohledu by se jednalo spíše o přehrávání určitých situací, výměnu rolí či zakoušení určitých nových, dosud neprobádaných rolí v životě klienta, o nácviu různých situací, učení se účelnějším způsobům chování, trénování problémových situací atp. Součástí by mohly být i různé techniky, které by rozvíjely komunikaci, spolupráci, sebezpoznání a sebedůvěru klientů, svým způsobem takový rozvoj dovedností hrou. Přínos dramaterapie provozované tímto způsobem vidím v tom, že klienti opět na něčem pracují společně a jsou nuceni spolu komunikovat, naslouchat si a domluvit se, nalézt kompromis mezi názory. Umím si představit kolik konfliktů, které je nutné řešit, se může objevit už při volbě tématu scénky, a co teprve při rozdělování rolí atd. Zajímavé a přínosné může být podle mého názoru zakoušení nových, odlišných rolí, než které jsou pro klienty v jejich běžném životě typické. Mají tak možnost okusit něco jiného, zkusit například něco, co si vždy přáli, ale báli se to udělat. Například překonat strach zachovat se určitým způsobem - asertivně nebo našťvaně. Tady je to jen hra, je to povolené a v případě, že takové chování přináší své ovoce a není odsouzení hodné, může si ho klient přenést i do svého normálního života.



## 9.5. Možné uplatnění sociálního pedagoga ve zdejších zařízení

Ačkoliv nejsem studentkou psychologie ani zdravotnického oboru, měla jsem pocit, že mi nečiní žádné problémy plnit požadavky, které na mne zdejší odborná stáž kladla. Během svého studia jsem měla možnost absolvovat velké množství psychologických a příbuzných předmětů, dále také množství praktických seminářů, kde naše práce a učení probíhalo spíše formou sebezkušenosti. Používané techniky na těchto seminářích měly arteterapeutický a dramaterapeutický charakter, vše probíhalo přes vlastní prožitek. Měla jsem i možnost nácviku praktického komunikačních dovedností. Toto vše jsem v průběhu své stáže doceňovala. V současné době navštěvuji díky fakultě Základy psychoterapeutického výcviku, který je dalším velmi výrazným vkladem do práce v této oblasti. Neorientovala jsem se ale v odborných zadávaných testech, jakými byly MMPI a SCL-90. Nicméně jsem se s nimi zde seznámila a byla jsem schopná je posléze vyhodnotit. S orientací v psychopatologii jsem žádný problém neměla, stejně tak ani s fungováním psychoterapeutické skupiny. Jejím léčebným faktorům jsem rozuměla, a proto jsem si jejich funkčnosti také mohla lépe všimnout a soustředit se na ni.

Přestože mám pocit, že mne studium na HTF na stáž dobře připravilo, s pouhým bakalářským vzděláním sociálního pedagoga bych zde nenašla uplatnění. Zdejší zařízení zde takového pracovníka nezaměstnává, o oblast sociální pomoci se zde stará jedna z psychoterapeutek. V jiných zařízeních podobného typu zaměstnávají sociálního pracovníka, který se věnuje sociálním záležitostem klientů, jakými jsou možné dávky, odkazy na další služby, pracuje s nimi v rámci komunitního centra (např. psychosomatická klinika Eset) na zvýšení jejich sociability, zlepšení jejich praktických dovedností apod. Myslím si ale, že sociálního pedagoga by zařízení Horní plata jistě uvítalo. Kromě sociální agendy by takový pracovník mohl vést ergoterapii, být facilitátorem při samostatné dramaterapii klientů, mohl by zavést a věnovat se i dalším programům v rámci socioterapie. Takovýchto v současnosti odborně neřízených činností, při kterých bych se mohl sociální pedagog uplatnit, dělají zdejší klienti více. Socioterapie by se tedy mohla promítat do již zavedených programů, ale mohla by mít v programu i svůj vlastní, předem vymezený, časový prostor. Její obsah by tvořily speciálně zaměřené techniky na rozvoj sebedůvěry, komunikace, spolupráce, sebepoznávání atp.

## 10. Shrnutí

Celý program je podle mého názoru sestaven tak, aby se věnoval všem složkám člověka, zabývá se jak klientovou myslí, tak i jeho tělem a sociálními kontakty. Z mého pohledu to považuji za velmi rozumné, vzájemně se doplňující. Vždy ale záleží na tom, jak se k sestavenému programu postaví sami klienti, ani sebelepší léčebný program nedokáže pomoci člověku, který si to sám nepřeje či program nebere vážně. Důležité podle mne je být ke změně sám odhodlán a opravdu si ji přát. V tomto směru se uplatňuje rčení „kolik do terapie sám vložíš, tolik si odneseš“, pouze pasivní přijímání terapie nestačí. Může být pohnutkou k přemýšlení, ale ne cestou ke změně. Osobně si myslím, že někteří klienti nebyli tolik ochotni mnoho do terapie vkládat a raději se stali těmi pasivními příjemci, každý z nich ale různou měrou. Já osobně jsem například vnímala rozdíly u mlčících členů skupiny. Z Terezy jsem měla spíše pocit, že její mlčení je často spojené i s velmi omezeným přijímáním toho, co se kolem ní děje, že jí jde spíše o to, mít skupinové aktivity co nejrychleji za sebou. Myslím si, že její minimální projev byl snahou o to, nebýt vidět a co nejméně o sobě hovořit, možná také proto, aby se nějakým způsobem před ostatními nezesměšnila. Z Pavlova a Zdeňkova mlčení na sezeních jsem měla pocit, že přesto vše vnímají a na skupině jsou tělem i duší. Často chtěli i skupině něco sdělit, na něco zareagovat, nestihli se však k tématu vyjádřit, protože se slova rychle ujal někdo jiný. Neradi však hovořili o sobě, jejich společným problémem byla komunikace, přesto byli ale na skupině jistým způsobem aktivní a o změnu ve svém životě jistě usilovali. Takový pocit jsem ale neměla z Martiny. Ne, že by si změnu nepřála, ale nebyla ji podle mého názoru schopna. Byla příliš spoutaná svými problémy a svou minulostí, skrz ně nedokázala proniknout a vidět další možnosti a cesty, které ve svém životě mohla objevit. Také již prošla více terapiemi, pravidelně navštěvovala psychiatra. Nabízí se mi tak možnost uvažovat o tom, že se stala stálým žadatelem o pomoc, že právě takový je její přístup v životě. Myslím si, že chtěla být někým ochraňována a vedena, sama se jakékoli aktivity bála.

Jak jsem již dříve zmínila, v dotazníku hodnocení psychoterapie 4 klienti označili, že se jejich stav zlepšil, 4 klienti uvedli, že se jejich stav zhoršil, 1 klient pokládal svůj stav za nezměněný. Předpokládám, že absolvovat takový 7 týdenní program je dozajista náročné a vyčerpávající. Osobně si myslím, že některé události v našem životě vyžadují určitý časový odstup k tomu, abychom je dokázali lépe zhodnotit a lépe jim rozumět. I působení psychoterapie podle mého názoru takový odstup potřebuje. Některé změny nevidíme hned,

mnohdy je ještě ani netušíme, události v nás doznívají a postupně dozrávají, v tom je podle mne jeden z mechanismů působení psychoterapie. Mé dříve zmíněné navrhované přetestování zhruba po 3 měsících by mohlo být, podle mého názoru, prováděno poštou, zasláním dotazníku bývalým klientům, který by oni obratem vyplněný odeslali zpět. Takový dotazník my měl být i stručnější, omezený například jen na tři otázky nebo také s použitím posuzovacích škál. Sanatorium Horní palata takováto následná dotazníková šetření neprovádí. Dříve zhruba po třech měsících zvali klienty na konzultace nebo pořádali ještě jedno společné sezení skupiny. Skupina se však již nesešla. Někteří z nich jsou naopak se sanatoriem dále v kontaktu i po ukončení skupinové léčby.

Závěrem praktické části své práce bych ráda vyjádřila vděčnost za to, že mi praxe ve zdejším zařízení byla umožněna. Jako sociální pedagog bych zde našla pravé uplatnění až po absolvování psychoterapeutického výcviku, který by mne pro práci se zdejšími klienty opravňoval, bývá podmínkou i pro ostatní profese v takovémto zařízení. Je samozřejmé, že zdejší pracovníci musí mít jisté zkušenosti, znalosti a dovednosti, aby dokázali profesionálně pracovat. Právě zde je totiž možnost klientovi spíše ublížit nasnadě. V této práci je velmi důležité být empatický a citlivý a přesto zůstat opravdový a dokázat si udržet hranice mezi sebou a klientem. A nutno říci, že tomu se pouze ve škole nenaučíme. Absolvovanou stáž považuji za hodnotnou zkušenost, která mne více zasvětila do problematiky lidí s duševním onemocněním a práce s nimi. Seznámila mne s jejich běžnými životy, s jejich prožíváním a nesnáze, to je pro mne velkým přínosem. Doufám, že i já jsem měla možnost lidem, které jsem na Palatě poznala, něco dát. Snad pro ně má stáž byla ukázkou zájmu ze strany mladých lidí, které jejich problémy zajímají a chtějí jim pomoci. Proto také tuto oblast studují v rámci vysokých škol. A díky tomu, že je lidé s duševním onemocněním při své léčbě akceptují a vpouštějí je do svého soukromí, pomáhají jim, aby mohli nabrat také potřebné praktické dovednosti.

## 11. Diskuse

Člověk, který se rozhodne pro volbu psychoterapie, je postaven před více možností léčby. Většinou mu je jistá forma terapie doporučena odborníkem, existují ale i případy, kdy člověk vyhledá pomoc psychoterapeuta sám. Jednou z publikací, která mu pomůže porozumět odlišnostem různých psychoterapeutických škol, je populární publikace Matouška *Potřebujete psychoterapii?* (1995) nebo také odborná publikace Drapely *Přehled teorií osobnosti* (2003). Pomocníkem do života se mohou stát i Franklovy knihy, a to zejména *Psychoterapie pro laiky* (1998) nebo *Křivohlavý a jeho kniha Mít pro co žít* (1994), která Frankla často cituje. Skupinová psychoterapie je jistě vhodným prostředkem pro léčbu neurotických poruch. Takto postiženým lidem jejich neurotické obtíže komplikují interpersonální vztahy a celkově ovlivňují jejich každodenní život. Knihu nazvanou *Jak žít s neurózou* napsal Kratochvíl (1988) jako příručku pro zvládání neurotických potíží. Jedná se spíše o populární literaturu určenou širší veřejnosti. V podobném duchu se nese i Franklova kniha *Psychoterapie pro laiky* (1998), kde autor rozebírá základní problematické oblasti lidského života a nabízí řešení nalezení smyslu. Oproti Kratochvílovi (1995) se ale Frankl v mnou použitých publikacích nezabývá skupinovou psychoterapií a jejími léčebnými faktory. Franklův přístup k vzniku psychických problémů (1994) vychází z tzv. existenciálního vakua, které ovládá v současnosti lidské životy. S pomocí svých osobních zkušeností vytvořil logoterapii, o které lze hovořit jako o léčbě nalezením životního cíle, smyslu svého života. Skupinová psychoterapie může být neurotickým klientům často prospěšnější než pouhá psychoterapie individuální, nicméně na sestavování psychoterapeutické skupiny by měl být kladen velký důraz. Ne každý klient je pro skupinovou práci vhodný, svým negativním nastavením by skupinu brzdil v jejím rozvoji.

V praxi jsem sledovala typický vývoj skupiny a s ním související skutečnosti, tak jak je popisují Kratochvíl (1995) a Matoušek (2003). Skupina se postupem času strukturovala podle dominance a oblíbenosti jednotlivých členů, vytvářela normy podle hodnot nejsilnějších členů a stylizovala jednotlivce do určitých rolí. Některé role zůstávaly po celou dobu trvání denního stacionáře stále stejné, jiné, například role obětního beránka, se měnily podle aktuální situace. Kratochvíl (1995) a Matoušek (2003) rozlišují čtyři vývojová stádia skupiny, v tomto se liší Rieger (1998), který jich rozlišuje sedm. Ve skupinové psychoterapii se uplatňují účinné léčebné faktory, díky kterým mají klienti možnost lépe nahlédnout své chování a následně je regulovat. Matoušek (2003) popisuje pouze dva - přenos a korektivní emoční zkušenost. Oproti tomu Kratochvíl zmiňuje deset základních faktorů. Ještě podrobnější je v jejich popisu Yalom

(1999) a dále také Bloch a Crouch (1985), kteří tak také nazvali svou knihu. Yalom (in Kratochvíl 1995) rozlišuje například čtyři úrovně náhledu nebo analyzuje korektivní emoční zážitky svých klientů, na jejichž základě popisuje možné složky korektivní emoční zkušenosti.

Součástí denního stacionáře jsou také speciální skupinová sezení, což umožňuje pracovat s klienty komplexnějším způsobem, a to zejména v rámci neverbálních technik. Kratochvíl (1995) o nich píše pouze stručně, ale právě tím vystihuje jejich podstatu. Hlubší zájem o dané téma uspokojí spíše publikace úzce zaměřené na konkrétní speciální formu terapie. Například o arteterapii, jejích možných indikacích a technikách píše podrobněji Šicková-Fabrici (2002). Ve své knize se věnuje také arteterapii s duševně nemocnými a píše o přínosech, které jim přináší. Nezabývá se ani tak popisem průběhu arteterapeutického sezení, ale hovoří o svých zkušenostech a poznacích ze své praxe. Je pravdou, že zajímavěji působí spíše výtvarná tvorba schizofrenních pacientů, nicméně i tvorba neurotických klientů má svá specifika. Šicková-Fabrici (2002) dává doporučení, jaký styl technik je vhodnější pro to či ono duševní onemocnění. Pro klienty DS Horní Palata trpící převážně úzkostmi by to byly techniky na podporu růstu sebevědomí, které klienti dokončí v krátkém čase a expresivně, čili tak, aby vyventilovali svůj strach. O socioterapii se více zmiňuje pouze Matoušek (2003), Kratochvíl (1995) hovoří jen o nácviku sociálních dovedností v rámci speciálních skupinových sezení. Bohužel dnes ještě není pravidlem, že by sociální práce se skupinou byla v psychoterapeutických zařízeních tohoto typu běžně zavedena a že by byla socioterapie pevně zařazenou složkou těchto denních zařízení. Právě neurotickým klientům s problematickými interpersonálními vztahy by mohla nejvíce prospět.

Odborný popis všech duševních poruch a poruch osobnosti podává MKN-10. Podobným stylem, snad jen o trochu méně odborným, je psána i publikace od Rabocha a Pavlovského (2001). V obou případech se jedná se o popis příznaků, diagnostická vodítka a podmínky pro klasifikaci určitého duševního onemocnění. Výše zmíněné publikace jsou tedy zaměřené na diagnostiku, obsahem jsou proto konkrétní informace potřebné pro výkon psychiatrické praxe. Již se zde nenachází prostor pro dokreslování širšími popisy či kasuistickými případy. Více srozumitelným způsobem podává danou problematiku Vágnerová (1999). Ve své publikaci se mimo jiné zabývá i premorbidní osobností, sociálními okolnostmi duševního onemocnění a jeho následky pro člověka a jeho okolí. Právě s těmito sociálními souvislostmi by měli být klienti i jejich rodiny seznamováni. Ulehčilo by jim to orientaci v problematice a upozornilo na

změny a situace, které léčbu provázejí. Publikace Vágnerové by proto mohla sloužit i blízkému okolí postiženého jako průvodce jeho onemocněním.

Práce s klienty v oblasti psychoterapie je zcela jistě náročná pro všechny pomáhající. Osobností pomáhajícího pracovníka se ve svých publikacích zabývá mnoho autorů. Odlišně tuto problematiku pojímá Smidbauer (2002). Při popisu syndromu pomáhajícího vychází z psychoanalytického pojetí, hovoří o pokřivené motivaci k pomáhající profesi a o jejich následcích. K tomu, jak předcházet situacím, kdy může pomáhající svým přístupem klientovi ubližovat, slouží sebezkušenostní výcvik. Tím prošli na Horní Palatě všichni pracovníci, kteří přichází do přímého kontaktu s klienty. U zdejších pracovníků se jedná většinou o výcvik s psychoanalytickým zaměřením. Jako další nutnost pro výkon pomáhající profese se jeví supervize. Supervizi se podrobněji věnuje zejména Matoušek (2003) a Kopřiva (1999). V DS Horní palata se koná 2x za měsíc supervize týmu, která má zajistit jeho zlepšování. Supervizi provádí externí supervizor. Případová supervize zde prováděna není, pokud by ale byla potřebná, je možné se na tohoto supervizora obrátit. Pracovníci se také pravidelně schází 1x týdně na poradách, kde společně konzultují skupinovou práci a své působení. Schmidbauer ale na rozdíl od výše zmíněných autorů zmiňuje i využití svépomocných skupin pomáhajících pracovníků, což by je osvobodilo od moci a dohledu instituce, ve které pracují. V tomto se pak supervize liší, protože ta je odborně vedena. Tento způsob ale pracovníky v DS Horní Palata využíván není.

Kopřiva (1999) se v oblasti péče o pomáhajícího navíc věnuje i vnímání těla, které je v bezprostřední souvislosti s naší psychikou. V DS Horní Palata jsou tímto způsobem zaměřeny zejména relaxace a dále také léčebný tělocvik. Naslouchání svému tělu prostřednictvím relaxace pomáhá klientům více porozumět svým neurotickým obtížím a dále pak pracovat na celkovém zklidnění. Dá se předpokládat, že terapeuti, kteří relaxace řídí, se jim také sami věnují a se svým tělem pracují i v soukromí. Při pohledu na klienta zvažuje Kopřiva (1999) jeho vnitřní svět, jeho subjektivní vidění. Toto mají společné s Úlehlou (2005) a také s celým systemickým přístupem. Více se jím, a také se souvisejícím narativním přístupem, zabývají Gjuričová a Kubička (2003). V DS Horní Palata pracují terapeuti různého zaměření, nicméně zvažování subjektivního pohledu klienta je jim všem beze sporu společné. Při práci zdejších terapeutů byl znát respekt k názorům klientů i respekt ke způsobům jejich řešení situace. Přesto mám pocit, že ve zdejším zařízení není terapeut zaměřený ve své práci s klienty právě na systemiku.

Pojem psychoterapie je stále spojován se sociálním stigmatem. S negativními reakcemi okolí se setkali i zdejší klienti, často tyto reakce přicházely i od jejich nejbližších. Ačkoli přístup naší společnosti k psychoterapii dostal snad jistých pozitivních změn, neustále je tato volba pro mnohé nepřijatelná a potupná, stává se důkazem selhání a vlastní slabosti. Je důležité takovéto mýty ve společnosti bořit, a to nejlépe osvětou a naším přístupem k lidem trpícím duševním onemocněním a k jejich rodinám. Z vyprávění klientů jsem postřehla, že jejich blízcí často jejich potížím a přidruženému chování nerozumí. Rodinní příslušníci jsou duševním onemocněním jistě také ovlivněni, proto na ně při psychosociálním působení nesmíme zapomínat. Je důležité, aby v psychosociální oblasti existovala návaznost a vzájemná propojenost služeb. V současné době je toto stále problémem, komplexnost většinou zajištěna není. Mnoho zařízení se orientuje převážně na jeden druh konkrétní pomoci, to je ale mnohdy nedostačující. Klienti a jejich rodinní příslušníci bývají v takovýchto případech přeměrováni jinam, což je právě situace DS Horní Palaty. Toto je jistě úkolem do budoucna. Otázce sociálních služeb se věnuje ve své publikaci Kozlová (2005). ČR se v současnosti snaží o reformu sociálních služeb, která by měla změnit dosavadní pohled státu na tuto oblast. Je ale samozřejmé, že změny neprijdou ze dne na den a že bude zapotřebí ještě mnoho práce.

## 12. Resume v českém jazyce

Cílem mé bakalářské práce bylo přiblížit skupinovou psychoterapii v rámci programu konkrétního denního stacionáře, dále problematiku vztahu mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem a toto vše zhodnotit v průběhu své stáže. Studium sociální pedagogiky na HTF mne na ni, podle mého názoru, teoreticky dobře připravilo. Bylo možné zaměřit se na procesy související s působením psychoterapie a pozorovat jejich průběh. V roli pozorovatele jsem sledovala jak vývoj jednotlivých klientů, tak i práci a přístup terapeutů a vztahy mezi nimi a klienty. Celá stáž mi byla velkým přínosem i zdrojem nových zkušeností a informací. Věřím, že i má přítomnost zde byla užitečná a že se má bakalářská práce stane možným zdrojem inspirace pro další činnost ve zdejším zařízení.

Je zřejmé, že skupinová psychoterapie funguje na odlišných principech než psychoterapie individuální. Pro klienty s neurotickými obtížemi, kteří mají problémy se vztahem a komunikací s okolím, je to často velmi vhodná volba. Skupina slouží jako model vnějšího světa. Vytváří bezpečné místo pro nácvik užitečného chování, poskytuje potřebnou zpětnou vazbu, působí podpůrně i zdravě kriticky. Skupina svou silou nutí její členy komunikovat a spolupracovat, a to velmi přirozeným způsobem. Jako všechny ostatní uzavřené skupiny si vytváří svá pravidla, postupně se třídí pozice a role, prochází také svým typickým vývojem, přičemž každé vývojové stádium s sebou přináší charakteristické změny a způsoby jednání. Skupinová dynamika je využívána i při speciálních skupinových sezeních. Navíc tato sezení mají tu výhodu, že pracují převážně s přirozeným projevem klienta, soustředí se na prožitek a jeho následné zpracování. Někdy mohou sloužit jako prostředek k odreagování a odpočinku (např. relaxace s hudbou), jindy jsou zcela zaměřeny na řešení konfliktní situace (např. dramaterapie). Součástí všech speciálních sezení je následná reflexe jejího průběhu, to, co klienti zažili, nesmí zůstat nešetřeno. Prožitky z neverbálních technik bývají také přenášeny a diskutovány v psychoterapeutické skupině a stávají se vhodným zdrojem informací o klientovi a jeho prožívání. Praxe ale očividně ukazuje, že takováto speciální skupinová sezení nejsou u některých klientů moc oblíbená. Dočasně totiž zvyšují jejich neurotické obtíže, a to pravděpodobně proto, že pracují právě s prožitkem, který je pro ně často příliš intenzivní, nebo kterému v danou chvíli nerozumí. Významné pro fungování terapie je proto již samo sestavování skupiny denního stacionáře. Klient, stavící k takovýmto technikám negativně tím totiž ovlivňuje jejich průběh i u ostatních klientů. Vždy je důležité, aby o svých zážitcích ze



speciálních technik klienti hovořili a aby také byly ošetřeny terapeutem. Vztah mezi klientem a terapeutem je značně specifický už proto, že je zřejmá jeho dočasnost vázaná na konec léčby. Jednou z nejvýznamnějších věcí mezi nimi je komunikace, rozhovor mezi klientem a terapeutem. V tomto vztahu bývá pro terapeuta obtížné být citlivý a empatický a zároveň si udržet od záležitosti jistý odstup, budovat si hranice. Jsou na něj kladeny nároky jak profesionální, tak osobnostní. Aby byl pomáhající pracovník opravdu pracovníkem pomáhajícím, měl by absolvovat sebezkušenostní výcvik a pravidelně využívat supervize. Pomáhající profesi doprovází mnohá úskalí spojená s přepínáním, ale i se samotnou motivací k pomáhání. Nadměrným přetěžováním sebe sama hrozí pracovníkovi vyhoření. Co se týče skutečné motivace pomáhání, existuje riziko syndromu pomáhajícího. K zvládnutí této problematiky slouží právě výše zmíněný výcvik a supervize.

Během své stáže jsem se seznámila s životními příběhy a se současnými obtížemi zdejších klientů. Zabývala jsem se vyhodnocováním jejich Dotazníků životní spokojenosti a snažila se zjistit souvislosti s jejich dosavadním životem. Po celou dobu léčby jsem sledovala jejich chování a jejich postupný vývoj. Svůj subjektivní dojem z výsledků léčby jsem pak porovnávala s Dotazníky hodnocení psychoterapie, můj osobní pohled na dosažené změny byl občas optimističtější než pohled jednotlivých klientů. V programu zdejšího zařízení jsem měla možnost setkat se pouze s omezeným množstvím speciálních skupinových sezení a s činností zaměřenou na sociální fungování klientů vůbec. Pozici sociálního pracovníka nebo pedagoga jsem zde vážně postrádala, myslím si, že by se stal jistě přínosem pro efektivnost léčebného působení. Předpokládám, že by se takovýto pracovník mohl podílet na některých, z mého pohledu nedostatečně propracovaných činnostech, jakými jsou například sociální agenda a socioterapie. Někteří klienti chtěli po absolvování sedmitýdenního léčebného programu nastoupit do kurzu Práce s tělem, kde se na sociální dovednosti měli zaměřit. Já osobně jsem přesvědčena o tom, že zařazení takového programu mezi stávající složky léčby by bylo určitě prospěšné. V oblasti skupinové psychoterapie se ukazuje, že zde dozajista uplatnění pro sociálního pedagoga existuje. V psychoterapeutických zařízeních, jakým je denní sanatorium Horní Palata, kde dosud není socioterapie plně využívanou složkou léčebného programu, by socioterapie jistě mohla v budoucnu najít uplatnění a své pevné místo.

### 13. Resume v anglickém jazyce

Ambition of my bachelor's essay is to enter up a group psychotherapy in programme of particular social welfare institution, to describe questionations of relationship between social worker and client and review that all during my trainee-ship. In my point of view the study of social pedagogy on HTF has prepared me well for the trainee-ship. It was possible to concentrate on the process concerned with incidence of psychotherapy and monitor its running. As an observer I kept in touch with particular clients, work and admission of therapists and relationships between clients. The training was a great contribution and a resource of new experience and information. I believe that my attendance was useful and I hope that my bachelor's essay could become a source of inspiration for further activity in this social welfare institution.

It is obvious that group psychotherapy is based on different principle than individual psychotherapy. For clients with neurotic difficulties that have problems with surrounding relations and communication it is often very good choice. A group presents a model of outwards. It creates a secure place for training useful behavior, it provides needful feedback and it appeals as a supportive and healthy critical place. A power of group makes its clients to communicate and collaborate by very natural way. As all closed groups it lays down rules, sorts positions and roles and goes through its typical development whereas each development stage brings typical changes and typical ways of behavior. Group's dynamics is used during special group sessions. Moreover the advantage of this session is that they work with natural communication of a client, they concentrate on experience and its consequential processing. Sometimes they can serve as a mean of abreaction and rest ( for example music relaxation) sometimes they are concentrated on solution of conflict (dramatherapy).

All special sessions contain resulting reflexion of its process, everything that clients have experienced must be handle. Experience of non verbal practice is transfered and discussed in psychotherapical group and it became relevant source of information about client and his feelings. Obviously work experience indicate that group sessions like this one aren't very popular for some clients. They can temporary increase their neurotical difficulties because they work with feelings that are sometimes too intensive or incomprehensible.

Group building of social welfare institution plays important role in therapy operation. Client who accepts practices negatively, influences process of operation of the other clients. It is always important to talk about clients experience of special operations and handle them by therapist. Relationship between therapist and client is specific because its temporality is connected with the end of treatment. One of the most important thing between them is communication, dialogue between therapist and client. It is difficult for the therapist to be sensitive, emphatic and keep distance at the same time and set borders. Therapist is liable to professional and personage claims. A worker should go through self-experience training and regular use of supervision to become a really helpful body. This career is accompanied by many obstacles as overexertion but even by motivation to help. Overexertion could cause burnout of therapist and motivation to help contains a risk of helping syndrome. Training and supervision serve to manage this problems.

During my trainee-ship I became familiar with life stories and present difficulties of resident clients. I dealt with interpretation of their „ Life Satisfaction Questionnaire“ and I tried to find out context with their life up to now. During the treatment I observed their behavior and gradational progress. I compare my subjective impression coming from results of treatment with „Psychotherapy Classification Questinnaire“. My point of view on archieved changes was sometimes more optimistic then client's one. I had possibility to visit only limited amount of specialised group sessions and activities concentrated on clients operations in the programme of this institution. I have really missed the social welfare worker and pedagugue position and I think that they will increase an efficiency of treatment. I suppose that this position could participate on activities that aren't worked out enough like social agenda and sociotherapy. After seven days treatment some of out clients enter the course „Work with Body“ where they shoud concentrate on social skills. I'm sure that submission of programe like this one into the current treatment would be advantageous. There is a place for social pedagogue in the field of group psychotherapy. Sociotherapy could find and exercise in psychotherapeutical institutions like social welfare institution Horní Palata where sociatherapy doesn't make use today .

## Seznam použité odborné literatury:

- BLOCH, S. – CROUCH, E. Therapeutic factors in group psychotherapy. Oxford: Oxford University Press 1987. ISBN 0192616
- DRAPELA, V. J. Přehled teorií osobnosti. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-766-3
- FABRICI, Z. Základy arteterapie. Praha: Portál 2002. ISBN 80-7178-616-0
- FAHRENBERG, J. - MYRHL, M. - SCHUMACHER, J. - BRÄHLER, E. Dotazník životní spokojenosti. Praha: Testcentrum 2001
- FRANKL, V. E. Člověk hledá smysl. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 1994. ISBN 80-901601-4-X
- FRANKL, V. E. Psychoterapie pro laiky. Praha: Cesta 1998. ISBN 80-85319-80-2
- GJURIČOVÁ, Š. - KUBIČKA, J. Rodinná terapie – systemické a narativní přístupy. Praha: Grada 2003. ISBN 80-247-0415-3
- KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál 2000. ISBN 80-7178-318-8
- KOCOURKOVÁ, J. - KOUTEK, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-732-9
- KOZLOVÁ, L. Sociální služby. Praha: Triton 2006. ISBN 80-7254-662-7
- KRATOCHVÍL, S. Jak žít s neurózou. Praha: Avicem 1988
- KRATOCHVÍL, S. Manželská terapie. Hradec Králové 1992
- KRATOCHVÍL, S. Skupinová psychoterapie v praxi. Praha: Galén 1995. ISBN 80-85824-20-5
- KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie. Praha: Portál 2002. ISBN 80-7178-657-8
- KŘIVOHLAVÝ, J. Mít pro co žít. Praha: Návrat domů 1994. ISBN 80-85495-33-3
- MATOUŠEK, O. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-548-2
- MATOUŠEK, O. Potřebujete psychoterapii? Praha: Portál 1995. ISBN 80-7178-036-7
- MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-549-0
- MKN – 10. Duševní poruchy a poruchy osobnosti. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-44-1
- MOLLON, P. Freud a syndrom falešné paměti. Praha: Triton 2000. ISBN 80-7254-145-5
- RABOCH, J. - PAVLOVSKÝ, P. Psychiatrie – minimum pro praxi. Praha: Triton 2001. ISBN 80-7254-423-3

- RIEGER, Z. Loď skupiny. Hradec Králové: Konfrontace 1998. ISBN 80-86088-03-0
- SCHMIDBAUER, W. Psychická úskalí pomáhajících profesí. Praha: Portál 2000. ISBN 80-7178-312-9
- ÚLEHLA, I. Umění pomáhat. Učebnice metod sociální praxe. Praha: Sociologické nakladatelství 2005. ISBN 80-86429-36-9
- VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita lidské psychiky. Praha: Portál 1999. ISBN 807178-496-6
- VYBÍRAL, Psychologie lidské komunikace. Praha: Portál 2000. ISBN 80-7178-291-2
- YALOM, I. D. Skupinová psychoterapie. Hradec Králové: Konfrontace 1999. ISBN 80-86088-05-7

# **PŘÍLOHY**

## Program denního stacionáře Horní Palata

Program denního stacionáře začíná každý den, kromě úterý, kdy je na odpoledne plánována náročnější arteterapie, v 8:30 ranní komunitou. Zde je upřesněn program na daný den a jsou tu také vyřizovány další organizační záležitosti a dotazy klientů. Od 8:45 do 9:30 probíhá cvičení pod vedením zdejší fyzioterapeutky, opět každý den kromě úterka. Hlavní náplní a cílem tohoto cvičení je rozhybání celého těla a naladění se na skupinu. Podle mého názoru je cvičení nedílnou součástí celého programu, protože skupina tak sbírá nové společné zážitky, lépe se poznává a stává se soudržnější. Navíc i zde se často objeví konflikty a projevy chování typické pro některé klienty, což se pak stává zdrojem pro skupinová sezení. Často jsou zařazována dechová cvičení, cvičení spojená s odreagováním emocí, ale také aktivnější pohyb, jakým je například stolní tenis či volejbal. Poté následuje psychoterapeutická skupina, začíná každý den v 10h a končí v 11:30, úterý touto skupinou začíná. Náplní první, zahajující skupiny je čtení životopisů klientů, aby se tak vzájemně obeznámili se svými dosavadními životy. V průběhu dalších skupin se dostávají ke slovu jak osobní problémy jednotlivých klientů, tak i konflikty a nedorozumění vzniklé během ostatních programů denního stacionáře mezi klienty navzájem. Významným zdrojem byla pro skupinu zejména arteterapie a ergoterapie. Psychoterapeutická skupina funguje podle základních pravidel, se kterými jsou klienti seznámeni terapeutem skupiny ještě před nástupem léčby. Také jsou obeznámeni s tím, co je v následujících sedmi týdnech čeká, dostane se jim upozornění, že toto období pro ně nebude lehké, jejich stav se může na určitou dobu dokonce zhoršit a vyústit až k touze opustit skupinu, je důležité, jak se k těmto svým pocitům postaví. Základními pravidly pro psychoterapeutické skupiny tohoto pracoviště jsou:

1. Mluvte o všem otevřeně. Na skupině můžete mluvit o všem, co Vás právě napadá, co Vám leží v hlavě, co prožíváte, co se s vámi děje. Všechny Vaše nápady jsou důležité a mohou být přínosem pro Vás i pro ostatní. Veškeré sdělování je samozřejmě dobrovolné, podle vlastního uvážení účastníka skupiny. Na Vaší aktivitě a otevřenosti však závisí výsledky léčby. Říká se, že z terapie si každý může odnést jen tolik, kolik do ní sám vloží. . Nedělejte nic, co by ztěžovalo Vám nebo ostatním mluvit otevřeně. Naslouchejte názorům a doporučením ostatních, ale buďte odpovědní za svá rozhodnutí.

2. Skupinová setkání začínají a končí vždy přesně, podle dohody a účastní se jich všichni členové skupiny.
3. Členové skupiny sedí v kruhu, v prostředí, které umožňuje soustředění. Během sezení nikdo kruh neopouští, nemění místo, účastníci se vzájemně nedotýkají (v dobrém ani ve zlém), takové přání mohou ale vyjádřit slovy.
4. Kruh symbolizuje rovnost, ale také uzavřenost. Všechny problémy a pocity vzniklé v rámci terapeutického kruhu by měly být vysloveny a zpracovány na tomto místě, neměly by být řešeny mimo skupinu. Pro ochranu důvěry ve skupině je důležité nesdělovat nic o skupinovém dění osobám mimo skupinu.
5. Setkávání se členy mimo skupinu téměř vždy terapii škodí, rozhodně se nedoporučují. Mohou zkreslovat porozumění vztahům a dějům ve skupině, často pak vylučují otevřenost a pravdivost těch, kterých se týkají, zhoršují tak předpoklady k léčbě. Pokud se jim přesto nevyhnete, platí, že i nápady a prožitky vzniklé z takových setkání do skupiny patří.
6. Nesmíte opustit program, aniž byste to předem projednal se skupinou. Jste součástí skupiny a Váš odchod zasáhne všechny.
7. Jakákoliv jiná zdravotní péče, léky, popřípadě změna v tomto je nutná projednat s lékařem DS Horní Palata.

Pokud klienti běžně docházejí například na individuální terapii, je nutné ji na dobu absolvování léčby v denním stacionáři přerušit, žádná souběžná psychoterapie není přípustná. Jde o to, aby se běh skupiny ničím nenarušoval, aby se všechny záležitosti, a to zejména ty ve skupině vzniklé, řešily právě zde.

Od 11:30 do 13h mají klienti pauzu na oběd. V **pondělí** začíná odpolední program relaxací od 13-13:40. Během své stáže jsem zaznamenala dva druhy relaxací, a to více strukturovaný autogenní trénink a pak méně strukturovanou, více fantazijní relaxaci. Každému klientu vyhovovalo něco jiného, proto se mi zdá střídání obou těchto stylů výhodné. Klienti si podle sebe mohou zvolit polohu, ve které chtějí relaxovat, zda na podložce na zemi, což preferovala naprostá většina, nebo v sedě na židli. Hlavním cílem relaxace je odvést myšlenky klientů od jejich problémů a naučit je správně odpočívat. Po každé relaxaci následuje krátká reflexe, ve které klienti shrnou své pocity z jejího průběhu. Nutno podotknout, že relaxace byla pro mnohé z nich často velmi obtížná, klienti se nedokázali uvolnit a do relaxování ponořit. Některým se také jejich tělesné obtíže, jakými jsou například bušení srdce a obtíže s dýcháním, ještě zvýraznily. Častým problémem klientů také bylo, že



se nedokázali oprostít od svých myšlenek, „vyčistit si hlavu“. Samozřejmě se našel také velký počet těch, kteří relaxace s nadšením vítali a nečinily jim žádné obtíže. Tito klienti hodnotili relaxace vždy jako příjemné a přinášející odpočinek. Častým nácvikem relaxací, který probíhá 3x týdně vždy v pondělí, ve středu a v pátek, se ale postupně měnil i názor a přístup těch, kteří s nimi dříve mívali velké problémy. Po absolvovaných 7 týdnech ubylo tělesných obtíží během relaxací a klienti je pro sebe také dokázali patřičněji využít, byli již schopni se více uvolnit a relaxovat.

Po pondělní relaxaci následuje od 13:50 do 15h ergoterapie. Jde o další společnou aktivitu, kde má skupina možnost se stmelit a dále propojovat, ale zároveň i zde dochází k boji o pozice a role ve skupině. Při společné práci se také vyjevuje charakteristické chování každého klienta, zjišťuje se, kdo na koho reaguje a kdo s kým se nejčastěji dostává do konfliktu, toto vše se v průběhu nějaké činnosti děje naprosto přirozeně. Navíc každá společná činnost provozovaná na ergoterapii má pro každý den jiného vedoucího z řad členů skupiny. To dává možnost zakusit řídicí funkci, kdy ostatní musí poslouchat a zároveň na sebe vzít zodpovědnost s takovou funkcí spojenou. Tato role vedoucího bývá pro mnohé klienty obtížná, často se bojí ostatním něco nařídít a usměrňovat dění, mají strach z neoblíbenosti a odporu, které jsou s touto rolí spojeny. Je to však velmi vhodné, neboť tuto roli musí zakoušet i ve běžném životě a zde mají možnost si jí bezpečně vyzkoušet a mluvit o tom, jak se v ní cítí. Na konci každé ergoterapie se totiž ke své roli vyjádří a vyslechnou i názory ostatních členů skupiny na to, jak ji podle nich zvládli. Za pěkného počasí probíhá ergoterapie venku, využívá se práce na přilehlé zahradě, klienti například plejí záhony, sází nové rostliny, hrabají listí. Za chladného počasí se pak věnují úklidu či výzdobě objektu, typickou předvánoční činností je výroba adventních věnců.

Úterní odpoledne je věnováno arteterapii, začíná ve 13h a končí v 15h. Klienti zde mají možnost zakusit každý týden jinou arteterapeutickou techniku, pracují samostatně, v párech i skupinově. Techniky jsou zaměřené převážně na sebepoznání, poznávání druhých, na komunikaci a spolupráci. Pro některé klienty je výtvarný způsob vyjádření obtížný, velmi často se také odvolávají na to, že neumí kreslit. Velmi důležité je upozornit je, že to zde nehraje žádnou roli a podpořit jejich svobodnou tvůrčí činnost. Také se samozřejmě najdou klienti, pro které je tento způsob vyjádření daleko snadnější a přirozenější, často jsou to klienti, kterým dělá větší obtíže vyjádřit se verbálně, na psychoterapeutické skupině většinou skoro nemluví. Největší výhodou arteterapie je podle mého názoru to, že klient tento svůj

projev tolik nekontroluje a jeho výtvar mu pak proto může velmi mnoho prozradit. Mnohdy klienti v obraze uviděli a projevili to, co dosud netušili a byli tím zaskočení. Významnými technikami byly také skupinové obrazy a jiné způsoby vyjádření, například siluety. Klienti si museli při společné tvorbě dokázat ustoupit, museli si nechat zasahovat do svého prostoru a volit kompromisy. Ať už klienti při těchto technikách odkryli něco významného o sobě, svém životě a chování nebo při nich vznikl nějaký konflikt mezi klienty navzájem, vždy je důležité, aby přinesli tuto záležitost do psychoterapeutické skupiny a hovořili o ní. Součástí každé arteterapie je sice delší reflexe, každý obraz je vždy probírán s terapeutkou, avšak někdy toto ošetření není dostatečné a je nutné se tím nadále zabývat. Arteterapie je tedy velmi dobrým zdrojem náhledu na sebe a své jednání a stává se také živnou půdou pro skupinová sezení a další terapii.

Program **středečního** odpoledne sestává opět z relaxace s klasickým začátkem ve 13h a koncem ve 13:40 a ze společného úklidu místností, jež jsou skupinou využívány. Jde například o společnou šatnu a jídelnu. Úklid trvá od 13:50 do 15h. Jelikož vždy běží souběžně dvě skupiny denního stacionáře, každý týden se tyto skupiny také střídají v péči o květiny.

Na **čtvrtek** je naplánováno vyplňování dotazníků skupinové atmosféry pro uplynulý týden. O dotazníku jsem se již zmínila v předchozí části. Na zadané škále se objeví, jak konkrétní klient hodnotí například srdečnost či kooperativnost skupiny a slovně pak zhodnotí nejvýznamnější momenty pro něj samotného i pro skupinu jako celek. Po odevzdání vyplněných dotazníků následuje dramaterapie. Začíná ve 13:50 a končí v 15h, tento čas mají klienti vymezený k tomu, aby si společně nacvičili nějaké krátké představení, téma je na jejich volbě. V závěrečném týdnu se pak uspořádá slavnostní představení. Dramaterapie byla zařazena do programu až ve 4.týdnu denního stacionáře skupiny A, a proto také dostala na výběr, zda si představení chce připravit nebo ne. Bohužel se skupina nakonec rozhodla dramaterapie neúčastnit. Toto rozhodnutí pak řešila i na společném sezení. Hlavním důvodem jejich zavrnutí byla spíše nervozita a nechuť k nečekané změně čtvrtečního programu. Navíc část klientů se necítí dobře při vystupování před lidmi a z představení byli značně nervózní. V dramaterapii ale měli například možnost odžít si role, které v běžném životě nezakouší a také dovolit si projevit pod záštitou hry nové nebo utajené způsoby jednání, zkrátka zažít něco úplně jiného než to, na co jsou běžně ve svém životě zvyklí. Léčebné účinky dramaterapie nelze popřít stejně tak, jako pochopitelnou nervozitu klientů a to, že může být pro mnohé z nich velmi obtížná. V době, kdy klienti vyplňují dotazníky a nacvičují scénku na

dramaterapii, probíhá porada terapeutického týmu ohledně dění v obou běžících skupinách. Nejdříve se vyjádří terapeuti, kteří skupiny vedou, pak terapeutky z arteterapie, které prezentují jednotlivé výtvary klientů včetně jejich komentářů k nim, současně se ke všemu vyjadřuje také celý zbytek týmu, který přináší do diskuze své nápady a komentáře.

V pátek je vzhledem ke končícímu týdnu program zkrácený, pauza na oběd trvá pouze do 12:30 a po ní následuje relaxace.

Co se týče vybavení denního sanatoria, klienti mají k dispozici vlastní šatnu, vybavenou kuchyňku, jídelnu, salonky s křesly pro odpočinek, minimálně dvoje sociální zařízení včetně sprchy, ve volném čase mohou využít stůl na ping pong. Jak jsem již psala dříve, areál se nachází ve velmi pěkném a klidném prostředí pod Strahovem a náleží k němu i rozlehlá zahrada. Klienti se proto o přestávkách scházejí na venkovních lavičkách.

