

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2009

MIROSLAVA VYKYDALOVÁ

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Profil prostředí
v terapeutické komunitě pro poruchy osobnosti**

Miroslava Vykydalová

Vedoucí práce: Mgr. Jan Kulhánek

Praha 2009

Prague college of psychosocial studies



**Profil of the environment at a therapeutic community for people
sign personality disorders**

Miroslava Vykydalová

The Diploma Thesis Work Supervisit: Mgr. Jan Kulháněk

Praha 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením svého vedoucího diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Praze dne 30. 8. 2009

.....

*Tatínkovi a mamince,
Vendulce, Milance a Verunce*

a

TK Kaleidoskop

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu magistru Janu Kulhánkovi za odborné vedení diplomové práce, za jeho cenné rady. Paní doktorce O. Dostálové za laskavou pomoc. Mé poděkování patří také všem klientům a pracovníkům TK Kaleidoskop za jejich ochotnou spolupráci. V neposlední řadě děkuji celé své rodině, Martině, Renatě, Honzovi, Petrovi, Martinovi, Jindřišce a Jitce za velkou pomoc a podporu při přípravě této práce.

Anotace:

Předkládaná diplomová práce je zaměřena na problematiku poruch osobnosti v terapeutických komunitách.

Celá práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. První část shrnuje poznatky o poruchách osobnosti se zaměřením na hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti a o její léčbě. Představuje „Dialectical Behavior terapii“. Také je zde popsán model demokratické komunity, jeho vývoj a principy. Dále jsou zmíněny metody práce v terapeutických komunitách a popsány některé prvky komunitního prostředí.

Empirická část je soustředěna na výzkum komunitního prostředí terapeutické komunity Kaleidoskop, jediné komunity u nás, která pracuje s jedinci s poruchami osobnosti. Ve výzkumném šetření je použit kvantitativní výzkum. Zvolenou metodou je test „Škála prostředí komunitně orientovaných programů“ (COPEs).

Výzkumné šetření se snaží zachytit aktuální komunitní prostředí v komunitě a porovnání s předchozím šetřením v roce 2008.

Klíčová slova: hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti, demokratická komunita, komunitní prostředí

Abstract:

This thesis is focused on the issue of personality disorders in therapeutic communities. The whole work is divided into a theoretical and an empirical part. The first part of the work summarizes the knowledge of personality disorders and is focused especially on a borderline personality disorder (emotionally unstable personality disorder – borderline type), its treatment and the introduction of Dialectical Behavior Therapy. The democratic community model is also described, its development and principles. The methods of work in therapeutic communities are also mentioned and some elements of community environment are described.

The empirical part is focused on the research of community environment in the therapeutic community Kaleidoskop, the only community in this country that deals with people with personality disorders. The research design uses quantitative methods. The chosen method is COPES – community oriented programs environment scale. The research study is attempting to capture the current community environment in the community and to compare it with the previous study conducted in 2008.

Key words: emotionally unstable personality disorder – borderline type, democratic community, community environment

Obsah

Úvod

1	Teoretická část	12
1.1	Problematika osobnosti a poruch osobnosti.....	12
1.1.1	Psychologické pojetí osobnosti a její abnormality.....	13
1.1.2	Porucha osobnosti.....	14
1.2	Problematika hraničního typ emočně nestabilní poruchy osobnosti.....	16
1.2.1	Historický vývoj diagnózy	16
1.2.2	Hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti.....	18
1.2.3	Diagnostika, epidemiologie, etiologie.....	23
1.2.4	Léčba hraničního typu poruchy osobnosti.....	25
1.2.5	Dialectical Behavior Therapy (DBT).....	28
1.3	Komunita.....	34
1.3.1	Vymezení demokratické terapeutické komunity.....	35
1.3.2	Vývoj demokratické terapeutické komunity.....	36
1.4	Metody práce v terapeutické komunitě.....	41
1.4.1	Sociální učení.....	41
1.4.2	Psychoterapie	45
1.5	Terapeutická kultura.....	47
1.6	Klienti s poruchou osobnosti v systému terapeutické komunity.....	49
1.7	Terapeutický tým.....	52
1.8	Vývoj TK Kaleidoskop.....	55
2	Empirická část	62
2.1	Cíl práce.....	62
2.2	Popis výzkumného vzorku.....	62
2.3	Popis metody.....	64
2.4	Popis šetření.....	65
2.5	Výsledky.....	66
2.6	Diskuze.....	71
	Závěr	72
	Seznam bibliografických citací	73
	Přílohy	77

Úvod

Hlavním tématem předkládané diplomové práce je terapeutická komunita Kaleidoskop pro lidi s poruchou osobnosti, která je stále zatím jediným modelem svého typu v České republice.

Dané téma bylo zvoleno na základě velkého zájmu autorky o tento způsob terapeutické práce s danou klientelou. Autorka byla od počátku realizace tohoto nového projektu a je jí velmi blízký, a to i na základě jejího studia, které bylo založeno také na komunitních principech. Přímá práce s klienty v komunitě je velmi intenzivní, dynamická, plná nečekaných zvrátů.

Tato práce navazuje na diplomovou práci, která se soustředila především na seznámení veřejnosti s tímto zařízením a shrnutí poznatků o poruchách osobnosti a o komunitách.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. Cílem teoretické části je podat přehled poznatků z problematiky poruch osobnosti, hraničního typu emočně nestabilní poruchy osobnosti a terapeutických komunit.

V první kapitole je práce zaměřena na objasnění pojmu osobnosti a její abnormality. Předkládá základní přehled rozdělení poruch osobnosti.

Pak se zabývá hraničním typem emočně nestabilní poruchy osobnosti, jejím historickým vývojem, diagnostikou a etiologií. Shrnují se zde poznatky z psychoterapeutické léčby této poruchy a představuje se poměrně nový psychoterapeutický přístup „Dialectical Behavior Therapy“ k dané problematice.

Dále je popsáno základní vymezení a vývoj demokratické terapeutické komunity a používané metody v ní se zaměřením na sociální učení a psychoterapii. Podává přehled vlivů na komunitní prostředí, jako je kultura a terapeutický tým. Závěrem spojuje poznatky léčby klientů s poruchou osobnosti v terapeutických komunitách a předkládá

důležité změny v terapeutické komunitě Kaleidoskop, které do nějaké míry ovlivnily její vývoj.

V empirické části je cílem zachytit profil sociálního klimatu terapeutické komunity Kaleidoskop v zimě 2009 a porovnat ho s výsledky šetření, které probíhaly v zařízení v roce 2008. Vymezit, co považují pro komunitní prostředí respondenti za důležité a zjistit, do jaké míry se shodují představy odborného personálu o klimatu terapeutického prostředí. K tomuto šetření byl použit dotazník „Škála prostředí komunitě orientovaných programů“.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Problematika osobnosti a poruch osobnosti

Člověk je stále podnětem a předmětem vědeckého zkoumání. Lidstvo se od věků zabývá samo sebou ve snaze lépe sobě (druhým) porozumět. Na základě toho vznikla celá řada studií, ze kterých se i při dnešních výzkumech vychází. Existuje mnoho přístupů, jak se můžeme dívat na lidskou bytost. Mezi základní dělení pohledu na jedince řadí COAN (1999) biologický, sociální, psychologický a duchovní pohled.

Biologické perspektivy pohlízejí na lidskou bytost v pojmech anatomických, sledují biochemické děje v organismu a fyziologické funkce. Vše toto má člověk společné s jinými živočichy a jeho chování se vysvětluje pomocí termínů *reflexy*, *pudy* či *fyziologické potřeby*. *Sociální* pohled přemísťuje naši pozornost na vztahy jedince k ostatním lidem. Určující jsou dvě hlavní roviny. První se primárně zaměřuje na interakce jedince s jinými lidmi (interpersonální úroveň) a druhá na vztahy jedince k širší společnosti či k jejím institucím. *Psychologická* perspektiva se zabývá procesy probíhajícími uvnitř jedince z různých přístupů. Například kognitivní přístup považuje jedince za bytost, která dokáže mít racionální náhled na sebe i své okolí a podle toho se i účelně chovat. Fenomenologický přístup se více zabývá uvědomováním a charakteristikou prožitků jako takových a lidmi jako někým, kdo prožívá myšlenky, city, vjemy apod. Daseinsanalytický pohled je výjimečný tím, že není reduktivní, zaměřující se jen na jednu stránku dění, ale poskytuje celkový pohled na člověka jako na integrované individuum, které bylo vrženo do života a určitých životních podmínek. *Duchovní* orientace se překrývá se sociálními a psychologickými pohledy, neboť ji lze chápat jako jistý druh vztahů nebo jistý druh zážitku. Tento aspekt se zabývá jedincovým vztahem k Bohu, k přírodě, k vesmíru jako celku nebo ke specifickým zkušenostem.

Žádný z uvedených (a ani ostatních, zde nejmenovaných) pohledů není vyčerpávající. Žádný z dílčích pohledů však není zbytečný, je v určité míře užitečný a pro jisté účely nutný. Komunitní pojetí, o kterém zde pojednávám, nám umožňuje vnímat širší pohled na člověka a jeho potřeby. V komunitní práci se setkáváme s lidmi a do naší vzájemné spolupráce se promítají všechny roviny jedince. V možnostech této práce není obsáhnout všechny zmíněné pohledy. Pro užší výběr témat si vybereme ta, se kterými se nejčastěji setkáváme v komunitě (problematika osobnosti, hraniční typ emočně

nestabilní poruchy osobnosti, sociální komunitní prostředí aj.). Nechceme výběrem témat rozdělit problematiku na důležitou a méně důležitou, naopak-například práce o duchovní stránku člověka v komunitě by byla určitě přínosnou.

V moderní společnosti ovlivnila hodnota lidského života i rozvoj systému zdravotní péče. Pojmy „zdraví“ a „nemoc“ jsou definovány kulturně a sociálně. Kultury se liší v tom, co považují za zdravé a normální. Po rozvoji západního moderního lékařství jsou i dnes důležité teorie vycházející z rovnováhy mezi psychologickými a fyzickými aspekty osobnosti s cílem vytvořit celkovou harmonii osobnosti (GIDDENS,1999).

Při vymezování pojmů bychom se měli ještě pozastavit nad vývojem pojmu, který označuje nemocného člověka (nejen) s duševní nemocí. J. P. CARLING (1995) si všímá především postoje k duševně nemocnému a poukazuje na historický vývoj, kdy medicínský model v první polovině minulého století, v době institucionalizace, vede k izolaci jedince od jeho přirozeného společenství s cílem ochrany obou stran vzájemně. U duševně nemocného to bylo často s prognózou beznaděje a celoživotní závislosti. Nemocný člověk, jakmile vyhledal lékaře, byl označován obecně za *pacienta*. Druhá polovina minulého století přinesla změnu a až do současné doby se používá pro duševně nemocného spíše označení *klient*, tedy „příjemce služby“, do popředí se dostává vývojový rehabilitační model, který zdůrazňuje model profesionálů jako poskytovatelů služeb. Komunitní integrace klade důraz na praktickou spolupráci, sebeurčení a svobodnou volbu a duševně nemocnému se přisuzuje role *občana*.

V této práci ponechávám označení pro duševně nemocného člověka podle toho, jak jej označuje autor v literatuře.

1. 1. 1 Psychologické pojetí osobnosti a její abnormality

Existuje více než padesát definic a z toho vyplývajících teorií osobnosti (HARTL a HARTLOVÁ, 2000. s 379). Podrobně se tomuto tématu věnoval R. ERNEST (2007) ve své diplomové práci. V jednom ze závěrů shrnuje několik základních znaků, které jsou implicitně obsaženy v naprosté většině přístupů k osobnosti.

Přestože je osobnost dynamický a vyvíjející se fenomén, je považována za relativně stálou entitu vyznačující se určitou kontinuitou (jak v čase, tak v různých situacích). Každá osobnost je jedinečná, unikátní.

ERNEST (2007, s.13) píše: „ ... *dále, jakkoli je osobnost komplexním fenoménem, vyznačuje se vysokým stupněm integrovanosti jednotlivých složek, jejich vzájemnou provázaností. Tvoří složitý systém s vnitřní strukturou a organizací, změna jedné části systému má vliv i na ostatní oblasti.*

Je zdrojem interindividuálně neopakovatelné identity jedince, prožitku jeho jáství. I když může pociťovat sounáležitost s něčím mimo sebe sama, prožívá se jako vydělitelná z okolního prostředí.“

Pro vymezení „abnormální“ či „akcentované“ povahy osobnosti na pomezí duševní normality a poruchy budeme vycházet z těchto charakteristik (BALCAR, 2007):

- nepřizpůsobivost, „strnulost“ způsobů chování bez ohledu na jejich přiměřenost daným okolnostem,
- snížená odolnost vůči stresu, častější poruchy v oblastech chování, prožívání a u některých typů i poruchy psychosomatického reagování, celkově zvýšená „křehkost“ či zranitelnost duševní vyrovnanosti,
- zvýšený sklon k vytváření „bludných okruhů“ vznikajících obtíží a reagování na jejich účinky v okolí nebo ve vlastní osobnosti.

Při ztrátě duševní rovnováhy se člověk chová, prožívá a přemýšlí nefunkčním, sebepoškozujícím způsobem. Po její obnově téměř vždy mění některé své kognice, emoční reakce a zároveň i své chování (ELLIS aj., 2005).

1. 1. 2 Porucha osobnosti

J. Růžička (cit. dle ZIZLERA a RYCHETSKÉHO, 2009) přirovnává tuto diagnózu k psychopatologii dneška. Její původ přičítá tomu, že člověk ztratil nebo si ani neosvojil vědomí lidských práv. Manipuluje s ostatními a nechá druhé, aby mu dělali totéž. Nazývá to *kulturní nedozrálostí lidstva*. Poukazuje na rodiny a sociální život, ve kterém chybí elementární slušnost a samozřejmosti, jako jsou ohledy, nápomoc, ochota, úcta k starším a k těm, kteří něco umí a jsou vzdělaní, soucit, trpělivost, tolerance. Z toho pak plynou úzkostné nejistoty, deprese, poruchy prožívání, malá spokojenost a jen málo šťastný život. Takový člověk ztratil živé vědomí tradic, jako by mu někdo podřezal kořeny, moc neví, odkud a kam kráčí, kým vlastně je. Proto nejvíce současných diagnóz

souvisí s poruchou osobnosti, s hraničními stavy. To už ale nejsou jen kategorie psychiatrické, nýbrž i kulturně sociální.

TRENCKMANN a BANDELOW (2005) objasňují, že všichni vykazujeme ve svých osobnostních charakteristikách odchylky od určité definované normy. V případech, kdy odchylky jsou výrazné natolik, že stěžují uspokojivé zvládnání každodenního života, omezují vývoj jedince anebo chování jedince zatěžuje okolí, mluví o poruše osobnosti. Mezi zvláště závažné řadí „hraniční poruchu osobnosti.“

Porucha osobnosti je trvalý stav, který zároveň podléhá určité dynamice. Vyznačuje se nadměrně zvýrazněnými nebo nepříznivými vlastnostmi osobnosti, odchylkami v oblastech myšlení, chování, citového prožívání. Tyto projevy vedou k pocitům osobní nepohody a mají negativní vliv na pracovní a společenské fungování (VÁGNEROVÁ 1999; SVOBODA 2006).

Od počátku 20. století, zvláště pak v posledních 40 letech, vzniklo mnoho psychologických teorií poruch osobnosti (více ERNEST, 2007). Vyvíjela se terminologie, dříve se používal pro poruchy osobnosti název *psychopatologie*, v současnosti existuje celá řada dělení a názvů pro specifické poruchy. Klasifikace poruch osobnosti i dnes nadále patří k nejobtížnějším a nejkontroverznějším kapitolám psychiatrické klasifikace. Jako výchozí materiál se u nás nejčastěji používá Mezinárodní klasifikace nemocí, proto nyní budu prezentovat její dělení (viz níže kap. 1. 2. 2 v této práci).

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 1992) používá kategoriální hledisko a vychází z popisu dlouhodobých rysů osobnosti (způsoby vnímání, emotivita, uspokojování potřeb, ovládnutí impulsů, jedinec a interpersonální vztahy). Jsou řazeny společně s poruchami chování u dospělých v kategorii F 60 – 69.

Základní dělení: F60.0 paranoidní, F60.1 schizoidní, F60.2 disociální, F60.3 emočně nestabilní (F60.30 impulsivní / F60.31 hraniční), F60.4 histriónská, F60.5 anankastická, F60.6 anxiózním, F60.7 závislá, F60.8 jiné specifické, F60.9 nespécifické a F61 smíšené poruchy osobnosti.

S vědomím, že jde o zjednodušené charakteristiky, přikládám tabulku pro bližší seznámení s jednotlivými typy specifických poruch (viz příloha I.).

1. 2 Problematika hraničního typu emočně nestabilní poruchy osobnosti

V této části práce bych chtěla stručně shrnout poznatky o problematice hraniční poruchy osobnosti, se kterou se ve své praxi setkávám nejčastěji. Moje zkušenost je podložena šetřením, které proběhlo v komunitě v roce 2007 a bylo prezentováno v diplomové práci R. ERNESTA (2007) v kap. 3.6.

Na začátku se budu podrobněji zabývat vývojem definice hraniční poruchy osobnosti, a to z důvodu jasnějšího a hlubšího pochopení vymezení pojmu.

1. 2. 1 Historický vývoj diagnózy hraniční poruchy osobnosti

Už samotný vývoj vymezení pojmu poukazuje na provázanost s ostatními poruchami osobnosti, ale také do jisté míry jasnější a postupnější vymezení vůči nim.

První zmínky lze zařadit už do nejranější lékařské literatury, kdy tento pojem odpovídá symptomatologii hraniční poruchy. Popisují se osoby, které prožívají intenzivní a protichůdné nálady jako euforii, podrážděnost, depresi (FALDYNA, 2000).

Jako příklad uvádím dělení osobnostních typů podle Hippokrata (DRAPELA, 2003), který je rozlišuje na čtyři základní:

- 1) flegmatický typ (netečná osoba projevující se minimálními emočními odezvami);
- 2) cholericý typ (popudlivá osoba);
- 3) melancholický typ (osoba se sklony k depresi);
- 4) sangvinický typ (optimistická a energická osoba).

Na konci 19. století J. Falret používal termín „folie hysterique“ pro pacienty, kteří v rychlém sledu mění touhu v odmítání, sympatie v odpor, lásku v nenávisť.

V roce 1938 Adolf Stern (psychoanalytik) vymezil „hraniční skupinu neuróz“. Termín „borderline“ vystihuje neostrou a fluktuující „hraniční linii“ mezi neurózou a psychózou (BOHUS, 2005) a od pravých neuróz je vymezil deseti charakteristikami (FALDYNA, 2000):

- „*psychické krvácení*“ – paralyzování tváří v tvář krizím, letargie, tendence ke vzdávání se,

- „*nepřiměřená hypersenzivita*“ - nepřiměřená reakce na lehkou kritiku nebo odmítnutí natolik, až připomíná paranoiditu,
- „*narcizmus*“ - simultánní idealizace a současná devalvace analytika podobně jako dalších důležitých osob z dřívějšího života,
- „*psychická a somatická rigidita*“ - zřetelné napětí a ztuhlost postavy,
- „*negativní terapeutická reakce*“ - určité interpretace analytika, které podle předpokladu měly pomoci, naopak zraňují a jsou chápány jako nedostatek lásky a přijetí, mohou na ně navazovat výbuchy vzteku nebo deprese, někdy i suicidální gesta,
- „*pocity méněcennosti*“ - někteří projevují melancholii, jiní infantilní osobnost; navzdory průkazným schopnostem trvalé proklamace nedostatečnosti až k únikům od zralé odpovědnosti,
- „*masochismus*“ – často ve spojení s těžkou depresí,
- „*somatická úzkost*“ – konstituční neschopnost snášet větší stres, zvláště v interpersonálních vztazích,
- „*mechanismus projekce*“ – silná tendence k externalizaci, často připomínající bludné myšlenky,
- „*potíže s testováním reality*“ – špatná schopnost vcítit se do druhých, nedostatečná kapacita k fúzi parciálních objektů v celky, problémy s úsudkem nedosahují psychotické hloubky.

Knight (cit.dle FALDYNY, 2000, s.9) přidal na základě svých výzkumů k vymezení hraniční poruše osobnosti další charakteristiku, a to přítomnost „slabosti ega“.

Na základě řady studií se snažili odborníci přesněji definovat charakteristiku hraniční poruchy nejen pro její snadnější diagnostiku, ale pro pochopení problematiky jako takové. Vzniklo několik nových názvů, dnes již nepoužívaných (např. „extraktivní porucha“ nebo „hysteroidní porucha“), a definic, které se snažily vymezit společnou charakteristiku poruchy. Mezi autory se řadí O. Kernberg, M. Robbinsem, T. Millon a M. Linehanová, o jejíž teorii bude pojednáno níže v této práci viz kap. 1. 2. 5 (cit.dle FALDYNA, 2000, s. 11-14).

1. 2. 2 Hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti

V dnešní literatuře se můžeme setkat například s těmito definicemi: PRAŠKO (2003) vychází z MKN-10 a dále rozvádí, že jedinec s diagnózou hraniční poruchy osobnosti k problémům v životě přistupuje často bezmocně a vyžaduje od okolí pomoc, nebo je řeší zkratkovitě. Během života se naučil, že extrémní emocionální projevy jsou potřebné k získávání pozornosti a pomoci od druhých. Na základě toho, že si není jistý vztahy s druhými, se chová chladně a odměřeně, nebo naopak vytváří závislé, těsné vztahy. U dlouhodobého vztahu má problém s pochopením partnerových pocitů a motivací. Druhé lidi dělí prožitkově buď na dobré, nebo zlé. U blízkých osob se tato polarita velmi rychle střídá. V zaměstnání se projevuje nestálost, intenzivní zaujetí s náhlým ukončením aktivity, chybí dostatečné uspokojení z pracovní činnosti a opět se zde promítá vztahová problematika (např. konflikty s nadřízeným apod.).

TRENCKMANN a BANDELOW (2005) uvádějí, že lidé s hraniční poruchou osobnosti jsou stabilní ve své nestabilitě. Dochází u nich k extrémním emočním výkyvům mezi „vrcholem“ a „dnem“. Myslí a cítí způsobem černo-bílého schématu. Mají od sebe velká očekávání a pak jsou velmi zklamáni, když oni sami nebo nepříznivé okolnosti nedovolí dosáhnout vytýčeného cíle.

HARTL a HARTLOVÁ (2000, s. 384) pod pojmem „bordeline“ odkazují na osobnost hraniční, kde ji definují jako „*osobnost s hysterickými nebo psychopatickými sklony; dle MKN 10, kde je řazena do dg. Porucha osobnosti emočně nestabilní*“.

Charakteristiky hraniční poruchy osobnosti v publikacích vycházejí z MKN 10 a z DSM – IV. Pro přiblížení uvedeme obě dvě psychiatrické klasifikace.

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DMS-IV)

Diagnostická kritéria hraniční poruchy osobnosti jsou stanovena pro každou specifickou kategorii ve formě seznamu symptomů. Je stanoven určitý počet, kolik z nich musí člověk splňovat, aby mu byla porucha diagnostikována. Od třetí revize v roce 1980 byl zaveden víceosý systém. Poruchy osobnosti byly umístěny na ose II a rozděleny do tří skupin. Hraniční je zařazena do skupiny B - afektovaní, dramatizující, společně s antisociální, histriónskou a narcistickou poruchou osobnosti. Hraniční

porucha osobnosti je samostatně definovaná v DMS-III (z roku 1980), DMS IIIR (z roku 1987) a DMS-IV (z roku 1994) (ERNEST, 2007).

Diagnostická kritéria (FALDYNA, 2000, s. 16-17):

„Trvalé a nápadné projevy nestability v interpersonálních vztazích, sebehodnocení, emocích, kontrole impulsů, začínající v časném věku dospělosti a objevující se v různých souvislostech.

Porucha je vymezena nejméně pěti z následujících příznaků:

- 1. horečné úsilí vyhnout se reálnému nebo domnělému odmítnutí,*
- 2. projevy nestálých a intenzivních mezosobních vztahů, charakteristických střídáním nadměrné idealizace a znehodnocování,*
- 3. poruchy identity: trvalé a zřetelně narušené, převrácené nebo nestálé sebehodnocení nebo mínění o sobě,*
- 4. impulzivita nejméně ve dvou potencionálně sebepoškozujících oblastech, např. utrácení, sexualita, abúzus látek, bezohledné řízení vozidla, záchvaty vlčího hladu*
- 5. opakované suicidální tendence, pokusy, hrozby nebo sebepoškozující jednání,*
- 6. emoční nestabilita vlivem výrazně reaktivní nálady, např. intenzivní epizodická dysforie, podrážděnost nebo úzkost obvykle trvající několik hodin a pouze zřídka déle než několik dnů,*
- 7. chronické pocity prázdnoty,*
- 8. zbytečně intenzivní rozhněvanost nebo ztráta kontroly nad hněvem, např. časté projevy zlosti, opakované rvačky, neustálý hněv,*
- 9. přechodné a se stresem související vztahovačné představy nebo těžké disociační příznaky.“*

Mezinárodní klasifikace nemocí(MKN-10)

MKN-10 (1992) dělí poruchy osobnosti do podskupin na základě vlastností, které odpovídají jejich nejčastějším nebo nejnápadnějším projevům chování.

Klasifikace je omezena v současné době na popis řady typů a subtypů, které se vzájemně nevyklučují a dokonce se některými svými charakteristikami překrývají.

Upozorňuje i na to, že pro každou kulturu by se měl vyvinout soubor specifických kritérií s ohledem na sociální normy. Pro diagnostikování poruchy se vyžaduje přítomnost alespoň tří klinických popisů.

V návaznosti na skutečnost, že porucha osobnosti se projevuje v pozdním dětství nebo adolescenci, není vhodné diagnostikovat poruchu osobnosti před 16. nebo 17. rokem.

Hraniční porucha osobnosti je v MKN-10 zařazena pod typ *Emočně nestabilní*, který se dělí na dva subtypy: *impulsivní typ a hraniční typ*. V MKN-9 (z roku 1977) tento pojem nefiguroval.

MKN-10 (1992, s.195-196, 198) vymezuje pro specifickou poruchu osobnosti diagnostická vodítka:

- a) *„Stavy, které nelze přímo přisoudit poškození nebo onemocnění mozku nebo jiné psychiatrické poruše a které vyhovují těmto kritériím:*
- b) *Výrazně disharmonické postoje a chování, zahrnující obvykle několik oblastí funkcí, např. efektivitu, vzrušivost, kontrolu impulzivity, způsoby vnímání, myšlení a styl vztahů k ostatním lidem,*
- c) *abnormální vzorec chování je trvalý, dlouhodobý a není omezen na epizody duševního onemocnění,*
- d) *vzorec abnormálního chování ovlivňuje celou osobnost a je jasně maladaptivní v širokém rozsahu osobních a sociálních situací,*
- e) *shora uvedené projevy se vždy objevují během dětství nebo dospívání a pokračují do dospělosti, porucha vede ke značné osobní nepohodě, ale to může být zřejmé až v pozdějším průběhu,*
- f) *porucha je obvykle, ale ne vždy sdružená s významným zhoršením výkonu jak v zaměstnání, tak ve společenské oblasti.*

F 60. 30 emočně nestabilní porucha osobnosti:

- porucha osobnosti, u které je výrazná tendence jednat impulsivně bez uvážení následků, spolu s afektivní nestálostí,
- schopnost plánovat dopředu může být minimální,
- výbuchy silné zlosti mohou vést k násilí nebo „explozivnímu chování“. Ty se vyvolávají snadno, když jiní impulzivní jednání kritizují nebo se proti němu staví,

- jsou specifikovány dvě varianty této poruchy osobnosti, které se projevují impulzivitou a nedostatkem sebekontroly.

F 60. 31 popisuje **hraniční poruchu osobnosti** následovně:

„Je přítomno několik charakteristik emoční nestálosti, navíc má pacient často nejasné nebo narušené představy o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích (včetně sexuálních). Obvykle má chronické pocity prázdnoty. Náchylnost k angažovanosti v intenzivních a nestálých interpersonálních vztazích může být příčinou opakovaných emočních krizí a může být sdružena s excesivními pokusy vyhnout se opuštěnosti řadou sebevražedných výhrůžek nebo sebepoškozujících činů (i když ty se také mohou vyskytnout bez zjevných příčin).“

Obě dvě klasifikace se především zaměřují na projevy chování a prožívání jedince. Shodují se v následujících bodech: **narušení identity, emoční nestálost, impulzivita, chronický pocit prázdnoty, nestálost v interpersonálních vztazích a suicidální tendence.**

Vzhledem k situaci v českých zemích, kde je nejrozšířenější diagnostika MKN-10 (jak klienti komunity, tak psychiatři se s tímto diagnostickým pojetím nejčastěji setkávají), budu v praktické části z tohoto pojetí vycházet.

Propojenost a provázanost jednotlivých typů poruch osobnosti přináší svá úskalí (např. při diagnostice, terapeutické spolupráci, sociálním poradenství apod.); na druhou stranu jsou jasně definované rozdíly mezi poruchami, které nám mohou pomoci v orientaci v rozdílech hraniční poruchy osobnosti a jiných duševních nemocí.

Diferenciace hraniční poruchy osobnosti a jiných duševních diagnóz (PRAŠKO, 2000; FALDYNA, 2000):

- **narcistická porucha osobnosti** – formace identity je u narcismu stabilnější, pacient soutěží, chce nějak zaujmout, prioritou je pro něj touha po obdivu. Oproti tomu intenzivní pocity na dně u hraniční poruchy, mluvení o sobě jako o „kryplu“, „blbci“ jsou jasně odlišná od idealizace narcistického pacienta,
- **disociální porucha osobnosti** – liší se v cíli, což vede tyto jedince k manipulaci, disociální typy chtějí spíše získat poziciční nebo materiální výhody, hraniční porucha naopak zájem pečovatele,

- **porucha nálady** – časový interval změn nálady u poruch nálady bývá delší (nejméně 14 dní), u hraniční poruchy osobnosti jsou epizody obvykle kratší (maximálně několik dní). Může se ale objevit u hraniční poruchy komorbidně typická epizoda deprese a příznaky poruchy osobnosti jí mohou být zakryty,
- **organická porucha** – je prokázána organicita,
- **porucha s bludy, schizofrenie, porucha nálady s psychotickými příznaky** – pacienti mají primitivní obranné mechanismy, které je chrání před další dezintegrací a před splynutím s objektem, proti hraničním osobnostem a neurotikům mají poruchy testování reality a nemají integrovanou identitu,
- u hraniční poruchy se může vyskytnout při dekompenzaci stav, který odpovídá charakterem psychotické poruše, průběh je ale velmi krátký (zpravidla dny; tzv. „mikropsychotické epizody“), testování reality mají pacienti téměř intaktní, mají pevnou hranici mezi self a objekty a jsou schopni diferencovat mezi self a non-self, odlišují zevní podněty od intrapsychických, jsou schopni realisticky hodnotit vlastní afekty, chování a myšlenky v souladu s běžnými sociálními normami, primitivní obranné mechanismy jim umožňují aktivně se distancovat od intrapsychických konfliktů,
- **histrionská porucha osobnosti** – histrionský pacient dbá o svůj zevnějšek, je u něj méně časté sebepoškozování a suicidální pokusy, interpersonální vztahy jsou stabilnější. Hraniční pacient má spíše tendence o sebe moc nepečovat, chodit špinavý, je mu lhostejná reakce okolí na něj nebo ho schválně provokuje,
- **schizotypní porucha** – schizotypní pacient má omezenější emoční projevy a absurdnější imaginace a také mnohem horší kontakt s realitou,
- **paranoidní porucha osobnosti** – u těchto pacientů chybí sebedestrukce, verbalizované odmítání, impulzivní reakce, oproti hraničnímu pacientovi je stabilnější v představě o sobě,
- pacienti s neurotickými poruchami na rozdíl od těch se schizofrenní a hraniční poruchou mají integrovanou identitu, umějí testovat realitu a používají zralejší obranné mechanismy (represe, intelektualizace apod.).

1. 2. 3 Diagnostika, epidemiologie, etiologie

Diagnostika hraničního typu emočně nestabilní poruchy osobnosti

Diagnostika hraničního typu poruchy osobnosti zůstává i dnes problematickou, a to pro několik již zmíněných faktorů (BOHUS, 2005; FALDYNA, 2000):

- hraničními symptomy může reagovat i osobnost, která nukleárně hraniční není,
- psychologické nástroje pro určení osobnostní dynamiky a jádrových příznaků hraniční poruchy nejsou často dostupné nebo nebývají plně využity,
- v psychiatrických manuálech se popisná kritéria mnohdy překrývají ve více diagnostických jednotkách poruch osobnosti¹ a je obtížné podle nich individuálního pacienta zařadit (viz příloha I.).

Pro možné způsoby diagnostiky se alespoň krátce seznámme s možnými postupy a nástroji, které jsou dostupné.

Možné způsoby přístupu k diagnostice (FALDYNA, 2000):

Dedukce – zakládá se na historii pacienta a teoretické koncepci. Posuzuje se dosažený vývojový stupeň osobnostní struktury, používání obranných mechanismů a dynamika onemocnění. Zabývá se konkrétním pacientem a dynamikou jeho psychiky tak, jak se projevuje v terapeutickém vztahu a odpovídá zkušenosti terapeuta. Závěry tohoto přístupu jsou obtížně verifikovatelné.

Deskripce – posuzuje především aktuální projevy a srovnává je s diagnostickými kritérii, do pozadí staví historii pacienta a klinickou situaci. Snaha je kladena na objektivizaci, je verifikovatelná a vhodná pro výzkum.

Syntéza obou přístupů – jako příklad je udáván J. Gunderson, který na základě psychoanalytického porozumění osobnostní dynamice zařazuje pacienty do souvislosti obecných kritérií.

K diagnostice se používají již zmíněná kritéria MKN-10 (emočně nestabilní porucha osobnosti F60.3) a kritéria DSM-IV (hraniční porucha osobnosti).

Diagnostická kritéria mohou být pro nás vodítkem, ale vzhledem k popsané problematice nám neumožňují se na ně plně spolehnout.

¹ v DSM-IV onemocnění II.osy symptomy, které odpovídají jiné diagnostické jednotce v DMS-IV onemocnění I.osy, jsou mnohdy v popředí a mohou osobnostní problematiku překrýt (pseudohalucinace nebo těžké disociační fenomény se často špatně hodnotí jako psychosomatická symptomatika).

Gunderrson a Kold (cit. dle FALDYNY, 2000, s. 26) se zmiňují o tom, že ve výzkumech slouží jako paralelní vodítko „Diagnostické interview hraničních osobností“ a používá se pro něj zkratka DIB. U nás je rozšířeno jako „Hraniční stavy v psychiatrii“ podle monografie Z. Bolelouckého, v roce 1989 bylo revidováno a používá se jeho verze DIB-R. Loranger (cit.dle BOHUSE, 2005, s.19) uvádí, že se dále používá - jako u ostatních poruch osobnosti - strukturované interview IPDE „International Personality Disorder Examination“.

V této kapitole není mým cílem obsáhnout danou problematiku, ale jen její nastínění nám ukazuje, že už jen na poli diagnostiky hraniční poruchy osobnosti jsou stále otevřené možnosti pro výzkum a vytvoření funkčního diagnostického vodítka. Tedy za předpokladu, že se dojde k závěru, že je to možné.

Epidemiologie

Výzkumy o četnosti, které jsou prezentovány v publikaci Torgresona (cit. dle BOHUSE, 2005, s.17), se uvádí, že až 1,2 % celkové populace tvoří hraniční poruchu osobnosti, což je podle některých autorů až 30 % psychiatrických pacientů.

PRAŠKO (2003) a SVOBODA (2006) píší, že dle výzkumu v U.S.A. porucha osobnosti postihuje v populaci 2-3 % lidí. Častější je u žen (2:1), hraniční porucha se pětkrát častěji objevuje u příbuzných prvního stupně než v běžné populaci.

Musíme si být vědomi toho, že údaje o výskytu máme brát jako orientační a to nejen vzhledem k problematice diagnostiky poruchy (DMS-IV má delší dobu zahrnutou hraniční poruchu jako samostatný subtyp oproti MKN-10), ale i vzhledem k využití různých metodologií při výzkumu.

Etiologie poruch osobnosti

Příčiny poruchy osobnosti nejsou jasně definované, a tak i jednotlivé specifikované poruchy osobnosti nemají jednoznačné vymezení (výzkumem potvrzené). Vycházíme-li z celkového pojetí etiologie poruch osobnosti, tak se tato obvykle přičítá interakci několika faktorů. Nejčastěji se uvádí, že jde o kombinaci vlivu *charakteru* (tj. environmentálních a vývojových faktorů, jde o získanou složku osobnosti, která vzniká na základě psychosociálního učení během raného dětství především blízkých

mezilidských vztahů) a *temperamentu* (tj. genetických a dalších biologických faktorů, tzv. dispozice k emocionálním reakcím) (SVOBODA, 2006; PRAŠKO, 2000).

Jednotlivé teorie osobnosti tedy vymezují i její patologie. Tímto tématem se zabývá ERNEST (2007, s. 15-29). Blíže se seznámíme s pojmy hraniční poruchy osobnosti z pohledu psychoanalytické vývojové psychologie (tj. objektivní vztah, ego, self-psychologie), blíže např. u JOHNSONA (2007), protože s tímto pojetím se široce pracuje ve Velké Británii a vycházel z něho při práci s hraničním typem osobnosti v terapeutické komunitě R. Haigh a P. Camplingová, viz kap. 1. 6 níže v této práci.

„Attachment“ (přimknutí) označuje primární vztahové přimknutí. Klienti terapeutických komunit jsou často osoby, které trpí tím, že jim toto přimknutí selhává. Raná zkušenost nespolehlivých, chaotických nebo zneužívaných vztahů je poznamenána nedostatkem bazální důvěry a obtížemi vyjádřit své vnitřní stavy nebo si říci o pomoc konstruktivním způsobem (JOHNSON, 2007).

Pojem „containment“ (obsahování/ohraničení) označuje neschopnost klienta terapeutické komunity vyznat se ve svých pocitech a zvládat je. Mají mnohdy nevědomou snahu se od nich oddělit a zároveň jim podléhají, což obvykle vede k destruktivnímu nebo sebedestruktivnímu jednání.

Vývojová psychodynamika v teorii objektních vztahů mají lidé s hraniční poruchou osobnosti mimořádně křehké tzv. „self“ (TRENCKMANN a BANDELOW, 2005).

Dochází k rozštěpení na „dobré“ a „špatné“ a nedojde k jejich integraci do komplexních konceptů self a objektů (FALDYNA, 2000).

Lze to popsat tak, že jim chybí stabilní, pokojné, pevné jádro osobnosti. Nedokáží si představit, že by je někdo měl rád jen kvůli nim samotným, chybí jim pocit primární důvěry v sebe samé, ve vlastní síly, a prožívají prázdno, smutek, úzkost a depresivní stavy. Nejrůznějším způsobem budují obranný plášť okolo svého velmi zranitelného self. Nedostatek „zdravé sebelásky“ je nahrazovaný vyvoláváním zájmu, pozornosti a „lásky“ druhých (TRENCKMANN a BANDELOW, 2005).

1. 2. 4 Léčba hraničního typu poruchy osobnosti

Do léčebného procesu se většinou dostávají jedinci díky krátkodobé afektivní reakci se sebepoškozujícím chováním, suicidálními pokusy či dlouhodobou dekompenzací ve

formě epizod deprese, somatoformních, úzkostných, disociativních poruch nebo poruch příjmu potravy. V souvislosti s výrazným interpersonálním stresem nebo s užíváním drog se mohou objevit krátkodobé psychotické epizody. Pacienti se také mnohdy opakovaně a odhodlaně dožadují hospitalizace, ke které dochází velmi často spíše v rámci krizové intervence (PRAŠKO, 2003).

Odbornou pomoc jim obvykle poskytuje buď *zdravotní zařízení* (např. v rámci psychiatrické nemocnice či oddělení) nebo *sociální služby*, které jsou blíže specifikovány v zákoně 108/2006 Sb. o sociálních službách a jsou zaměřeny na socioterapii či terapeutickou činnost: centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, chráněná bydlení, telefonická krizová pomoc, krizová pomoc, terapeutické komunity a sociální rehabilitace.

P. SCHREIBEROVÁ (2009) v rámci své diplomové práce prováděla šetření, kde se mimo jiné zabývala, jakým směrem by se měla rozvíjet psychosociální pomoc v ČR pro tuto klientelu. Na předložený dotazník odpovědělo 44 odborných respondentů a shodli se, že nejvíce by se měla posílit a rozvíjet služba, která by klienty trénovala a podporovala při návratu do zaměstnání.

Pohled na psychoterapeutickou léčbu poruch osobnosti s hraničními rysy

Práce s hraniční poruchou osobnosti vyžaduje mnoho energie a velkou emoční angažovanost (BOHUS, 2005).

Při prvním kontaktu s pacientem se podle TRENCKMANN a BANDELOWA (2005) má klást důraz na poskytnutí základních informací. V první řadě informovat pacienta a jeho okolí, že se jedná o duševní nemoc, že není „divný“ či „nemožný“, jak ho často může označovat jeho okolí.

Určitý vhled pacienta, po vysvětlení jeho poruchy, přináší odlehčení a úlevu (RÖHR, 2003).

Terapie hraniční poruchy osobnosti bývá obvykle dlouhodobá a vyžaduje dostatek zkušeností (PRAŠKO, 2002).

Individuální terapie

Nejběžnější psychoterapeutická forma léčby je individuální psychoterapie. Při práci s hraniční poruchou osobnosti se doporučuje podpůrná psychoterapie (PRAŠKO, 2002). Podpůrná psychoterapie se nesoustředí na změnu osobnosti, ale poskytuje podporu,

porozumění a pomoc osobnosti takové, jaká je. Klade důraz na její pozitivní rysy, posiluje ji k důvěře ve vlastní síly, k pozitivnímu myšlení a pomáhá jí při zvládnání aktuálních situací a problémů. Individuální terapie je zaměřena na jednotlivce (KRATOCHVÍL, 2002).

Na počátku psychoterapeutické spolupráce může terapeut vnímat jen bránící se, často až agresivní stránku klienta, zatím co jeho něžná, zranitelná část je v pozadí (RÖHR, 2003).

V psychoterapeutickém procesu individuální terapie doporučují TRENCKMANN a BANDELOW (2005) zaměřit se na budování pevného vztahu. Na terapeuta se klade požadavek, že musí udržet vztah a hledat v něm „zlatou střední cestu“ mezi odstupem a blízkostí. Jeho povinností je vztah neustále reflektovat, i realistické a nerealistické očekávání pacienta, a případně je korigovat (střetáváme se zde již se zmíněným „černo-bílým“ viděním). Posiluje se vše, co by zvyšovalo autonomii, sebedůvěru jedince.

Mezi základními pocity hraniční poruchy osobnosti je úzkost, jejíž základ se bere jako důsledek chybějící péče, láskyplné pozornosti v období dětství. Malé dítě prožívalo stále úzkost z ohrožujících situací - a aby tyto situace pro ně byly alespoň snesitelné, naučilo se pocity úzkosti odštěpit, takže ji už necítilo, ale ve skutečnosti úzkost nebyla zpracována. Ohrožení existence probíhalo dál, ale zpočátku se dostavila úleva, že úzkost zmizela. V nevědomí tato úzkost působí dál a získává na výbušnosti, která se může přeměnit v destruktivní energii. Stává se vnitřně nestabilní a nenachází rovnováhu (RÖHR, 2003).

Při psychoterapii se přenáší na terapeuta pacientova nestabilita v jeho vztazích k objektům. Často vede k náhlým, avšak rozporuplným afektům. Dále při léčbě zpravidla dochází k projektivní identifikaci. Právě terapeutické zpracovávání těchto vztahových problémů je pro pacienty nejvíce přínosné. Základ pro úspěšný průběh terapie je zachování terapeutické neutrality („technická neutralita“), zamezení „primitivní“ idealizaci terapeuta. Předpokladem integrace je neustálé vyjasňování, konfrontace a výklad. Zaměřit se na vztahy „tady a teď“ a nepřikládat pozornost biografickým obsahům. Pro podporu hranic, které pacient potřebuje ještě více zpřehlednit, se doporučuje vypracovat léčebnou smlouvu (SVOBODA, 2006).

Při terapii je také přínosné léčit akutní poruchy, jako je např. úzkostná porucha, závislost na alkoholu apod. (PRAŠKO, 2002).

Skupinová psychoterapie

Skupina je záměrně vytvořená a k terapeutickým účelům se využívá dynamika vztahů, která vzniká mezi jejími členy (KRATOCHVÍL, 2002).

Skupinová psychoterapie může pacientům přinést korektivní zkušenost a pomoci zmírnit přenosové reakce. Pacient má bezpečný prostor pro vyjádření hněvu a kritiky bez komplementární reakce terapeuta. Zpětná vazba skupiny může pacientům pomoci pochopit jejich nepřiměřené očekávání (např. v neomezené potřebě pozornosti druhých) a může jim pomoci modulovat zuřivost z frustrace. Může jim přinést značnou podporu sebedůvěry a díky interpersonálnímu učení od druhých jim skupina umožňuje prožít dlouho potlačované emoce.

PRAŠKO (2002) dále upozorňuje, že i když skupina pro hraniční poruchu osobnosti může být přínosná, je léčba této poruchy ve skupině velmi obtížná, a to z důvodu již zmíněné nestability pacienta v jeho vztazích k objektu, která může vést k dramatizaci: pacient si snadno rozčlení skupinu na své přátele a nepřátele, na které útočí. Pacienti jsou ve skupině schopni vytvořit silný odpor k terapeutům.

Nedílnou součástí léčby poruch osobnosti je farmakoterapie. Pro hraniční poruchu osobnosti zatím neexistují žádné specifické léky (SVOBODA, 2006).

Farmakoterapie se používá ke zmírnění sekundárních projevů poruchy, tzv. k vyrovnávání a stabilizaci nálady, což je symptomatická léčba (TRENCKMANN a BANDELOW, 2005).

1. 2. 5 Dialectical Behavior Therapy (DBT)

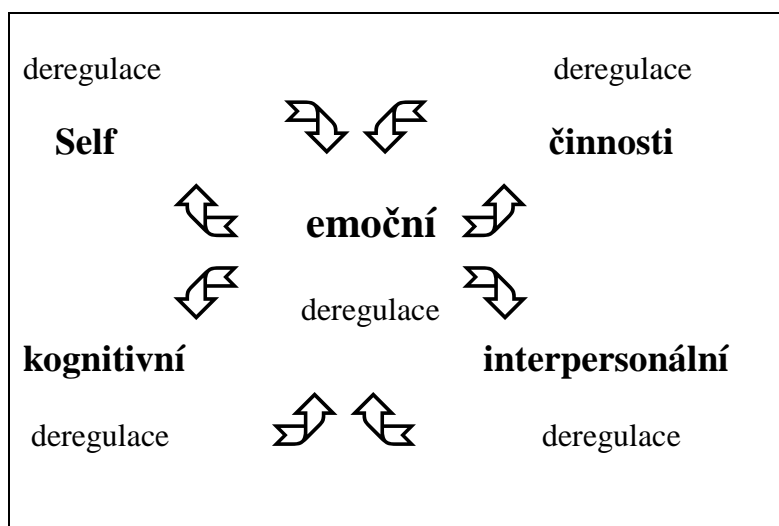
Podobně jako vzniklo mnoho přístupů k pojetí osobnosti, tak se z nich vyvinulo několik přístupů k hraniční poruše osobnosti a terapeutické práci s ní.

Podrobněji se seznámíme s přístupem Dialectical Behavior Therapy (dále DBT), který za posledních 20 let zaznamenal velký rozvoj. Studie zatím ukazují, že v léčbě hraničních poruch osobnosti je efektivní. Terapeutický tým komunity Kaleidoskop prošel základním školením této metody na jaře 2008.

Na začátku je přínosné si uvědomit, že metoda DBT vymezuje hraniční poruchu osobnosti dle DMS-IV (blíže kap. 1. 2. 2 v této práci), byla nejprve vyvinuta pro ženy s hraniční poruchou a postupně rozšířena na další diagnózy.

Teorie hraniční osobnosti dle DBT vychází pro hraniční poruchy osobnosti DBT, zakládá na poruše systému regulujícího emoce, který společně s kognicí, chováním, interpersonální komunikací a identitou spoluvytváří propojenou soustavu a zároveň se neustále mění (viz obrázek č. 1).

Obr. č. 1. Soustava pojetí systému DBT (KUO a CHEN, 2003).



DBT předpokládá, že se člověk nenaučil zacházet se silnými emočními stavy (prostředí, ve kterém dítě vyrůstalo, nereagovalo na jeho potřeby, nedošlo k porozumění vnitřní emoční zkušenosti, a to mohlo vést k nejistotě platnosti vnitřního prožívání a jasnosti interpretací vnějších událostí). Při tomto stavu přestává fungovat kognice (efektivní řešení problémů, schopnost zvážit důsledky svého chování), což vede k impulzivním činům s cílem okamžitě snížit intenzitu emocí na úrovni chování (KUO a CHEN, 2003).

DBT vychází z kognitivně-behaviorálních metod a rozšířilo je o spirituální a transcendentální rovinu. Orientuje se na vzorce chování u pacienta a strukturuje jednotlivé obsahy a metody na základě rozhodovacích pravidel (BOHUS, 2005). Soustředí se na nácvik dovedností zvládat vlastní emoční stavy a impulzivní chování a systematicky řešit problémy (KRIPPNERA, 2003).

Linehanová v roce 1996 upozorňuje na přístup DBT, který vychází z toho, že každý člověk je ve vztahu ke svému vlastnímu životu vybaven moudrostí, i když tato schopnost není vždy patrná nebo přístupná. DBT terapeut věří, že pacient(ka) v sobě

nosí potenciál nezbytný pro změnu. Terapeut má podporovat pacienta v procesu odhalování této vnitřní moudrosti (cit. dle Krippnera).

Terapeutický koncept je tvořen pravidly a principy (KUON a CHEN, 2003):

Výchozí principy DBT pro pacienty:

- každé chování pacienta má v jeho subjektivním kontextu smysl,
- pacienti dělají to nejlepší, co umí,
- chtějí se zlepšit,
- musí se učit nové chování ve všech důležitých souvislostech,
- v DBT nikdy nemůžou neuspět,
- nemuseli si sami způsobit problémy, které mají, ale sami je musí vyřešit (soustředit se na současnost),
- pacient potřebuje být více motivován ke změně, tvrdě pracovat a vynaložit více úsilí – to je nespravedlivé,
- krizové situace se mají využívat jako šance pro nově naučené chování, šance na změnu.

Výchozí principy DBT pro terapeuta:

- jasnost, preciznost a soucit jsou nejdůležitější stránka v doprovázení pacienta v DBT,
- terapeutický vztah je reálný vztah mezi dvěma partnery,
- terapeut ví, že pacient potřebuje podporu,
- principy chování jsou univerzální, terapeut je sám uplatňuje,
- DBT terapeut může udělat chybu,
- jasnost a zřetelnost při popisu chování pacienta,
- zaměření na změnu pacienta, terapeut sám potřebuje podporu.

Standardní DBT model léčby je ambulantní individuální psychoterapie (1-2 hodiny týdně, soustředí se na faktory, které ruší léčbu), ambulantní skupina (2x-3x týdně, tréninkové skupiny jsou zaměřeny na nácvik sociálních dovedností a jejich rozvoj), 24

hodinová služba telefonické konzultace (podpora v jeho přirozeném prostředí), 1x týdně supervizní setkání týmu (se zaměřením především na předání informací o pacientech mezi individuálním terapeutem a skupinovým terapeutem), doplňková léčba psychiatra (zaměřen na psychofarmakologickou léčbu, není součástí týmu), hospitalizace (lůžková léčba). Léčba obvykle trvá 1 rok, nyní probíhají studie zaměřené na zkrácení léčby na ½ roku (BOHUS, 2002).

Základním cílem v terapii je soustředit se na změnu, ale také přijmout to, v čem se klient nachází (viz obrázek 2).

Obr. č. 2. Znárodnění základního cíle terapie DBT



Dále je třeba uvědomit si možnosti terapie, zlepšit motivaci, uvědomit si generalizaci do širšího kontextu, naučit klienta strukturovat jeho potřeby a uvědomit si schopnosti a motivaci terapeuta (pro zvýšení efektivity), terapie má určité fáze a hierarchii (KUON a CHEN, 2003). Tab.č.1 podává přehled uvedených faktorů.

Tab. č. 1. Fáze a hierarchie problémových oblastí při terapii (PRAŠKO, 2003).

PŘÍPRAVNÁ FÁZE	Práce s motivací (posílení odhodlání), seznámení s léčbou a stanovení jasných pravidel (např. 4x budete chybět na individuální nebo skupinové terapii a léčba bude ukončena), stanovení cílů a jejich analýza (tzv. Konstantní krize).
1. fáze terapie	Sebevražedné a sebepoškozující chování, chování, které brání terapii, chování omezující kvalitu života, zlepšení dovedností: zaměření pozornosti na vnitřní prožívání, interpersonální a komunikační dovednosti, uvědomování si pocitů, zvládání afektů a stresových situací, sebeřízení a sebevedení.
2. fáze terapie	Zpracovávání traumat z minulosti = akceptovat traumata, kognitivní rekonstrukce stigmatizace a sebeobviňování, propracování kognitivního vyhýbání a dítochomie zneužívání.
3. fáze terapie	Vypracování sebeúcty a rozvoj a uskutečňování individuálních cílů.

DBT při své léčbě využívá mnoho strategií a metafor, např. PRAŠKO (2003) uvádí:

- **validizační strategie:** potlačené emoce pacienta stvrzují jako legitimní, terapeut žádné emoce pacienta neznehodnocuje, snaží se je přijímat a pomoci pacientovi zpracovat je tak, aby byly pro něho srozumitelnější a byl je schopný modulovat a ne potlačovat, jak to bylo po celý jeho život,
- **kognitivní strategie:** vysvětluje a objasňuje souvislosti a kontext emočních a behaviorálních vzorců (pracuje se s automatickým myšlením v situacích frustrace, pacient se tím učí zpětně uchopit své impulzivní chování),
- **dialektická strategie:** černobílý pohled „buď, anebo“ se propracovává na diferenciatnější pohled „jak, tak“,
- **strategie řešení problémů:** učí pacienta řešit problémy místo afekty a impulsy systematickým rozkrokováním způsobem s možností alternativních řešení,
- **strategie k rozšíření kompetencí:** učí interpersonálním dovednostem a dovednosti sám sobě více rozumět (zaměřuje se na nácvik přijímání kritiky,

empatie, dávání zpětné vazby, vyjadřování potřeb a emočních stavů a získání validizace z okolí.

Častým aspektem terapie je rychlá a náhlá pohotovost k intenzivním pozitivním nebo negativním přenosovým reakcím.

„V komunitě a skrze komunitu lze dojít ke spáse světa. Nic není důležitějšího. Přesto je téměř nemožné komunitu smysluplně popsat někomu, kdo ji nikdy nezažil.“

M.Scott Peck (cit. dle BROŽE, 2007)

1.3 KOMUNITA

V této části práce se pokusím podle M. Scotta Pecka o nemožné, a to právě smysluplně popsat problematiku komunity. Po základním vymezení pojmu pro tuto práci se seznámíme s druhy terapeutických komunit (dále TK), nastíníme jejich rozdíly a historický vývoj demokratické linie TK.

Blíže se zaměřím na problematiku sociálního učení, psychoterapii, kulturu TK a terapeutického týmu. Závěrem nastíním spojení pojmů „terapeutická komunita“ a „hraniční porucha osobnosti“.

Pojem „komunita“ se užívá v různých souvislostech. V praxi se s ní setkáme nejčastěji ve spojení jako *občanská komunita* (tj. společenství lidí, kteří vykonávají každodenní aktivity ve společném prostoru), *výcviková komunita* (společenství osob, jehož pozorností je sebepoznání, nácvik dovedností a postojů apod.), dále pak *spirituální komunita* (opět jde o společenství osob, které sdílejí podobné myšlenky a ideje a jejich cílem je spirituální rozvoj) a *terapeutická komunita* (specifická forma organizace léčebné instituce) (MATOUŠEK aj., 2008, ; HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 267).

Blíže rozlišuje pojetí pojmu *terapeutické komunity* KRATOCHVÍL (1979) na již zmíněnou formu *organizace léčebné jednotky*, která je založena na změně řízení oddělení v psychiatrické léčebně/určité instituci (tradičně autoritativně hierarchická organizace léčebného zařízení se přeměnila v organizaci, kde je důraz kladen na otevřenou všestrannou komunikaci a na spoluúčast všech přítomných (personál, acienti) při spolurozhodování i léčbě. Charakterizuje ji, že pacienti nejsou pasivními konzumenty terapie, vzájemně si v léčení mají napomáhat (vzájemnými interakcemi, vyjadřováním názorů a pocitů). Probíhají každodenní setkání pacientů a personálu (obsahem je informační část, ale také projednávání problémů ve vzájemných vztazích) a schůzky personálu, jejichž obsah je zaměřen na pochopení dění v komunitě.

Druhé, užší pojetí *terapeutické komunity* spočívá v jejím uchopení jako *terapeutické metody*. Jedná se zde o metodu léčení, kdy se nejvíce využívá dynamický kontext společného soužití jedinců, kteří spoluvytvářejí skupinu. Primárním cílem je přestavba struktury osobnosti pacienta a jeho socializace. K prvnímu cíli nabízí komunita dostatek možností různých rolí a program s dostatečně různorodými činnostmi. Interakce, problémy a konflikty, které se odehrávají v komunitě, se stávají základním materiálem pro terapeutické zpracování. Pacientovi se nabízí možnost bezprostředně poznávat svůj podíl na vytváření vztahů, ale i konfliktů. Komunita mu poskytuje prostor, kdy může zkoušet různé styly chování a následně se mu okamžitě zobrazí jejich společenský dopad.

Nejpodstatnější pro léčebnou komunitu je osoba klienta, jeho vztahy i vztah k němu samotnému a k jeho životnímu příběhu – způsob, jak formuje či deformuje své sebepojetí, vztahy ke světu a blízkým, jak se brání a uniká úkolům a výzvám rozvoje svého potenciálu ke zdraví a zralosti. Do pozadí je dána diagnóza klienta či biologické faktory etiologie a patogeneze psychických poruch (NEVŠÍMAL, 2007).

Pro laiky je asi nejsrozumitelnější přirovnání pojetí komunity ke společenství, které má některé podobné rysy dobré rodiny (bezpečí, hranice, kvalita vztahu apod.). Z toho vycházejí i hlavní cíle terapeutické komunity, tedy žít kvalitní život a vést klienty tak, aby byli schopni se o sebe sami postarat (sociální dovednosti) a aby si uvědomili, přijali a naučili se používat svou hodnotu (psychoterapie) (BROŽA, 2007).

S pojmem komunita se tedy v dnešní době můžeme setkat v různých spojeních. Terapeutickou léčebnou komunitu charakterizuje, že se jedná o léčebné společenství, ve kterém má každý jedinec své místo, a počítá se s jeho aktivním zapojením do léčebného procesu. Funguje na základě jasných pravidel a své samosprávy.

1.3.1 Vymezení demokratické terapeutické komunity

Blíže se seznámíme s pojetím terapeutické komunity (dále TK) jako léčebné metody.

Terapeutické komunity se rozvinuly ve 20. století. Ve světě se dělí na dvě základní linie – tzv. *hierarchické TK* se zaměřením především na problematiku závislých (americký vzor) a tzv. *demokratické TK* pro klienty s poruchami duševního zdraví a osobnostního vývoje (evropský model). Každá z těchto linií má svoji tradici, kulturu a

klade důraz na jednotlivé principy TK (MATOUŠEK, 2003, s. 240; KOOYMAN, 2008). Tyto dva proudy se navzájem nevyklučují, ale doplňují; v demokratické komunitě nacházíme prvky hierarchie a naopak. (NEVŠÍMAL, 2004).

KALINA (2008) vymezuje několik bodů, v čem se demokratická komunita může odlišovat od hierarchické TK. Jsou to:

- *uspořádání průběhu léčby* (v demokratické TK se neklade důraz na rozdělení pobytu do etap/fází, odpovědnost a kompetence v komunitě má možnost klient získat po celou dobu pobytu stejnou, v hierarchických komunitách s narůstajícím časem přechází klienti do vyšších fází po splnění stanovených podmínek a roste jim postupně odpovědnost a kompetence),
- *koncept poruchy a úzdravy* je formulován mnohem obecněji, širěji. TK hierarchická se opírá o jasný koncept (většinou drogové závislosti),
- *formulace pravidel* - v demokratických TK nebývají explicitně „kardinální pravidla“ sankcionována automatickým ukončením spolupráce,
- *typy sociálního učení* - hierarchická TK spíše klade důraz na behaviorální a kognitivní složky (postupná internalizace žádoucího chování), demokratická TK více pracuje s psychodynamickým modelem (v první řadě porozumění a zvědomění prostřednictvím skupinové dynamiky),
- *profesionalita terapeutického týmu* - v hierarchických komunitách pro drogově závislé zůstávají hodnotou v týmu ex-useři jako členové týmu, vznikají tzv. poloprofesionální týmy, v demokratických TK je výlučně profesionální tým,
- *jazyk a kultura* – každá tato větev má svoji historii a vývoj.

1. 3. 2 Vývoj demokratické terapeutické komunity

S obecným historickým vývojem komunit se můžeme seznámit např. u R. ERNESTA (2007, s.47-52), kde ve své diplomové práci podrobně uvádí jak vývoj, tak i společenský kontext.

Vzhledem k tomu, že terapeutická komunita Kaleidoskop převzala model z Handerson Hospital ve Velké Británii, což je demokratický model terapeutické komunity, zaměříme se na historii a vývoj právě tohoto pojetí.

Člověk je tvor společenský a od počátku své existence vytvářel uskupení (např. lovci, sběrači, rodiny, národy, státy apod.) většinou s primárním cílem zachování rodu. V cílech se komunita od tohoto pojetí liší, jejím cílem je změna jednotlivce směrem k osobnímu růstu či nastolení správného, zdravého způsobu života (NEVŠÍMAL, 2004).

Vznik demokratického modelu se datuje od 2.světové války ve Velké Británii, kdy vznikly nově koncipované a organizované experimenty na nemocničních psychiatrických odděleních. Zaměřovaly se na psychicky narušené vojáky z války (např. v nemocnici Mill Hill v Londýně).

Základní modely TK vznikaly pod vlivem tlaku uzdravit rychle co nejvíce vojáků (trpících psychickými traumaty, neurózami z válečných konfliktů), aby se mohli vrátit na frontu a zapojit se aktivně do života válčící země.

S tímto konceptem jsou spojena jména M. Jones, W. R. Bion, T. Main a S. H. Foulkes. Strukturovali léčebnou jednotku jako společenství, zavedli vzájemnou podporu a spolupráci v každodenním životě v nemocnici a uskutečňovali nedirektivní skupinové diskuse pro prověřování a porozumění procesu (cit.dle KALINY, 2008, s. 23).

Bližší se seznámíme s koncepcí terapeutické komunity od Maxwella Jonese, který pracoval jako vedoucí na sociorehabilitačním oddělení nemocnice Belmont Hospital, později přejmenované na Henderson Hospital (cit. dle HARTLA, 1997, s. 180).

M. Jones vyvinul model postavený na *oboustranné komunikaci a procesu rozhodování na všech úrovních, společném vedení, konsensu v přijímání rozhodnutí, sociálním učení v interakci tady a teď*. Komunikaci posunul z roviny hierarchické komunikace – jednosměrné, formální mezi personálem a pacienty (např. na tradičním psychiatrickém oddělení) na nehierarchickou vzájemnou otevřenou komunikaci v celém společenství (KRATOCHVÍL, 1979).

I když tyto teze všichni dnes dobře známe, je dobré si připomenout jejich význam. M. Jones již v r. 1948 podpořil *oboustrannou komunikaci* prostor o čemkoliv (o emocích, názorech, chování, rozhodování apod.) diskutovat (HARTL, 1997).

O problémech se otevřeně mluví, jsou věci veřejnou. Prostor pro zkoumání „jak to vlastně je?“, korigovat skryté motivy a obranné mechanismy, k nimž se jednotlivci, skupina i instituce uchylují.

Základní principy pro *rozhodovací procesy* mají být viditelné, srozumitelné a přístupné všem, jichž se rozhodování týká. Usiloval o rovnoměrnější rozdělení moci v komunitě, aby rozhodovat mohli všichni ve společenství, tedy jak pracovník, tak pacient. Avšak pacient jen do té míry, do jaké je toho schopen, aby to pro něho byl potenciál k růstu.

Zavádí se společné vedení pacientů a personálu založené na spolupráci a zapojení do odpovědnosti za každodenní fungování komunity po stránce materiální, morální i vztahové. Jones tím rozvolnil do značné míry v té době strnulé struktury rolí „pacient“ (nemocný, bezmocný, neschopný, pomoc vyžadující, a pasivní) a „personální“ (zdravý, schopný, pomáhající, aktivní).

Program je především postaven na *každodenním setkání celé komunity* (setkání se účastní všichni pacienti a přítomný personál), sedí se v kruhu, témata na společné diskuse jsou situace, které se staly posledních 24 hod., je zde prostor pro jakýkoliv problém, snaha ke společnému názoru a přijetí společného rozhodnutí.

Při procesu v *sociálním učení* se zaměřoval na situace „tady a teď“, a to s vědomím, že minulost se přenáší do komunitního děje jedince a je zřejmá a dostupná. Situace živého učení probíhá v komunitě neustále. Význam se přikládá krizím, kdy může kdokoliv svolat mimořádné setkání, na němž se situace probírá ze všech stran, dospívá se k jejímu pochopení a řešení. Když se tyto situace citlivě a dovedně zvládnou, mohou výrazně přispívat k osobnímu růstu a zrání. K sociálnímu učení dochází přes napodobování, konflikty, prostřednictvím mnohočetných zpětných vazeb, korektní zkušenosti a experimentování s novými vzorci chování, a to vše probíhá v bezpečném, podnětném a usměrňujícím nebo korigujícím kontextu (cit.dle KALINY, 2008, s. 28-30).

Pod vedením Roberta Rapoporta proběhl v 50. letech sociologický výzkum v Henderson Hospital, na základě jeho výsledků definoval základní principy demokratické terapeutické komunity (cit. dle TUMLÍŘOVÉ, 2007, s.3). Tyto základní principy jsou:

- *všechno je léčba,*
- *veškerá léčba je rehabilitace,*
- *všichni pacienti by měli dostat stejnou léčbu,*

- *demokratizace* - každý člen TK (tj. personál i klienti) by měl mít stejný podíl pravomoci v rozhodování o záležitostech komunity, ať už se týkají terapie nebo organizace,
- *permisivita (přípustnost)* – vědomí, že komunita by měla fungovat tak, že všichni její členové vzájemně tolerují širokou škálu chování včetně takového, které může být podle běžných norem vzbuzující úzkost nebo deviantní. Tento princip v ideální podobě dovoluje jednotlivcům odhalit a projevit jejich potíže v chování a druhým umožňuje na ně svobodně reagovat. Základ obou stran sociálního vztahu tak může být zkoumán,
- *komunalismus* – členství v TK a sounáležitost by měly být samy o sobě hodnotou, projevuje se v pevném sepětí, blízkých vztazích a otevřené komunikaci mezi členy,
- *konfrontace s realitou* - klienti by měli neustále získávat zpětné vazby, jak ostatní vidí jejich chování, mají možnost se naučit čelit jejich tendencím zkreslovat, popírat obtíže, které mají s druhými lidmi.

Na základě tohoto pojetí vznikla celá řada dalších komunit fungujících po celém světě např. v Německu, v Polsku, Švýcarsku i u nás, kdy se mezi nejvýznamnější řadila komunita pro neurózy v Lobči, kterou založil F. Knobloch a která fungovala do roku 1991 (HARTL, 1997). Stručný historický přehled (viz tabulku č.2) poukazuje na to, že demokratické komunity a komunitní léčba poruch osobnosti má v českých zemích svoji historii. Dnes víme jen o dvou zařízeních, která pracují s poruchou osobnosti na základě komunitních principů; jsou jimi Ondřejov (Praha, denní stacionář) a terapeutická komunita Kaleidoskop, provozovaná občanským sdružením stejného názvu.

Tab. č. 2 Přehled demokratických TK a zařízení se zaměřením na práci s jedinci s poruchou osobnosti v ČR v letech 1948–2008 (KALINA, 2008).

NÁZEV- MÍSTO	VEDOUCÍ	DIAGNOSTICKÝ OKRUH	TRVÁNÍ
Lobeč (Mělnicko)	Knobloch, Mrázek	neurózy	1954– 1991
VÚPs (Praha)	Hausner	neurózy, poruchy osobnosti	cca 1965-1970
Sadská u Poděbrad	Hausner	neurózy, poruchy osobnosti	1965- 1976
Karlovo (Praha 2)	Kalina	psychózy, poruchy osobnosti	1982- 1991
Ondřejov (Praha 4)	Jarolímek	psychózy, poruchy osobnosti	1987– současnost
Kaleidoskop (Praha)	Tumlířová, Jones	poruchy osobnosti	2006– současnost

„V komunitě se učím novým přístupům. Všechny věci se dělají společně. Z počátku je těžké o sobě mluvit. Podstatou změny je zpětná vazba. Osobně jsem šnek, trvá mi změna dlouho.“

Klient TK Kaleidoskop

1. 4 Metody práce v terapeutické komunitě

V této části práce nastíním, co vše tvoří terapeutické prostředí, které spoluvytváří společně s dalšími prvky terapeutickou komunitu a její prostředí.

Základem léčebné filosofie TK je, že člověk je bio-psycho-sociální entita ve zdraví i v nemoci. Ohniskem problému či poruchy je osoba a její vztahy. TK je místem změny, která se zde upevňuje a promítá se do celoživotního scénáře (KALINA, 2008). Vnitřní svět člověka, se kterým pracujeme, je pro pomáhajícího nejdůležitější realitou (KOPŘIVA, 1997).

1. 4. 1 Sociální učení

Z koncepce TK dle M. Jonese víme, že sociální učení je jeden ze základních pilířů léčebného procesu klienta.

Pro vznik skutečně lidské osobnosti je bezprostřední styk s druhými lidmi, s jejich chováním. Zařazení jedince do struktury mezilidských vztahů je nutným zdrojem jeho utváření, především z hlediska sociální motivace a sociálního učení. Obsah a průběh sociálního učení je zprostředkováváno druhými lidmi (BALCAR, 1991).

BANDURA (cit. dle KRATOCHVÍLA, 2005) prokázal, že když jedinci pozorují a napodobují chování vrstevníka (vzoru), tak tím mohou získat žádoucí chování.

„Klient v komunitě napřed mění své chování, pak prožije emoce, které tuto změnu doprovázejí, a nakonec se učí chápat, co se děje“ (KOOYMAN aj., 2004, s.25).

V TK má klient stále možnost sociálního učení, např. při řešení každodenních problémů, při nichž se zaměřujeme především na takové, které se v běžném životě přehlížejí, a přesto podstatným podílem ovlivňují člověka nebo jeho okolí. Pro mnohé je těžké reflektovat, co dělají a co je k tomu vede. Jedná se o určitou schopnost sebereflexe, kterou klienti získávají právě na základě tréninku v uvažování o

každodenních problémech. Přínos do budoucna to přináší v tom, že se zamezuje opakování konfliktů či problémů stejného druhu (HARTL, 1997).

Učení prostřednictvím zkušenosti

FOULKES uvádí: „*Nejúčinnějším faktorem změny je procvičení „Já“ v jednání, a nikoli pochopení slovní interpretace, spíše trvalá korigující interakce s druhými*“ (cit. dle RIEGERA, 2007, s.161).

Podobně jako v životě se i v TK učení uskutečňuje přímou zkušeností v sociálních vztazích, v konkrétních mezilidských vztazích. Změna vyplývá z mezilidské interakce, z uvědomění vzniklého konfliktu a postupného nalezení souladu. Většina interakce s druhými lidmi obsahuje možné zárodky zkušenostního vědění. Zkušenostní učení zahrnuje i předměty, situace či místa. Při tomto způsobu učení se zamýšlí pacient nad svými minulými zkušenostmi, které se prožijí, pochopí a interpretují. Tyto zkušenosti se stávají nástrojem k pochopení a řešení současných problémů. Pokud chce svoji zkušenost v budoucnosti modifikovat, potřebuje o ní přemýšlet a dostávat přesné zpětné vazby o tom, jaké důsledky to přináší jeho okolí. Jen činnost promyšlená vede k informovanému záměrnému chování; pokud po činnosti následují úvahy nad ní, může dělat cokoli, co se ze situace naučil přenést do situace příští. V kontextu psychoterapie nemůže terapeut vnucovat nějaké předepsané vnímání zkušenosti, ale jeho úlohou je celý tento proces usnadňovat. Zkušenostní učení posiluje v komunitě skupinové sebeuvědomování, komunitní činnosti a sociální změny. Zkušenost není nikdy neutrální, má historický, kulturní, ekonomický a sociální kontext. Zkušenostní vědění má subjektivní charakter a každý může zkušenost vnímat odlišně. Zpětná vazba je nedílnou součástí sociálního učení (HARTL, 1997).

Zpětná vazba – obousměrná komunikace

Nedílnou součástí sociálního učení je zpětná vazba. V dnešní literatuře se používá ve dvojím významu. První pojetí vysvětluje např. KOMÁRKOVÁ aj. (2001). Obvyklá komunikační situace obsahuje oba směry komunikace, tj. *původce* sdělení vysílá „zprávy“, které *příjemce* přijímá, reaguje na ně a působí zpět. Pro zlepšení vzájemného porozumění je přínosné nacvičit poskytování a přijímání efektivní zpětné vazby. Formulovat informaci o sobě a za sebe. Měla by obsahovat naše prožitky, aktuální pocity, které v nás vyvolalo konkrétní chování partnera. Toto chování je třeba popsat bez hodnocení partnera, vysvětlit, v čem jeho chování nebo jednání nás ovlivňuje - a

popřípadě, proč tomu tak je. Poté vyjádříme přání změny pro chování partnera v konkrétní situaci, která přinese to, že se ve vztahu budeme cítit lépe, partnerovi umožníme prostor k uvážení přání, další diskusi, jednání. Příjemce zpětné vazby se snaží nepřerušovat poskytovatele a naslouchat mu, nevysvětlovat dodatečně, jak to vyslel, a ocenit toho, kdo mu zpětnou vazbu dává.

Na druhé pojetí upozorňuje VYBÍRAL (2005, s. 206), zpětná vazba je dle autora „*regulační mechanismus v lidské mysli, nikoli podněty od druhých.*“

Myslím si, že obě pojetí si neprotiřečí, forma již zmiňovaných podnětů je důležitá právě pro podpoření regulačního mechanismu v lidské mysli. Rozpor spíše nastane v užívání pojmů v odborné literatuře, kdy není jasné, kterou zpětnou vazbu má autor na mysli. VYBÍRAL (2005) vybízí k upřesnění terminologie.

HARTL (1997) i VYBÍRAL (2005) dělí zpětnou vazbu na *negativní*, kdy je informace vyslána zpět s cílem upozornit, že se systém odklání od nějakého žádoucího cíle (podstata je v přibrzdění, vybalancování, zkorigování, aby subjekt našel rovnováhu. Jedinec, který umí zpracovávat negativní zpětnou vazbu, se umí krotit ve vypjatých situacích, má schopnost sebeovládání a účinné sebereflexe). *Pozitivní zpětná vazba* obsahuje informace upozorňující, že chování systému je na žádoucí cestě. C. R. Rogers v r.1961 přikládá důležitost pozitivní zpětné vazby v terapeutickém vztahu s člověkem, který nezažil bezpodmínečné přijetí (cit.dle HAYSOVÉ, 2000, s.22).

V tomto pojetí se bezpodmínečné kladné přijetí druhého označuje slovem *akceptace*, která umožňuje klientovi se cítit v terapeutickém vztahu bezpečně a může rozvíjet své nadání, schopnosti a vytvářet si přiměřenou sebeúctu (VYBÍRAL, 2005).

Zpětná vazba podle některých autorů (např. VÝROST a SLAMĚNÍK, 1997) má význam pro sebepojetí. Prvním krokem k utváření vztahu k sobě je odlišení sebe sama od okolního prostředí. Zážitek sebeuvědomění je jedním z prvků v procesu reflektování zkušenosti se sebou samým. Sebpojetí se kontinuálně utváří a mění v průběhu celého života člověka a vztahy s druhými tu mají nezastupitelnou úlohu.

MACEK (1997) shrnuje poznatky sociálních psychologů v otázce utváření vztahu k sobě čtyřmi hlavními procesy:

- tzv. *fenomén „zrcadlení já“* (looking-glass sel) - druzí lidé slouží jako zrcadlo, ve kterém může člověk spatřit sám sebe,

- *sociální srovnávání* – jedinec si ověřuje, co je sociálním okolím přijatelné, co je považováno za správné a co za nežádoucí,
- *přijímání sociálních rolí* - všeobecně akceptovatelné a společensky oceňované role zvyšují v člověku sebejistotu a podporují pozitivní vztah k sobě,
- *percepce sociální odlišnosti* – člověk má potřebu zdůraznit vlastní jedinečnost v odlišném prostředí, pokud to není společensky sankcionováno.

Emocionální korektivní zkušenost

Mezi další pojmy sociálního učení v psychoterapeutické skupině se řadí emocionální korektivní zkušenost. Koncepce vychází z předpokladu, že okolí se zachová jiným způsobem (např. tolerantněji), než člověk s neadekvátním chováním na základě své chybné generalizace očekává. Tento zážitek doprovázený silnými emocemi umožňuje přiměřenou opětovnou diferenciaci v situacích, kdy je daná reakce vhodná, a ve kterých je nevhodná. Tím vzniká předpoklad k odstranění bludného kruhu, k učení a změně postojů (KRATOCHVÍL, 2005).

K tomuto učení je zapotřebí nezbytná terapeutická emočně podporující komunitní atmosféra. V literatuře se s tímto pojmem můžeme setkat také pod pojmem *živé učení* (HARTL, 1997).

YALOM (2005) popisuje několik složek, které má korektivní emoční zkušenost. Jedná se o silné vyjádření emoce, která je adresována ke druhým a je pro klienta ohrožující. Skupina je natolik podporující, že toto ohrožení klient podstoupí. Dochází k testování skutečnosti, kdy klient může zkoumat událost i pomocí vzájemného potvrzování od ostatních členů. Klient je schopný rozlišovat mezi neadekvátními určitými pocity a chováním.

Rozezná jeho vyhýbavé chování. Dochází ke zlepšení schopnosti jedince jednat otevřeněji s ostatními.

Konflikty

Konflikty patří do každodennosti života a i v terapeutickém společenství mají své místo, je třeba s nimi počítat a pracovat. Zvláště kladou nároky na terapeuta.

Klienti terapeutovi připisují ve svých konfliktech roli soudce, který jejich spor má rozhodnout. Jeho úloha je ale jiná, má je podporovat, vést k tomu, aby byli schopni vyřešit spor sami mezi sebou. Řešení vztahových problémů je těžké, existuje několik

ukazatelů, které mohou terapeutovi napomoci k řešení. Měl by být neutrální, což neznamená být pasivní. Neměl by situaci hodnotit, stavět se do pozice rozhodčího. Pracovník vede rozhovor s oběma účastníky a režíruje jej. Snaží se klienty vést k představám o řešení konfliktu. Stranou nechává příčiny konfliktu, pocity viny nebo i to, jak by mohl vztah fungovat lépe. Poskytuje pochopení a angažovanost každému účastníkovi konfliktu (KOPŘIVA, 1997).

Pro užitečné vyjasňování konfliktu tvoří základ kladný vztah mezi kritizujícím a kritizovaným. Dále ho ovlivňuje momentální stav kritizovaného a jeho schopnost snést kritiku. Pokud konfrontace není tímto vyvážená, hrozí nebezpečí, že bude brána jako útok na kritizovaného. Vyvolá u něho obranu či protiútok a změna nevhodného chování nebude dosažena (KRATOCHVÍL, 2005).

Důležitou roli hrají v komunitě i skryté konflikty, většinou je na terapeutovi, aby právě tyto konflikty odkryl. V TK jsou konflikty terapeutickým materiálem a prostřednictvím jejich úspěšných řešení zrají členové komunity, skupina i komunita (HARTL, 1997).

1. 4. 2 Psychoterapie

Dalším pilířem terapeutického procesu klienta v TK je psychoterapie, která se soustředí na osobní rozvoj člena komunity.

Klíčovými slovy jsou zde: „*empatie*, ochota podstupovat *riziko*, konstruktivní zpětná vazba, tvořivé a kooperativní *řešení problémů*, *citová podpora*. Rozbor a úvahy o minulé zkušenosti, stejně tak jako o *zkušenosti zde a nyní*, poskytují základ pro vhled a změnu“ (HARTL, 1997, s. 188).

YALOM (2007) mezi účinné faktory skupinové psychoterapie řadí: univerzalitu, dodávání naděje, předávání informací, altruismus, korektivní rekapitulace primární rodiny, rozvoj sociálních dovedností, napodobující chování, interpersonální učení, skupinovou soudržnost, katarzi a existenciální faktory.

KRATOCHVÍL (2002, s.17) to shrnuje slovy, že cílem psychoterapie je „*reedukace, resocializace, reorganizace, restrukturalizace, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti.*“

Zde vidíme, že cíle terapie podporují a jsou převážně stejné jako cíle terapeutické komunity. KRATOCHVÍL (1979) přirovnává TK ke zvláštní formě intenzivní skupinové psychoterapie. V terapeutické skupině se pravidelně objevuje patologické chování klienta (chová se podle svého), ale díky zpětným vazbám a sebezpozorováním dokáže lépe pozorovat vlastní chování a objevuje, že jeho chování do nějaké míry může ovlivňovat pocity ostatních. Každá změna klienta je individuální, podobně jako jeho celý léčebný proces. To, co osloví a do nějaké míry může pomoci jednomu klientovi, druhého nijak neovlivní a naopak.

ČÁLEK (2004) upozorňuje na poznatek z praxe, že úspěšná psychoterapie může mít navzájem různé průběhy skládající se z odlišných ale správných cest, které vedou k uzdravení člověka.

Během psychoterapie se pracuje s postoji klienta, které má sám k sobě nebo které k němu zaujímají druzí, a dále i s interpersonálním světem každého klienta. Pokud klient přijme osobní odpovědnost za utváření svého interpersonálního světa, uvědomí si, že on je ten, kdo jej utváří a může jej tudíž měnit. Čím je zážitek skutečnější a emočnější, tím výraznější je jeho efekt. Postupně klient riskuje nové způsoby, jak být s ostatními - a mění se. Jeho změna je ovlivněna několika faktory: samotnou klientovou motivací ke změně, vážností jeho obtíží, rigiditou struktury klientovy osobnosti, angažovaností klienta ve skupině tj. jestli dovolí skupině nahlédnout do svých problémů (YALOM, 2007).

V terapii se pracuje i s potlačenými pocity viny, které v sobě člověk skrývá. Ty se často se mohou projevat negativním sebedestruktivním chováním. V TK je vina brána jako přirozený signál, který není dobré potlačovat nebo racionalizovat. Zatajování něčeho může vést k pocitům viny, které pak mohou být důvodem odchodu z komunity. Když se člověk naučí vyjadřovat všechny myšlenky a pocity, stává se svobodnějším. V literatuře se v této souvislosti používá termín *exhomologesis*, což je odkrývání chyb v přítomnosti všech členů společenství (KOOYMAN aj., 2004). Všechny popsané jevy jsou součástí socioterapeutické a psychoterapeutické procesové změny klienta v TK (viz ERNEST, 2007, s. 56-60)V komunitě se objevují procesy, které mohou bránit nebo brzdit klientův vývoj a mohou ohrozit zdravé a podporující prostředí TK. Mezi tyto jevy ERNEST (2007) řadí odpor, podskupiny, párování, antiterapeutickou kulturu, rozpor administrativní a terapeutické role týmu a problémy ve vztahu komunity a vnějšího světa.

„Ty sám to můžeš dokázat, ale nedokážeš to sám“

(KOOYMAN aj., 2004, s.17).

1. 5 Terapeutická kultura

I terapeutická komunita, charakterizovaná jako léčebné společenství (viz kap. 1.3.1 v této práci) si utváří a nese svoji kulturu.

Kultura směřuje a vede lidi k hodnotám/cílům, o které je třeba usilovat, k přijetí norem a zásad, jimiž je třeba se řídit, jejichž sdílení z nás všech dohromady vytváří navzdory různorodosti soudržnou pospolitost (HELUS, 2007).

Vše již zmíněné výše - zpětná vazba, sociální učení - vede k vytváření terapeutické kultury jejímž předmětem je úsilí členů komunity zjišťovat, proč dělají to, co dělají, a naučit se zacházet se svými problémy terapeuticky – v tolerantním prostředí se na něm mohou relativně bezbolestně učit. K utváření nových vztahů napomáhá prohloubený vhled do meziosobních vztahů, vyrovnání se s minulostí a trénování schopnosti navazovat vztahy (HARTL, 1997).

KALINA (2008) uvádí **struktury, které ovlivňují komunitní prostředí:**

- Soubor pravidel o chování.
- Pravidla by měla vycházet z potřeb a možností klientů. Je nutné je formulovat ve spojení teoretických znalostí, dobrých praktických zkušeností a znalostí klientů. Každé pravidlo by mělo mít jasný důvod, záměr a smysl. Je to nekončící proces, na kterém se podílejí všichni členové komunity, dělí se na čtyři základní: tzv. klíčová pravidla, další psaná pravidla, nepsaná pravidla a nevědomá pravidla (BROŽA, 2007).
- Denní a týdenní rozvrh povinných pracovních, terapeutických a vzdělávacích aktivit, které probíhají předepsaným způsobem.
- Uspořádání pracovních funkcí a povinností, které udržují každodenní chod zařízení.
- Klienti vykonávající práce zajišťují chod domu a uspokojení potřeb všech obyvatel (např. úklid, vaření, praní, práce na zahradě apod.). Funkce přináší příležitost učit se dělat něco pro druhé, plánovat budoucnost, přijímat pochvalu, ale i možnost dělat chybu vzít za ni odpovědnost a pokusit se to napravit (MAHROVÁ, 2007).

- Činnosti a práce jsou rozděleny do komunitních funkcí (rolí). Role klientovi přináší zátěž, stres, únavu, příležitost naučit se přijímat kritiku, ale i ocenění. Kooymann uvádí, že klient v nich získává kompetence, přebírá odpovědnost sám za sebe i za ostatní. Odrážejí reálné role v životě (cit. dle MAHROVÉ, 2007).

- Členění léčebného plánu do fází a subfází. V demokratických komunitách se neklade důraz na fáze pobytu jako v hierarchické komunitě (např. v českých zemích je obvyklý hierarchický model třífázový s několika subfázemi; aby pak klient mohl přejít do vyšší fáze, musí splňovat předem dané podmínky) (KALINA, 2008).

*„jak být sám sebou a přitom neztratit druhé; a
jak být s druhými a přitom zůstat sám sebou“*

(ČÁLEK, 2004, s.316).

1. 6 Klienti s poruchou osobnosti v systému terapeutické komunity

KALINA (2008) řadí mezi klienty TK s poruchou osobnosti především lidi s hraniční organizací osobnosti. Léčba se zakládá na bezpečném a upevňujícím prostředí, tzv. „rekonstrukci bazální důvěry“ s důrazem na ohraničující a vymezující strukturu. Postupně klienti poznávají, že ve společenství nacházejí porozumění. Jasná pravidla a struktura jim dávají oporu a jistotu. Optimální doba léčby je program v délce šesti měsíců až jednoho roku.

Na počátku léčby klient navazuje vztahy, ve kterých se pokouší najít matku nebo otce, čili oporu. Tuto oporu mu musí poskytnout terapeut, takže se může stát, že na začátku terapeutického procesu se na něm klient stane vztahově závislým. Nejraději by klient zůstal v závislosti navěky, ale během terapeutického procesu se naučí zdravé vztahové vzdálenosti k ostatním lidem. Loučení, které je mnohdy poprvé v jeho životě vědomé, je rozhodujícím krokem ve vývoji osobnosti (RÖHR, 2003).

Lidé s hraniční poruchou prožívají terapeutickou komunitu na začátku pobytu v TK jako klec. Revoltují proti řádu, cítí se ke všemu nuceni, i k chování, o kterém (rozumově) vědí, že je pro ně dobré. RÖHR (2003) takového klienta v TK přirovnává k živoucímu soudku prachu, který má tendence vybuchovat při nevýznamných příležitostech, neboť jeho energie působí ničivě vůči jeho vlastní osobě v podobě autodestruktivního chování (např. pořezání kůže skleněnými střepy, žiletkami atd.) Jeho sklon k extrémům je patrný v tom, že členy komunity si rozdělí do dvou skupin: buď jsou dobří, nebo zlí. Totéž platí samozřejmě i pro terapeuty, kteří jsou buď totálně akceptováni, nebo totálně odmítáni.

Na závěr této kapitoly se seznámíme s procesem terapeutického vývoje klienta v TK podle R. Haigha a P. Camplingové, kteří jsou představitelé současné britské TK demokratické linie, pracují především s poruchami osobnosti a jsou psychoanalyticky orientováni (cit.dle KALINY, 2008, s.145).

Jejich koncept výstižně popisuje práci s vymezenou klientelou. Poukazuje zároveň na projevy hraniční poruchy osobnosti a možnosti komunitní terapie, v čem a jak s nimi může pracovat.

Stručné seznámení nám v české literatuře umožňuje KALINA (2008). Každý terapeutický proces spoluvytváří attachment (přimknutí), containment (obsahování, ohraničování), komunikaci, zapojení a jednání. Zapojení a jednání jsou specifické pro TK a poukazují na význam společné odpovědnosti, vzájemné závislosti a rostoucího vědomí vlastního já jako ohniska autority a moci.

Attachment (přimknutí)

S vědomým zjednodušením se dá říct, že se tak označuje vývojový vztah mezi dítětem a matkou, tzv. vztahové médium (komplexní vzorec jejich vzájemné interakce), jeho podoba má vliv na vývoj psychiky a jeho odchylky, psychopatologii v pozdějším věku (VAVRDA, 2005).

Raná zkušenost nespolehlivých, chaotických nebo zneužívaných vztahů je poznamenána nedostatkem bazální důvěry a obtížemi vyjádřit své vnitřní stavy nebo si říci o pomoc konstruktivním způsobem. TK může obnovit příznivé podmínky a usnadnit „sekundární emoční vývoj“. Na základě toho, že člen komunity znovu prožije poškozující vývojové situace a zpracovává je během léčby, otevírá se možnost, že klient se sám v sobě víc vyzná, a tudíž je posíleno jeho já a on se cítí silnější. Tento proces je velmi náročný a dochází často ke krizím. Rozvoj silného terapeutického attachmentu umožňuje rozvětvená síť vztahů, podpora, silný pocit sounáležitosti a péče 24 hodin. Klient si může vytvořit „přestavbu“ svého defektivního a nefunkčního vzorce přimknutí, posílit svou jistotu a důvěru ve vztazích a vyvést se „z bludného kruhu“ nereálného prožívání a jednání ve vztazích vůči druhým (KALINA, 2008).

Containment (obsahování/ohraničení)

Klienti TK s hraniční poruchou osobnosti často postrádají schopnost vyznat se ve svých pocitech a zvládat je. Mají mnohdy nevědomou snahu se od nich oddělit a zároveň jim podléhají, což obvykle vede k destruktivnímu nebo sebedestruktivnímu jednání. Úkolem psychoterapie je zajistit jim bezpečný rámec, ve kterém mohou explodovat jejich intrapsychické a interpersonální problémy, a tak nalézt konstruktivnější způsoby, jak zacházet s vnitřním utrpením a nepohodou. K podpoře tohoto vývoje musí být v TK jasná pravidla a struktura.

Komunikace: já a ti druzí, my a ti ostatní

Komunikace je důležitou součástí terapeutického procesu, bez níž by nemohl probíhat samotný léčebný proces a začlenění klienta do společenství.

Zapojení

K zapojení klienta napomáhá v komunitě komunitní setkání, které má svoji strukturu a agendu. Klient je vystaven neustálým zpětným vazbám, jak ostatní vidí jeho chování, a z toho se učí čelit svým tendencím zkreslovat či popírat obtíže, které mají s druhými lidmi, nebo se od těchto obtíží odtahovat.

Jednání

Toto období je spojeno s přebíráním odpovědnosti. Klient přebírá odpovědnost za změnu, zkoušení nových vzorců vztahů, chování. Díky členství v komunitě člověk dospívá k většímu uvědomění sebe samého a může měnit své chování.

Klient získává v TK podíl na odpovědnosti a moci, spolurozhoduje o společných záležitostech, podřizuje se rozhodnutí celé komunity a akceptuje autority terapeutického týmu (KALINA, 2008).

Při ukončení pobytu v TK se klienti s hraniční poruchou osobnosti těžce loučí, většinou upadají do hluboké krize, protože pro ně loučení znamená unést bolest. Prožívají pocity zlosti a racionalizují, že kdyby se nesblížili s komunitou a některými jejími členy, pak by loučení nebylo tak nesnesitelné (RÖHR, 2003).

*„Nepodceňujme členy skupiny,
nepřeceňujme svoji moc.“*

(RIEGER, 2007, s.7).

1. 7 Terapeutický tým

I když mají komunity v českých zemích svoji historii, není mnoho publikací, které by zabývaly tímto tématem. BROŽA (2007) odkazuje na překlad knihy Martina Kooymana. Složení týmu v TK je v posledních desetiletích výrazně multidisciplinární. Pracovníci mají jak různé vzdělání (speciální pedagog, sociální pracovník, psycholog, psychiatr), tak i specializované výcviky ve skupinové či individuální psychoterapii, a každý má jiné praktické dovednosti a zkušenosti.

Členové týmu mají být vyzrálí, pozitivními vzory dospělosti pro klienta a jejich hlavním úkolem je facilitovat proces v komunitě (KALINA, 2008).

Osobní charakteristiku člena týmu TK popisuje BROŽA (2007) následovně:

- Měl by být integrován ve světě (pojímá svět s oběma polaritami - dobrého i špatného - s vědomím, že všechno má svůj smysl, svou hodnotu).
- Měl by si být vědom své role v komunitě a respektovat různorodost (v přístupu ke světu, hodnotám). Co je jiné, nemusí být horší.
- Měl by být pozorným posluchačem a pozorovatelem (mít chuť a zájem s klientem společně přemýšlet o klientových tématech).
- Měl by být schopný revidovat svoje názory, ochotný se dále rozvíjet (kurzy, semináře, supervize apod.).
- Měl by umět spolupracovat s týmem a být schopný ustát všechny ataky klientů (př. projekce, přenosy), zároveň je rozpoznat a zpracovávat ve prospěch léčebného procesu.

Mezi vlastnosti terapeuta, které jsou efektivní pro terapii, se řadí: jistota, přirozenost, důvěra (včetně důvěry v sebe), pevná identita, humor, tvořivost a schopnost přiznat vlastní omylnost; komplikace vyvolává pasivitu, submisivitu a závislost (KALINA, 2008).

Vzhledem ke klientele terapeutické komunity Kaleidoskop se zaměříme na hranice ve vztahu. Hranice ve vztahu určují to, co se týká mne a co je záležitostí druhého.

KOPŘIVA (1997) upozorňuje na tzv. *splývání ve vztahu*, kdy pracovník bere záležitosti klienta příliš za svoje vlastní. V tom případě trpí nejen pomáhající, ale celý proces pomáhání. Je kladen důraz na držení si terapeutových hranic; je nutné chránit se před manipulací klienta asertivitou. Uvědomme si rozdíl mezi *soucitem* a *empatií*. Při soucitu se ztotožňujeme s protějškem a můžeme ztratit hranice zaplavení emocemi. Při empatii si dovedeme představit a procítit, co se děje druhému, ale zůstáváme sami sebou a jsme připraveni mu pomáhat na základě toho, jak to potřebuje situace, a ne naše emoční potřeby. Zavřené a nepropustné hranice mohou sloužit pracovníkovi jako ochrana v těžkých situacích jeho klientů a pacientů. *Přirozené a normální hranice* jsou dobře ustanovené a polopropustné. Člověk se stará o své potřeby a udržuje základní soběstačnost. Vstupuje do vztahů s okolím a přijímá to, co se mu pro něj zdá dobré a užitečné, a odmítá to, co se tak nejeví, vede dialog.

K tomu nám napomáhají asertivní dovednosti (dát najevo své požadavky, trvat na nich, nebát se nesouhlasit apod.), které můžeme stručně popsat jako „*zdravé sebeprosazování, založené na souboru komunikačních a sociálních dovednostech, které umožňují člověku prosadit vlastní zájmy a přitom respektovat přání a zájmy druhých*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 56).

Terapeutický tým komunity funguje na třech rovinách: *komunitní, individuální a vnitřní*.

Na *komunitní úrovni* udržuje hranice mezi terapeutickou komunitou a vnějším světem. Podporuje, aby ve struktuře TK byl neustále součástí ethos TK, standardy terapie i prostředí. Facilituje uzdravovací proces a angažovanost jednotlivců tak, aby všechny interakce odehrávající se v TK byly brány jako terapeutická či socializační hodnota. Na *individuální rovině* musí tým TK brát na vědomí všechny klienty v programu (jejich chování, problémy, pokroky) a intervenovat hlavně prostřednictvím struktury TK. *Vnitřní úroveň* obsahuje potřeby týmu pro dostatečné porozumění jeho vlastním procesům (týmovým i u jednotlivce).

Nedílnou součástí práce v komunitě je také *supervize*. Může mít několik forem. FROUZOVÁ (2007) uvádí supervizi individuální (práce s jedním členem týmu), supervizi vedoucího týmu, terapeutického programu a týmovou supervizi. Kenard a

Lees (cit.dle KALINY, 2008, s. 232) rozdělují zaměření supervize jednak na tým (vztahy a dynamika v něm), ale i práci s klienty. Je třeba zkoumat postoje a pocity vůči klientům, zaměřit se na protipřenosy a mechanismy, jimiž na ně klient působí a naopak. Supervize by měla být kontinuální.

Profese komunitního terapeuta se řadí mezi rizikové profese, u kterých vzniká častěji a rychleji syndrom vyhoření - burn-out (KALINA, 2008). Osobnost se rychle opotřebovává. Je třeba hledat a podporovat péči o sebe sama a způsoby prevence vyhoření (LUCKÁ a KOBRLE, 2002).

1. 8 Vývoj TK Kaleidoskop

Terapeutická komunita Kaleidoskop je dnes jedinou realizací konceptu demokratické terapeutické komunity pro poruchy osobnosti v ČR. Provozována je občanským sdružením stejného názvu za finanční podpory státního rozpočtu ČR a z rozpočtu hl. města Prahy.

Historie komunity se započala 13. 11. 2006, kdy se otevřela v jednom patře činžovního domu na Praze 6 s cílem nabídnout novou formu dlouhodobé terapie určenou mladým lidem se závažnými poruchami osobnosti. Jak jsem se již zmínila v předchozí části práce, byl převzat model demokratické terapeutické komunity v Hendersonově nemocnici v Londýně, kterou před šedesáti lety spoluzakládal M. Jones.

Hlavními pilíři se staly: pevný terapeutický program, klientská samospráva a pravidla komunity a postup jejich prosazování.

Zachycení podrobného vývoje TK by vydalo na další samostatnou práci. Pro hlubší pochopení vlivů na komunitní prostředí v TK v rozmezí let 2006-2009 se pokusíme nastínit stručně základní rozdíly, ke kterým došlo v oblastech programu, pravidel, funkcí a fází pobytu klienta v TK.

Na podzim 2008 jsme začali provádět revizi našeho programu, především na základě naší dvouleté praxe. Naším cílem bylo program více „ušít na míru“ pro naši klientelu. K této revizi jsme přizvali i klienty a dostali od nich několik podnětů. Hlavní cíle bylo jasněji zviditelnit určitý vývoj klienta během pobytu v TK, dát na jednu stranu více prostoru na pochopení základních principů TK, ale na druhou stranu je více přitáhnout do dění v komunitě, zrevidovat pravidla, samosprávu klientů (funkce) a s tím i související program během dne.

Obecná charakteristika TK Kaleidoskop

Pro snadnější pochopení změn nejdříve uvedme základní principy, které byly a zatím jsou stále stejné. Základ tvoří pevný terapeutický program, klientská samospráva, pravidla komunity a postup jejich prosazování a demokratické principy TK dle M. Jonese.

Fázování pobytu klienta v TK

Pobyt v TK je rozdělen na určité fáze, do kterých klient přichází po uplynutí doby jeho pobytu v TK (po příchodu do TK klient nemá hlasovací právo a získává jej až po určitém čase). To je jeden z základních rozdílů od hierarchické komunity, kde klient musí splnit stanovené požadavky, aby mohl postoupit do vyšší fáze, ale zároveň se při porušení pravidel propadá do nižší fáze.

Program

Stále se většina programu odehrává ve skupinovém uspořádání. Individuální terapie mají klienti jednou týdně. Program v komunitě probíhá každý den. V pracovní dny je celodenní program. Společné aktivity probíhají v blocích 1–1,5 hodiny a patří k nim: každodenní komunitní setkání všech přítomných klientů a pracovníků, skupinová psychoterapie, tematické/psychoedukační skupiny, kreativní skupiny, relaxace, sportovní aktivity a volnočasové aktivity. Pracovní blok zajišťuje především provozní potřeby komunity (každý den se vaří, uklízí, nakupuje apod.). Program je pro rezidenty povinný, uvolnit se může jen v závažném případě prostřednictvím tzv. „dovolenky“, kterou schválí celá komunita na každodenním komunitním setkání. Večer musí být všichni klienti ve stanovený čas přítomní v komunitě.

Základní součástí systému je tzv. *mimořádná komunita*, kterou může svolat kdykoli 24 hodin denně jakýkoli člen komunity, a to ve výjimečných situacích (např. při závažném porušení pravidel, při psychické krizi, kvůli žádosti o pomoc či podporu). Komunitní program má jasně stanovený časový harmonogram. Pokud se klient neúčastní nějaké aktivity déle než deset minut, jeho neúčast se stává předmětem na následující komunitě (zaměřuje se na důvody, které klienta vedly k jeho absenci). Absence je bodově ohodnocena a je stanoven určitý limit. Když jej klient překročí, dostává se do mechanismu – dříve „vyhodnocování“, dnes „brnkaček“ (pojmy vysvětleny níže).

Pravidla

Komunitní léčebné mechanismy (sankce) jsou zaměřeny na tři oblasti:

1. *bezpečí* (jak klienta ve vztahu k sobě, tak klienta ve vztahu ke komunitě. Porušení pravidel týkajících se bezpečí vede k tzv. „PP“- povolení přespat (podmínečné vyloučení), kdy klient musí vymezené období každý den na řádné komunitě žádat o pobyt na 24 hodin: hlasuje celá komunita a na konci tohoto období se opět hlasuje,

tentokrát o znovupřijetí klienta do TK. Smyslem většinou týdenního období je vytvořit prostor pro opakovanou reflexi maladaptivního chování)

2. zaměření na *praktické fungování klienta v komunitě* (např. účast na programu, plnění povinností; záměrem je zaměřit se na příčiny jeho chování, způsoby prožívání, které ho k tomu vedly) Tento mechanismus se nazýval „vyhodnocování“, dnes „brnkačky“.

3. *Vzájemnou spolupráce komunity a klienta* na jeho léčebném procesu (zda jsou jeho cíle dosažitelné skrze komunitní prostředí).

Funkce

Do funkcí, které zajišťují samosprávu skupiny, jsou klienti voleni na jeden měsíc (tím se vytváří určitá hierarchie ve skupině). Klienti se tak všichni podílí na fungování TK a nesou určitou odpovědnost. Každá funkce přináší určité konkrétní úkoly, při kterých se pozornost zaměřuje spíše na to, jaký má klient přístup k úkolu, než jak se mu podaří. Reflexe těchto funkcí může probíhat každodenně v rámci komunitního setkání a pravidelně se reflektuje ve vyhrazeném čase jedenkrát týdně. Funkce jsou děleny dle míry odpovědnosti a také privilegií, které přinášejí. Základní pilíř je post „Top“. Tuto funkci získávají dva klienti, kteří koordinují každodenní chod komunity (včetně přípravy na každodenní komunitní setkání), společně s pracovníkem řeší výjimečné situace a rozhodují o tom, zda svolat mimořádnou komunitu. Oba dva „Top“ musí být přítomni 24 hodin v TK - když nejsou, je komunita nefunkční (např. nemůže být svolána mimořádná komunita, neprobíhá každodenní setkání komunity). Klienti ve funkci „Top“ si mohou sjednat časově ohraničený zástup na řádném každodenním setkání komunity (tj. jiný klient je za něho dočasně ve stanovený čas „Topem“). Další důležitá funkce je tzv. „delegát“, který vítá a přijímá nové rezidenty. Dělá jim „průvodce“ komunitou (tj. vysvětluje pravidla TK, mohou se na něho obrátit kdykoli, když něco potřebují apod.). Praktické fungování komunity (rozpis služeb na vaření, nákup, úklid a jiné práce v TK) má na starosti tzv. „ministr práce“.

Pro srozumitelnější záznam vývoje tedy rozdělíme fungování TK na dvě etapy:

I. etapa (podzim 2006 – 2008)

Fázování pobytu klienta v TK

Fázování bylo rozděleno na tři stupně. První fáze trvala 1 týden po příchodu klienta do TK, kdy se po uplynutí 7 dnů stal právoplatným členem a získal hlasovací právo.

Druhá fáze, 2.–12. měsíc pobytu, byla zaměřena na osobnost klienta a jeho léčebný proces a třetí fáze 12.–18. měsíc, byla zaměřena na zařazení klienta do společnosti (hledání a udržení práce a bydlení, smysluplné trávení volného času)

Program

Časový harmonogram programu byl rozdělen na bloky (dopoledne I. blok společné aktivity, II. blok pracovní, III. blok společné aktivity, IV. blok pracovní). Od začátku měli určení klienti odpovědnost za určité aktivity, nejprve každodenní vedení komunity, pak se přidalo plánování volnočasové aktivity 1x týdně. Všichni klienti museli být v pracovní dny být přítomní v komunitě do 23.00. Program probíhal od 8. 30 do 17 či 18.00. Víkendy měli klienti volné.

Pravidla

Porušení pravidel týkajících se bezpečí vedlo k již zmíněnému „povolení přespat“. Nefungování v rámci druhé oblasti bylo označováno jako „vyhodnocování“, které trvalo týden. Klient na konci tohoto období mluvil na skupinové psychoterapii o důvodech, které vedly k porušení těchto pravidel. Na konci období se hlasovalo na řádné komunitě o jeho setrvání v TK. Třetí mechanismus se označoval „léčitelnost“ a podobně jako u vyhodnocování mluvil klient na skupinové psychoterapii svých cílech a jak jich v TK může dosáhnout, opět se hlasovalo o jeho setrvání v TK.

Funkce

Mezi statutární funkce (viz výše) patřil i „delegát“ a „ministr práce“, další funkce se nijak nedělily a byly to např. „zásobovač“ (měl na starosti, jestli je komunita zásobena vším, co je potřeba pro její provoz), „ekolog“ (zodpovědný za odpad TK), „zahradník“ (jeho náplň práce obsahovala starost o veškeré květiny v TK) apod.

II. etapa (podzim 2008 -2009)

Fáze klientů pobyt v TK

První fáze po příchodu klienta do TK se prodloužila na jeden měsíc, druhá fáze je mezi 2. až 9. měsícem, kdy je léčba zaměřena na klienta a změnu, ve třetí fázi trvajících (10.–12. měsíc) se klient zaměřuje na plánování, co bude dělat po ukončení základního

pobytu v TK. Pokud se klient rozhodne, může využít i čtvrtou fázi (12.–18. m.) se zaměřením na své ukotvení v sociálním prostředí (práce, bydlení).

Program

Časový harmonogram programu je stále rozdělen na bloky s tím, že se přidal jeden pracovní blok odpoledne (dopoledne: I. blok společné aktivity, II. blok pracovní, III. blok společné aktivity, IV. blok pracovní). K aktivitám, za které odpovídají klienti, se přidal sport, rozcvička a sobotní výlet). Všichni klienti mají od jara 2009 povinný sobotní výlet. Volnou mají jen neděli a doba, kdy musí být večer v komunitě, se liší podle toho, v jaké je klient fázi.

Pravidla

Koncepce mechanismu „PP“ zůstala stejná. Další dvě označení se změnilo z „vyhodnocování“ na „brnkačky“ a z „léčitelnost“ na „offsude“. U „brnkaček“ zůstala vyhodnocovací skupina; nehlasuje se na konci o setrvání klienta v komunitě, ale o výši pracovních povinností, které bude muset udělat navíc ve svém osobním volnu. U „offsudu“ také zůstala vyhodnocovací skupina, klient musí sepsat svoje cíle a jak na nich chce pracovat v TK. Klienti v období „PP“ i „offsudu“ přichází o privilegia z fáze, ve kterých jsou.

Funkce

Funkce „Top“ zůstala jedinou statutární funkcí. Vznikla skupina funkcí tzv. „řídících“, které jsou charakteristické tím, že mají určitou aktivitu na starosti. Patří sem „delegát“, „ministr práce“, „výdejce“ (stará se o výdej peněz a léků klientů i nemocné rezidenty TK), „schowmann“ (plánuje společné volnočasové aktivity, výlety apod.) a skupina provozních funkcí: „zásobovač“, „zahradník“.

Na první pohled by se mohlo zdát, že se koncepce TK Kaleidoskop přiblížila modelu hierarchických komunit (srov. KALINA, 2008, 251–341 s.). Základní prvky demokratického pojetí modelu TK jsou stále zachovány. Všichni mají stejně hodnotný hlas, rozhoduje se o všech věcech společně, klienti nemusí naplnit předepsané požadavky, aby přestoupili do vývojově starší fáze, odpovědnost za TK se rozděluje mezi více klientů. Pro vymezenou cílovou skupinu je posunuta hranice chování, co je přijatelné, a co ne, a za přestupky, ze které by v TK hierarchických byl klient

automaticky vyloučen; klient získává příležitost pracovat na změně formou již zmíněného „PP“

Terapeutický tým

Nedílnou součástí komunity je i terapeutický tým, který se také vyvíjel a měnil. Při založení v roce 2006 fungoval takový model, kdy službu poskytovali 2 psychoterapeuti a 6 socioterapeutů. Každý pracovní post měl rozlišnou pracovní náplň, ale spojovala je odpovědnost ze zdravé terapeutický prostředí. Tento model se časem neosvědčil. Nerovné pracovní pozice, které vedly k nerovnému postavení personálu v komunitě bylo proti demokratickým principům.

V lednu 2007 se uvedl nový model, a to 6 socioterapeutů, kteří zajišťovali 24 hodinovou službu, a jeden denní terapeut, který docházel v pracovní dny. Pracovní náplň se ujednotila. V létě 2007 se model upravil na 7 socioterapeutů a nastolila se podobná struktura, jako byla od počátku mezi klienty: všichni měli stejné pracovní povinnosti, stejné pracovní podmínky i odpovědnost. Tento model funguje dodnes. Bohužel, z důvodu nízké finanční dotace a vidinou, že nebude služba dofinancována, se v lednu 2009 snížil stav na 5 socioterapeutů. Dnes tedy tým tvoří 5 socioterapeutů a ředitelka organizace. Týmем prošlo 14 lidí, dodnes tam pracují 3 z původního zakládajícího týmu.

Situace v roce 2009

Jak jsem se již zmínili, sociální služba nedostala dostatečné finance pro zajištění provozu terapeutické komunity. Jednak to vedlo ke snížení stavu odborného personálu (viz výše), ale také k přestěhování do provizorních prostor, neboť nájem za prostory stávající si organizace nemohla vzhledem k rozpočtu dovolit.

Provizorní prostory byly nedostačující a nebylo možné službu v takovém konceptu v těchto prostorech udržet (rozpadla se klientská skupina, tj. i dva a půl roku budovaná komunitní kultura). Služba byla přerušena od 1. 7. do 15. 8. 2009. Během té doby došlo k přestěhování služby, k přepracování metodiky a vypracování standardů sociálních služeb. Zaměstnanci dostali první výplatu až za květen. Finanční nejistota organizace se znatelně promítla do poskytované služby. Naskytá se otázka financování sociálních služeb v České republice, která je dodnes velmi problematická a vyvolává živé debaty nejen u odborné veřejnosti. Myslím, že by bylo velmi užitečné a přínosné se touto otázkou zabývat hlouběji. Například srovnat stávající modely v zahraničí a zvážit jaké

prvky by byly přínosné pro český systém, kterému jasně chybí stabilita a jistota v tom, že když organizace bude provozovat kvalitně potřebnou službu pro společnost, měl by ji stát poskytnout nějaké minimálně finanční jistoty. To ale bohužel rozsah této práce neumožňuje.

EMPIRICKÁ ČÁST

V této části práce se věnuji vytyčení hlavních výzkumných cílů, seznámení s výzkumnou metodou, která byla použita pro šetření a hodnocení šetření

2. 1 Cíl práce

Cíl této práce je zachytit a porovnáním zkoumat porovnáním s předcházejícím šetřením zkoumat komunitní prostředí terapeutické komunity Kaleidoskop.

Výzkumné otázky jsou:

VO1: Došlo ke změně vnímání terapeutického prostředí TK Kaleidoskop členy komunity vzhledem k časovému odstupu od provedení prvního sběru?

VO2: Které škály komunitního prostředí považují respondenti za důležité?

VO3: Do jaké míry panuje shoda mezi terapeuty o představě, jaké by mělo být komunitní prostředí?

2. 2 Popis výzkumného vzorku

Na začátku výzkumu jsem požádala o spolupráci klienty a členy terapeutického týmu terapeutické komunity Kaleidoskop, kteří vytvořili dvě skupiny: skupinu rezidentů a skupinu terapeutů. Pro obě dvě skupiny byly stanoveny tato kritéria pro zařazení do studie:

1. jsou klienty/terapeuty v TK Kaleidoskop nejméně 1 měsíc
2. respondent souhlasí s podmínkami šetření, zejména je srozuměn s tím, že spolupráci může kdykoli přerušit (pro klienty: zařazení do studie nemá vliv na kvalitu poskytované služby).

Skupina rezidentů

V den administrace dotazníkové metody (26. 1. 2009) tato kritéria splňovalo 10 klientů TK. Toto číslo je ovlivněno maximální kapacitou terapeutické komunity, což bylo 14 míst. Jeden klient nesplňoval 1. kritérium.

Z uvedeného počtu bylo 7 žen (70%) a 3 muži (30%). Věkové rozpětí všech klientů se pohybovalo mezi 22 a 44 lety s průměrem 30,3 a směrodatnou odchylkou 6,2 let. 8 osob (80 %) mělo dokončené vyšší vzdělání než základní a všichni měli diagnostikovanou poruchu osobnosti, z toho 90 % emočně nestabilní poruchu a 50% emočně nestabilní/hraniční typ poruchy osobnosti (viz tabulka č. 3.)

Tab. č. 3 informace o klientech

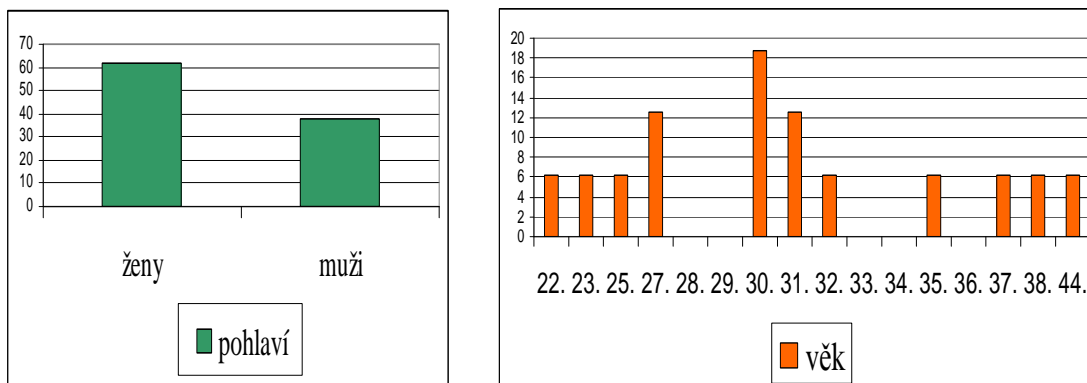
	počet měsíců v komunitě	věk	diagnóza
klient 1	2	31	Emočně nestabilní p.o.
klient 2	3	27	Emoč. nestab./hraniční typ p.o.
klient 3	3	38	Emoč. nestab./hraniční typ p.o.
klient 4	4	27	Emoč. nestab./hraniční typ p.o.
klient 5	5	23	Emočně nestabilní p.o.
klient 6	7	44	Emoč. nestab./impuls. typ p.o.
klient 7	8	31	Smíšená p.o.
klient 8	10	30	Emoč. nestab./hraniční typ p.o.
klient 9	11	30	Emoč. nestab./hraniční typ p.o.
klient 10	14	22	Emočně nestabilní p.o.

Skupina terapeutů

Bohužel vzhledem k provozním důvodům nebylo možné administraci dotazníkové metody u terapeutů provést jeden den. Proběhlo od 26. 1. – 15. 2. 2009, individuálně. Šetření se účastnilo 6 terapeutů, 3 ženy (50%) a 3 muži (50 %). Věkové rozpětí terapeutů se pohybovalo mezi 25 a 37 lety s průměrem 30,8 a směrodatnou odchylkou 4, 4 let.

Celkový soubor účastníků šetření tvořilo tedy 16 lidí, z toho 10 žen (62,5%) a 6 mužů (37,5%) s věkovým rozpětím 22–44 let (viz obrázek č. 3).

Obr. č. 3 Některé deskriptivní charakteristiky zkoumaného souboru



2. 3 Popis použité metody

Vzhledem ke skutečnosti, že navazuji na výzkum R. Ernesta, jsem podobně jako on použila dotazník „Community oriented programs environment scale“ (dále COPES). COPES umožňuje hodnotit sociální klima prostředí, v němž probíhá terapie. Metoda vznikla a vyvíjela se na programy, ve kterých sociální prostředí bylo jedním z hlavních účinných faktorů. V ČR byla použita teprve v roce 2008 a publikována v disertační práci „Komunitní terapie poruch osobnosti“ R. ERNESTA (2008). Autor převedl dotazník do češtiny a totožný jsem použila i já, jen jsem upravila jeho formální stránku. Stále nebyla bohužel udělána valorizační studie tohoto převodu.

Škála prostředí komunitně orientovaných programů (COPES) (MOOS, 1996) je rozdělena do deseti subškál, které jsou sdruženy do tří dimenzí:

1. vztahová dimenze,

- *aktivita* (nakolik jsou členové komunity na programu aktivní), *podpora* (jak moc se členové komunity vzájemně podporují a pomáhají, nakolik jsou podporováni terapeuti),
- *otevřenost* (do jaké míry program odporuje otevřenost vyjadřování pocitů členů komunity a personálu),

2. dimenze osobnostního růstu,

- *autonomie* (nakolik jsou členové komunity samostatní a nezávislí v rozhodování a nakolik jsou povzbuzováni vedením programu),

- *praktická orientace* (prostor, ve kterém se členové učí sociální a pracovní dovednosti a jsou připravováni na propuštění z programu),
- *orientace na osobní problémy* (prostor, ve kterém se členové snaží porozumět svým pocitům a osobním problémům),
- *vztek a agrese* (do jaké míry se pracuje s agresí, jestli probíhají otevřené hádky mezi členy komunity nebo i s personálem),

3. dimenze udržování systému,

- *pořádek a organizovanost* (nakolik důležité jsou řád a uspořádání v programu),
- *srozumitelnost v programu* (prostor, ve kterém se členové dozví, co očekávat další den, denní praxe a srozumitelnost pravidel programu a procesu),
- *řízení personálem* (prostor, ve kterém zaměstnanci používají opatření k udržování členů pod potřebnou kontrolou).

Dohromady se subškály skládají ze sta položek. Respondenti se ke každému tvrzení vyjadřují zaškrtnutím „pravda“, nebo „nepravda“ podle toho, zda podle nich tvrzení popisuje atmosféru v daném terapeutickém zařízení. Ve svém šetření jsem použila *R formu*, která zjišťuje, jak proband vnímá aktuální sociální klima programu, a *I formu* (viz příloha II), jak on si představuje, že by měla vypadat ideální sociální klima. Administrace jedné formy trvá přibližně 20 minut.

Pro výzkumy a šetření tohoto zaměření je přínosné, že škály COPEs byly vytvořeny speciálně pro výzkum prostředí v zařízení typu terapeutické komunity. Dále rozdělení deseti subškál usnadňuje vykreslení celého profilu jednotlivých charakteristik terapeutického prostředí. Dotazník se může předložit jak rezidentům služby, tak terapeutům a je možné porovnávat jejich vnímání programu.

2. 4 Popis šetření

Původní plánované šetření se mělo skládat ze sběru dat o komunitním prostředí, který se měl uskutečnit dvakrát po sobě, a to v rozmezí půl roku. Vzhledem k situaci v roce 2009 v terapeutické komunitě Kaleidoskop (viz str. 60 – 61 v této práci), kde se šetření provádělo, se uskutečnil jen jeden sběr dat.

Na základě toho, že jsem změnila formální stránku testu COPES, jsem si nejdříve vyplnila sama dotazník a zjistila jsem, že potřebuji pro zodpovězení otázek více času. Z původních stanovených 15 minut na jeden dotazník jsem tedy počítala spíše s 20 minutami.

Domluvila jsem se s klienty na jednom termínu (26. 1. 2009), kdy se ve svém volném čase všichni sešli ve společném prostoru terapeutické komunity. Seznámila jsem je s účely svého šetření i s tím, že jejich spolupráce je dobrovolná.

Když jsme se ve stanovaný čas všichni sešli, krátce jsem je seznámila s instrukcemi. Zopakovala jsem, že dotazník je anonymní (zabránění obav, že když klient bude negativně hodnotit terapeutický program, terapeuté k němu změní přístup.) Stejně jako u šetření, které probíhalo v roce 2008, byly všem probandům rozdány stejné tužky, záznamy odpovědí probíhaly pouze škrtnáním písmen a odpověďové archy klienti odevzdávali do uzavřené schránky na druhém konci místnosti, než kde seděla administrátorka. Někteří klienti měly dotazníky vyplněné v předpokládaném čase, ale někteří potřebovali až dvojnásobek času.

Vzhledem k situaci v komunitě nebylo možné domluvit společný termín pro všechny terapeuty a tak byl stanoven časový interval 26. 1.–15. 2. 2009, kdy individuálně vyplnili dotazníky a odevzdali je do schránky v kanceláři.

Vyhodnocování metody COPES probíhal způsobem „tužka – papír“.

Při interpretaci výsledků statistických metod je třeba vzít v potaz menší statistickou sílu pořadových testů, která souvisí i s malou velikostí zkoumaného souboru. Studie proto může identifikovat pouze velké rozdíly, popř. těsné vztahy mezi proměnnými. Množství potenciálních informací můžeme získat i analýzou popisných statistik (průměru a směrodatné odchylky). Směrodatná odchylka nám ukazuje homogenost souboru (DISMAN, 2002).

2. 5 Výsledky

Vzhledem k návaznosti šetření je přínosné shrnout poznatky ze studie R. ERNESTA (2008) kde píše, že byl kladen důraz na práci se „vztekem a agresí“, na „otevřenost“ a „srozumitelnost programu“ v systému demokratické komunity v Kaleidoskopu. Byly to tři vrcholy na obou „aktuálních“ profilech. Naopak oproti jiným zařízením zde bylo relativně hůře dosahováno „pořádku a organizovanosti“ (nejnižší bod na „aktuálních“ křivkách).

V průměru měli klienti i pracovníci nejmenší zájem o „řízení personálem“, ačkoliv si klienti si na rozdíl od terapeutů nemysleli, že by žádoucí nízké úrovně již bylo dosaženo.

Obě skupiny se lišily tím, že zatímco u klientů byla patrná snaha zmiňované negativní emoce a chování spíše upozadovat, pracovníci považovali jejich vyjadřování za žádoucí a zřejmě mu přiřazovali terapeutický efekt. V očekáváních od kýženeho stavu se také odrážela zajímavá tendence, že totiž terapeuti od klientů očekávali větší vlastní aktivitu, kdežto klienti si přáli více podpory.

Obě skupiny se vcelku shodly na aktuální intenzitě v zaměření programu na praktické životní dovednosti i na tom, že je do budoucna třeba věnovat této oblasti větší pozornost. Oproti tomu pouze terapeuti vyjadřovali spokojenost ohledně zastoupení psychoterapeutické složky („orientace na osobní problémy“) a také ji považovali za výrazně akcentovanou. Hodnocení klientů bylo pouze průměrné, v důsledku čehož vyvstávala podstatně větší diskrepance s jejich očekáváními.

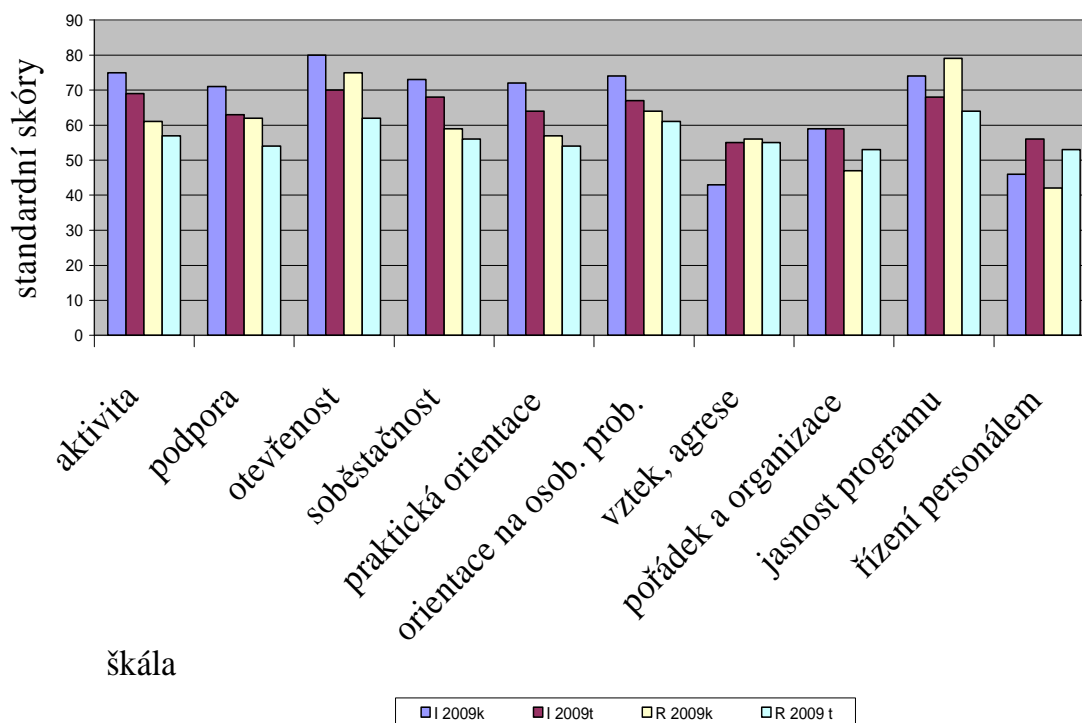
Rozdíly mezi současným stavem a přáními ve dvou posledně jmenovaných oblastech (zaměření na praktické dovednosti a porozumění sobě samému) bylo jedním z hlavních zjištění výzkumu.

Nejprve se seznáme s naměřenými hodnotami v lednu 2009, které jsou uváděny formou aritmetického průměru z naměřených hodnot. Pro grafické znázornění jsou tyto hodnoty převedeny dle standardního skórování testu COPES (viz Tab. č. 4).

Tab. č. 4 Hodnoty naměřené v lednu 2009

Škály komunitního prostředí	reál klienti	reál terapeuti	ideál klienti	ideál terap.
Aktivita	8,1	8	9,9	9,8
Podpora	8,3	8	8,9	8,8
Otevřenost	7,1	7,8	8,7	9,2
Soběstačnost	6,7	7	8,1	9
praktická orientace	7	7	9	8,5
Orient. na osob. prob.	7,6	7,7	9,3	9
vztek, agrese	6,3	7,2	6,2	7,3
pořádek a organizace	6,5	6,8	8,4	8,2
jasnost programu	9,5	9,3	9,1	9,5
řízení personálem	5	4,7	5	5,5

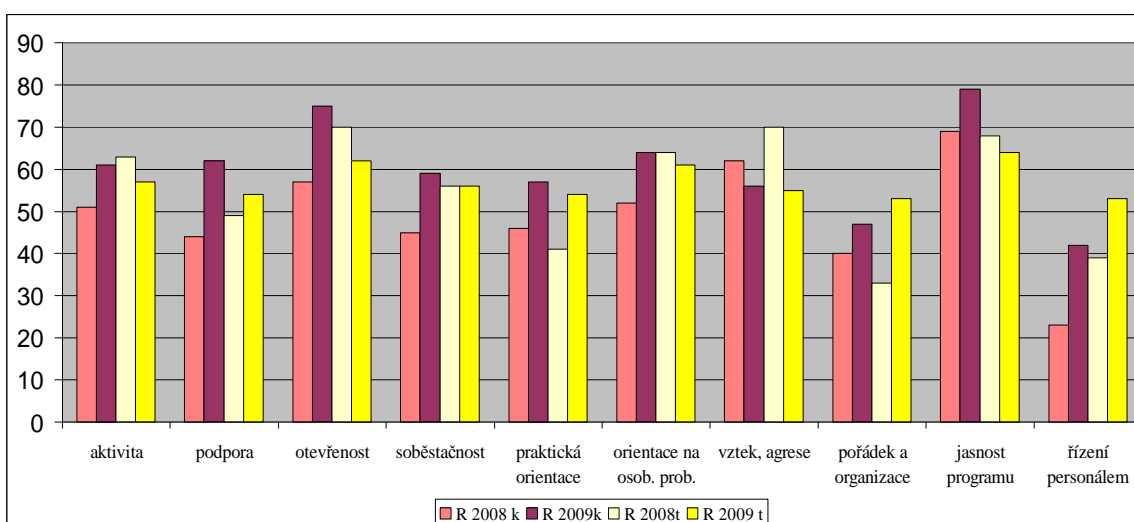
Obr. č. 4 Profil sociálního klimatu TKK podle škály COPES – hodnocení aktuálního a ideálního stavu klienty i terapeutů



VO2: Naměřené hodnoty mezi oběma soubory se výrazně v žádné subškále neliší (viz Obr. č. 4) V systému demokratické komunity Kaleidoskop je kladen důraz na „aktivitu“, „podporu“ a „jasnost programu“. Dále se k nim řadí „otevřenost“, kdy by terapeuti chtěli ještě větší zastoupení této položky v komunitním prostředí. Zastoupení práce se „vztekem a agresí“ je vnímána oběma skupinami podobně a nepotřebují ji do budoucna měnit. Aktuální intenzita zaměření na „soběstačnost“ se řadí k průměru naměřených hodnot, s tím, že obě dvě skupiny by chtěly klást na tuto položku větší důraz. Podobně je to i u položek „praktická orientace“ a „orientace na osobní problémy“ s tím, že na všechny položky by si přáli opět klást větší důraz, klienti především u „praktické orientace“ a terapeuti zase u „soběstačnosti“. „Pořádek a organizace“ a „řízení personálem“ měly nejmenší naměřené hodnoty s tím rozdílem, že u položky „pořádek a organizace“ si obě dvě skupiny přejí více s tím pracovat. „Řízení personálem“ se neočekává a není tomu přikládán důraz.

VO1: Tedy v porovnání s předešlou studií z roku 2008 lze říct, že při práci v komunitě se klade důraz na „podporu“ a „jasnost programu“. Do pozadí šlo zaměření na „agresi a vztek“ a spíše se klade důraz na „aktivitu“ a „otevřenost“, kdy se obě dvě skupiny shodují, že aktuální intenzita obou dvou zmíněných položek by měla ještě narůst. Vzrostlo i zaměření na „osobní problémy“. V průměru mají klienti i pracovníci stále nejmenší zájem o „řízení personálem“(viz obrázek č. 5).

Obr. 5 Profil sociálního klimatu TKK podle škály COPES – hodnocení aktuálního stavu klienty i terapeuty za rok 2008, 2009.



VO3: Jak tabulka č. 5 zaznamenává, největší shoda mezi terapeuty o představách vývoje sociálního klimatu v TK Kaleidoskop je ve škálách „praktická orientace“, „jasnost programu“ a „aktivita“. Nejvíce se rozchází na pojetí „řízení personálem“ a „vztek a agrese“.

Tab. č. 5 Naměřené hodnoty u profilu sociálního klimatu TK Kaleidoskop podle škály COPEs – hodnocení ideálního stavu terapeuta za rok 2009.

Škála komunitního prostředí	T 1	T 2	T 3	T 4	T 5	T 6	Průměr směrodatné odchylky
aktivita	10	1 0	1 0	9	1 0	1 0	0,37
podpora	10	8	9	8	9	9	0,68
otevřenost	9	1 0	9	8	1 0	9	0,94
soběstačnost	10	9	8	1 0	9	8	1
praktická orientace	9	9	8	9	8	8	0,25
orientace na osob. prob.	10	1 0	9	8	8	9	0,82
Vztek, agrese	7	7	6	9	8	7	1,22
pořádek a organizace	8	7	9	8	9	8	0,7
jasnost programu	9	9	1 0	1 0	1 0	9	0,25
Řízení personálem	5	5	5	7	6	5	1,26

2. 6. Diskuze

Výzkumné šetření navázalo na pilotní sběr dat z roku 2008. Bylo provedeno se vzorkem šestnácti lidí, a tak naměřené hodnoty musíme brát spíše orientačně a poukazujícím způsobem než jako validní data.

Podobně, jak se vyvíjely některé prvky komunitní léčby (viz str. 55-60 v této práci), tak se při porovnání s naměřenými hodnotami v roce 2008 ukázalo, že došlo k jistým posunům profilu komunitního prostředí. Místo škály „vzteky a agrese“, která se upozadila, se při práci klade více důraz na „aktivitu“ a „otevřenost“.

Je otázkou, do jaké míry tomu přispěly změny konceptu komunity, které započaly v roce 2008, ale dle mého názoru se ještě více projeví na profilu prostředí za delší časovou dobu.

Ve vnímání reálného komunitního prostředí se obě dvě skupiny shodují. Začínají se profilovat škály, na kterých je program postaven - „jasnost programu“ a „podpoře“, což vzhledem k cílové skupině dává smysl (jasné a srozumitelné hranice a podporující prostředí pro změnu). I vzhledem ke zvolenému demokratickému modelu terapeutické komunity je odpovídající, že v obou dvou šetření byla nejmenší hodnota naměřena u škály „řízení personálem“.

Ve výzkumné skupině odborného personálu se ukázalo, že má převážně homogenní představu o tom, jak by se profil komunitního prostředí měl vyvíjet do tzv. ideálního stavu. Různorodost pohledů se ukázala jen u škál práce se „vztekem a agresí“ a „řízení personálem“. Jako přínosný prvek pro homogenost pohledu určitě přispěl fakt, že tři z respondentů v komunitě pracují od jejího počátku, a tak se jejich představa už jasněji vyprofilovala.

Právě již zmiňovaná škála „vzteku a agrese“ je jedním z nejzajímavějších ukazatelů, neboť v prvním šetření v roce 2008 ji respondenti zařadili mezi tři nejdůležitější aspekty prostředí s tím, že skupina terapeutů měla potřebu s ní více pracovat. V roce 2009 naměřená hodnota klesla, a dokonce ani jedna skupina nemá potřebu tuto situaci měnit. Vzhledem k cílové skupině, pro kterou je přirozené právě před tímto tématem utíkat a nepracovat s ním, by bylo přínosné, aby pracovníky tuto informaci vzali jako podnět k diskuzi.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku poruch osobnosti v terapeutické komunitní léčbě. Shrnuje poznatky o dané problematice, seznamuje s poměrně novým typem psychoterapie, která se využívá při práci s danou klientelou, a to s Dialectical Behavior terapií.

Během zpracování tématu se objevila řada témat, kterým by bylo přínosné věnovat pozornost, ale v této práci už by byly nad rámec tématu. Například práce s duchovní složkou osobnosti v komunitní terapii nebo srovnání a navrhnutí funkčního modelu financování neziskového sektoru, který by zvyšoval kvalitu služeb a zároveň poskytoval finanční jistotu kvalitním službám.

Díky provedenému šetření se začínají profilovat základní pilíře komunitního prostředí terapeutické komunity Kaleidoskop, a to aspekt „podpory“ a „jasnosti programu“, ale také se na druhou stranu ukazuje, s čím komunita nepotřebuje pracovat, a to je škála „řízení personálem“. Nejpřekvapivější byla změna naměřené hodnoty škály „vzteku a agrese“, což si myslím, že by mělo být podnětem v terapeutickém týmu.

Toto šetření, i když bylo provedeno v malém množství (na druhou stranu komunita asi nikdy neposkytne dostatek respondentů pro validitu šetření), vzhledem ke své kapacitě může poukázat na aspekty a mohou vzniknout podněty pro praktické využití poznatků.

LITERATURA

- BALCAR, K. *Úvod do studia psychologie osobnosti*. 2 vyd. Chrudim: Mach, 1991. 217 s.
- BUBER, M. *Já a Ty*. Přel. Jiří Navrátil. Praha: Kalich, 2005. 164 s. ISBN 80-7017-020-
- BOHUS, M. *Borderline porucha osobnosti*. Trenčín: Vydavatelstvo F, 2005. 152 s. ISBN 80-88952-23-9.
- BROŽA, J. Pravidla TK. Klíčová pravidla a režim. In NEVŠÍMAL, P. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, 2007, s. 82 – 90.
- CARLING, P.J. *Foundation for a new approach*. Přel. J. Paleček. New York: Guilford Press, 1995, s. 49-68.
- COAN, R. W. *Optimální osobnost a duševní zdraví, hrdina, umělec, mudrc nebo světec?* Přel. E. Bakalář. Praha: Grada, 1999. 236 s. ISBN 80-7169-662-5.
- ČÁLEK, O. *Skupinová daseinsanalýza*. Praha: Triton, 2004. 598 s. ISBN 80-7254-539-6.
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3 vyd. Praha: Karolinum, 2002. 120 – 201 s. ISBN 80 246-0139-7.
- DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, 2003. 175 s. ISBN 80-7178-766-3.
- ELLIS, A., MacLAREN, C. *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Přel. I. Müller. Praha: Portál, 2005. 135 s. ISBN 80-7178-947-X.
- ERNEST, R. *Komunitní terapie poruch osobnosti*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova. Filosofická fakulta. Katedra psychologie, 2007. 106 s. vedoucí diplomové práce: doc. PhDr. Jiří Šípek, CSc.
- ERNEST, R. *Komunitní terapie poruch osobnosti*. Disertační práce. Praha: Univerzita Karlova. Filosofická fakulta. Katedra psychologie, 2008. 120 s. Vedoucí diplomové práce doc. PhDr. Jiří Šípek, CSc.
- FALDYNA, Z. *Hraniční porucha osobnosti, diagnostika, komorbidita a možnosti terapeutického ovlivnění při psychiatrické hospitalizaci*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 42 s. ISBN 80-85121-56-5.
- GIDDENS, A. *Sociologie*. Přel. J. Jařab Praha: Argo, 1999, s. 31 – 60. ISBN 80-7203-124-4.

- GILLERNOVÁ, I. Sociální komunikace. In KOMÁRKOVÁ R., SLAMĚNÍK I. a VÝROST J. (ed.). *Aplikovaná sociální psychologie III. Sociálněpsychologický výcvik*. Praha:Grada, 2001, s. 46 – 58.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 56 , 267, 379, 384. ISBN 80-7178-303-X.
- HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. 221 s. ISBN 80-85850-45-1.
- HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 2 vyd. Přel. I. Štěpaníková. Praha: Portál, 2000. 165 s. ISBN 80-7178-415-X.
- JOHNSON, S. M. *Charakterové typy člověka, terapeutická léčba raných poruch*. Přel. J. Ježek a J. Zeman. Brno: Computer Press, 2007. 268 s. ISBN 978-80-251-1521-3.
- KALINA, K. *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada, 2008. 400 s. ISBN 978-80-247-2449-2.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotní profese*. 4 vyd. Praha: Portál, 1997. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.
- KRATOCHVÍL, S. *Terapeutická komunita*. Praha: Academia, 1979. 124 s.
- KRATOCHVIL, S. *Základy psychoterapie*. 4 akt. vyd. Praha: Portál, 2002. 392 s. ISBN 80-7178-657-8.
- KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 2005. 297 s. ISBN 80-7262-347-8.
- LUCKÁ, Y., KOBRLE, L. Syndrom vyhoření, práce s ním a vyhoření. In VODÁČKOVÁ, D. aj. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s.174-180. ISBN 80-7178-696-9.
- MACEK, P. Sebesystém, vztah k vlastnímu já. In VÝROST J., SLAMĚNÍK I. *Sociální psychologie*. Praha: ISV, 1997 s. 181- 209. ISBN 80-85866-20-X.
- MAHROVÁ, G. Denní program(struktura a rytmus denního programu). In NEVŠÍMAL, P. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha, 2007, 96-99s. ISBN 978-80-7106-937-9.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. s. 240. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, O. aj. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008, s. 253 – 269. ISBN 80-7178-548-2.

MOOS, R. H. *Community Oriented Programs Environment Scale*. Mind Garden, Menlo Park, 1996.

NEVŠÍMAL, P. Původ a vývoj terapeutických komunit pro drogově závislé. In KOOYMAN, M., DELEON, G., NEVŠÍMAL, P. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I*. Přel. M. Hajný, D. Adámeček, P. Nevšimal. Praha: Magdaléna, 2004. 238 s. ISBN 80-7106-876-4.

RIEGER, Z. *Lod' skupiny*. Praha: Portál, 2007. 206 s. ISBN 978-80-7367-222-5.

RÖHR, H.P. *Hraniční porucha osobnosti*. Přel. A. Konečný. Praha: Portál, 2003. 117 s. ISBN 80-7178-724-8.

SCHREIBEROVÁ, P. *Poruchy osobnosti*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. 2009. 95 s. Vedoucí diplomové práce: PhDr. Marie Vacínová, CSc.

SVOBODA, M.(ed.), ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVA, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.

PRAŠKO, J. aj.. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-737-X.

TRENCKMANN, U., BANDELOW, B. *Psychiatria a psychoterapia. Odporúčané informácie pre pacientov, príbuzných, priateľov*. Přel. J. Hašto. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005, s. 119-122. ISBN 80-89952-26.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002, s. 254 – 265. ISBN 80-7178-678-0.

VAVRDA, V. *Otázky soudobé psychoanalýzy*. Praha: Lidové noviny, 2005, s. 44 – 121. ISBN 80-7106-672-9.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005, s. 199-214. ISBN 80-7178-998-4.

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 306 s. ISBN 80 85212-44-1.

YALOM, I.D. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál, 2007, s 21- 191. ISBN 978-80-7367-304-8.

ZIZLER, J., RYCHETSKÝ L. Naším pohonem není jen sirup slasti. Rozhovor s psychoterapeutem Jiřím Růžičkou. *A2 kulturní čtrnáctideník*, 2009, roč. 5, s. 24 – 25.

Zákony

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.

Přednášky

BALCAR, K. patopsychologie osobnosti. Přednášky pro 4. ročník PVŠPS v letním semestru 2006 – 2007.

KRIPPNER, K. *Nové trendy v psychoterapii*. 7. mezinárodní seminář KIP ve Žďáru nad Sázavou, 15. 5. 2003.

PRAŠKO, J. *Možnosti psychoterapie a KBT u hraniční poruchy osobnosti*. Psychiatrické centrum Praha 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy Centrum neuropsychiatrických studií.

Nepublikované práce

KUO J., CHEN E. *Dialectical Behavior Therapy, Treating multiple severe Disorders with DBT, Behavioral Tech*. Seattle, 2003. 48 s.

TUMLÍŘOVÁ, R. *Vnitřní metodika pro provoz Terapeutické komunity Kaleidoskop*. Praha, 2006. 23 s.

Přílohy

PŘÍLOHA I Specifické poruchy osobnosti

PŘÍLOHA II Škála prostředí komunitě orientovaných programů

Příloha I.

Specifická porucha osobnosti	Emočně nestabilní a hraniční por. osobnosti	Histriónská porucha osobnosti	Anankastická porucha	Závislá porucha osobnosti
Stručná charakteristika	V popředí je u obou emoční nestálost a impulzivita.	Neustálé zabývání se, zda vzbuzuje pozornost druhých a vlastním zjevem.	Nadměrná svědomitost a opatrnost je vyvolána pocitem ohrožení vlastní osoby.	Neustálá potřeba, aby se druhí starali a rozhodovali za něj.
Projevy	Hraniční typ: chronické pocity prázdnoty, suicidální tendence(sebepoškozovací tendence), emočně intenzivní a nestálé vztahy (viz. kap.) Emočně nestabilní typ: silné, málo zvladatelné afekty, sklon ke zkratkovému jednání(agresivního rázu), zvláště po kritice na něho	dramatizování, sebestřednost, touha po obdivu, obviňování, manipulování, intriky, pomluvy, lhavost, infantilita, nadměrná potřeba vzrušení	nutkavé pochyby (především o vlastních schopnostech), nerozhodnost, vnitřní nejistota, rigidní postoje, perfekcionalismus, nadměrná sebekontrola, zvýšená potřeba respektovat sociální normy	závislost na jiných, nadměrná péče druhých, strach z opuštění, submisivita, přilnavost, neschopnost osamostatnění, nízké sebehodnocení
Emoce	emoční nestabilita	akcentovaná povrchní emocionalita, teatrálnost, labilita, nestálost	porucha emočního ladění(neschopnost dosahovat příjemných prožitků	emoční ladění převažuje úzkostnost a pesimismus
rozvinuté strategie x nedostatečně rozvinuté strategie	manipulace, upoutání pozornosti x zvládání emocí	dramatizace, předvádění se X systematičnost, kontrola	odpovědnost, kontrola X spontánnost, flexibilita	vazba, vyhledávání pomoci X rozhodnost a soběstačnost
Strategie chování	Kolísá mezi extrémny chování.	Předvádí se, používá dramatické záchvaty vzteku, pláče, vyhrožuje suicidiem.	Rigidně kontroluje druhé, aplikuje pravidla, moralizuje a hodnotí.	Spoléhá se na druhé lidi, pěstuje závislé vztahy.
Obranné mechanismy	popření, devalvace, projektivní identifikace, disociace	vytěsnění, disociace, projekce, regrese	izolace afektu, přesun afektu	idealizace, projektivní identifikace
poznámka	psychiatři se s ní setkávají nejčastěji			

Specifická porucha osobnosti	Paranoidní porucha osobnosti	Schizoidní porucha osobnosti	Disociální porucha osobnosti	Vyhýbavá porucha osobnosti
Stručná charakteristika	Charakterizuje ji celoživotní nedůvěřivost vůči jiným lidem.	Vyznačuje se neschopností vytvářet vztahy a žít v nich.	Za každou cenu jedinec hledá uspokojení svých potřeb.	Jedinec, který je v neustálém napětí a úzkosti, plný obav, že bude kritizován.
Projevy	nespolečenskost, podezíravost, citlivost na neúspěch a odmítnutí, vztahovačnost, nadměrný důraz na osobní práva a zdůraznění vlastní osoby	omezená schopnost vyjadřovat cit, uzavřenost, nepraktičnost, neschopnost prožívat uspokojení, necitlivost pro normy a konvence a jejich zanedbávání, přemýšliví, hloubavý	sklon k protispolečenskému chování, neschopnost empatie, potřeba silného vzrušení, neschopnost tlumit a ovládat vlastní reakce, nízká tolerance k zátěži	pocit méněcennosti, přecitlivost na výtky, úzkostné napětí, nedostatek sebedůvěry, tendence k izolaci, tendence vyhnout se selhání
Emoce	emoční naladění převážně negativní a napjaté	emoční útlum, chladnost, odstup či oploštělé citové prožívání	nedostatečný rozvoj vyšších citů	porucha emočního prožívání(pocity napětí, obav, ohrožení)
rozvinuté strategie x nedostatečně rozvinuté strategie	nedůvěra, podezíravost x důvěra, smysl pro humor	autonomie x intimita	bojovnost, expanzivita x sociální citlivost, empatie	nevstříctnost X sebedůvěra a asertivita
Strategie chování	Je nadměrně podezřívavý, hledá skryté motivy, obviňuje.	Předpokládá skryté motivy, vyhýbá se kontaktu, věnuje se monotónním samotářským činnostem.	Využívá druhé, manipuluje, napadá, krade.	Vyhýbá se intimitě a hodnotícím situacím.
Obranné mechanismy	Projekce	schizoidní fantazie(stažení do vnitřního světa), intelektualizace(s cílem vyhnout se prožitkům emocí)	Kontrolování, projektivní identifikace, disociace	Projekce(externalizace zdroje ponížení nebo odmítnutí), přesun či izolace afektu
Poznámka	V historii rodinné anamnézi se vyskytují nemocní se schizofrenií a poruchami s bludy.		Společensky označovány za nejnebezpeční, poruchy chování bývají diag. již v dětství(záškoláctví, krádeže).	

Příloha II.

Škála prostředí komunitě orientovaných programů

Instrukce

Na samostatném archu papíru je uvedeno 100 tvrzení, která se týkají terapeutických komunit. Máte se vyjádřit, jaká by podle Vás měla být **ideální komunita**.

Prosím rozhodněte se, která z těchto tvrzení jsou **pravdivá** (tj. platí) pro **ideální komunitu** a která nikoli.

Pravda – v následující tabulce zakroužkujte v příslušném políčku písmeno **P**, pokud si myslíte, že pro ideální komunitu je dané tvrzení **pravdivé** nebo **většinou pravdivé**.

Nepravda - v následující tabulce zakroužkujte v příslušném políčku písmeno **N**, pokud si myslíte, že pro ideální komunitu je dané tvrzení **nepravdivé** nebo **většinou nepravdivé**.

Datum:

Věk:

Pohlaví: žena muž

1.	Klienti budou vkládat do toho, co dělají, hodně energie.	P	N
2.	Zdravější klienti budou pomáhat starat se o ty méně zdravé.	P	N
3.	Klienti budou mít sklon skrývat jeden před druhým svoje pocity.	P	N
4.	V komunitě nebude existovat žádní klientská samospráva.	P	N
5.	Komunita bude klást důraz na přípravu na nové druhy zaměstnání.	P	N
6.	Klienti budou velmi zřídka hovořit o svém sexuálním životě.	P	N
7.	Bude těžké dostat se s lidmi do hádky.	P	N
8.	Aktivity klientů budou pečlivě plánovány.	P	N
9.	Klienti, kteří poruší pravidla, budou vědět, jaké budou následky.	P	N
10.	Když bude jednou s klientem sjednán plán, bude se jej muset držet.	P	N
11.	Bude to komunita plná života.	P	N
12.	Pracovníci budou mít velmi málo času na povzbuzování klientů.	P	N
13.	Klienti pracovníkům řeknou cokoli, co budou chtít.	P	N
14.	Klienti budou moci mluvit do vytváření pravidel.	P	N
15.	Bude kladeno relativně málo důrazu na to, učit klienty řešení praktických problémů.	P	N
16.	O osobních problémech se bude otevřeně mluvit.	P	N
17.	Klienti budou často kritizovat pracovníky nebo si z nich dělat legraci.	P	N
18.	Bude to velmi dobře organizovaná komunita.	P	N
19.	Pokud bude klientům program změněn, pracovníci vždy vysvětlí proč.	P	N
20.	Pracovníci budou velmi zřídka trestat klienty odnětím jejich privilegií(výhod)	P	N
21.	Klienti budou hrdí na komunitu.	P	N
22.	Klienti budou zřídka pomáhat jeden druhému.	P	N
23.	Bude těžké říct, jak se klienti cítí.	P	N
24.	Od klientů se bude očekávat, že to povedou.	P	N
25.	Bude se očekávat, že si klienti vytvoří detailní, specifické plány do budoucna.	P	N
26.	Pracovníci budou zřídka klást klientům osobní otázky.	P	N
27.	Klienti se budou zřídka přít.	P	N
28.	Pracovníci zajistí, že prostory komunity budou vždy úhledně uspořádané.	P	N
29.	Pracovníci budou zřídka podávat klientům detailní vysvětlení toho, o čem je komunita.	P	N
30.	Klienti, kteří poruší pravidla, za to budou potrestáni.	P	N
31.	V komunitě bude velmi málo skupinového ducha.	P	N
32.	Pracovníci budou mít velký zájem na udržení kontaktu s klienty po opuštění komunity.	P	N
33.	Klienti si budou dávat pozor na to, co říkají, když jsou pracovníci nablízku.	P	N
34.	Pracovníci budou odrazovat od kritiky.	P	N
35.	Relativně málo se bude diskutovat o tom, co přesně budou klienti dělat, až odejdou z komunity.	P	N
36.	Od klientů se bude očekávat, že spolu navzájem sdílejí svoje osobní problémy.	P	N
37.	Pracovníci se spolu někdy budou otevřeně přít.	P	N
38.	Prostory budou obvykle vypadat trochu nepořádně.	P	N
39.	Klienti jasně porozumějí pravidlům komunity.	P	N
40.	Klienti, kteří budou bojovat s jinými klienty, se dostanou do potíží s pracovníky.	P	N
41.	Velmimálo klientů se bude k něčemu dobrovolně hlásit.	P	N
42.	Pracovníci budou vždy chválit klienta, který dělá něco dobře.	P	N

43.	Klienti budou silně povzbuzováni k tomu, aby se volně vyjadřovali.	P	N
44.	Klienti budou moci opustit komunitu, kdykoli budou chtít.	P	N
45.	Poměrně málo důrazu bude kladeno na tvorbu specifického plánu pro opuštění komunity.	P	N
46.	Klienti budou mluvit poměrně málo o svojí minulosti.	P	N
47.	Klienti se sobě budou někdy vzájemně posmívat.	P	N
48.	Každý den se klienti budou řídit pravidelným rozvrhem.	P	N
49.	Klienti nebudou nikdy vědět, kdy je pracovníci požádají, aby se s nimi sešli.	P	N
50.	Pracovníci nebudou klientům nic přikazovat.	P	N
51.	Bude se zdát, že spousta klientů prostě zabíjí čas.	P	N
52.	Pracovníci budou vědět, co klienti chtějí.	P	N
53.	Klienti si budou spontánně vytvářet svoje vlastní činnosti.	P	N
54.	Klienti budou často přebírat vedení aktivit.	P	N
55.	Většina klientů se bude více zabírat minulostí než budoucností.	P	N
56.	Klienti si navzájem budou říkat o svých důvěrných osobních problémech.	P	N
57.	Pracovníci budou vybízet klienty k otevřenému vyjadřování hněvu.	P	N
58.	Někteří klienti budou vypadat nepořádně.	P	N
59.	Klienti budou vždy vědět, kdy budou pracovníci k dispozici.	P	N
60.	Bude důležité dodržovat komunitní pravidla.	P	N
61.	Komunita bude mít velmi málo aktivit.	P	N
62.	Pracovníci se někdy nedostaví na schůzky s klienty.	P	N
63.	Když mezi sebou klienti nebudou navzájem souhlasit, nechají si t pro sebe.	P	N
64.	Pracovníci budou téměř vždy jednat podle připomínek klientů.	P	N
65.	Bude se očekávat, že klienti budou předvádět nepřetržitý a konkrétní pokrok směrem ke svým cílům.	P	N
66.	Pracovníci se hlavně budou zajímat o pocity klientů.	P	N
67.	Pracovníci se nikdy nebudou pouštět do sporů.	P	N
68.	Věci budou někdy velmi zmatené.	P	N
69.	Všichni budou vědět, kdo má komunitu na starosti.	P	N
70.	Klienti si budou moci obléci, cokoli budou chtít.	P	N
71.	Klienti budou neustále dost vytiženi.	P	N
72.	Mezi klienty bude existovat poměrně málo sdílení.	P	N
73.	Klienti budou moci většinou dělat cokoli, na co budou mít chuť.	P	N
74.	Velmi málo klientů bude mít nějakou zodpovědnost za komunitu.	P	N
75.	V komunitě budou klienti učeni novým specifickým dovednostem.	P	N
76.	Klienti budou spolu málokdy mluvit o svých osobních problémech.	P	N
77.	Klienti budou často na něco nadávat.	P	N
78.	Společenská místnost(obývací pokoj) bude často neuklizený.	P	N
79.	Lidé budou pořád měnit názory.	P	N
80.	Klienti budou moci skočit pracovníkům do řeči.	P	N
81.	Rozhovory budou velmi zajímavé.	P	N
82.	Klientům se bude dostávat velké individuální pozornosti.	P	N
83.	Klienti budou mít tendenci skrývat před pracovníky svoje pocity.	P	N
84.	Klienti budou velmi silně podporováni, aby byli nezávislí.	P	N
85.	Pracovníci budou značně povzbuzovat klienty k činnostem mimo komunitu.	P	N
86.	Klienti budou zřídka podněcováni k tomu, aby hovořili o svých osobních problémech.	P	N
87.	Pracovníci si budou myslet, že přít se je zdravé.	P	N
88.	Klienti budou muset málokdy čekat, když budou mít setkání s pracovníky.	P	N
89.	Klienti nebudou nikdy úplně vědět, kdy budou uznáni za připravované opustit komunitu.	P	N
90.	Klienti budou vyloučeni z komunity, pokud se nebudou řídit pravidly.	P	N
91.	O víkendech budou klienti často dělat věci společně.	P	N
92.	Pracovníci budou pomáhat novým klientům seznámit se s komunitou.	P	N
93.	Klienti budou velmi podněcováni k tomu, aby vyjadřovali svoje pocity.	P	N
94.	Klienti budou obvykle čekat, až pracovníci přijdou s nějakým nápadem nebo aktivitou.	P	N
95.	Dříve než opustí komunitu, budou si muset klienti vytvořit detailní plány.	P	N
96.	Pracovníci budou důrazně vybízet klienty, aby mluvili o svojí minulosti.	P	N
97.	Klienti se málokdy rozzlobí.	P	N
98.	Pracovníci budou důrazně nabádat klienty, aby byli čistí a upravení.	P	N
99.	Často bude docházet ke změnám v pravidlech.	P	N
100.	Klienti budou moci odmítnout účast v naplánovaných programových aktivitách.	P	N

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Bc. Miroslava Vykydalová

Studijní obor: sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Profil prostředí v terapeutické komunitě pro poruchy osobnosti

Počet stran bez příloh: 76

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů české literatury a pramenů: 48

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových odkazů: 0

Vedoucí práce: Mgr. Jan Kulháněk

Rok dokončení práce: 2009

Posudek vedoucího diplomové práce

Studentka: Bc. Miroslava Vykydalová

Téma práce: **Profil prostředí v terapeutické komunitě
pro poruchy osobnosti**

Diplomovou práci Miroslavy Vykydalové tvoří 80 stran textu včetně seznamu literatury a příloh, je členěna do teoretické a empirické části a je uzavřena diskusí a shrnujícím závěrem. Seznam literatury čítá 50 titulů, z toho 2 cizojazyčných, z nichž bylo v práci citováno. Příloha obsahuje přehlednou tabulku specifikací poruch osobnosti a Škálu prostředí komunitně orientovaných programů, použitou v empirické části práce.

V úvodu práce nás autorka seznamuje se svou motivací pro volbu tématu práce s lidmi s poruchou osobnosti v rámci komunity Kaleidoskop. Autorka čerpá kromě odborné literatury také z vlastních zkušeností, které získala spoluprací v tomto projektu a které se snaží propojit s poznatky z vlastního komunitně orientovaného studia a výcviku.

Teoretická část nás velmi fundovaně seznamuje s diagnostikou a léčbou hraniční poruchy osobnosti se zaměřením na dialektickou behaviorální terapii. Dále zde autorka přehledně popsala principy a metody fungování terapeutické komunity, aplikované v Kaleidoskopu.

Empirická část popisuje šetření v terapeutické komunitě pomocí dotazníkové metody Škála prostředí komunitně orientovaných programů. Autorka se drží metodologické osnovy, text doplňuje přehlednými tabulkami a grafy, výsledky šetření kriticky zhodnocuje v diskusní části práce. Asi nejzajímavější je praktický dopad šetření – kromě prověření znalostí studentky je dobrou zpětnou vazbou pro komunitní zařízení Kaleidoskop.

Po formální i obsahové stránce je z mého pohledu diplomová práce perfektní, je zde jasný zájem o danou problematiku, spojený s poctivě zpracovanou literaturou a slušně připraveným výzkumem.

Diplomovou práci rozhodně doporučuji k obhajobě.

V Praze dne 16.9.2009

Vedoucí práce: Mgr. Jan Kulhánek



OPONENTSKÝ POSUDEK K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Název: Profil prostředí v terapeutické komunitě pro poruchy osobnosti

Jméno autorky: **Miroslava Vykydalová**

Počet stránek vlastní práce: 76, *počet stránek Příloh:* 4

Počet kapitol: 2, *podkapitol 1.řádu:* 14, *podkapitol 2.řádu:* 11

Počet publikací: 45 *Přednášky:* 3 *Počet jiných odkazů:* 3

Volba tématu je vhodná, ale název práce považuji za málo konkrétní.

Členění práce:

I když lze pochopit to, že autorka rozdělila práci na dvě hlavní kapitoly - teoretickou a praktickou – nelze si nevšimnout, že je mezi nimi velká nevyváženost: zatímco první kapitola je velmi obsáhlá (61 stránek), druhá kapitola představuje 11 stránek. Je zřejmé, že toto podvědomě cítila i autorka, protože dává podkapitoly 1.6, 1.7 a 1.8 na zvláštní stránky, i když v prvním případě má na předchozí stránce (s.48) jen 8 řádků, v druhém případě na s.51 nechává volnou půlku stránky a na s. 54 má opět jen 8 řádků. Na zvláštní stránku se však dávají jen hlavní kapitoly a podkapitoly mají následovat jen po určité, autorem volitelné mezeře. Považovala bych za vhodnější, kdyby autorka byla rozdělila teoretickou část do několika kapitol, poslední kapitolou by pak byla kapitola věnovaná praxi. V každém případě kapitola 1.8 popisují konkrétní komunitu, mohla být buď zvláštní kapitolou, nebo přiřazena k empirické části.

Empirickou část autorka zapomněla označit číslem 2, ač podkapitolu pod tím má správně označenou 2.1

Obsahová stránka

Autorka má slušně zvládnutou teorii o terapeutické komunitě a dovede tuto teorii spojit s praxí.

Práce s odbornou literaturou

Autorka prokázala, že umí s pracovat s literaturou a zná požadavky poslední citační normy.

Formální úprava je vyhovující.

Metodika práce

I když autorka ví, jak se správně šetření provádí, připadá mi toto šetření o komunitním prostředí – stejně jako název práce – dost nekonkrétní. V každém případě by měly být definovány pojmy, co je to „aktivita“, „jasnost programu“, „praktická orientace“ a další. Je možné, že autorka ví, oč jde, ale pro čtenáře to tak srozumitelné není. Také je nebezpečí, že i každý účastník si představuje jiný rozsah uvedeného pojmu.

Výtky

Autorka uvádí, že cílem této práce je zachytit a porovnáním zkoumat toto šetření s předcházejícím šetřením, na které odkazuje, ale nenalézám bližší popis, o jakou předchozí práci či šetření jde.

s.17, posl. ř. je citace „dle Faldyna“, v odstavci nad ním je „dle Faldyny“, což je správně,

s.30, ř.2 (cit dle Krippnera), chybí rok vydání publikace, dále: pokud autor zvolí pro jména autorů v textu velké písmo, má je dodržet v celé práci, na tomto místě to autorce zřejmě uniklo,

s.71, ř.13 uvedeno „smyl“ místo „smysl“,

tatáž s., posl.řádek „...aby pracovníky tuto informaci vzali jako podnět k diskuzi...“, má být zřejmě „pracovníci“,

doporučuji raději požívat „diskuse“ , i když se dnes trpí i „diskuze“, etymologicky je to prvé správnější.

U označení obrázků a tabulek je sice označení číslem, ale za tímto označením chybí tečky např. Obr.5. (uveden bez tečky). Na s.69 právě u Obr.5 chybí i mezera a nadpis je nalepený přímo na číslo.

Věcná připomínka:

s.25, ř.5 je uvedeno „z pohledu psychoanalytického vývojové psychologie (tj.objektivní vztah, ego,self-psychologie), má být zřejmě „objektní vztah“, níže už má uvedeno „objektních vztahů“,

s.26 „informovat pacienta, že se jedná o duševní nemoc“ podle v práci uvedených autorů, ale jsou jiní autoři, kteří poruchu osobnosti nepovažují v pravém slova smyslu za duševní nemoc.

Otázka:

Mohla by autorka blíže definovat pojmy, s nimiž ve svém šetření pracuje? Jak autorka ví, že pod těmito mnohoznačnými pojmy si nepředstavuje každý ze zkoumaných něco jiného?

Doporučení

Přes uvedené výhrady doporučuji práci k obhajobě.

21.9.2009



MUDr.Olga Dostálová, CSc.