

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Obor: Psychologie, prezenční forma studia

PROBLÉMOVÍ KLIENTI VE SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPII



Bakalářská diplomová práce

Autor: Anna Nováková

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Praha

2017

Prague college of psychosocial studies
Study program: Psychology, full-time study

PROBLEM CLIENTS IN GROUP PSYCHOTHERAPY



Bakalářská diplomová práce

Author: Anna Nováková

The Bachelor's Thesis Work Supervisor: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Prague

2017

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma:

„Problémoví klienti ve skupinové psychoterapii“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

Poděkování

Ráda bych především poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Ing. Evě Dubovské, za poskytnutí podpory, rad i doporučení při konzultacích a dále také za doporučení kontaktů na skupinové terapeuty. Děkuji i všem terapeutům, se kterými jsem vedla rozhovory.

Anotace:

Tato bakalářská práce se zabývá problémovými klienty ve skupinové psychoterapii, tedy klienty, kteří způsobují problémy ve skupině, ze skupiny neprofitují, nebo jsou nároční pro terapeutickou práci. První část práce shrnuje klíčová témata skupinové psychoterapie a problémových klientů. Ve výzkumné části je prezentován kvalitativní výzkum, jehož výzkumnou metodou byl polostrukturovaný rozhovor se sedmi skupinovými terapeuty různého psychoterapeutického zaměření.

Klíčová slova:

psychoterapie, skupinová psychoterapie, problémový klient, protiskupinové jednání, porušování pravidel, nepřipravenost, diagnózy, indikace, kontraindikace

Abstract:

This bachelor's thesis deals with problematic clients in group psychotherapy, clients who cause problems in groups, have no benefits from groups or are demanding for therapeutic work. The first part summarizes main issues of group psychotherapy and problematic clients. In the research part is presented qualitative research, the research method was semi-structured interview with seven group therapists from different psychotherapeutic orientation.

Keywords:

psychotherapy, group psychotherapy, clients' problems, anti-group discussions, breaking rules, lack of preparation, diagnosis, indications, contraindications

Obsah

ÚVOD	7
1. SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE	8
1.1. Vymezení skupinové psychoterapie	8
1.2. Rozdělení skupinových sezení podle S. Kratochvíla	10
1.3. Historie skupinové psychoterapie	11
1.4. Účinné faktory ve skupinové psychoterapii	13
1.4.1. Yalomovo pojetí účinných faktorů	13
1.4.2. Faktory v pojetí Stanislava Kratochvíla	16
2. SPECIFIKA SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPIE	18
2.1. Rozdíl mezi skupinovou a individuální psychoterapií	18
2.2. Cíle skupinové psychoterapie	19
2.3. Indikace skupinové psychoterapie	21
2.3.1. Indikace skupinové psychoterapie	22
2.3.2. Kontraindikace skupinové psychoterapie	24
2.3.3. Metody výběru	25
3. PROBLÉMOVÍ KLIENTI VE SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPII	27
3.1. Yalomovo pojetí problémových klientů	27
3.1.1. Monopolista	27
3.1.2. Mlčící klient	28
3.1.3. Nudný klient	28
3.1.4. Pomoc odmítající a stěžující si klient	28
3.1.5. Psychotický, nebo bipolární klient	29
3.1.6. Schizoidní klient	29
3.1.7. Hraniční klient	30
3.1.8. Narcistický klient	30
4. VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	31
4.1. Metodika výzkumného šetření	31
4.2. Výsledky výzkumného šetření	34
4.2.1. Nepřipravenost na práci ve skupině	36
4.2.2. Protiskupinové jednání	37
4.2.3. Porušování pravidel	39
4.2.4. Diagnózy	40
4.2.5. Výběr klientů do skupin	42
4.2.6. Vnímání označení: Problémový klient	43
4.3. Diskuze	44
ZÁVĚR	46
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	47
PŘÍLOHY	1
PŘÍLOHA Č.1	1
PŘEPISY ROZHOVORŮ	1

ÚVOD

K tématu skupinové psychoterapie inklinuji již delší dobu a na základě několika dlouhodobých praxí ve skupinách při různých zařízeních jsem si své nadšení jen potvrdila. Stejně tak jsem se během praxe setkávala s řadou problémových situací i klientů v rámci terapeutických skupin. V rámci praxe jsem obdivovala skupinovou dynamiku jako takovou, ale především terapeuty, kteří s ní uměli výborně pracovat a zvládat problémové situace. Právě proto, jsem si vybrala téma: Problémoví klienti ve skupinové psychoterapii. Do skupinové terapie stále přicházejí klienti, kteří se mohou v následné práci jevit jako problémoví. Jednotlivé typy problémových klientů popsal například Yalom (2007) ve své práci.

Cílem mé práce je zmapovat, jak skupinová terapeuti vnímají problémové klienty, kdo to pro ně je problémový klient a jaké jsou s nimi nejčastější problémy. K tomu patří i téma výběru klientů do skupinové psychoterapie. Zaměřím se i na toto téma, jak terapeuti klienty vybírají, čeho si na pohovorech nejvíce všimají a jak by se dalo předcházet přijetí klienta do skupiny, který se poté může projevat jako problémový.

Tato práce je tvořena dvěma částmi. První je část teoretická a druhá praktická. V teoretické části se zaměřím na základní prvky skupinové psychoterapie a dále i její specifika, jako jsou například cíle skupinové psychoterapie, nebo indikace skupinové psychoterapie. Jedna kapitola z teoretické části je věnována tématu problémových klientů v pojetí I. Yaloma.

Praktická část je zaměřena na samotné výzkumné šetření. Je zde popsán celý průběh výzkumu, výzkumné otázky i metody, které jsem k výzkumu používala. Dále jsou v této části zveřejněny výsledky výzkumu. Jelikož výzkum byl prováděn metodou polostrukturovaných rozhovorů, v příloze jsou uvedeny přepisy všech sedmi provedených rozhovorů se skupinovými terapeuty.

1. SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE

1.1. Vymezení skupinové psychoterapie

K vymezení pojmu skupinové psychoterapie bych ráda uvedla citaci Kratochvíla z jeho publikace „*Základy psychoterapie*“: „*Skupinová psychoterapie využívá k terapeutickým účelům dynamiku vztahů vznikající mezi členy plánovitě vytvořené terapeutické skupiny*“ (Kratochvíl, 2012, str. 18). Zde můžeme vidět rozdíl oproti hromadné terapii kdy: „*terapeut působí vhodně upravenými metodami individuální psychoterapie na více pacientů současně*“ (Kratochvíl, 2012, str. 18).

Vybíral a Roubal uvádějí ve své publikaci o současné psychoterapii jednoduchou definici skupinové psychoterapie. Dle jejich práce, je dynamická skupinová psychoterapie interpersonálním způsobem léčby. V našich podmínkách můžeme vidět uplatnění především v psychiatrických léčebnách, popřípadě na psychiatrických odděleních nemocnic a často také v komunitách pro léčbu drogových závislostí. To znamená, že skupinovou terapii najdeme v České republice především v klinické praxi a že patří k nejrozšířenější formě vzdělávání nových terapeutů, v jehož rámci se často pracuje s tzv. terapeutickou komunitou (Vybíral, Roubal, 2010). Hartl a Hartlová definují skupinovou terapii, jako terapii, která probíhá ve vytvořené terapeutické skupině klientů, kteří mají společný zájem, probírají a svěřují se se svými problémy (Hartl, Hartlová, 2010).

Kratochvíl uvádí, že nejdůležitějším léčebným prostředkem ve skupinové psychoterapii je skupinová dynamika. Skupinovou dynamiku popisuje tento autor jako prostředek změny klienta a tím i jako prostředek léčby. Skupinovou dynamiku můžeme charakterizovat jako vše, co se děje mezi klienty, členy skupiny, tak i mezi členy a terapeutem (Kratochvíl, 2001). Skupinová terapie je teda zaměřená na jednotlivce, osobu ve skupině a nedílnou součástí je fakt, že se nadále věnuje i skupině jako jednomu celku (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Jednou z výhod skupinové psychoterapie je, že klient se ve skupině chová tak, jak je zvyklý v běžném životě. Jeho způsoby chování se přenáší do situací ve skupině. Tyto způsoby nezůstávají opomíjeny ostatními členy skupiny, kteří je mohou kritizovat, nebo

dotyčného upozornit, jak se cítí, nebo co se jim nelíbí. Pokud člověk díky ostatním získá náhled na své chování, může s tím sám dál pracovat a popřípadě nacvičovat jiné vzorce chování přímo ve skupině. Tato změna chování je ve skupině velmi důležitá (Andrlová, 2005).

Nyní bych se ráda zaměřila na skupiny uměle vytvořené a přirozené. Oba typy se ve skupinové psychoterapii mohou objevit, ale každá za trochu jiných, specifických podmínek. Budeme – li nyní mluvit o uměle vytvořených skupinách, nejdůležitější je, aby se klienti navzájem neznali, či mezi sebou neměli rodinné, příbuzenské vazby. Není ani vhodné, aby se jednalo o známé či kolegy z práce. Všechny tyto vazby by mohli narušit přirozený vývoj bezpečí ve skupině, který je pro zdravou fungující skupinu velmi důležitý. Pokud se členové mezi sebou znají, může se stát, že tato jejich vazba ovlivní i to, o čem ve skupině budou mluvit a jejich otevřenost bude silně narušena, stejně jako upřímnost, protože je možné, že budou selektovat témata a zážitky, která nechtějí, aby jejich známí slyšeli. Tyto fakta do jednoho narušují bezpečný průběh terapie. Naproti tomu existují skupiny přirozené a jedná se takový druh skupin, ve kterých se klient nachází i ve svém běžném životě. Zde je jedná o skupiny složené z rodinných příslušníků, partnerů, nebo pracovního kolektivu (Vymětal, 2003).

I přes to, že takovéto rozdělení existuje, tak pro každé z nich, i pro uměle vytvářenou psychoterapeutickou skupinu je důležité složení. I uměle sestavená skupina by měla pro klienty být příjemná a naladěná na zkušenosti z reálného života. Důležité je sestavení skupiny, protože ve skupině se pracuje se skupinovou dynamikou a se vztahy mezi jednotlivými členy (Vymětal, 2003).

Kratochvíl dále uvádí, že právě kvůli výše uvedenému je důležité, jak bude skupina sestavena. Sestavení klientů by mělo být smíšené. Neměli by ve skupině výrazně převládat muži či ženy, sestavení by mělo být smíšené i věkem, společenským postavením a problémy, kvůli kterým klienti do skupiny přicházejí. Aby nedocházelo k osamocení jednoho člena, který by si mohl připadat vyčleněný, je potřeba, aby z uvedených kategorií vždy skupina obsahovala několik osob, které jsou na tom podobně. Tomuto sestavení se říká princip Noemovy archy (Kratochvíl, 2001).

V reálném životě klientů je nejčastější interakcí mezi lidmi rozhovor, tedy verbální komunikace a samozřejmě i komunikace neverbální. To samé můžeme spatřovat i v terapeutických skupinách, ve kterých je hlavním prostředkem rozhovor, který může být doplňován dalšími technikami, jako jsou psychodramatické či arteterapeutické techniky. Techniky se používají jako možnost ukázat klientům jiný pohled na sebe sama

a svůj problém. Může se v nich ukázat to, co se klient jinak bojí, anebo ještě není schopen sám od sebe říci. Techniky jsou následně reflektovány na skupinách, mluví se zde o pocitech a emocích, které při nich klienti zažívali, nebo například o průběhu spolupráce (Vymětal, 2003).

Psychoterapeutické skupiny můžeme dělit také na uzavřené a otevřené. Uzavřená skupina vznikne v určitém počtu a složení jejích klientů a v tomto složení projde celým procesem a ve stejném složení také skončí. Trvání otevřené skupiny naopak nebývá časově ohraničeno. Klienti otevřené skupiny přicházejí v průběhu času, do již probíhající terapeutické práce a takováto skupina může trvat i několik let.

Velikost skupin se u různých autorů liší. Dle Vymětala by skupina pro dospělé neměla přesáhnout patnáct klientů (Vymětal, 2003). Yalom uvádí menší počet členů, a to v rozpětí pět až deset klientů, kdy ideálním počtem je sedm nebo osm osob (Yalom, 2007). Oproti tomu Kratochvíl uvádí rozpětí mezi třemi až třiceti členy a rozděluje skupiny na malé, střední a velké. Tomasulo se přiklání spíše k Yalomově názoru, pro něj je deset členů ještě přijatelné, ale podle něj by skupina měla mít nejméně šest členů (Tomasulo, 1998). Velké skupiny, které tedy mohou mít až třicet členů, se ale vyskytují velmi málo. Můžeme je najít v komunitách, ale i v nich je velká skupina spíše rozdělena na dvě až tři malé. Počet klientů ve skupině je také ovlivněn tím, jak často se skupina setkává. U večerních skupin se skupinová sezení pořádají jednou, nebo i dvakrát týdně, stejně jako například skupiny ambulantní. Zde je vidět rozdílnost například oproti tomu, když se skupina pořádá ve stacionářích, kde je program odlišný a skupina se odehrává až pětkrát týdně. Je důležité, aby se počet skupin odvíjel od toho, s jakým onemocněním klienti do tohoto druhu léčby přichází a také komu je skupina určena (Kratochvíl, 2001).

1.2. Rozdělení skupinových sezení podle S. Kratochvíla

Skupinová sezení se dají rozdělit velmi různým způsobem. Kratochvíl rozděluje skupinová sezení nejprve na ty s jasným programem, tedy s předem danou strukturou, kterou řídí terapeut. Nebo naopak na skupiny, které nejsou dopředu strukturované a to, jak bude skupina probíhat, se vyvíjí samo v průběhu sezení.

Jednotlivá skupinová sezení se mohou orientovat na konkrétního klienta, určité téma nebo na vztahy či problematické situace mezi členy skupiny. Podle Kratochvíla tak můžeme mluvit o sezení biografickém, tematickém a interakčním.

Jako jeden z druhů, uvádí Kratochvíl sezení interakční, kde se se probírají vztahy mezi členy, jejich problémy či těžkosti, které mezi sebou mají. U těchto sezení se terapeut zaměřuje na interakci členů a proces, který ve skupině probíhá. Velmi často se na tomto druhu skupinového sezení mohou projasňovat vztahy mezi jednotlivými členy a konflikty, které by jinak vyjasněny třeba vůbec nebyly a lze k tomu použít nejrůznější terapeutické techniky. Na dalším druhu sezení, které Kratochvíl popisuje, se často na řadu dostávají životopisy jednotlivých členů, tedy jejich povídání o důležitých situacích v životě. Jako poslední ze zmiňovaných tří druhů, které Kratochvíl popisuje, zde uvedu druh tematický, tedy takový druh sezení, kde jsou témata probírána v celé skupině a každý si v tématu může najít to své. Pokud je skupina dopředu strukturovaná, může téma určit terapeut. Mezi taková témata, která se mohou objevovat na skupinových sezeních lze zařadit například téma dětství, postoju a emocí, zájmů, vztahů či sexu a rodiny (Kratochvíl, 2001).

Mezi další rozdělení je nutné ještě zařadit, zda je skupina předem naplánovaná, co se jejího programu týče, či nikoli. Skupina s jasně rozděleným programem je předpřipravená, co se témat týče, aktivit a dalších možností v rámci terapie, zatímco v opačném případě se téma vykrystalizuje během samotného sezení. (Kratochvíl, 2001)

1.3. Historie skupinové psychoterapie

V této části bych se ráda zaměřila na stručný souhrn vývoje skupinové psychoterapie. Za zakladatele a otce současné skupinové psychoterapie je považován Joseph Hershey Pratt. Tento bostonský internista léčil především lidi s tuberkulózou, ale během své praxe si začal uvědomovat, že existuje vztah mezi psychickou pohodou a tím, jak se u pacientů nemoc projevuje fyzicky (Yalom, 2007).

V roce 1905 zavedl vlastní režim léčby, který zahrnoval jeho osobní návštěvy pacientů u nich doma, pacienti si měli vést deníky o svém prožívání. Do tohoto režimu patřilo i setkávání většího počtu pacientů, kteří se jednou týdně sešli a společně bojovali s nemocí. „*Vyvinula se určitá soudržnost a vzájemná podpora, která se zdála prospěšná v boji proti depresi a osamění, které pacienti s tuberkulózou tak dobře znali*“ (Yalom, 2007, str. 527).

Pratt nebyl jediný, koho skupinové metody uchvátily. Adler a Lazell dělali během dvacátých a třicátých let mnoho experimentů se skupinovými metodami. „*Adler používal skupinové metody v Evropě, protože si uvědomoval sociální povahu lidských problémů,*

a protože chtěl poskytnout psychotherapeutickou pomoc pracujícím třídám“ (Yalom, 2007, str. 527). Lazell se začal v roce 1921 scházet se skupinami lidí, kteří onemocněli schizofrenií a v rámci těchto schůzek jim poskytoval informace a přednášky o jejich nemoci. „O několik let později používal Marsh skupiny u širokého spektra klinických problémů, včetně psychóz, psychoneuróz, psychofyziologických poruch a koktavosti“ (Yalom, 2007, str. 527). Moreno byl vůbec první, který použil název „skupinová terapie“ (Yalom, 2007).

Poklidný vývoj a váhavé začátky skupinové psychoterapie velmi zrychlila druhá světová válka, kdy nebyl dostatek individuálních psychoterapeutů, protože z války přicházelo obrovské množství lidí, kteří by individuální psychoterapii potřebovali a nárůst těchto pacientů byl tak velký, že se muselo přikročit k řešením, která nebyla tak časově náročná a nevyžadovala takové množství odborníků. Právě proto se přikročilo k skupinovým technikám (Yalom, 2007).

Foulkes zjistil, že skupina může člověku nabídnout jiný rozměr, než individuální setkání a že je pro člověka velmi přirozená. Přirozená právě proto, že v běžném životě jsme vztahům s ostatními lidmi vystavováni neustále, žijeme ve společnosti ostatních lidí. Foulkes se potkával za války s pacienty s neurózami, které z tohoto válečného prostředí vznikali. I po válce se dále věnoval skupinové psychoterapii a se svými kolegy tak vytvořil první myšlenky skupinové psychoterapie (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Podle Scheidlingera vznikli v roce 1942 dvě velmi důležité organizace, které se zabývali skupinovou psychoterapií. Jednu z nich založil Moreno, věnoval se psychodramatu, které zavedl v Americe v roce 1925, a tak i jeho organizace se věnovala tomuto tématu. Byla zaměřena na skupinovou terapii a psychodrama.

„Během padesátých let se hlavní vývoj skupinové terapie vydal směrem k použití skupinové terapie v různých klinických situacích a u různých typů klinických problémů. Teoretikové – zastánci směru freudovského, sullivanovského, horneyovského, rogersovského – zkoumali využití svého koncepčního rámce v teorii a praxi skupinové terapie“ (Yalom, 2007, str. 527).

Nastalo tedy období experimentování uvnitř směrů se skupinovými metodami a toto období bylo poněkud nepřehledné zvláště proto, že mezi jednotlivými směry se nedaly jasně vypozařovat hranice. Toto období skončilo a nynější doba se pak může jevit jako ta, ve které je nejvýraznější Yalomova interpersonální skupinová psychoterapie (Scheidlinger, 2004).

1.4. Účinné faktory ve skupinové psychoterapii

Každá z forem terapie předpokládá nějakou změnu na straně klienta, skrz kterou dojde ke zlepšení, uzdravení. Změna, ke které má ve skupinové terapii dojít je změna, která je velmi celostní a je považována za proces, který je poháněn terapeutickými faktory. Díky těmto faktorům, dochází ke změně, která je v terapii nejdůležitější (Yalom, 2007). Tyto faktory popisují především I. Yalom a S. Kratochvíl. Já se dále zaměřím na pojetí terapeutických faktorů právě těchto autorů. Prvním z nich bude pojetí dle Yaloma, druhé pojetí Kratochvílovo.

1.4.1. Yalomovo pojetí účinných faktorů

Yalom popisuje jedenáct základní terapeutických faktorů, které hrají ve skupinové psychoterapii velmi důležitou roli a díky nimž probíhá uzdravení klientů. Jedná se o tyto faktory:

1. Dodávání naděje
2. Univerzalita
3. Poskytování informací
4. Altruismus
5. Korektivní rekapitulace primární rodiny
6. Rozvoj socializačních technik
7. Napodobující chování
8. Interpersonální učení
9. Skupinová soudržnost
10. Katarze
11. Existenciální faktory (Yalom, 2007)

Než začne samotný průběh skupinových sezení, je důležité, aby terapeut informoval klienty o tom, jak skupinová sezení probíhají, a především v nich podnítil důvěru a naději v to, že skupinová terapie má smysl. Naděje je velmi důležitá a klient ji získá především tím, že uvidí u ostatních klientů, jak se oni s problémy vypořádávají. Úkolem skupinových terapeutů je, aby měl klient v terapii důvěru, a tedy i v to, že skupinová terapie funguje a že z ní může profitovat. Tato myšlenka je prvním z faktorů, tedy

faktorem dodávání naděje. S faktorem dodávání naděje, souvisí i faktor druhý, faktor univerzality. Základní myšlenkou je, že klient může přijít do skupiny s jakýmikoli svými pocity, problémy či těžkostmi a bude vyslechnut. Zde také uslyší od ostatních klientů těžkosti jejich či podobné problémy, které klienti mají. Klient si může uvědomit, že v problému, který má, není zcela sám. Každý člověk je jiný a zcela unikátní, ale i tak pomůže klientovi vědomí, že není jediný, kdo má zkušenost s takovými problémy, které prožívá on sám. Faktor univerzality je důležitý hlavně na začátku skupinové terapie, kdy může zapříčinit větší otevřenost ostatních klientů (Yalom, 2007).

U faktoru poskytování informací se jedná o to, že si klienti navzájem informace mohou předávat i po skončení skupiny stejně tak jako v jejím průběhu. Jde o informace, které jsou spojené s problematikou, s jakou do terapii přišli a tato problematika je velmi spojuje. Zde Yalom ještě dodává, že dávání rad v průběhu terapie moc nefunguje, anebo lze použít podávání rad pouze nepřímých. Rady mohou mít význam, ale pouze v konkrétních případech skupin, jako jsou třeba alkoholici. Je tedy nutné přistupovat k radám velmi opatrně, aby neudělaly více škody než užítku (Yalom, 2007).

Při skupinové psychoterapii hraje významnou roli altruismus. Mnoho klientů přijde do skupiny s pocitem, že nemají o čem mluvit a že pro druhé budou ve skupině zcela zbyteční. Během počátků svého působení ve skupině zjišťují, že ostatním klientům mohou pomoci svými zkušenostmi a že jim určitě mají co předat. Pokud spolu s ostatními začnou kooperovat a vzájemně spolupracovat, může pro obě strany být tento fakt velmi přínosný. Vnímání podpory je tedy posíleno tím, že přichází od někoho, kdo prochází podobnými problémy a chce se o ně podělit. V rámci určitých skupin fungují někteří vyléčení klienti i po skončení osobního zapojení, jedná se především o skupiny alkoholiků, kteří svou minulost sdílí s aktuálními klienty (Yalom, 2007). Pojem altruismus se shoduje s Kratochvílovým termínem „*pomáhání jiným*“.

Pátý Yalomův faktor se jmenuje korektivní rekapitulace primární rodiny a zahrnuje v sobě fakt, že většina klientů, kteří vyhledají pomoc a jsou posláni do skupinové psychoterapie zažili v původní rodině problémy či mají vytvořené nějaké trauma. Ve skupinách můžeme pozorovat, že ji vedou vždy dva terapeuti a velmi často se jedná o muže a ženu, kteří mají představovat pro klienta matku a otce a s tím spojené role. Je zde možnost se s původní rodinou střetnout skrz terapeuty a začít změnu. Velmi často také dochází k tomu, že klient odhalí vzorce chování, které si z původní rodiny přinesl do svého dospělého života a může s nimi dále pracovat, a především jim více porozumět. To platí i v rámci komunikace s lidmi v reálném životě a objevováním toho, jak na ně klient

působí (Yalom, 2007).

Faktor napodobujícího chování – Klient napodobuje chování ostatních klientů, tedy vzorce chování, které u nich spatřuje a tyto změny jsou prospěšné právě pro samotný terapeutický proces u dotyčného klienta. Nejde pouze o učení se od ostatních členů, ale i od terapeutů, kteří skupinu vedou. Terapeut i ostatní členové skupiny se mohou stát vzorem pro chování klienta, zvlášť pokud je klient ve skupině nový (Yalom, 2007).

Osmým terapeutickým faktorem je interpersonální učení. V rámci skupinové terapie považuje Yalom za velmi důležité, aby klienti odcházeli z terapie s tím, jak si udržet vztahy, a to v kvalitní podobě. Interpersonální vztahy jsou vysoce důležité v reálném životě klienta, a proto je také cenné na nich v rámci skupiny pracovat. K tomu je ale důležité, aby klient pochopil, že on je jediný, kdo může toto budovat a základem pro práci na svých vztazích je porozumění svému vlastnímu chování. Pokud v minulosti zažíval vztahy, které skončili, je důležité, aby pochopil proč. Může se tak stát ze zkušenosti a kritiky ostatních členů. Dalším důležitým bodem tohoto faktoru je náhled klienta na to, že jeho chování je tím, proč se k němu ostatní chovají konkrétním způsobem a pokud pozoruje chování ostatních k němu samému a má pro něj výhrady, v rámci skupiny lze i s tímto pracovat (Yalom, 2007).

Devátým faktorem je soudržnost při skupinové psychoterapii. Skupina je prováděna v malém počtu klientů, kteří společně sdílí důležité věci z jejich životů, a proto je nanejvýš důležité, aby ve skupině byl každý spokojený a všichni měli mezi sebou co nejlepší vztahy. Pokud nebude skupina dostatečně dobře sladěná a nebude držet pohromadě, vytrácí se klientova motivace do skupiny docházet a s tím i jeho otevřenost a důvěra v ní. I přes to je sladěnost skupiny proces, který se může proměňovat podle toho, jak do skupiny klienti přichází nebo ji naopak opouštějí, ale na začátku každé skupiny je tento faktor velmi cenný (Yalom, 2007).

Desátým terapeutickým faktorem je katarze. Klient je veden na skupině k tomu, aby mluvil o tom, jak se cítí, jak prožívá těžkosti, se kterými do skupiny přichází. K tomu patří i to, že ve skupině je bezpečné prostředí na to, aby mohl naplno projevat své emoce a toto vše sdílí s ostatními klienty na skupině. Samo o sobě je toto ozdravné, jelikož zadržování emocí a pocitů a nedostatečná ventilace klientovi neprospěje, protože by se s nimi přespříliš trápil a byl v tom zcela sám. Také se ale ve skupině ukazuje, že pro každého výše zmíněné znamená něco zcela jiného, každý je naučený či zvyklý projevat se jinak. Klient se tak může na skupině setkat s pravým opakem toho, jak se projevuje on sám, protože na skupině pozná člověka, který není zvyklý projevat své emoce

například tak bouřlivě jako on a naopak (Yalom, 2007).

Posledními z terapeutických faktorů jsou faktory, ve kterých se klient zabývá svou vlastní existencí. Na skupinové terapii je postaven před základní otázky bytí a spolubytí s ostatními. Stejně tak je nucen přemýšlet o smrti, dolehne na něj tíha zodpovědnosti za vlastní život, či svobody, kterou může nalézat. Do tohoto tématu patří i hledání smyslu života, osamělost a další existenciální témata, která klienti na skupině prožívají a prožívají je i v běžném životě. Yalom uvádí pět uvědomění, ke kterým klient dojde v rámci těchto existenciálních tázání:

1. Klient připustí a přijme fakt, že život je k němu i ostatním někdy nespravedlivý a tvrdý.
2. Klient si uvědomuje svou vlastní smrtelnost a to, že z ní a z lidské bolesti není úniku.
3. Dále klient pochopí, že ač má k ostatním vytvořenou silnou blízkost, stejně musí čelit životu on sám.
4. Klient se postaví tváří v tvář svému životu i smrti a začne tak žít víc upřímně a méně spoután malichernostmi.
5. Klient zjišťuje, že je nutné, aby převzal odpovědnost za to, jak žije svůj život, bez ohledu na to, jak mnoho podpory a vedení dostává od ostatních (Yalom 2007).

1.4.2. Faktory v pojetí Stanislava Kratochvíla

Kratochvíl rozděluje faktory důležité pro skupinovou psychoterapii do deseti faktorů a to takto:

1. Prvním faktorem je „*členství ve skupině*“, kdy samotná účast na skupinách a náležitost ke skupině je pro klienta velmi důležitým bodem.
2. Druhým faktorem je „*emoční podpora*“. Zde je důležité vcítění se do ostatních klientů. S tímto souvisí i naděje.
3. Třetím faktorem je „*pomáhání jiným*“. Je důležité dostávat pomoc od druhých, ale i druhým pomoc nabízet a dávat.
4. Čtvrtým faktorem je „*sebeexplorace a sebeprojevení*“, což znamená, že klienti mohou odhodit své masky a svěřit se se vším, co je trápí.
5. Pátým faktorem je podle Kratochvíla „*odreagování*“, při němž si klienti vybaví a popřípadě znovu prožijí emoce vztahující se k těžkým situacím z minulosti.

6. Šestým faktorem je „*zpětná vazba*.“
7. Za sedmý faktor považuje Kratochvíl „*náhled*,“ což znamená, že klienti získají náhled na sebe sama a popřípadě i na věci, které si dříve neuvědomovali jako problematické.
8. Osmý faktor nazývá Kratochvíl „*korektivní emoční zkušenosti*,“ neboli znovuprožití emočních zážitků.
9. Devátým faktorem je „*zkoušení a nácvik nového chování*.“
10. Posledním z Kratochvílových faktorů je „*získání nových informací a sociálních dovedností*“ nebo napravení nefunkčních vztahů či vzorců chování (Kratochvíl, 2001).

2. SPECIFIKA SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPIE

2.1. Rozdíl mezi skupinovou a individuální psychoterapií

Vymětal uvádí, že skupinová i individuální psychoterapie se využívá tak, aby zohledňovala potřeby klientů. Nejdůležitější je to, co klient nejvíce potřebuje. Většinou se individuální a skupinová psychoterapie nekombinuje, ale i takové případy, kdy klient navštěvuje obojí, existují. Pokud je klient na individuální terapii v bodě, kdy potřebuje pracovat na vztahových oblastech, například má problémy v partnerství či rodině, nebo s kolegy v práci, může být doporučen do skupinové psychoterapie. Nebo naopak, v případě, že klient potřebuje pracovat především na svých osobnostních problémech než na vztazích, je doporučen ze skupinové psychoterapie do individuální terapie (Vymětal, 2003).

Skupinová psychoterapie se velmi liší od psychoterapie individuální. Prvním rozdílem je fakt, že do každého druhu přicházejí klienti s rozlišnými problémy a každá je zaměřena na jiný počet klientů. Pokud přijde klient do individuální terapie je na sezení s terapeutem sám, má veškerou jeho pozornost a témata, která se na individuální terapii řeší jsou také rozdílná. Nejsou zaměřena tolik na vztahové záležitosti, ale spíše na problémy osobnostní. Ve skupinové psychoterapii se naopak dá pracovat více se vztahy a problémy, které s tím souvisí. Skupina může dát klientům zpětnou vazbu, že nejsou jediní s daným problémem, může jim poskytnout podporu nebo naopak dát reflexi, že klientovo chování je téma, se kterým je potřeba pracovat. Yalom říká že: „*důležitým kritériem pro zařazení do terapie je to, že se klientovy hlavní problémy nacházejí v interpersonální oblasti*“ (Yalom, 2007, str. 242).

Podle Atkinsona obsahuje skupina mnoho výhod, které je potřeba zmínit. Jednou z nich je menší časová náročnost a to, že terapeut se stihne věnovat více klientům najednou a není potřeba každému vymezit vlastní čas. Dalším příkladem je již zmiňovaný pocit toho, že klient není na své těžkosti sám a vidí, jak se s nimi perou ostatní členové skupiny, jak se k sobě vzájemně chovají, jaké mají konflikty při určitém typu chování a jaké reakce to vyvolá jak v klientovi, tak v ostatních členech skupiny (Atkinson a kol., 2003).

Skupinovou psychoterapii můžeme vidět v různých psychoterapeutických směrech. Každý z těchto směrů má vždy odlišnou koncepci skupinových sezení, ale jedno jim zůstává společné i když se rozcházejí v terapeutickém přístupu. Každý ze směrů například svým způsobem pracuje se skupinovou dynamikou, vztahovou stránkou mezi jednotlivými členy (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

2.2. Cíle skupinové psychoterapie

Cíle terapeutických skupin Podle Vybírala a Roubala mohou být následovné:

1. Dosáhnout náhledu do problematiky klientů a pomoci klientovi pochopit a změnit nesprávné postoje.
2. Změnit nevhodné vzorce chování do podoby, ve které nebude problémem v reálném životě.
3. Zprostředkovat poznatky o zákonitostech interpersonálních a skupinových procesů jako podklad k příjemnějšímu jednání s lidmi.
4. Podpořit zrání osobnosti ve smyslu rozvinutí vlastního osobnostními potenciálu a dosažení optimální výkonnosti a pocitu štěstí.
5. Odstranit chorobné příznaky, ať přímým nácvikem a učením nových, nebo nepřímým vyřešením konfliktů, které je vyvolaly nebo udržovaly (Vybíral, Roubal, 2010).

Yalom říká, že je spousta variant, co se skupin týče, a to s ohledem na to, jakou rozmanitou škálu můžeme dnes ve skupinách pozorovat. Za posledních několik desetiletí se vytvořili skupiny s nejrůznějšími zaměřenými. Dnes můžeme vidět skupiny pro poruchy příjmu potravy, dětská skupinová sezení, skupiny zaměřené na konkrétní diagnózy, jako například schizofrenie, poruchy osobnosti a podobné. Dnes již také není pravidlem, že by se veškeré skupiny scházely v psychiatrických léčebnách, tedy na uzavřených odděleních, ale velmi často pozorujeme večerní skupiny pro neurotické poruchy, které se schází přímo v sídlech vedoucích terapeutů.

Vymětal popisuje fakt, že obecně je v psychoterapii důležité, aby došlo ke změně v klientově životě, popřípadě v jeho vztazích. Za změnu je důležité vzít i to, že klient pracuje na tom, aby změnil chování, které mu způsobuje problémy, nebo které mu působí komplikace v jeho vztazích a získal dovednosti, které nahradí toto chování lepšími vzorci, se kterými nebude přicházet tak často do konfliktu s ostatními lidmi. Působení je tedy

namířeno na osobnost klienta a v této oblasti na klientovo sebepoznání a náhled na sebe sama, a to náhled realistický, pravdivý a nepřehnaný. Velmi často se můžeme setkat s klientem, který má přehnané nároky. Pokud terapeutická změna začne probíhat v osobnostní rovině, důsledky jsou vidět v blízkých vztazích klienta, v osobním životě i životě pracovním. Se započatou změnou nesmíme zapomenout, že mnohdy změna zapříčiní i vymizení tělesných příznaků, které mohou být způsobeny psychickými obtížemi (Vymětal, 2004).

Podle Yaloma, je skupina takovým vlastním vesmírem, je to chráněné prostředí, ve kterém lze nacvičovat a zkoušet dovednosti i chování, které pak klient aplikuje v reálném životě. Yalom v následujících osmi bodech určuje přesněji, jaké cíle má skupinová psychoterapie.

1. Dostávání a poskytování zpětné vazby.

Důležitá zkušenost, kterou si klient ze skupinové terapie může odnést, je dostávání zpětné vazby na své chování a následná pomoc ostatním. Zpětná vazba zajiřtuje náhled, který klient získá a může tak nahlédnout podstatu svých problémů.

2. Zlepšení mezilidských vztahů a komunikace.

K tomuto zlepšení může docházet právě skrz zmíněnou zpětnou vazbu a další aspekty skupinové psychoterapie.

3. Experimentování s novým chováním ve vztahu k lidem.

Pokud chce klient své chování změnit či upravit k lepšímu, skupina mu nabízí jedinečný prostor pro to, aby si vyzkoušel vše, co potřebuje. Skupina mu na jeho chování poskytne zpětnou vazbu a díky ní může probíhat odzkoušení všeho potřebného.

4. Mluvení o pocitech upřímně a přímo.

Není pro klienty jednoduché, aby se ke svým pocitům dostali a mluvili o nich upřímně a přímo. Je tedy potřeba, aby nejprve pochopili své potřeby a dostali se k sobě samotnému a následně mohli upřímně vystoupit na skupině a popsat to, co cítí.

5. Získání vhledu do svých vlastních myřlenek, pocitů a chování a jejich pochopení prostřednictvím zkoumání vztahových vzorců ve skupině i mimo skupinu.

Vhled jako takový klient může dostat od skupiny zpětnou vazbou, ale zároveň i tím, že se bude snažit poznávat sám sebe a sobě samotnému naslouchat. Díky těmto dvěma věcmi může klient dojít k náhledu na své chování a dále poznávat,

co se v něm děje, co cítí. Připustit si fakt, že jediný, kdo je zodpovědný za jeho život a vztahy, je on sám, k tomu patří.

6. Získání pochopení myšlenek, pocitů a chování druhých lidí.

Tento bod má s předchozím mnoho společného s tou výjimkou, že v tomto nejde o sebereflexi, ale o pochopení druhých lidí, jejich pocitů a motivů jejich chování.

7. Zlepšení sebedůvěry, sebehodnocení a sebeúcty.

8. Klienti se učí přijímat pochvaly, dbát na své potřeby atd. (Yalom, 2007).

2.3. Indikace skupinové psychoterapie

V této kapitole se zaměřím na metody, kterými skupinová terapeuti vybírají klienty do skupinové psychoterapie. Jde o velice důležitý proces. Yalom tvrdí, že skupinová terapie má počátek právě ve správném a vhodném výběru klientů, kteří přijdou do skupiny. Dobrým výběrem terapeut zmenšuje pravděpodobnost, že klient nebude ze skupinových sezení profitovat (Yalom, 2007).

Samotnou indikaci lze popsat jako proces rozhodování, který provádí terapeut, aby vybral do skupiny vhodné lidi. Výsledkem tohoto procesu je přiřazení pacienta do péče, která je pro něj v dané situaci nejvhodnější (Vymětal, 2004). Yalom uvádí, že většina terapeutů klienty pro skupinovou terapii nevybírá, ale vyřazuje je. Tedy z možných klientů vyřadí takové, u kterých jsou přesvědčeni, že by pro skupinu nebyli přínosem a nedokázali by se přizpůsobit této formě terapie. *„Jaké rysy musí mít klient, aby mohl pracovat na základním úkolu dynamické a interakční skupiny? Musí být schopen a ochoten zabývat se svým interpersonálním chováním, být otevřený a poskytovat a přijímat zpětnou vazbu. Nevhodní klienti mají tendenci vytvářet interpersonální roli, která škodí jim i skupině. V takových případech se skupina stává prostředkem pro další posilování a budování maladaptivních vzorců bez možnosti učit se a měnit se“* (Yalom, 2007, str. 228).

Clarkin a Frances na základě výzkumu vypracovali seznam indikací a kontraindikací pro skupinovou psychoterapii.

Seznam indikací:

1. Klienti s problémy v mezilidských vztazích.
2. Klienti ochotní sdílet pro druhé a být k nim otevření.
3. Klienti, kteří nadměrně intelektualizují.

4. Klienti v nebezpečí regresivního přínosu.
5. Klienti s pravděpodobností vzniku poškozujícího protipřenosu k terapeutovi v rámci individuální terapie (Clarkin a Frances, 1982).

Výběr je tedy velice důležitý a při výběru je jeho součástí i to, aby se terapeut zaměřil na rysy klienta, které by mohli být pro práci ve skupině obtížné, udělat ve skupině velké množství problémů, a naopak si všimnout i těch, které budou pro práci prospěšné (Kratochvíl, 2001).

2.3.1. Indikace skupinové psychoterapie

Motivace k léčbě je důležitou indikací u mnoho autorů k tomu, aby byla terapie u klienta úspěšná. Například Kratochvíl říká: *„Záleží spíše na motivaci pacienta k odstranění potíží a k práci na sobě a na jeho předpokladech pro spolupráci se spolupacienty ve skupině“* (Kratochvíl, 2001, str. 35).

Klient by měl být dostatečně motivován ke změně ve svém životě i ve vztazích s lidmi ve svém okolí. Pokud je toto u klienta splněno, je to základní kámen pro úspěšnost terapeutického procesu. Zvláště pak v situaci, kdy opouští svá stará schémata, která již nefungují a učí se zacházet s novými (Roberts, Pines, 1998). McNair a Corazzini ve svém článku říká, že klient, který je dostatečně motivovaný, je schopen a ochoten přijmout to, kde mají jeho problémy původ a pak může následně přistoupit na změnu svého chování (McNair a Corazzini, 1994).

Za motivací, je důležité, aby klient, který do skupinové psychoterapie přichází, měl alespoň minimální úroveň interpersonálních dovedností a pokud přichází právě do skupin, tak i témata, která se budou týkat oblasti jeho vztahů. Yalom uvádí: *„Většina terapeutů souhlasí s tím, že důležitým kritériem pro zařazení do terapie je to, že se pacientovy hlavní problémy nacházejí v interpersonální oblasti: osamělost, stydlivost a sociální uzavřenost, neschopnost intimních vztahů nebo lásky, přehnaná soutěživost, agresivita, výbušnost, hádavost, podezřívavost, problémy s autoritou, narcismus včetně neschopnosti sdílet, být empatický či přijímat kritiku, neustálá potřeba být obdivován, pocit, že ho nikdo nemá rád, strach ze sebeprosazení, submisivita a závislost. Za tyto problémy musí být pacienti navíc ochotni převzít odpovědnost, nebo se jich musí být alespoň vědomi a chtít se změnit“* (Yalom, 2007, str. 242).

Dále je dle Yaloma důležitým bodem pozitivní očekávání zisku z terapie. Klient s pozitivním očekáváním bude více otevřený ke změnám, ať už změnám v mezilidských vztazích či změnám osobnostním. Klienti s pozitivním očekáváním mohou být ti, kteří již nějakou terapii zažili a znají její účinky. Tito klienti pak mohou být ve skupině velmi prospěšní pro ostatní členy skupiny i pro sebe samotné (Yalom, 2007).

Kratochvíl uvádí jako další indikaci pro skupinovou psychoterapii akutní psychickou nepohodu, nebo krizovou situaci, ve které se klient právě ocitá a tento důvod je také s největší pravděpodobností to, proč se klient o skupinu uchází. Klientovi tedy poskytuje motivaci pro vstup do terapie a zároveň pro práci na sobě, aby se aktuální krize zbavil. Pomocným prvkem je ale jen do určité míry. Pokud jsou příznaky nemoci závažnější, mohou klientovi naopak bránit v zapojení do skupiny, a tedy ho můžou z výběru do skupinové psychoterapie vyloučit. Takovými příznaky mohou být velké úzkosti, které například až brání v pravidelném docházení na skupiny nebo rozvinuté obsese (Kratochvíl, 2001).

Dále je dle Kratochvíla důležité odhodlání ke změně vztahu k ostatním lidem a chování klienta ve vztazích k nim. Pokud se do skupiny rozhodl vstoupit sám, pravděpodobně změnu chce a bude na ni pracovat. Pokud je ovšem klientova motivace jiná než ta, kterou našel sám v sobě a byl například k terapii přinucen svými blízkými, nebo psychiatrem, může to vnést problém do samotného terapeutického procesu a pro přijetí do skupiny tento fakt není žádoucí. Tito klienti nejsou motivováni správným způsobem a jakoukoli práci odmítají a také jsou jimi ovlivněni ostatní klienti, u kterých se proces změny může výrazně zbrzdit (Kratochvíl, 2001).

Kratochvíl také uvádí ochotu pomoci druhým, jako další možnou indikaci. Ochota pomoci druhým je základním principem skupinové soudržnosti nebo zpětné vazby. Pokud by se skupina skládala pouze z lidí neochotných poskytovat zpětnou vazbu, postrádala by svůj význam (Kratochvíl, 2001).

Jako poslední bych uvedla citlivost na skupiny, kterou Yalom popisuje jako citlivost na vliv skupiny tedy jako schopnost slyšet připomínky a poznatky, které skupina klientovi nabízí. Následně je důležité, aby tyto získané poznatky klient zpracoval, přemýšlel o nich, zda jsou pravdivé a obsahují něco, co by mu mohlo pomoci a napovědět, jak změnu rozběhnout (Yalom, 2007).

2.3.2. Kontraindikace skupinové psychoterapie

Jak jsem již zmiňovala, Clarkin a Frences sepsali seznam indikací do skupinové psychoterapie a stejně tak i seznam, který se zabývá kontraindikacemi, které zde nyní uvedu:

- Klienti s akutními psychiatrickými stavy.
- Klienti, kteří pravděpodobně odmítnou skupinovou terapii.
- Klienti, kteří pravděpodobně budou reagovat na jiný druh terapie, krátkodobý.
- Klienti, kteří by byli ohrožující pro skupinový proces nebo by se jeho působením zhoršili (Clarkin a Frences, 1982).

Stejně tak Yalom ve své práci uvádí charakteristiky, kterými se v terapii neúspěšní klienti, předčasně ukončující, vyznačovali při vstupním rozhovoru. Jsou to:

- *„Snížený zájem o psychologické porozumění*
- *Nižší schopnost přemýšlet o emocích, aniž by hned jednali*
- *Nižší motivace*
- *Méně pozitivních emocí*
- *Větší tendence k popření*
- *Více somatizující klienti*
- *Užívání návykových látek*
- *Více emocí hněvu a nenávisti*
- *Patří k nižší socioekonomické vrstvě a nejsou sociálně úspěšní*
- *Nižší inteligence*
- *Méně rozumějí tomu, jak skupinová terapie pomáhá*
- *Zážitky nebo předpoklad, že se setkají s kulturní nesnášenlivostí*
- *Méně sympatičtí (alespoň podle terapeutů)“ (Yalom, 2007, str. 232).*

Vybírajícího terapeuta tyto body mohou upozornit na možnosti problémů. Pokud klient splňuje nějaké z výše uvedených bodů, neznamená to, že se člověk nehodí do žádné terapie. Spíše by se měl terapeut zamyslet, zda s přihlédnutím na další charakteristiky a vlastnosti by daný člověk mohl být schopen těžit z terapie, do které je vybírán, a zda bude schopen začlenit se do konkrétní skupiny. Pokud terapeut usoudí, že to není vhodný kandidát, je na místě nabídnout jinou možnost. Jsou terapeutické skupiny se zaměřením, kam se například doporučují klienti se závislostmi na alkoholu, drogách či skupiny pro

oběti znásilnění atd. To, co prospěje jednomu klientovi, nemusí nutně prospět druhému, proto je správný výběr velmi důležitý (Yalom, 2007).

2.3.3. Metody výběru

Metody výběru do skupin by měli zaručit, že skupina bude schopná terapeutické práce a klienti v ní budou spokojeni. „*Členové jsou spokojeni se svou skupinou (skupina je přitahuje a pravděpodobně v ní setrvají), když:*

1. *vnímají, že skupina reaguje na jejich potřeby, tj. jejich cíle terapie;*
2. *získávají uspokojení ze svých vztahů s ostatními členy;*
3. *získávají uspokojení ze své účasti na skupinovém úkolu;*
4. *získávají uspokojení z členství ve skupině i tváří v tvář vnějším světu.*“ (Yalom, 2007, str. 246)

Je nutné vzít v úvahu fakt, že metody výběru se budou poněkud lišit, pokud půjde o rozdílné druhy terapie, protože pro každou terapii je důležité sledovat u klienta něco jiného. Pokud u klienta sleduje při výběru terapeut prvky, které by se hodily do jiného, odlišného druhu terapie než do toho, do kterého právě podstupuje klient výběr, může terapeut klientovi doporučit jiný druh terapie. Při výběru by terapeut měl zhodnotit, zda je pacient pro terapii vhodný, zda se hodí právě do té skupiny, pro kterou je vybírán a jestli je připraven se do skupiny zařadit (Gans a Counselman, 2010).

Interpersonální vstupní rozhovor

Tento druh rozhovoru slouží především k tomu, otestovat, zda je klient schopný zacházet a vnímat vztahy na mezilidské úrovni. K tomu patří i získání informací o tom, jak klient prožívá své nynější vztahy a jak je vnímá.

Metoda hraní rolí se také může do vstupního rozhovoru zařadit. Terapeut klienta požádá například, aby si představil určitou situaci, která může ve skupině nastat, jak by na ni reagoval, jak by na něj situace působila. Terapeut následně pozoruje klientovy reakce a posuzuje, jak by takový klient zapadl do skupiny, do které by mohl být vybrán (Yalom, 2007).

Diagnostický rozhovor

V tomto případě jde o takový druh rozhovoru, který se zaměřuje na anamnézu z pohledu diagnóz a toho, jak se u klienta projevují. Na konci rozhovoru by měla být tato diagnóza známá a popsána a vyšetřující by měl doporučit léčbu, která bude pro klienta vhodná. Součástí rozhovoru může být i terapeutova pozornost zacílena na motivaci klienta k léčbě či posouzení, zda bude pro skupinu vhodný a jak se v ní bude chovat (Yalom, 2007).

Přímé pozorování skupinového chování

Jako metoda výběru pro skupinovou terapii, může být založena testovací skupina, ve které jsou klienti v terapeutických skupinách, díky kterým probíhá následný výběr. Chování v testovací skupině se velmi podobá chování v reálné terapeutické skupině. Klient je v testovací skupině ovlivňován úkoly ze stran terapeuta, doléhá na něj struktura skupiny, a především je v kontaktu s ostatními členy. Tato metoda je pro výběr zřejmě neúčinnější, ale také je časově náročná (Yalom, 2007).

3. PROBLÉMOVÍ KLIENTI VE SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPII

3.1. Yalomovo pojetí problémových klientů

Výraz „*Problémový klient*“ je sám o sobě problematický, jak uvádí Yalom ve své práci. Nesmíme zapomínat, že náročný klient je kumulací vlastní psychodynamiky klienta, skupinové dynamiky a interakce klienta s ostatními členy skupiny a s terapeutem. Yalom se zabývá následujícími osmi problematickými klinickými typy klientů:

1. Monopolista
2. Mlčící klient
3. Nudný klient
4. Pomoc odmítající a stěžující si klient
5. Psychotický, nebo bipolární klient
6. Schizoidní klient
7. Hraniční klient
8. Narcistický klient

(Yalom, 2007)

3.1.1. Monopolista

„Člověk, který je patrně nucen neustále mluvit. Tito lidé jsou úzkostní, když nemluví. Poté kdy se ke slovu dostanou druzí, znovu se vkládají do hovoru pomocí různých technik: vpadnutí a vyplnění i toho nejkratšího ticha, odpovídání na každé sdělení ve skupině, neustálé obracení se k problémům mluvčího s refrénem: Já jsem taky takový“ (Yalom, 2007, str. 382).

Tito klienti na sebe strhávají pozornost skupiny nejrůznějšími tématy, u kterých vědí, že skupina poté bude pozornost věnovat právě jim. Může se jednat o nejrůznější bizarní, nebo sexuálně provokativní témata. Labilní klienti, kteří jsou dramatičtí, mohou skupinu upoutávat pomocí metody krize. To znamená, že pravidelně přicházejí do skupiny s důležitými životními zvraty, u kterých se vždy zdá, že potřebují naléhavou a dlouhou pozornost (Yalom, 2007).

3.1.2. Mlčící klient

Tento klient je pro terapeuty stejně náročný, i když méně rušivý element ve skupině. Nabízí se zde otázka, do jaké míry je mlčení problémem a jestli je mlčící člen vždy potíží (Yalom, 2007).

„Existují však důkazy pro to, že obecně platí, že čím aktivnější a vlivnější je člen ve skupině, tím větší je pravděpodobnost jeho zisku z terapie. Výzkum v zážitkových skupinách ukazuje, že, bez ohledu na to, co účastníci řekli, čím více slov řekli, tím větší byla pozitivní změna jejich sebeobrazu. Jiný výzkum ukazuje, že zástupná zkušenost ve srovnání s přímou zkušeností nebyla účinná v navození významné změny, emočního zapojení, ani v zaujetí pro skupinový proces“ (Yalom, 2007, str. 388).

Je důležité zmínit, že ticho je také projev, že ticho, není nikdy tiché. Je to také chování a má stejný význam jako kterékoli jiné. Je to způsob vztahování se klienta vůči interpersonálnímu světu (Yalom, 2007).

3.1.3. Nudný klient

„Jen zřídka někdo hledá terapii proto, že je nudný. A přece v jiné, mírně maskované formě není tato stížnost neobvyklá. Klienti si stěžují, že nikdy nemají ostatním co říci, že na večírcích zůstanou stát sami, že je nikdo nikdy nikam nepozve dvakrát, že je druzí využívají jen pro sex, že mají zábrany, jsou plaší, společensky neobratní, prázdní, nebo nijací“ (Yalom, 2007, str. 390).

Nuda je velice individuální, každý se nudí v jiné situaci. Ve skupině je, ale často nudný klient, který má silné zábrany, postrádá spontaneitu a nikdy neriskuje. Mezi nudnými klienty se vyskytují i někteří klienti alexithymičtí. To jsou ti klienti, kteří jsou konkrétní, postrádají schopnost představivosti, zaměřují se na provozní drobnosti, a nikoli na prožitky emocí (Yalom, 2007).

3.1.4. Pomoc odmítající a stěžující si klient

„Pomoc odmítající stěžovatelé (dále POS) vykazují ve skupině typický vzorec chování – skrytě nebo přímo žádají pomoc od skupiny tak, že předkládají problémy nebo stížnosti, a poté odmítají jakoukoli nabízenou pomoc. POS stále přinášejí do skupiny problémy a často je popisují takovým způsobem, že se zdají nepřekonatelné“ (Yalom, 2007, str. 393).

Tento typ problémového klienta, varianta monopolisty, se poprvé objevil u J. Franka v roce 1952. Často je toto téma objevuje v psychiatrické literatuře v oblasti

psychosomatiky. Tito klienti mohou mít propojeno vyjádření emočního strádání prostřednictvím tělesných stížností (Yalom, 2007).

Pokud skupina nabídne klientovi pomoc, ten jí odmítne. Odmítnutí se, ale může projevit různě. Někdy je rada odmítnuta otevřeně a někdy nepřímo. Někdy jí klient přijme, ale nejedná podle ní a pokud ano, nikdy to nezlepší jeho špatnou situaci. POS vlastně vypadají, že jsou na svou neřešitelnou situaci pyšní (Yalom, 2007).

3.1.5. Psychotický, nebo bipolární klient

V tomto případě je nutné uvést, že existují skupiny pro hospitalizované pacienty na psychiatrických odděleních. Nyní se ale bude jednat o ovlivnění průběhu skupinové terapie lépe fungujících pacientů v případě, že se u jednoho klienta rozvine psychotické onemocnění během léčby (Yalom, 2007).

Důležité je načasování, tedy doba, kdy se u klienta onemocnění objeví. V počáteční fázi skupiny se může stát, že se klient dekompenzuje, i když byl před přijetím stabilní, a to z důvodu nepředvídatelného stresu a podobných příčin (Yalom, 2007).

„Zcela jiná situace může nastat, když se klient, který je už mnoho měsíců zaujatým a aktivním členem skupiny, dekompenzuje do psychotického stavu. Ostatní členové se pak zajímají více o klienta než o sebe nebo o skupinu. Protože nyní psychotického člena znali už dříve a zajímali se o něj jako o člověka, často reagují s velkou účastí a zájmem. Na klienta se s menší pravděpodobností dívají jako na cizí a ohrožující objekt, kterému je třeba se vyhnout“ (Yalom, 2007, str.398).

U ostatních klientů může tato situace vyvolat velký otřes a strach z toho, že mohou také ztratit kontrolu a spadnout do propasti. *„Proto je vhodné, když bude terapeut tento strach předvídat a promluví o něm s ostatními ve skupině“* (Yalom, 2007, str. 398).

3.1.6. Schizoidní klient

O schizoidních, hraničních a narcistických lidech se často mluví jako o charakterově obtížných klientech. Nyní se zaměřím na první typ, tedy na schizoidního klienta. Tento typ klienta je typem častým, který se ve skupinové terapii objevuje. Tito lidé vyhledávají terapii kvůli pocitu, že jim něco schází: *„Nemohou cítit, nemohou milovat, nemohou si hrát, nemohou plakat. Jsou sami svými diváky; nemají zabydlená svá vlastní těla neprožívají své vlastní zážitky“* (Yalom, 2007, str. 403).

Na první pohled se může schizoidní klient podobat klientovi vyhýbavému, ale na ten druhý existují jasné rozdíly. *„Vyhýbavý člověk má úzkostné zábrany, rušivě si*

uvědomuje sám sebe, ale je schopný se zapojit, když je dostatečně ujištěn, že nebude odmítnut. Naproti tomu schizoidní klient trpí nedostatkem v nejdůležitějších emočních a reflektivních schopnostech“ (Yalom, 2007, str. 404).

Během skupinových sezení si tito klienti všímají toho, že jejich emoční prožitky se od ostatních členů liší (Yalom, 2007).

3.1.7. Hraniční klient

Druhým typem charakterově obtížného klienta je klient hraniční. Hraniční porucha osobnosti je všeprostupující vzorec nestability interpersonálních vztahů, sebeobrazu, citů a kontroly impulzů. Tito klienti vynakládají velké úsilí, aby se vyhnuli opuštění, ať už představovanému, nebo skutečnému. Jejich vztahy jsou charakterizované střídáním idealizace a znehodnocení, jejich sebeobraz je velice narušený, zkreslený, nebo nestabilní (Yalom, 2007).

Velice často je skupinová terapie těmto klientům doporučována ne proto, že pracují ve skupinách snadno a dobře, ale protože jejich léčba je velice obtížná v terapii individuální (Yalom, 2007).

„I když existují důkazy pro to, že pro tyto klienty může být skupinová terapie dosti účinná, jejich primitivní emoce a sklony k velmi zkreslenému vnímání výrazně ovlivňují průběh skupinové terapie a velice zatěžují zdroje skupiny“ (Yalom, 2007, str. 408).

3.1.8. Narcistický klient

Narcistický klient je posledním typem charakterově obtížného klienta, kterého Yalom ve své práci uvádí. *„I když existuje formální diagnóza narcistická porucha osobnosti, je daleko více lidí s narcistickými rysy, u kterých se vytvářejí v průběhu skupinové terapie typické interpersonální problémy“ (Yalom, 2007, str. 411).*

Nejčastěji se narcističtí klienti projevují rysy velikášství, potřebou obdivu od ostatních a nedostatkem empatie. Velice často mají povrchní citový život, z ničeho nemají moc potěšení, nebo ho mají málo, kromě projevů úcty, kterých se jim dostane od druhých lidí. Znehodnocují ty, kteří jim neposkytují uspokojení jejich narcistických potřeb. Jejich sebeúcta je křehká a jednoduše se sníží a její snížení často vyvolává agresi vůči tomu, kdo to způsobil (Yalom, 2007).

4. VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

4.1. Metodika výzkumného šetření

Jako výzkumné téma jsem zvolila téma Problémových klientů ve skupinové psychoterapii, a to na základě předchozí četby a Yalomovy kapitoly právě o problémových klientech, kterou jsem citovala v kapitole 3. K tomuto tématu mě inspirovalo několik předchozích praxí, které jsem absolvovala v oblasti skupinové terapie a psychoterapeutické komunity. Jako cíl projektu jsem stanovila zodpovězení hlavní výzkumné otázky, která zní: Jak vnímají skupinová terapeuti problémové klienty? Základním bodem je tedy názor dotazovaného na danou problematiku problémových klientů ve skupinové terapii a upřesnění, co pro dotazovaného znamená pojem problémový klient.

Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní přístup. *„Kvalitativní přístup v psychologických vědách je přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod“* (Miovský, 2006, str.17).

Výzkumných otázek jsem zvolila více, vzhledem k tomu, že výzkum je podepřen kvalitativními rozhovory, které jsou polostrukturované a výzkumné otázky sloužili jako opěrné body rozhovorů. Základní výzkumné otázky:

- Jak vnímají skupinová terapeuti problémové klienty?
- Jaké jsou charakteristiky klientů, kteří se jeví ve skupině jako „problémová“?
- Jak se projevují ve skupinové terapii problémová klienti?
- Jak se při výběru do skupiny snaží terapeuti tyto „problémové klienty“ eliminovat, odkud berou informace a jaké nástroje k eliminaci používají?

Jako metodu pro analýzu dat jsem zvolila Tematickou analýzu a data jsem se rozhodla získávat prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru.

Prvním krokem jsem si před samotnými rozhovory stanovila právě tyto otázky a strukturu rozhovoru, které se budu v průběhu rozhovoru držet, i když jsem předpokládala aktivní doptávání v průběhu rozhovorů. Před samotným sběrem dat jsem si stanovila

podmínky, kdo může být v mém šetření respondentem. Hlavní podmínkou byla skutečnost, že respondent bude:

- a.) Terapeut, či psycholog, zabývající se skupinovou psychoterapií.
- b.) Terapeut vybírá, či se podílí na výběru klientů do skupin.

Pro rozhovory jsem zvolila různorodé zaměření terapeutů a celkový počet rozhovorů sedm. Z těchto sedmi byli dotazovaní svým terapeutickým zaměřením rozděleni takto:

- 1x Rogeriánské zaměření
- 1x KBT zaměření
- 1x Gestalt zaměření
- 1x Psychoanalytické zaměření
- 2x Dasainanalytické zaměření
- 1x Psychodynamické zaměření

Pro získání respondentů jsem využila kontaktů na PVŠPS a dále pro různorodá zaměření vyhledávání kontaktů přes internet. Celkem jsem rozhovor provedla se sedmi respondenty.

Skupinové terapeutky jsem oslovovala e-mailem, ve kterém jsem uvedla název práce a hlavní otázku výzkumu a předpokládaný čas rozhovoru, aby na následný rozhovor bylo dostatek času. Vždy jsem chtěla mít alespoň 50 minut času. Za terapeutky jsem docházela na jejich pracoviště, kde jsme uskutečnili rozhovor.

Průběh každého rozhovoru byl podobný. Na začátku každého rozhovoru jsem terapeutky informovala o anonymitě celého výzkumu, kdy všechny získané informace budou anonymní a použity za účelem výzkumu v souvislosti s mou bakalářskou prací a v přepsané podobě budou rozhovory zveřejněny jako příloha mé práce. Také jsem uvedla předmět a cíl mého výzkumu, tedy že se jedná o téma problémových klientů ve skupinové psychoterapii. Většinou má první otázka byla, zda terapeut zažil situaci, kdy by přijal do skupiny klienta, u kterého se následně ukázalo, že se do skupiny nehodí a zda by o tom se mnou mohl dále pohovořit. V dalším průběhu rozhovoru jsem se držela uvedených otázek a doptávala jsem se dle situace.

Před prvním rozhovorem jsem si chtěla průběh a strukturu rozhovoru vyzkoušet, a tak jsem požádala terapeutku, u které jsem na praxi, zda by se mnou udělala pilotní rozhovor. I přes to jsem na prvním rozhovoru byla nervózní. Má nervozita, ale postupem času u dalších rozhovorů klesala a já se cítila jistější.

Každý rozhovor jsem si nahrávala na externí diktafon. Před prvním rozhovorem jsem vyzkoušela mnoho druhů nahrávacích zařízení a tento se osvědčil nejlépe. Zřetelně nahrával rozhovor i z větší vzdálenosti, což zajistilo komfort při rozhovorech. Ze všech pracovišť terapeutů se mi tak podařilo získat vysoce srozumitelný záznam, který jsem následně přepsala do textové podoby. Doslovné přepisy všech rozhovorů jsem uvedla jako přílohu této práce (viz. Příloha č.1).

Jako metodu pro analýzu dat jsem si stanovila Tematickou analýzu. Braun a Clarke popsali ve své práci Tematickou analýzu tak, že ji charakterizují jako metodu identifikace a důležitá je v ní právě analýza výzkumu a odkazování ke vzorům v datech (Braun, Clarke, 2006). Podle těchto autorek je u Tematické analýzy přínosná a užitečná její flexibilita. U této metody můžeme postupovat dvěma způsoby. První je přístup teoretický, kdy si dopředu zvolíme výzkumnou otázku. Tento přístup je možné použít, vycházíme-li z nějaké teorie. Stejně tak může být tematická analýza vhodná pro takové případy, kdy se výzkumná otázka oddělí až při analýze, tedy na opačném konci postupu. Tomuto případu se říká induktivní Tematická analýza (Braun, Clarke, 2006). Já jsem se rozhodla na základě svého výzkumu, že výzkumnou otázku zvolím dopředu.

Tematická analýza je velmi flexibilní, ale přináší také řadu nevýhod. Aby byl proces analýzy co nejvíce zprůhledněn, navrhuji Braun a Clarke v šesti bodech její postup, kde analýza zahrnuje neustálé vracení se k předchozím bodům a následný postup vpřed. (Braun a Clarke, 2006).

1. Seznámení se s daty: Prvním bodem je seznámení se s daty a zde je potřeba řádně přečtení celého souboru, který zkoumáme a který bude podroben analýze. Je důležité vnímat text s jeho významy a vzorci. Zde mohou vznikat první kódy.
2. Generování počátečních kódů: V tomto bodě jde o prvotní určení zajímavých rysů, konkrétních kódů v rámci souboru, který zkoumáme. Zde hledáme opakující se vzorce. *„Kódování nám pomáhá data popsat. Kód je symbol přiřazený k úseku dat tak, že ho klasifikuje nebo kategorizuje. Kódy mají mít relevanci k výzkumným*

otázkám, konceptům a tématům. Kódování je ústředním bodem analýzy“ (Hendl, 2005, str. 228).

3. Hledání témat: Z vytvořených kódů je potřeba vybrat témata, která jsou pro text stěžejní, objevují se v něm opakovaně. Jeden kód nesmí patřit do dvou témat, vždy je nutné ho zařadit pouze do jednoho.
4. Přezkoumání témat: V tomto bodě je nutné si ověřit, zda témata jsou relevantní a zda budou v aktuální formě ponechána. Je nutné si znovu pročíst celý text a uvažovat nad jednotlivými tématy a také se přesvědčit, že nebylo opomenuto něco důležitého.
5. Definování a pojmenování témat: V tomto bodě je nutné nalézt hlubší propojení jednotlivých témat, a především jejich obsah, to, o čem vlastně vypovídají a jak by se dala charakterizovat jejich podstata. V jednotlivých hlavních tématech se dají nalézat podtémata.
6. Sepsání zprávy: Na základě konečných témat jde především o vypracování finální analýzy a sepsání závěrečné zprávy a výsledků výzkumného šetření (Braun a Clarke, 2006).

4.2. Výsledky výzkumného šetření

V následující části budu prezentovat výsledky, ke kterým jsem během výzkumu dospěla. Výsledky tematické analýzy jsem rozdělila do témat a podtémat.

Prvním velkým tématem je „*Nepřipravenost na práci ve skupině*“ s následujícími podtématy: Motivace, autority, nezralost, empatie (moc/málo), křehký klient, neschopnost reflexe a mlčící klient. Dalším tématem je „*Protiskupinové jednání*“ a podtématy: Nedůvěra, lhaní, manipulace, impulzivní klient, hodnotící klient, zahlcující klient, agrese. Třetí téma jsem určila jako: „*Porušování pravidel*“, do kterého jsou zahrnuta podtémata: Závislosti, docházka, výhružky, bezpečí. Téma „*Diagnózy*“, které se objevilo jako další, zůstalo bez podtémat a podrobněji ho rozvedu dále spolu s ostatními hlavními tématy. Posledním tématem je: „*Výběr klientů*“, do kterého spadají tato podtémata: Přijímání klientů, negativní ovlivnění výběru, ideální výběr a ostatní. Pro přehlednost jsem se rozhodla vytvořit následující tabulku. V tabulce jsou znázorněna hlavní témata i podtémata a rozhovory, ve kterých se tato témata objevují.

Číslo rozhovoru		1	2	3	4	5	6	7
Hlavní téma / podtéma								
Nepřipravenost na práci ve skupině								
	Motivace	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	Autority				✓		✓	
	Nezralost		✓	✓		✓		✓
	Empatie (moc/málo)	✓	✓			✓		
	Křehký klient		✓					✓
	Neschopnost reflexe	✓	✓	✓		✓	✓	✓
	Mlčící klient	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Protiskupinové jednání			✓		✓		✓	✓
	Nedůvěra		✓				✓	
	Lhaní			✓			✓	
	Manipulace						✓	✓
	Impulzivní klient			✓			✓	
	Hodnotící klient						✓	✓
	Agrese			✓	✓	✓	✓	✓
	Zahlcující klient	✓	✓	✓		✓	✓	
Porušování pravidel		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Závislosti		✓		✓		✓	
	Docházka	✓		✓	✓	✓	✓	✓
	Výhrůžky				✓			✓
	Bezpečí			✓		✓		
Diagnózy		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Výběr klientů do skupin		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Přijímání klientů	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Negativní ovlivnění výběru		✓	✓	✓		✓	✓
	Ideální výběr		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Vnímání označení: Problémový klient		✓		✓	✓			✓

4.2.1. Nepřipravenost na práci ve skupině

Nepřipravenost na práci ve skupině obsahuje takové klienty, či problémy s klienty ve skupině, kteří z nějakého důvodu nejsou připraveni na práci právě ve skupině. Neznamená to ovšem, že by se nehodili pro terapeutickou práci či pro jiný druh terapie, ale především to, že v jejich aktuální životní fázi nejsou na skupinu a z ní plynoucí nároky, připraveni. Tato nepřipravenost se může během jiného druhu terapie proměňovat. Klienti, kteří nejsou připraveni na práci ve skupině, většinou navštěvují například individuální terapii a do skupiny je může terapeut doporučit později.

Nedílnou součástí tohoto tématu, je podtéma „*Motivace*“. Terapeuti popisují motivaci nedostatečnou, špatnou či malou, které brání klientovi profitování z terapie, ale také motivaci účelovou, nebo ziskovou. „(...) *Ve smyslu – nelíbí se mi v práci, žádnou jinou nemám, potřebuji razítko pro úřad práce. (...) Nebo lidi usilují o invalidní důchod a čím více léčby tím líp*“ (rozhovor č.6). Nedostatečná motivace se projevuje například tím, že klient byl poslán ať už někým z rodiny či psychiatrem. Podtéma motivace se objevilo u šesti rozhovorů ze sedmi. „*Ted' jsem tady zrovna měla jednu paní, která chtěla do večerní skupiny a která říkala, že chce mít na co se celý týden těšit a někam jít mezi lidi. Tak to není zrovna motivace do skupiny*“ (rozhovor č.3).

Podtéma „*Autority*“ se vyskytovalo u dvou ze sedmi rozhovorů a konkrétně se jednalo o případy, kdy klienti devalvovali terapeuty, shazovali či zpochybňovali jejich práci nebo systém, nebo s nimi vedli boje o moc ve skupině, či naopak klient měl příliš silnou vazbu na terapeuta. „(...) *může mít problém s autoritou, může z toho být souboj mezi ním a terapeutem. (...) může vytvořit si k vám velmi silnou vazbu, ctít vás, zastávat se, být až moc velkým spojencem*“ (rozhovor č. 4).

Klienti osobnostně nezralí či s osobnostními problémy spadají do další části nepřipravenosti na práci ve skupině, a to do tématu „*Nezralost*“. „*Tahle paní byla úplně hodně nezralá, že se chovala, jako tří, čtyř letá holčička, která potřebuje jako dorůst*“ (rozhovor č. 7).

„*Empatie*“ může být nedostatečná, nebo přílišná. Nedostatečná se nese v duchu nedostatečnosti pro skupiny, protože klient není schopný empatie vůči ostatním členům skupiny. Přílišná empatie je naopak více škodlivá pro klienta samotného, který si bere vše až přespříliš a neúnosně ho témata zatěžují. „*Jedna žena byla takhle až moc*

empatická a všechno si odnášela domů, když měl někdo nějaký problém, tak ona ho měla taky“ (rozhovor č.2).

V návaznosti na přílišnou empatii je podle terapeutů problematický „Křehký klient.“ *„Měli jsme jednoho mládence a ten taky odešel, protože se zjistilo, že je tak křehký a tíha těch problémů té skupiny je a něj tak těžká, že prostě je to moc“ (rozhovor č. 7).* O křehkém klientovi mluvili dva ze sedmi terapeutů.

„Neschopnost reflexe“ se objevila u šesti ze sedmi rozhovorů. Terapeuti mluvili především o neschopnosti přijímat zpětnou vazbu a neschopnost reflektovat své problémy a chování. V těchto případech se terapie nedostávala přímo ke klientovi a tito klienti zůstávali výhradně na povrchu. Dle terapeutů by se neschopnost reflexe dala také spojit s případy, kdy klienti nepochopí terapeutický proces či nemají dostatek terapeutické kapacity. Klienti jsou stále jen na povrchu, což může někdy znamenat, že klient není jen vhodný pro tento druh terapie, nebo nestíhá dění na skupině a nemůže se tedy dostat k sobě. Dle terapeutů: „Pak jsem měla pacienta, který přišel s tím, že je moc spokojený. (...) Občas se dotknul něčeho svého, třeba vztahu s maminkou ale ten taky vlastně odešel, zdálo se, že naším cílem bylo, aby tak jako sednul na zem. (...) Lidi se ho tak jako snažili přivést k sobě. (...) A nějak to k němu nedošlo“ (rozhovor č. 7). Dalším případem jsou klienti, kteří chtějí pracovat, ale zpětnou vazbu nepřijímají. *„To byl člověk, co byl hodně motivovaný, hodně chtěl, hodně ho zajímala zpětná vazba a vlastně ve chvíli kdy jí slyšel, tak já vlastně nepřijímal, odpovídal: ano, ale...“ (rozhovor č.1)*

Posledním podtématem je „*Mlčící klient.*“ Jedná se o takové klienty, kteří mluví velice málo, nebo vůbec či jsou extrémně uzavření. *„Někteří hodně mlčí, je to takové to mlčení v odporu a nechtějí pustit ani chlup“ (rozhovor č.6).* Popřípadě se může jednat o klienty, kteří svým mlčením projevují velkou míru pasivity. Téma mlčícího klienta se objevilo v šesti ze sedmi rozhovorů. *„Asi když nejsou sdílný, když moc nepovídají, když se třeba obávají, je to nějaký jejich proces, neříkají si o své potřeby. Třeba jenom seděj, jsou k dispozici druhejm, ale pro sebe si neberou“ (rozhovor č.1).*

4.2.2. Protiskupinové jednání

Téma protiskupinového jednání obsahuje takové prvky, které jsou výrazně pro skupinu ohrožující, narušují bezpečí či jakoukoli práci ve skupině. Patří mezi ně klienti dramatičtí, bojkotující a dále také klienti, kteří nenavazují vztahy ve skupině. Dále se objevila také témata lhaní, impulzivního klienta, narušování bezpečí a klienta, který hodnotí ostatní, je manipulativní a nedůvěřivý.

„Problém je protiskupinové jednání, kdy člověk ohrožuje skupinu anebo pobyt v ní ohrožuje jeho. Někdo, kdo má takové problémy, že ho skupina ničí, nepřispívá, což není dobrý – to může být člověk v akutní krizi a nemůže čekat, že dneska mluví někdo jiný“ (rozhovor č. 4).

Jako další součást protiskupinového jednání, uvádí terapeuti nenavazování vztahů klienta ve skupině či klienty dramatické a bojkotující. *„Nejčastějším problémem je tedy asi to, když klient nenavazuje vztahy v té skupině, není toho schopný, to je prostě těžký, protože není navázaný, ze skupiny vypadává. (...) Chodí do té skupiny jako k lékaři“ (rozhovor č. 2).*

Drobnější podtémata, která se v tomto směru objevila, většinou u dvou ze sedmi terapeutů, jsou podtémata: *„Hodnotící klient“*, *„impulzivní klient“*, *„nedůvěra“*, *„lhaní“* a *„manipulace“*. Klient příliš hodnotící je problémem pro skupinu, neboť vynáší soudy vůči ostatním členům skupiny, impulzivní klient může často být příliš prudký a svým chováním hraničit až s agresí. Záměrné lhaní se může objevovat již při pohovorech, kdy lidé úmyslně něco zatají, aby se do skupiny dostali, může se to týkat lhaní ohledně počtu nedokončených terapií apod. Manipulace se může objevovat následovně: *„(...) Ona se prezentovala jako oběť (...), vyčítala si, jak je hrozná – chtěla potvrzení od ostatních, že to tak je, že má přece pravdu. Takovýhle tanečky. (...) Někteří pacienti jsou manipulativní rovnou, a tak okatě, to znamená třeba – zavolají a začnou si diktovat přesně kdy přijdou (...), kladou si rovnou podmínky, tak to je takový alespoň otevřený“ (rozhovor č. 6).*

Dalším podtématem jsou klienti nedůvěřiví ať už k terapeutům či skupině. *„(...) pacienti, kteří nemají důvěru. Někteří jí nemají apriori k terapii, psychologům, psychiatrii, ale někdy jim tak prostě nějak vznikne. Že se necítí bezpečně na skupině. Nesedí jim spolupacienti, nesedí jim terapeuti, nevytvoří se tam prostředí skupinové důvěry. (...) To, co taky pomáhá, je trpělivost, že se na ty lidi netlačí, mají dost času a prostoru, že mohou projevovat jakékoli emoce, strach, smutek, nelibost a jsou přijímaný s tím, co přináší a jak se projevují“ (rozhovor č.6).*

„Další pán byl takový opravdu impulzivní, prudký, agresivní. Sice nakonec fyzicky nikoho nenapadl, ale fakt jako křičel, sprostě nadával, a to už nešlo, to už bylo vyložené nedůstojné pro ty lidi okolo.“ (rozhovor č.6) U „Agrese“ můžeme mluvit o agresii fyzické či psychické, klient se může projevovat také jako pasivně agresivní, útočit na ostatní slovně během skupiny, či ostatní členy sexuálně napadat. Agresivní se jeví i klient, který kritizuje ostatní. Všechny druhy agrese popsalo pět terapeutů se sedmi, jako neslučitelné s terapeutickou prací, pokud se agrese děje opakovaně a klient není ochotný s ní pracovat.

„Zahlcujícího klienta“ vnímali skupinová terapeuti jako velký problém. „Ještě mě napadají lidé, kteří jsou zahlcující, berou si moc toho prostoru. (...) Ještě jednu klientku si vybavuji, ta za sebou měla velice složitý život, zdravotní obtíže a uměla o tom tak jako šťavnatě a vtipně mluvit, že vlastně tu skupinu zaujala, strhla tu pozornost“ (rozhovor č.1). Souvisí s tím i přijímací pohovor, zahlcování terapeuta klientem se může projevit i tam a pro terapeuty to je velký varovný signál. Takový klient neustále povídá, ale jakmile mu něco chce říci terapeut, nedává prostor anebo si následně opět začne se svým povídáním, bez ohledu na terapeutovy poznámky. Strhávání pozornosti je problém spíše na následné skupině, kde klient má koho zaujmout a dostat pozornost od ostatních. Jedná se o klienty, kteří jsou egoističtí a egocentričtí. Téma zahlcujícího klienta se ukázalo u pěti ze sedmi rozhovorů. „Řekla bych, že nejvíce problémoví pro skupinu jsou takový klienti, kteří zaberou hodně prostoru, hodně mluví. Problémoví pro skupinu říkám schválně, protože pokud takovýhle klient začne mluvit, ostatní mají problém dostat se ke slovu a vzít si nějaký svůj prostor. To často vede k tomu, že jsou ostatní klienti frustrováni a zahlceni jedním takovýmto klientem“ (rozhovor č. 3).

4.2.3. Porušování pravidel

Každá terapeutická skupina má stanovená svá pravidla, jaká jsou to konkrétně je v rukou terapeutů. Během rozhovorů se ukázalo, že některá pravidla jsou všudypřítomná, a především je nežádoucí jejich porušování. Dále také časté napadání pravidel, neustálé diskutování o tom, co je potřeba dodržovat. Někteří klienti o pravidlech rádi diskutují, napadají je nebo vnášejí pravidla, která jsou proti fungování skupiny. Téma porušování pravidel se v obecné formě objevilo ve všech rozhovorech. Mezi ně terapeuti řadili například vynášení informací ze skupiny, scházení se mimo skupinu a další.

Jako první z podtémat se ukázali „Závislosti“ alkoholové, či drogové. „Paní, co chodila do skupina opilá a tvrdila, že není opilá. Táhlo to z ní a všichni si o tom šuškali, nevěděli, jak jí to říci, a nakonec jsme ji museli jako terapeuti konfrontovat. Přímou na skupiny chodila opilá, držela se, ale vidět to bylo. Takovýhle člověk taky nemůže být ve skupině, pokud s tím odmítá pracovat“ (rozhovor č. 4). Dále je také třeba zmínit užívání léků během terapie. Téma závislostí se objevilo ve třech ze sedmi rozhovorů.

Dalším velkým podtématem je „Docházka.“ Opět platí, že problémem je i nestálé manipulování s chozením na hraně a podobné. „Lidi, co chtějí porušovat, tak chodí pozdě, nebo neustále je to na hranici a neustále si s tím hrajou, nebo odchází dřív, nebo se neomlouvají z programů, nebo si chodí pro razítka k doktorům a zůstávají doma, nebo co

se týče ještě té docházky, tak jsou ochotný hodinu diskutovat o tom, že jim nejel autobus“ (rozhovor č.6). Popřípadě nepravidelné chození, nedodržování režimu, časté absence, ukončení docházky bez vysvětlení nebo nedokončené terapeutické programy v minulosti. Šest se sedmi terapeutů popsalo problémy s docházkou jako problematický element ve skupině.

Vyhrožování ve skupině je velký problém, velmi narušuje bezpečí a důvěru všech členů skupiny. Podtéma „Výhrůžky“ a „Bezpečí“ má tedy mnoho společného. Bezpečí může být narušeno mnoha způsoby. Vyhrožování k nim patří. „(...) Začal trousit takovou nejistotu, že se dokáže nabourat do různých účtů (...) a když měla jedna klientka životopis, on si ho nahrál, nebo alespoň pak tvrdil, že si ho nahrál a začal jí pak vyhrožovat, že ho zveřejní.“ (rozhovor č.7) Každé z těchto dvou témat, se v rámci všech rozhovorů objevila dvakrát. „Stejně tak vyhrožování jiným členům skupiny, že si na ně venku počká apod. Tak touž je hodně za čarou. To ve skupině nemůže být. Vytváří atmosféru hrůzy a nebezpečí, to není užitečný pro skupinu“ (rozhovor č. 4).

4.2.4. Diagnózy

Téma diagnózy se prolínalo všemi rozhovory a bylo znát, že je to velmi důležité téma, na které je potřeba nahlédnout. V následující tabulce je uvedeno, jaké diagnózy se objevovali, a ve kterých rozhovorech je můžeme najít.

Číslo rozhovoru	1	2	3	4	5	6	7
Diagnóza							
Poruchy osobnosti (obecně)	✓			✓	✓	✓	
Hraniční porucha osobnosti				✓			✓
Histerionská porucha osobnosti		✓					✓
Narcistická porucha osobnosti				✓		✓	
Bipolární porucha osobnosti			✓				
Paranoia		✓		✓			
Psychopatie		✓	✓				
Duální diagnóza		✓			✓		
Deprese (hluboká)							✓

Psychotická osobnosti	porucha	✓	✓		✓	✓		✓
Schizofrenie					✓	✓		
Dekompenzace							✓	✓

Terapeuti se shodli na tom, že závažnější diagnózy jsou problémem, protože mohou narušovat integritu skupiny, rozvracet vztahy, či mít negativní vliv na důvěru ať už v ostatní členy skupiny či terapeuty. Na druhou stranu se také shodovali na tom, že pokud je skupina dobře sestavená, dobře fungující a stabilní, může unést jednoho, dva náročnější klienty. Dále uvedu příklady dopadu, některých diagnóz, na skupinu a problémy s tím spojené.

Jednotlivé diagnózy mají určitý dopad na skupinu i na práci uvnitř ní. „*problémová jsou třeba, pokud budu používat ty diagnosticky kategorie, tak pacienti hraničáři, tedy s hraniční poruchou osobnosti, protože to je většinou fakt problém. (...) Moc toho potřebují, a i když má člověk pocit, že to nějak jde, tak to pak celý spadne*“ (rozhovor č. 7). U lidí ve skupině, mohou tito klienti nabourat důvěru v účinek terapie. Zdá se totiž, že terapie má nějaký přínos a oni to pak druhý den celé zruší a devalvují.

Stejně tak i narcistická porucha osobnosti má dopad na práci ve skupině: „*Často se stává, že se sejde skupina, kde je více pacientů s takovou narcistickou poruchou a ty opravdu nejsou schopný pracovat pro druhý*“ (rozhovor č.6).

Často se objevují klienti s hysterionskou poruchou osobnosti, nebo paranoidním laděním. Obě tyto diagnózy se většinou nedají skloubit v dobrou práci ve skupině. „*Nemusí to být rovnou paranoidní psychóza, stačí paranoidní ladění, který úplně spolehlivě rozleptává skupinové vztahy*“ (rozhovor č.2). „*Nebo si vzpomínám na jednu klientku, ta byla spíše do hysterionské poruchy, té se všechno týkalo, takže když se bavila, tak stačilo, aby se na ní někdo podíval, taky jako vy se tady teď díváte na mě a už hned v tom spatřovala významy a měla velké paranoidní představy a zpracování*“ (rozhovor č. 2). A jako poslední k paranoie, uvedu následující příklad: „*Vzpomínám si na paní, která chodila k nám do stacionáře a ta odešla hned druhý týden, protože byla hodně vznětlivá a podezřívavá, protože pořád očekávala nepříjemné věci a taky z toho obviňovala ostatní*“ (rozhovor č.4).

Se všemi diagnózami souvisí také to, že pro skupinu není vhodný člověk v akutní krizi či akutní fázi své nemoci. „*Pak se třeba stalo, že ty pacienti se dekompenzovali a*

bylo nutné je poslat k hospitalizaci, nebo do jiné skupiny pro pacienty s těžší diagnózou (...)“ (rozhovor č.6).

4.2.5. Výběr klientů do skupin

Výběr klientů jsem rozdělila do čtyř podtémat. První se týká přijímacích pohovorů do skupiny a celkově přijímacího procesu, druhé negativního ovlivnění výběru, třetí se týká toho, co by se podle terapeutů dalo zlepšit a co by přispělo lepšímu výběru a poslední podtéma s ostatními, ale stejně důležitými zkušenostmi.

„Přijímání klientů“ a průběh přijímacího pohovoru, nebo pohovorů, v rozhovorech popsal všichni terapeuti. Ve čtyřech případech ze sedmi terapeuti uskutečňují pouze jedno setkání s klientem, ve dvou případech vybírají klienta v týmu a v jednom z případů proběhne více setkání. Ze všech terapeutů dva uvedli, že vyžadují, nebo je pro ně běžnou praxí mít od klienta psychologické, nebo psychiatrické vyšetření. Dále se většina terapeutů shodla na tom, že při přijímacím pohovoru hodně mluví o tom, co skupina obnáší a snaží se klienta seznámit s tím, jak specificky skupina funguje a co by pro něj mohlo být přínosem, nebo co naopak ve skupině nefunguje.

Při *„Ideálním výběru“* terapeuti uvádí že by byl nejlepší několikanásobný výběr, setkat se s klientem vícekrát, popřípadě mít možnost týmového pohledu, více reflektovat vlastní pocity a zlepšit komunikaci terapeutů s psychiatry a psychology. *„Takže ošetřením by bylo vymanit se z časové tísně, mít dostatek času pro výběr a sil na to. Je to občas dost boj“* (rozhovor č. 6). S tím souvisí, že při ideálním výběru je pro terapeuty důležité složení skupiny, vyváženost mužů i žen, a především tedy to, aby si lidé vzájemně lidsky sedli.

S tím souvisí podtéma *„Negativního ovlivnění výběru.“* *„U některých problémových klientů, nebo pacientů je potíž, že také mohou člověka zaujmout. V uvozovkách přilákat, tak zvaně svést k zájmu, že se o ně chcete starat, chcete je získat pro tu práci“* (rozhovor č. 4). U pěti rozhovorů se objevila zkušenost s nedostatkem času, který následně velmi negativně ovlivňuje výběr. Terapeuti popisují situace, kdy nedostatek času ovlivní jejich kritičnost vůči klientům a oni vezmou mnohdy toho, koho by jinak možná ani nevzali, jelikož je potřeba naplnit skupinu do termínu. Dále výběr znesnadňují sami klienti záměrným lhaním a zatajováním informací, například o nedokončených terapeutických programech v minulosti a podobně.

„(...) dejme si pozor na to, abychom nebrali pacienta jen ze soucitu, jenom proto, že je nám ho líto. Stokrát se nám to už nevyplatilo. (...) To byla jedna Eliška, tu když jsme

viděli, dali bychom jí fakt korunu, a to byla taková potvora, manipulantka“ (rozhovor č.6). S tím úzce souvisí klient naléhavý, který soucit v terapeutovi může velmi snadno vyvolat. Ještě bych zmínila, že sami terapeuti uvádějí, že často přecení své síly, nejsou dostatečně pokorní, aby si přiznali, že něco nemusí zvládnout anebo jsou přílišní idealisti. „Pro mě je těžký odmítat klienty, proto někdy vezmu i klienta, u kterého se pak ukáže že není moc vhodný. (...) Jedna konkrétní klientka byla hodně naléhavá, říkala, že už neví, kam jinam jít, co jiného by jí pomohlo, bylo jí opravdu špatně, že to potřebuje, bylo mi líto jí odmítnout, tak jsem jí vzala“ (rozhovor č.7). Občas se klienti chovají jinak na pohovoru a jinak poté na skupině, kde jsou v interakci s ostatními klienty. „(...) tahle paní vypadala, že neumí do pěti počítat a najednou tady má obecnost a rozjždí veliká divadla. (...) Vzpomínám si na jednu Janu, která byla při těch rozhovorech velmi tichá, úzkostná, nejistá a taková nenápadná a pak v té skupině se začala projevat velice agresivně, měla v sobě hodně nenávisti a ublíženosti“ (rozhovor č. 6). V poslední řadě stojí za to zmínit, že zde sehraje roli i špatná komunikace s psychiatry, kteří klienty posílají.

4.2.6. Vnímání označení: Problémový klient

Jako poslední a takové doplňkové téma jsem se rozhodla prezentovat myšlenku, na kterou jsem narazila ve čtyřech ze sedmi rozhovorů, a to vnímání samotného označení „Problémový klient.“ Jedná se o to, že mnoho terapeutů nesouhlasilo s označením „Problémový klient“ anebo zastávali myšlenku, že problémový klient vlastně není, nebo se spíše nedá takto označit. Pro úplnost uvedu přesné úryvky z každého rozhovoru, kde se toto téma objevilo.

„(...) mám dojem, že pokud se napíše problémový klient, nebo problémové dítě, nebo kdokoli se takhle označí, že už je to takový balík, takový stigma“ (rozhovor č.1).

„No já si myslím, že problémový je takové složitě. Já si myslím, že pokud to ještě v rámci skupiny zvládnout jde, tak to není zas takový problém. Někdy je to jen o tom špatném odhadu, co by z toho klient mohl mít. Já s nimi před skupinou hodně mluvím, varuji je a někdy dokonce odrazuji, takže hodně lidí odpadne už samo dopředu. Takže jen jsem chtěla tak úvodem říct, že si myslím, že se ve skupině dá pracovat se vším“ (rozhovor č. 3).

„Mě se líbí jedno označení, o kterém mluví analytičky Betty Josef dokonce na to vyšlo jedno psychologické revue, jmenuje se to obtížně přístupný pacient. Možná že to vyjadřuje přesněji to, o co tam jde. Problémový je zase nějaké označení, které něco

implikuje. Obtížně dostupný neznámá, že je nedostupný, ale je obtížně dostupný. (...) Pro mě je tedy problémový klient takový klient, se kterým se pracuje hůře, je to náročnější, ale nemusí to nutně znamenat, že do skupiny nepatří. Je si tam řeknu „aha“ tady to bude chtít více práce a třeba větší obezřetnost“ (rozhovor č. 4).

„Na druhou stranu, když o tom tak mluvím, zjišťuji, že moc jich asi ani neexistuje, protože se vším se dá něco dělat“ (rozhovor č. 7). Setkávala jsem se tedy s tím, že mnoho terapeutů vyjadřuje myšlenku, že ve skupině se toho dá zvládnout hodně, a i problémový klient je ve skupině užitečný, protože přináší do skupiny dynamiku a klienti se mohou spoustu věcí naučit. Zde ovšem terapeuti dodávají, že i toto má své hranice, ale nyní zůstaneme v duchu toho, kdy skupina problémového klienta ustojí.

„(...) Jednak si nemyslím, že by problémoví klienti neměli být ve skupině, protože proto tam jsou“ (rozhovor č.7).

4.3. Diskuze

Domnívám se, že výsledky výzkumného šetření a všechna témata, ke kterým jsem díky Tematické analýze dospěla, velmi uspokojivě odpovídají na výzkumné otázky. Z rozhovorů je zřejmé, kteří klienti jsou pro terapeuty problémoví, jaké mají charakteristiky, i to, jak se problémoví klienti projevují ve skupině a jaké jsou terapeuty používané metody výběru.

Během rozhovorů i během analýzy rozhovorů jsem vnímala důležitost tématu, zaměřeného na výběr klientů do skupinové psychoterapie a další možná témata s výběrem spojená. Myslím, že by bylo prospěšné věnovat zvláštní výzkum přímo negativnímu ovlivňování výběru klientů do skupinové psychoterapie a popřípadě provést další sérii rozhovorů, která by byla úzce zaměřená tímto směrem. Také mě osobně zaujalo, že většina terapeutů měla výhrady k označení „*Problémový klient*“, nebo se alespoň domnívala, že problémový klient vlastně neexistuje a že vše se dá určitým způsobem zvládnout.

V porovnání s problémovými členy skupiny, které popsal Yalom a jejichž typy jsem uvedla v 3. Kapitole teoretické části, je zde vidět několik podobností. Nejprve se zaměřím na témata, která se s jeho prací shodovala.

Yalom popisuje klienta „monopolistu“, který se shoduje s klientem „*zahlcujícím*“ a dramatickými klienty, které popsal skupinový terapeuti při rozhovorech. V obou

případech jsou tito klienti popisováni jako problematičtí, protože zaberou hodně prostoru ve skupině, je náročné je přerušit a v ostatních klientech to může vzbuzovat úzkost a vztek.

Další shodou mezi Yalomem a skupinovými terapeuty v rozhovorech je „*Mlčící klient*.“ Yalom ho pojímá, jako celou problematickou kapitolu a v mnoha věcech se s ním terapeuti shodují, ale ze struktury rozhovorů je vidět, že ho nepovažují za tak velký problém či extrémně obtížného klienta. U tohoto klienta je spíše potíž, že je velká pravděpodobnost, že ze skupiny nebude profitovat.

V podkapitolách Yalomovy práce, které označují za problematické klienty s diagnózami lze vidět shodu také, konkrétně jde o Yalomovy klienty „*Schizoidní*“ „*Bipolární*“ „*Psychotické*“ „*Hraniční*“ „*Narcistické*.“ Zde se i terapeuti shodují, že přílišně zatěžující diagnóza je problémem, ale zároveň dodávají, že když je skupina dobře sestavená a pevná, unese i náročnějšího klienta. Terapeuti zmiňovali často poruchy osobnosti či psychopatii, jako problémový jev. Kratochvíl popisuje tuto oblast následovně: „*U poruch osobnosti, dříve označovaných jako psychopatie, nejde v tomto smyslu o chorobu, nýbrž spíše o odchylku. Psychopati mají skoro stále nějaké potíže nebo problémy, a to téměř bez ohledu na vnější podmínky. Poruchy v sociálních vztazích vyplývají přímo z jejich osobnosti. Jde o stav trvalý, který se v souvislosti s různými okolnostmi jen zvyrazňuje nebo mírní*“ (Kratochvíl, 2006, str. 20).

Téma výběru se v některých bodech shodovalo s Yalomovou prací, ve které uvádí, jak se klienti předčasně ukončující terapii vyznačovali ve vstupním pohovoru. Společná témata se zde objevovala tato: Nižší motivace, menší porozumění tomu, jak skupinová terapie pomáhá a s tím související nezáměr o psychologické porozumění. Yalomův bod o menší sympatii klienta lze vidět i v rozhovorech, kde terapeuti mluví o intuici, zda klienta do skupiny přijmout či nikoli. Jedná se o jejich vlastní pocit, názor, který pro další práci je neméně důležitý. Shodu lze také vidět s autory Clarkin a Frances (1998), kteří jako jeden bod kontraindikace uvádějí akutní psychickou nepohodu. I toto téma se v rozhovorech objevilo v souvislosti s tím, že takový akutní stav není pro skupinu žádoucí. At již při výběru, či zhoršení stavu během skupinového procesu.

Naopak Yalomův „*Nudný klient*“ v podobě, v jaké ho popisuje ve své práci se v rozhovorech s terapeuty neobjevil. Zbylá témata, která se objevovala napříč rozhovory a která jsem uváděla v podkapitole „*Výsledky výzkumného šetření*“ se v Yalomově kapitole „*Problémoví členové skupiny*“ nevyskytovala.

ZÁVĚR

Práce mě velmi obohatila o možnost vedení polostrukturovaných rozhovorů, ze kterých jsem měla na začátku velký strach. Také mě překvapila náročnost celého výzkumu a dílčích činností, které byly potřeba ke zdárnému konci. Jsem ráda za každou zkušenost se skupinovými terapeuty, protože téma mě velice osobně zajímá a možnost s nimi pohovořit mě velice naplňovala a ráda bych se podobným směrem ubírala i nadále.

Myslím, že v teoretické části mé práce se mi podařilo dobře shrnout základní kapitoly skupinové psychoterapie a nastínit základní typy problémových klientů. Vypracování teoretické části mi pomohlo objevovat nová témata, publikace a články, které se mi následně hodily k lepšímu pochopení dané problematiky.

Dovoluji si říct, že výsledky mého šetření by mohli pomoci terapeutům v práci s problémovými klienty, a především k eliminaci problémových klientů do skupinové psychoterapie. Výzkumná část mé práce uspokojivě odpověděla na všechny výzkumné otázky a objevila se v ní související témata, na kterých by se dalo dále pracovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDRLOVÁ, Michaela. *Současné směry v české psychoterapii: rozhovory s významnými psychoterapeuty*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-603-1.

ATKINSON, R. L., ATKINSON, R. C., SMITH, E. E., BEM, D. J., NOLEM-HOEKSEMA, S. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-640-3

BRAUN, V., & CLARKE, V. *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 2006.

CLARKIN, J. F., FRENCES, A., J. *Selection criteria for Brief Psychotherapy*. *American Journal of Psychotherapy*, Vol 36(2), Apr 1982, 166-180.

GANS, J. and COUNSELMAN, E. Patient Selection for Psychodynamic Group Psychotherapy: Practice and Dynamic Consideration. *International Journal of Group Psychotherapy*. 2010,60(2), pp.197-220. DOI10.1521/ijgp.2010.60.2.197.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. (Eds.). *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002.

KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 2. vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-096-7.

KRATOCHVÍL, S. *Jak žít s neurózou: o neurotických poruchách a jejich zvládnání*. 4., rozš. vyd. Ilustroval Vladimír JIRÁNEK. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-553-1.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0302-5

MACNAIR, R. R. and CORAZZINI, J. G. Client Factors Influencing Group Therapy Dropout. *Psychotherapy*. 1994, 31 (2), pp. 352-362. DOI 10.1037/h0090226.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

ROBERTS, J., PINES, M. *Skupinová analýza v praxi*. Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, Praha, 1998. ISBN 80-86123-04-9.

SCHEIDLINGER, S.: *Group Psychotherapy and Related Helping Groups Today: An Overview*. American Journal of Psychotherapy. New York: 2004.

TOMASULO, D. J. *Action Methods in Group Psychotherapy: Practical Aspects*. USA: Taylor & Francis, 1998.

VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J., (eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-682-7

VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-0723-5.

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 2. akt. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0253-3.

YALOM, I. D. a Leszcz, M. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. 2. vyd. Přel. Hana DRÁBKOVÁ a Martin HAJNÝ. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-304-8.

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č.1

PŘEPISY ROZHovorŮ

Přepis rozhovoru č.1

Tazatel (dále jen T):

Na začátek ode mne pár informací. Celý výzkum je anonymní a podle toho bude s informacemi nakládáno. Rozhovor bude v přepsané podobě uveden jako příloha mé bakalářské práce.

Respondent (dále jen R):

Byla bych ráda, kdybyste mi ho mohla poslat, co z toho vyjde.

T:

Ano, určitě není problém přepsat a poslat.

Jinak tedy mým cílem je zmapovat, jak skupinový terapeuti vnímají problémové klienty ve skupinách, právě kvůli tomu se snažíme zaujmout co největší škálu terapeutických přístupů.

R:

Já teda jenom, ještě, než začneme, tak jako když teď říkáte problémoví klienti, mě to tam trochu chytá za vlasy to slovo problémoví, to pojmenování, vlastně že jsem si říkala, že bych to označila jinak, že nevím, co to znamená Problémový klient.

T:

Jednou z mých otázek je, co tento pojem znamená pro Vás, jak to vnímáte. Co to pro Vás je za klienta, jako pro terapeuta. V tom smyslu, že klient narušuje nějakým způsobem práci ve skupině, bezpečí, nebo třeba ze skupiny neprofituje. Tak právě jedna z těch částí mého výzkumu je, kdo je vlastně pro terapeuty problémový klient.

R:

Já vám to asi neusnadním, tak jak o tom budu mluvit, tak bych to formulovala – tohle je klient se kterým já mám potíž, nebo ve skupině máme potíž, že mám dojem, že pokud se napíše problémový klient, nebo problémové dítě, nebo kdokoli se takhle označí, že už je to takový balík, takový stigma. Takže jestli je tohle pro vás v pořádku?

T:

Jistě. Já bych totiž ráda věděla, co je tedy pro Vás u klientů obtížné, které klienty byste do skupiny nevzala. Nemusíme se držet pojmenování problémový, ráda bych věděla, co to pro vás tedy znamená, mít s klientem potíž.

R:

My třeba sestavujeme skupinu, snažíme se vybrat právě takové lidi, kteří by skupinu podpořili a dobře v ní fungovali a občas se stane, že je tam někdo, komu ta skupina nesedne.

T:

Stalo se Vám někdy, že byste vzala klienta do skupiny a pak jste si říkala, že jste ho brát neměla? Pokud ano, můžete o tom chvíli pohovořit?

R:

Tak většinou jsou to klienti, kteří měli jiné očekávání, že přišli s něčím konkrétním, s nějakým očekáváním, o které si neřekli, nebo se jim nenaplnilo. Odcházejí zklamaní se skupiny, což nám dělá nepříjemnost, protože to destabilizuje skupinu.

T:

Můžete prosím více rozvést? Konkrétněji popsat, co to bylo za případy klientů?

R:

Tak tohle zrovna byly dvě klientky, které k nám přišly ze stacionáře a už se znali a měli konkrétní očekávání nějaké intenzivnější terapie, která probíhala v tom stacionáři. Skupina, která probíhala jednou týdně, tak pro ně byla málo intenzivní. A to nám na skupině zatopili, protože si o tom povídali mimo skupinu.

Takže třeba i klient, který nedodrží pravidla skupiny, by byl pro mě náročný. Nebo ten, co nemluví. Ten, který o tom na skupině nemluví.

T:

Můžete prosím více rozvést problémy s pravidly na skupině?

R:

Tak tohle konkrétně bylo, že ty dvě klientky to sdíleli spolu mimo skupinu. A ještě to bylo tak, že byli tři, dvě zvažovali, že chodit nebudou a říkali to té třetí a ta s tím vlastně potíž, o tom mluvit nebo nemluvit, takže tohle vlastně.

T:

A třeba jiný příklad, než tento?

R:

Třeba lidi, kteří se s nadšením vrhnou do skupiny a nemají na to časovou, ani jako terapeutickou pracovní kapacitu. Kteří se jdou na skupinu jenom posadit a čekat, že ty druhý jim sami něco přinesou.

T:

A můžete blíže popsat lidi, jako osobnosti, se kterýma je horší ta práce? Jaké jsou jejich charakteristiky?

R:

Já si tak projíždím hlavou lidi, který znám... No, když si to takhle představím, tak ty lidi, které si představím, jako ty, které jsme neměli do skupiny brát, tak vlastně jako všichni v průběhu skupiny odešli. Že bych dlouhodobě měla ve skupině člověka, o kterém bych si říkala – teda, s tím nevím co, to jako ne, že by dělal něco, co by bylo narušující vůči skupině, nebo ubližující druhým lidem. Co mě tak výrazně vystupuje je, že ten člověk tak jako chodil, nemluvil a pak odešel.

Ještě si vzpomínám na jednu klientku, která když mluvila tak se dostávala velice intenzivně k sobě a měla obavu, že se může psychicky rozložit, že se sebou tak hluboce zabývá. Jako člověk, který není v tu chvíli stabilně fungující je taky možnost.

T:

Stalo se Vám někdy, že byste musela klienta ze skupiny vyloučit? Popřípadě zda to můžete rozvést?

R:

Ne.

T:

Dobře. A když přijímáte klienty do skupiny, jak to probíhá?

R:

Pozvu si je na vstupní pohovor, buď to já nebo kolega, vedeme skupinu s kolegou, takže buď to já nebo on si je pozveme na půl hodinové až hodinové setkání.

T:

A pouze na jedno setkání? Nebo se s klienty vidáte vícekrát?

R:

Na jedno setkání.

T:

Ale i přesto se stává, že se do skupiny dostanou lidé, kteří by neměli, čím si myslíte, že je to způsobeno?

R:

Taky je to tím, že zde na klinice je naplněný stav pro individuální terapii, takže někdy se stane, že ty klienti kývnou na skupinu s tím, že alespoň někam budou chodit a ve skutečnosti si přejí individuální terapii. Tak takovouhle jsme měli zkušenost. Teď už je třeba nebereme, ale dřív jsme tomu dali šanci, že ty lidi si vyzkouší skupinu.

T:

Pokud si tedy představíte klienta, který se do skupiny dostat neměl, co by se dalo u výběru udělat jinak? Hodnoceno tedy zpětně...

R:

Já třeba to dělám teď, že přijímám lidi do skupiny a ptám se víc na to, jestli vědí, co je to skupina, jaký mají očekávání, jestli jsou ochotní slyšet příběhy druhých, vnímám, jestli to první setkání propovídají a nepustí mě ke slovu – to si pak řeknu aha, ten člověk nebude mít kapacitu vyslechnout si někoho druhého. Taky na jejich pracovní vytížení, na to, jestli mají kapacitu časovou na to docházet do skupiny. Když má někdo obavy z toho, jaká ta skupina bude, to si myslím, že je něco, co se dá s podporou v té skupině rozchodit.

T:

Můžete prosím uvést nějaký konkrétní případ? Kdy po výběru se dostal takovýto klient do skupiny?

R:

Ještě někoho dalšího?

T:

Ano.

R:

Mě opravdu totiž nejvýrazněji vystupují ty dvě klientky ze stacionáře, to vím, že už si nevezmeme, partičku lidí, co už se znali. No nevzala bych teď někoho, kdo říká – no já chtěl individuál, ale teď je plno, tak já to zkusím a uvidím.

Člověka, který není motivovaný a jde tak jen jako na zkoušku.

T:

Stalo se Vám někdy, že až po přijetí na skupinu se ukázalo, že není motivovaný?

R:

No asi se stalo, že lidi změnili nějak svůj pohled, nebo měli v době pohovoru nějaké obtíže a na skupině pak měli už dojet, že je to dobrý a že tím pádem můžou odejít a nebyli ochotní – nebo tento konkrétní klient nebyl ochotný na sobě pracovat nějak dál. Odešel s tím, že mu ta skupina už nic nedává – je mi trochu líp tak jdu.

T:

Jak s ním ta práce probíhala, než odešel? Můžete jeho případ rozvést?

R:

On vlastně tohle řekl, až když chtěl odejít a už nereagovat na tu nabídku, pojďme to tady spolu nějak probírat. Když mají lidi tendenci říkat „Mě to taky nic nedává“ mít tu tendenci s nima probírat, co oni si z toho můžou brát. Nechat tu zodpovědnost na nich, ale tenhle klient rovnou odešel.

T:

A ještě s těmi nemotivovanými klienty, můžete rozvést případy kdy se Vám takový klient dostal do skupiny?

R:

Já bych neřekla přímo nemotivovaný. My máme dospělé klienty, kteří když jdou tak chtějí. Někdy mají třeba doporučení, že to chce doktor, nebo terapeut, ale ... že by ztratil motivaci... to nevím...

Ale vybavila jsem si teď klienta, to bylo hned na počátku té skupiny, kterého bych označila jako za náročného. To byl člověk, který byl hodně motivovaný, hodně chtěl, hodně ho zajímala zpětná vazba druhých lidí a vlastně ve chvíli kdy jí slyšel, tak jí vlastně nepřijímal, odpovídal – ano, ale... a ta skupina časem ztratila energii mu něco říkat a ten člověk nereagoval na možnost se s tím nějak bavit, neměl kapacitu na to pojmout skupinové dění a něco z toho vytěžit a pak se úplně ztratil. Přestal chodit. A nebylo možný ho jakkoli kontaktovat, telefonem....

T:

A co to dělalo s tou skupinou, toto jeho chování?

R:

Tyhle odchody, když se někdo neozval, přestal chodit a nedal o tom vědět, tak zrovna tohohle člověka skupina hodně postrádala, oni to vnímali, že o něj měli starost, co s ním je, byl to jako nějaký zásah.

T:

A řešilo se to nějak ve skupině i když on už tam nebyl?

R:

Tak tohle ty lidi sdíleli, my je informovali, asi měsíc potom, že se ho nepodařilo kontaktovat a jedna klientka ta tohle těžko prožívá opakovaně, když někdo takhle z ničeho nic blízky ztratí.

T:

Dalo by se podle vašeho názoru již na pohovoru s tímto klientem předcházet tomu, aby se do skupiny nedostal?

R:

Tohle si myslím, že ne. My si tady s kolegama říkáme, že čím je to problematictější člověk, nebo čím víc má zdravotních obtíží, psychických obtíží, má takovýhle štos anamnézy, tak tím bude těžší fungování na skupině, takže bych vlastně nevzala nikoho na poprvé, kdo má nějaké vleklé obtíže delší dobu, a ještě nechodit na individuál, ani k psychiatrovi a nikdy nezažil stacionář, nebo skupinu. Tak toho bych na skupinu nevzala. Nejdřív bych mu doporučila jiný postup a pak bych to zvážila dál.

T:

Které konkrétní diagnostické věci by mohly znamenat u klienta problém?

R:

Já úplně moc nemám ráda diagnózy, ale jakoby člověk, který má hodně dlouho obtíže vztahový a zdravotní, hodně se mu opakují a nejsou tam zjistitelný nějaký příčiny, tak já si to tak v hlavě zařadím, jako to je někdo, kde uvažuji, že může mít poruchu osobnosti a takový člověk ve skupině, bez přípravy úplně neprofituje a skupina neprofituje z něj. Když je to člověk, který o téhle diagnóze ví a už něčím prošel, tak pak třeba jo.

T:

A měla jste někdy někoho takového ve skupině?

R:

Já si myslím, že ten, o kterém jsem mluvila, že odešel, že by zrovna do téhle kategorie i zapadal.

T:

A nějaký další konkrétní případ, vzpomněla byste si?

R:

Co se diagnóz týče, psychotické lidi tam nemáme a zatím se tam nic takového ani nestalo. U jedné klientky jsme měli takovou obavu, jestli je to její fantazijní život, nebo jestli se neřítí do nějakého psychotického stavu, ale během roku se to nepotvrdilo. Jinak většinou máme lidi s neurotickými obtížemi, nebo s psychosomatickými...

T:

Které jsou nejčastější komplikace, náročné situace, které s klienty zažíváte?

R:

Asi když nejsou sdílný, když moc nepovídají, když se třeba obávají, je to nějaký jejich proces, neříkají si o své potřebě. Třeba jenom sedí, jsou k dispozici druhým, ale pro sebe si

neberou. Tak to je pro mě taková výzva, jak toho člověka oslovit, nabídnout prostor. My máme docela teď takovou hezky pracující skupinu. Takže ty zátěžový, náročnější věci jsme ta teď neřešili, ale z počátku jo.

T:

A můžete to nějak konkretizovat?

R:

Tak že to bylo hodně nových lidí, který se neznali, moc toho neříkali, mlčeli, a pak si stěžovali, že se toho moc neděje a zároveň pro ně bylo ohrožující tam nějak vstoupit a něco tak vlastně rozjet, ten skupinový proces. Bylo tam hodně úzkosti a strachu.

T:

A jak to pokračovalo?

R:

Některý lidi to odradilo a oni odešli, pak jsme přijali další a ty to rozjeli, protože byli míň úzkostní a víc o sobě začali mluvit, a tak to rozjeli.

T:

Byl tam i pak někdo, kdo to bezpečí necítí?

R:

No pak odešel ten klient, o kterým jsem mluvila, ještě nějaký lidi z ne úplně jasného důvodu to ukončili... Ty o sobě taky nedali vědět. Třeba klientka, která tam byla hodně navázaná, hodně tam s ostatními sdílela, tak pak jen napsala, že už nebude chodit. Takže to bylo zvláštní, jako kdyby to napsal někdo, kdo se tam necítí.

T:

Máte nějaký nápad, jak by se dal zlepšit výběr do skupiny? Co by se dalo udělat jinak?

R:

Ono je to vždycky těžký. Jestli si děláme skupinu pro sebe, aby nám fungovala, nebo jestli je to pro ty lidi, co tam chodí, to je teď aktuálně to, co řešíme. Že se snažím, to nějak vyvážit. Aby tam byli lidi, u kterých se dá čekat, že budou pro skupinu dobrý a pak si může dovolit vzít tam někoho, kdo má zájem, chce chodit, ale má za sebou hodně komplikovaný život, takže se dá čekat, že i ve skupině to tam bude fungovat. Mám zkušenost, že když jsou ve skupině jeden, dva, ta skupina to ustojí. Když jich je tam pět, ta ten proces ani nemůže začít.

T:

Můžete rozvést, co myslíte pod tím „komplikovaný život“?

R:

Zrovna dneska jsem tady měla slečnu, kterou jsem přijala do skupiny a ta byla od tří let nemocná, po nemocnicích, problematický vztah s otcem, zdravotní obtíže vlastně celý život, bez ohledu na to, s čím zápasila se snažila dobře fungovat, fungovala, fungovala, vystudovala školu, za velkých obtíží si našla práci a pak se totálně složila, jako fyzicky. A myslím si, že má za sebou teda jako docela spoustu navalených problémů, které částečně nahlíží, ale hodně jich nenahlíží, a to si myslím poukazuje na složitý osobnostní proces. Asi bych jí nedala diagnózu hned podle prvního rozhovoru a myslím si, že to může být náročný, ale věřím, že se tam nějak chytne anebo že mi zjistíme, že to prostě nejde.

T:

Napadá Vás nějaký další příklad?

R:

Odmítla jsem rovnou jednu klientku a ta u mě ani nebyla, podle toho, že přišla s takhle tlustým štosem, já o tom mluvila jen s kolegyní, ale kolegyně už při rozhovoru s ní měla velký problém, klientka ji zahrnovala množstvím emailů. Už v tom prvním kontaktu bylo vidět, že je to takový jako patologický, nebo jako předhraniční, tak takového člověka bych taky nevzala.

T:

Jak si můžu představit ten štos, se kterým přišla?

R:

Nějaké zdravotnické dokumentace, zprávy, z hospitalizací, z vyšetření. Já si myslím, že pro tyhle lidi je důležitý mít nějaký jiný, intenzivnější program než jednou týdně večer skupinu. Jsou tam lidé s takovými jako lehčími diagnózami, není to skupina pro poruchy osobnosti, nebo psychózy.

T:

Napadá Vás ještě nějaký konkrétní klient, kterého byste zmínila jako problémového?

R:

Ještě mě napadají lidé, kteří jsou zahlcující, berou si moc toho prostoru.

T:

A stalo se Vám to přímo někdy? Můžete toho klienta popsat?

R:

Jo, jo, to byly dvě klientky, a i ten klient co jsme zmiňovali že odešel, ten taky zahlcoval. Jedno byla paní, tu jsme neměli brát, si teď uvědomuji, která dojížděla poměrně z daleka a brala to spíše jako společenskou záležitost. Chtěla pracovat na vztahu s dcerou, se kterou měla velký problém a chtěla to sdílet a zajímali jí doporučení druhých a zároveň nebyla

připravená to slyšet, že mluvila stále jenom o sobě a reakce nebrala, a ještě jednu klientku si vybavuji, ta za sebou měla velice složitý život, zdravotní obtíže a uměla o tom tak jako šťavnatě a vtípně mluvit, že vlastně tu skupinu zaujala, strhla tu pozornost, ale pak už tam taky nebyl prostor pro slyšení zpětné vazby.

T:

Jak jste dál pracovala s těmito klientkami?

R:

Tak snažili jsme se je zastavovat, upozorňovat je na to, zastavovat ten čas, vyzívat ostatní, aby říkali zpětné vazby a jak to na ně působí.

T:

Dala by se zpětně vystihnout nějaká konkrétní věc v rámci úvodního rozhovoru s těmito klientkami, která by mohla upozornit, že se jedná o problémové klientky?

R:

Zrovna u nich je to o tom, že když bych měla problém dostat se ke slovu, s tím klientem. Že povídá vlastní příběh, někteří lidé jsou toho plní, to je jasný, ale ve chvíli, kdy jim chci něco sdělit, tak se zastaví a poslouchají a pak na to reagují, tak takového člověka ano, ale když mám dojem, že jen na chvíli zmlknou, než něco řeknu a pak jedou dál svojí, to je špatný.

T:

A tady u těch konkrétních klientek, jak probíhal ten přijímací rozhovor?

R:

Já si zpětně vybavuji, že to bylo přesně takhle, že bylo těžké dostat se ke slovu a zároveň obě měly velký zájem o tu skupinu. Takže ano, chceme sestavit fungující skupinu, ale zároveň je takhle zahlcující. Tohle už je teď důležitá informace, podle které bych se rozhodovala.

T:

Moc Vám děkuji za rozhovor.

Přepis rozhovoru č.2

Tazatel (dále jen T):

Nejdřív bych Vás ráda informovala, že veškerý výzkum je anonymní a podle toho bude s daty získanými během rozhovoru nakládáno. Rozhovory si přepíše a v přepsané podobě budou uvedeny jako příloha mé bakalářské práce.

Dále co se týče samotného výzkumu – zabývám se tedy otázkou problémových klientů ve skupinové psychoterapii, tedy co pro terapeuty znamená problémový klient, kdo to pro ně vlastně je, ať už jsou to klienti narušující bezpečí skupiny či takoví klienti, kteří z práce na skupině neprofitují. S tím, že se snažíme zaujmout co největší škálu psychoterapeutických přístupů.

Stává se Vám někdy, že pochybujete o svém rozhodnutí vzít klienta do skupiny? Pokud ano, můžete o tom chvíli pohovořit?

Respondent (dále jen R):

Tak vybavuji si konkrétního klienta, který měl ten problém, že měl osobnostní poruchu a v té skupině nenavazoval vztahy a tu skupinu tak trochu rozbíjel, protože nesnesl, nevěděl, jak se to dělá, když ostatní ty vztahy měli a on ne a byl z toho špatný a v té skupině nefungoval a říkal takové věci, jako, že mu „smrděj ženy“, takže ty ženský si od něj odsedávali v té skupině, protože – ono se to dneska už moc nepoužívá, ale psychopat. Takže tam jsme trochu pochybovali, ale zas to bylo důležité, protože on hodně iritoval ty ženy, takže i to k něčemu bylo, on tam tu svoji službu udělal, ale spíš jsme si říkali, že skupina se řídí podle posledního a on byl ten poslední, a špatně to snášel.

Takže to bylo první, co jsem si vybavil.

Nebo si vzpomínám na jednu klientku, ta byla spíš do té hysterické poruchy, té se všechno týkalo, takže když se bavila, tak stačilo, aby se na ní někdo podíval, tak jako vy se tady teď díváte na mě a už hned v tom spatřovala významy a měla velké paranoidní představy a zpracování.

Takže víc jsem zažil klientů, kde jsme pochybovali, kdy ta patologie už byla problémová, kdy jsme si říkali, že to možná nejdřív chtělo individuální terapii a trochu pracovat nejdřív. Jednou jsem do skupiny poslal psychotičku, která z toho absolutně neprofitovala, celá ta skupina na ní byla rychlá, vůbec nestíhala, co se tam děje, skupina na ní, co se týče interakcí byla moc rychlá.

Takže víc bylo přešlapů a můžu za ně, udělal jsem chybu.

T:

A jak probíhá Váš výběr klientů do skupiny?

R:

Tak vždycky je potřeba udělat minimálně jedno sezení, před skupinou, s kolegyní jsme si vždycky sedli, skupinu jsme vedli spolu a tohle, když se podcení, tak je to hrubá chyba, to by se nemělo stát. Občas jsem neměl čas, tak to vzala jenom kolegyně, nebo bylo málo času,

to jsou ty nejhrubší chyby, to se nesmí dělat. Hlavně je důležitý ten motivační výběr, motivace, protože někdy ty klienti vůbec nevědí, co to je, jdou proto, že je poslal psychiatr.

T:

Na co se konkrétně zaměřujete při výběru klientů?

R:

Hlavně na tu motivaci, aby ten člověk pochopil, k čemu mu ta skupina bude, ty lidi nevědí, jak to chodí. Aby si tedy hlavně představili, jak by z ní mohli profitovat. Často edukuji, a říkám, že na skupině se dozvědí to, co jim kamarádi nepovědí, že je to proces učení, jak by se dalo svobodně, nově vztáhnout k druhým.

T:

A mimo motivaci klienta? Čeho si dále všímáte?

R:

Tak všichni klienti by měli mít psychologické vyšetření před skupinou, a ne vždycky se to povede. Někdo Vám ho pošle odjinud a nemáte to vyšetření, tak buď je pošleme, nebo spustíme sondu, jak by se dalo získat, nebo v rozhovoru, jak hodně je ta patologie problematická, momentálně se nám do skupin hlásí více lidí s poruchami osobnosti než s neurózami, ty neurózy mizí, takže ty skupiny jsou i proto těžší. Asi takhle.

T:

V čem si myslíte, že byla chyba při výběru klientů (u těch konkrétních případů, o kterých jste říkal)?

R:

No chyba byla v tom, že jsme podcenili, u toho kolegy, psychologické vyšetření, toho mi poslal nějaký známí, že potřebuje do skupiny a mě se zdál takový zdravý, moc jsem se tomu psychologickému vyšetření nevěnoval, a hlavně se mi opravdu zdál na první pohled zdravější, než byl. Ale nechci říct, že to byla úplně chyba, že z té skupiny trochu nějak profitoval, ale u něj selhal přijímací pohovor. Vždycky je důležitá i spolupráce s psychiatrem, člověk je líný zvednout telefon a měli bychom to více konzultovat, více si o tom promluvit. V mnoha výzkumech psychiatrie se mluví o tom, že málo spolupracujeme s psychiatry, nebo s těma lůžkovými odděleními apod.

T:

Co je pro Vás problémový klient?

R:

Tak je takové zlaté pravidlo, že skupina se řídí podle posledního. Takže prostě máte ve skupině lidi, kteří nestíhají. Takže já vnímám problémové jako ty, na které je to moc rychlé,

kteří nestíhají to tempo. Prostě z toho moc nemají, potřebovali by delší péči a v té skupině jsou nesourodí klienti, takže pak tam vznikají problémy právě s tou rychlostí, ale ono je to zase dobře, když nemáme moc sourodou skupinu, která se pořád točí ve svých stejných problémech.

Pro mě je problémový klient ten, který je takový nejkřehčí, když cítíme, že skupina by už ráda pohádala, nebo měla takové zdravější, živější... jazyk, komunikaci, ale pro něj je to moc depresivní, je moc křehký.

Ono slovo problémový – spíš křehčí pro mě jsou těžší, že to neumožňuje takový zdravější proud ve skupině, protože se ihned rozsypou.

T:

Jaké jsou nejčastější problémy s klienty na skupinách?

R:

Nejčastějším problémem je tedy asi to, když klient nenavazuje vztahy v té skupině, není toho schopný, to je prostě těžký, protože není navázaný, ze skupiny vypadává, všichni se tam baví, mají nějaké přátelské vazby a on je natolik třeba uzavřený, že tak vztahy nenavazuje a chodí do té skupiny, jako k lékaři, jako kdyby to nepochopil, že ty přátelské vazby může zkoumat, opravovat a dělat vazby, že je vlastně takový izolovaný, i v té skupině je vlastně sám. Tak to bych řekl, že je to nejtěžší a ty klienti to prolomí až když naváží vztahy s tou skupinou, ne s tím terapeutem, ale s tou skupinou.

Měli jsme klienta, který měl takové manio-depresivní prožívání, že v té skupině, když měl ty útlumové fáze – když byl manický tak to stíhal, ale když byl v útlumu, tak v úvodu něco řekl, ale pak mu ta skupina ujížděla, ty výměny, ty lidi tam byli zdravější, toho mi bylo líto, vždycky jsem si sedal vedle něj, abychom se nějak potkali třeba pohledem, měl jsem pocit, že se v tom topí, že je to na něj moc, že si tam lidi vyřizují už svoje interakce a na tohohle psychotického klienta to bylo moc. Ale byla to pro něj vstupenka mezi normální lidi, kdyby skončil na skupině psychóz, on byl filosof, takže pro něj to bylo sice rychlý, ale přemýšlel nad tím, zpracovával to.

Takže jsem se ho snažil zapojovat, pak tam s někým chodit na šachy. Začal mít ty vazby, lidi s psychózou mívají ten problém, že nemají tu záchytnou síť sociální. Takže když pak žádnou navazovat kontakty ve skupině, je to znamení úzdravy. Takže kontakty navazoval a myslím, že mu z toho zbyly i přátelé, to je dobrý, to je úspěch.

T:

Jak se tento klient projevoval při pohovoru?

R:

Tak zrovna u tohohle to bylo tak, že ho nikdo nechtěl, a tak ho šoupli k nám. Už to bylo varovné, předpokládalo se, že tam nějaký problém bude.

Nejobtížnější klient je taky ten, který je paranoidní. Nemusí to být rovnou paranoidní psychóza, stačí paranoidní ladění, který úplně spolehlivě rozleptává skupinové vztahy, taková ta nedůvěra, to je velká kontraindikace. A když je někdo moc paranoidní, tak ten klient z toho nic nemá a ani ta skupina z toho nic nemá. Zažil jsem třeba skupinu se sexuálnima agresorama a tam ty sexuální delikty souviseli s tím, že si nevěřili, měli takovou vězeňskou filosofii, že já na tebe něco vím, ty na mě něco víš, takže taková paranoidní filosofie. Takže asi tak.

T:

Jak byste charakterizoval klienty, kteří se jeví/by se mohli jevit na skupinách jako problémoví?

R:

Tak paranoidní ladění, schizoidní uzavřenost, když nejsou schopní navazovat vztahy, pak zas až velká otevřenost, kdy se jich všechno týká. Když má moc podnětů, někdo se na něj koukne, někdo na něj promluví, jako by se do něj všechno zarývalo. Jedna žena byla takhle až moc empatická a všechno si odnášela domů, když měl někdo nějaký problém, tak ona ho měla taky.

Přílišná otevřenost byla třeba v případech těch drogově závislých, kdy oni neznají tu hranici, jsou příliš otevření, pak je to mrzí, pak si říkají, jak asi vypadají na skupině, že toho říkají moc, tak tam to bylo běžné.

T:

Jaké jsou Vaše nápady, návrhy na výběr klientů, aby se do skupiny problémoví klienti nedostávali?

R:

Tak ideální by bylo mít vždy psychiatrické vyšetření, ale to není v praxi úplně běžné, takže Vám někdo šoupane někoho do skupiny bez vyšetření. Takže důkladný přijímací pohovor, tak se to odhalí, pokud je paranoidní, to poznáte že vám nevěří, že je v tom kontaktu takový. Tak takhle.

T:

Stalo se Vám někdy, že jste musel vyloučit klienta ze skupiny?

R:

Stalo, stalo, tam to bylo kvůli tomu, že tam byly drogy. Takže vícekrát, většinou kvůli drogám, tedy kvůli porušení pravidel.

T:

Musel jste vyloučit klienta i pro jiné?

R:

Ano, zažil jsem, že jsme přijali klienta a pak jsme mu doporučili jinou péči, protože ta skupina na něj byla těžká, pár lidí takových tam bylo.

T:

Co by se dalo při pohovoru udělat jinak, abyste takovéhle klienty do skupiny nevzal?

R:

Většinou by se dalo více si všímat, pokud mají nízkou motivaci, že nevědí, někdo je tam poslal, mají to tam nějaký vachrlatý, tak to je varovný signál číslo jedna. Většinou se toho lidí sami obávají.

Někdy je tam někdo poslal, tak oni ho poslechnout, dojdou tam, ale tohle se většinou pozná už prvním půl roce skupiny.

Měli jsme tam pána, kterého tam poslali, protože měl párovou problematiku se ženou, prošel stacionářem před tím, takže on už vlastně do té skupiny nechtěl chodit, poslechl někoho jen proto, že mu řekl, že je to doléčování, ale ve skutečnosti už chtěl mít klid od té terapie. Tam jsme si to volně řekli a on pak odešel ten pán.

T:

Jaký byl pro Vás nejvíce problémový skupinový klient?

R:

Tak si vzpomínám na jednu klientu, která opravdu byla na skupině hodně problémová, ta trpěla na skupině právě tím, že neměla hranice mezi sebou a druhými, a problémy a skupinu nasávala, měla duální diagnózu a zároveň i psychózu a ta nám topila, to byla neřízená střela, buď to tam zahlcovala, nebo vůbec nemluvila, nic mezi. Moc zaplavovala skupinu svejma problémy, nebo se zavřela a nic nebyla schopná říct, museli jsme si ji dát tehdy podpůrný individuál, ve skupině zůstala nakonec.

T:

Jak profitovala ze skupiny?

R:

Já myslím že profitovala, tam když už jsme jí přijímali, tak se vědělo s tím tam jde, ale myslím, že k něčemu jí to nakonec jako byla. Alespoň jako podpora.

T:

Napadá Vás ještě nějaký konkrétní příklad problémového klienta?

R:

Dělal jsem teď hodně s narkomany a tam je problém, když pak začnou znovu brát. Hodně to narušuje skupinu. Jeden klient vždycky přišel do skupiny, když měl relaps a teď ty klienti to vždycky poznali, a to byl hodně problémový kluk, vždycky se přiznal že si dal heroin, to hodně porušoval, demoralizoval ostatní. To bylo náročné. Tam docházelo opakovaně k porušování skupinových pravidel. Což je velký problém. Toho jsme museli ze skupiny vyloučit, což byla škoda, na skupině fungoval dobře, ale byl to možná i signál pro tu skupinu, že tam není sám sebou.

T:

Moc Vám děkuji za Váš čas.

Přepis rozhovoru č.3

Tazatel (dále jen T):

Nejdřív bych Vás ráda informovala, že veškerý výzkum je anonymní a podle toho bude s daty získanými během rozhovoru nakládáno. Rozhovory si přepíše a v přepsané podobě budou uvedeny jako příloha mé bakalářské práce.

Dále co se týče samotného výzkumu – zabývám se tedy otázkou problémových klientů ve skupinové psychoterapii, tedy co pro terapeuty znamená problémový klient, kdo to pro ně vlastně je, ať už jsou to klienti narušující bezpečí skupiny či takoví klienti, kteří z práce na skupině neprofitují. S tím, že se snažíme zaujmout co největší škálu psychoterapeutických přístupů.

Stává se Vám někdy, že pochybujete o svém rozhodnutí vzít klienta do skupiny? Pokud ano, můžete o tom chvíli pohovořit?

Respondent (dále jen R):

Že se ukáže, že to bylo jinak?

T:

Třeba i tak, kdy pochybujete o správnosti toho rozhodnutí, ho do skupiny vzít...

R:

No stává se, že je to jinak, než je to jinak, než jsem předpokládala, například, že lidé, u kterých jsem předpokládala, že budou problematičtí, tak nejsou a naopak. U těch, u kterých jsem byla přesvědčená, že je pro ně skupina dobrou volbou a velice dobře jí zvládnou, zapadnou, přizpůsobí se, tak to bylo jinak. A s tím souvisí i to, že občas se stane, že pochybuji, zda bylo dobré rozhodnutí ho do skupiny vzít, ale většinou se s tím dá pracovat,

i když je to náročné a někdy na delší dobu, ale dá se pracovat, anebo ten člověk sám odpadne. At už že se se mnou domluví na jiném druhu terapie, anebo ze skupiny jakkoli vymizí.

T:

Jak byste charakterizovala klienty, kteří jsou pro Vás problémoví? Jde mi o upřesnění pojmu, co znamená právě pro Vás...

R:

No já si myslím, že problémoví je takové složité. Já si myslím, že pokud to ještě v rámci skupiny zvládnout jde, tak to není zas takový problém. Někdy je to jen o tom špatném odhadu, co by z toho klient mohl mít. Já s nimi před skupinou hodně mluvím, varuji je a někdy dokonce odrazuji, takže hodně lidí odpadne už samo dopředu. Takže jen jsem chtěla tak úvodem říct, že si myslím, že se ve skupině dá pracovat se vším.

Ale...

Řekla bych že nejvíce problémoví pro skupinu jsou takoví klienti, kteří zaberou hodně prostoru, hodně mluví. Problémoví pro skupinu říkám schválně, protože pokud takovýhle klient začne mluvit, ostatní mají problém dostat se ke slovu a vzít si nějaký svůj prostor. To často vede k tomu, že jsou ostatní klienti frustrovaní a zahlcení jedním takovýmto klientem. S tímto typem klienta se nedá moc mluvit o tom co dělá, moc neslyší. Já se snažím mu ukazovat co dělá, ale někdy to klient prostě nevidí, není schopný to přijmout, a to je pak problém. Když se to totiž opakuje – jeho zahlcování kdy nebere na zřetel, že to dělá, jsem nucená ho mnohdy zastavovat, a to mi není nijak příjemné. Zvláště, když se tato situace opakuje několikrát během jedné skupiny. Málokdy se stane, že by je zastavovali sami klienti.

T:

Můžete prosím uvést případ nějakého konkrétního klienta?

R:

Nyní mám zrovna na mysli jednoho klienta, který přišel do skupiny s tím, že by rád zlepšil své sociální vztahy s kolegy v práci a nejen tak, tak prostě obecně, že má problém komunikovat s lidmi. Do skupiny přišel motivovaný docela hodně, ale časem se ukázalo, že právě zahlcuje skupinu tím, jak se vždy rozpovídal a najednou nebyl k zastavení. Často jsem ho musela zastavovat a nebyl schopný náhledu na to, co dělá.

T:

Čím si myslíte, že u něj bylo způsobeno takovéto chování?

R:

Během skupin se ukázalo, že problémy v rodině, které měl jako malý, přerostly do takových rozměrů, že se za každou cenu snažil prosazovat. K tomu tam byly nějaké časté konflikty se

sourozenci a on moc nevyňikal v sociálních interakcích už tehdy, a myslím, že právě potřeba prosadit se a mít vlastní prostor tak hrálo roly. Bohužel právě bez toho náhledu, který by byl možná dobrý k nějaké alespoň změně.

T:

Jak dopadlo působení tohoto klienta na skupině?

R:

Byl ve skupině docela dlouho, ale nakonec jí sám opustil, dohodli jsme se na jiné formě. Pokračoval v individuálu a myslím, že to pro něj bylo přínosnější. To ale neznámá, že by se do skupiny nemohl vrátit. Nebyl po něj ten vhodný čas.

Což je taky důležité kritérium. Někteří klienti se do skupin hodí, ale ne v tuto chvíli. Můžou prožívat osobní krize, životní problémy jsou důležitější anebo nejsou dostatečně osobnostně zralí, aby zaslechli kritiku, to pak nejde. A proto je dobrá příprava třeba i ten individuál a skupina třeba později.

Takže i tak bych asi charakterizovala klienty, kteří se do skupiny nehodí. Bud moc zahlcují, anebo skupinu brzdí, což je i to zahlcování, když se pak ke slovu nedostane nikdo další.

Stalo se mi, že klient, který měl potřebu hodně mluvit, mluvil docela rozumně, vypadalo to, že má spoustu věcí zvládnutých, ale vlastně jen potřeboval slyšet to ocenění a když se to takhle opakuje, a opakovalo se a skupina ho na to upozorňuje, že to není samo s sebou, tak to tam pak nevydržel a odešel.

Nebo si teď vzpomínám, že jsem musela ze skupiny vyloučit klienta, co nechodil a vždycky jenom přišel a mluvilo se jenom o něm a pak zase dlouho nebyl. To nešlo, to pro skupinu taky nebylo přínosné.

T:

Proč si myslíte, že nechodil?

R:

Nemyslím si, že to bylo něco vyloženě účelového, ale nedokázal dodržet termíny, i když byl instruovaný, že musel chodit, protože ty stacionáře jsou přeci jen hodně intenzivní.

A třeba vyloženě mlčící klient si nemyslím, že je pro skupinu problém, tam si o skupinu starosti nedělám, jen si pak dělám trochu starost, aby z toho měl něco on.

T:

A jak vy vnímáte mlčícího klienta?

R:

Já s ním problém taky nemám, jen právě si pak říkám, jestli mu to k něčemu ta skupina je. Svým způsobem – když tam vydrží, něco z toho mít může.

T:

Jak pracujete s tímto klientem?

R:

Tak jako ze začátku se ho ptám, tak jako občas, a nakonec se ho zeptám, jestli chce abychom se ho ptali, nebo se ho třeba zeptají i ostatní a podle toho se ho bud dotazujeme nebo ne a pokud vyloženě nechce, nechám ho být.

A někdy se i stane, že klient mlčí, pak odejde a těžko říct, jestli z toho něco má nebo ne. Teď z poslední skupiny – tam byla jedna dívka, která měla pocit, jak jí ta skupina pomáhá a něco tam mluvila, ale strašně málo osobního a vlastně těžko říct, co jí tam vlastně pomáhalo, ale z mého hlediska do té skupiny ani moc nevstoupila. Že zůstala hodně mimo, udržovala si odstup. Podle mě mohla mít užitek z toho, že slyšela ty ostatní, že v tom není sama, ale pro sebe o ničem moc nemluvila, takže já si myslím, že z toho moc neměla, i když odcházela s tím, že měla.

Vždycky se najdou ve skupině lidi, kteří do toho víc jdou a kteří do toho nejdu. Někdy mám pocit, že některý klienti projdou zcela nedotčeně.

T:

Jak vybíráte klienty do skupiny? Jaké jsou Vaše metody a čeho si třeba nejvíce všímáte, nebo je pro Vás důležité?

R:

Tak hlavně jaká od toho mají očekávání, jestli se nějak chtějí zabývat sami s sebou, zamýšlet se za sebou. Jestli jsou toho schopni, protože sem často chodí lidé po hospitalizaci a někteří nejsou schopní vstávat, tak když vidím, že toho schopní nejsou, tak to nemá cenu, protože by nedodrželi režim.

Teď jsem tady zrovna měla jednu paní, která chtěla do večerní skupiny a která říkala, že chce mít na co se celý týden těšit a někam jít mezi lidi. Tak to není zrovna motivace do skupiny. Doporučila jsem jí jinam, ale cítila se odmítnutá.

Hlavně aby měli sami ze sebe zájem, něco dělat, někteří jsou poslaní, nebo to dělají kvůli někomu, to se je pak snažím odradit a někdy je odrazuji i proto, abych viděla, jestli doopravdy chtějí, aby si to uvědomili, zda ano, nebo ne.

Někteří přijdou s bipolární poruchou, tedy s diagnózou a někdy to vypadá, že ta diagnóza není na místě, to je pak klidně vezmu, ale když to vypadá že to je tak, že jsou na jiné skupině fungování, tak to ne, aby se necítili i oni blbě mezi ostatními, když jsou nefungující. I když občas se tam někdo snese, ale není to pravidlo. Ale ve stacionáři se to snese víc než ve večerní skupině.

T:

Jaké máte zkušenosti s těmito klienty ve skupině?

R:

Tak pamatuji si jednoho, který vypadal, že je neovlivnitelný, že je přesvědčený o nějakých svých názorech a že vůbec neslyší ty ostatní, že vůbec nevidí, jak na ně působí a vypadal takový jako jednodušší, depresivní, vypadal, že má v sobě hodně potlačené různé zloby. Vypadal neovlivnitelný, ale během toho stacionáře viděl, jak reagují ty ostatní a nějak trošku se to změnilo a pak chodil do večerní skupiny a tam se zcela proměnil, i když na úplně jiné rovině než ostatní, ale přeci jen se proměnil, i když to na začátku vypadalo úplně beznadějně.

T:

Zažívala jste s ním nějak složitější, problémové situace na skupině? Pokud ano, jaké?

R:

To ano, i na mě občas křičel, byla to dost velká konfrontace a on si to pak vlastně nepamatoval, takže jsem viděla, že některý ty věci má disociované a že může působit, jako, že je neangažovaný, ale že to má opravdu takhle oddělený a nepropojený.

A ti nemotivovaní klienti. Nebo nemotivovaní, oni jsou motivovaní k tomu, že chtějí, aby jim bylo líp, ale jako většinou si nedovedou představit, co ta psychoterapie je a že to znamená větší angažovanost a že se jich to dotkne, takže někteří, když zjistí, že to tak je, tak prostě se do toho nedají. Takže jen asi nejsou motivovaní do tohoto druhu práce, nebo mají strach, necítí se bezpečně.

T:

Jak pracujete s takovým klientem na skupině?

R:

Tak já si myslím, že oni si to ani neuvědomují, že já to tak vidím, ale že oni hodně zůstávají na té povrchnější rovině, a to je jako ta dívka o které jsem mluvila, ono jim to něco dá, mluví se tam o těch problémech, cítí se nějak začlenění, pokud se vysloveně necítí mimo, takže se s nimi dá pracovat docela normálně, jen nejsou tolik do hloubky.

T:

A co by se podle Vás dalo při výběru udělat jinak, jaká opatření, návrhy Vás napadají, která by zabránila tomu, aby se dostávali problémoví klienti do skupiny?

R:

Já si myslím, že je nemožné, aby se tak nedostali vůbec, každý si snaží vybírat lidi do skupiny tak, aby to bylo co nejvíc fungující.

Tak možná, že bych více reflektovala vlastní pocity, na které jsem třeba nedala a pak jsem si uvědomila, že jsem měla, nebo že jsem vzala do stacionáře jen proto, že bylo málo lidí a jinak bych ho asi nevzala, nebo že je málo času a stihla jsem s ním mluvit jen jednou, s tím klientem, tak to jsou tak věci, které nejsou dobré.

T:

A když času je dostatek, kolikrát se s klienty sejdete?

R:

Většinou alespoň dvakrát, vždycky to první setkání nechávám volný, ptám se na to, proč by chtěli do skupiny apod., při tom dalším se jich třeba ptám i na jejich život. A někdy se to celé změní, když jsou třeba hodně úzkostní a při té první hodině mi připadá, že bych je nevzala a při té druhé, když už nejsou tak úzkostní, tak je to jiný pocit, že je třeba i vezmu. A když si nejsem jistá, tak se scházíme i vícekrát.

T:

A z čeho podle Vás ta nejistota nejčastěji pramení?

R:

Asi tou jeho motivací, která je třeba nejistá, jestli se opravdu chce zabývat sám sebou, jestli to není jenom takový, že chce mezi lidi a že si chce jen stěžovat nebo potvrdit, že on není ten špatný.

Zkouším před skupinou, jestli do toho půjdou, čeho se bojí, někdy jim něco povídám a čekám, jak oni na to budou reagovat, jestli je to zajímavá, anebo někdo rovnou řekne, že svojí minulostí se zabývat nechce, že to má vyřešený, což neznamená, že by do skupiny nemohl, o tom se dá mluvit, to se ještě může změnit, ale u někoho lze vidět, že je to tak pro něj jasný, že to nemá cenu. Když řeknu, že se budeme zabývat jeho životem, tak rovnou řekne, že nechce.

T:

Jaké jsou podle Vás nejčastější problémy s klienty na skupinách?

R:

Jedna taková zkušenost – kdy to bylo na skupině takový hodně bouřlivý, že dokonce začali vstávat a začali se tak jako fyzicky ohrožovat, ne se napadat, ale tak jsem si říkala, že to považuji za problémovou situaci a jak to uchopit, jak tomu porozumět a jak jim to sdělit, abych jim neříkala jenom, že tohle se tady nedělá, ale nějak porozumět tomu, proč se to děje. Nebo když se nějak narušují hranice ve skupině. Když někdo si chtěl vyměňovat židle a nutil i ty ostatní, aby si je taky vyměňovali, což už je taky nějak jakoby zasahování do soukromí těch lidí a narušování toho, že si mají na skupině povídat, a ne se věnovat židlím.

Nevadí mi, když se scházejí mimo, když to pak vezmou do skupiny, ale pokud by to přerostlo, že už by to bylo moc, tak to je taky problém. A pokud se to stane, že by se až moc takhle scházeli, a to se nikdy nescházeli s nikým mimo, jen sami se sebou, tak jsme o tom mluvili, nikdy jsem to neřešila jinak. Povídali jsme si k čemu to potřebují, k čemu to je...

Jednou sem přivedl jeden pán psa, tak to jsme taky řešili, ale já nepovažuji za problém nic, o čem se dá ve skupině mluvit. Pokud se to dá zpracovat, je to i k užitku, problém je až ve chvíli, kdy se o tom nedá mluvit.

Ted' mě napadá ještě jeden případ, kdy tam někdo začne vnášet pravidla, která jsou protiskupinová, jako že třeba o něčem se mluvit nemá, nebo že takhle se mluvit nemá to mi přijde daleko nebezpečnější, že by se tam ustavilo něco, o čem se nemůže, nesmí mluvit. Někdy se stane, že tam někdo s něčím takovým přijde, že tohleto se nesmí říkat, ale našťástí tam bývá někdo jiný, kdo se ozve, že takhle omezovaný být nechce. Ale kdyby ta skupina na to přistoupila, že by tam byla taková atmosféra, tak už by to bylo velké narušení bezpečí ve skupině, stejně jako vynášení. Což vynášení se nám událo minulé léto, že přišel někdo, že někde něco řekl a skupinu to dost rozhodilo. Ale mluvili jsme o tom. Někdy se stane, že jenom mě tak zatrne, ale ta skupina si toho nevšimne.

T:

Přemýšlela jste někdy, že byste ze skupiny někoho vyloučila?

R:

Jedině opravdu u těch, co hodně nechodí, o tom jsem říkala, kluk, který přišel jednou za týden, bavili se jenom o něm a pak zase dlouho nebyl. Což bylo jenom jeho vytížením, nedokázal si to zařídit, ale přece. Ale dokud to nenarušuje skupinu, tak to nevadí, ale v opačném případě mám pocit, že chráním skupinu.

T:

A jaké jsou charakteristiky klientů, kteří jsou pro Vás problémoví, náročnější?

R:

Pro mě jsou náročnější ti, kteří jsou hodně impulzivní, kteří vyjadřují příliš agrese a nejsou schopni to reflektovat, nebo o tom mluvit. To je pak hodně náročný, že bych nedokázala už s tím zacházet tak, aby to bylo k užitku. Někdy to trvá, než se z toho něco udělá, aby to k užitku bylo a aby bylo ve skupině bezpečno. Jako že jsem zažila, že na sebe lidi ve skupině křičí, odchází, ale většinou když to přejde, tak se to dá.

Jinak mám pocit, že se nedá říct, jaké charakteristiky to přímo jsou, se vším se dá pracovat. I když dokáží si představit, že když je to směrem do psychopatie, že lidi pouze využívají,

nebo lidi, kteří nejsou otevření a záměrně lžou. A u těch si myslím, že se to nepozná. Když by se prořekl, tak se o tom dá mluvit, proč měl potřebu si vymýšlet.

Napadá mě jeden pán, který řekne něco, jindy něco jiného, nejdříve byl v té skupině hodně výbušný, pak se stáhnul, takže nevím, do jaké míry je to skutečný a do jaké míry není, takže jsme mluvili o tom, že pokud chce ve skupině nějak být, tak se musí kontrolovat, což není úplně fajn, ale když to nedělá, tak všechno rozbije, což on taky nechce a v té skupině je to pak těžké.

T:

Jak se projevoval na pohovoru?

R:

On to o sobě říkal, že si vymýšlí, taky. Víím, že někteří kolegové ho odmítli vzít ho do skupiny, ale nakonec to nebyl takový problém.

T:

Děkuji Vám za Váš čas i za rozhovor.

Přepis rozhovoru č.4

Tazatel (dále jen T):

Ze začátku bych Vám ráda sdělila, že veškeré informace jsou anonymní a dle toho s nimi bude nakládáno, rozhovor v přepsané podobě bude uveden jako příloha mé bakalářské práce.

Mým cílem je zmapovat, jak skupinová terapeuti vnímají problémové klienty, jaké jsou jejich charakteristiky, zda terapeuti někdy pochybují o tom, zda klienty do skupiny vzít a co je k tomu vede. Jak se Problémový klient ve skupině projevuje. Nejde jen o klienty, kteří nevytváří ve skupině např. pocit bezpečí, ale také o klienty, kteří ze skupinové terapie nijak neprofitují.

Kvůli tomu se snažíme zaujmout co největší škálu terapeutických přístupů.

S tím souvisí má první otázka, jestli se Vám někdy stalo, že se ukázalo, u klienta, kterého jste vzal do skupiny, že se tam nehodí, že by tam být neměl, že se pro něj skupinová práce nehodí?

Respondent (dále jen R):

Ano, stalo se to. Alespoň z vlastní zkušenosti si myslím, že když se to stane, tak problémoví byli ti, kdo to vybírali. Tedy ti terapeuti, nebo ten tým, protože je to věc výběru. Pokud se dostane do skupiny člověk, který tam nepatří, něco se stalo při výběru do skupiny. Člověk,

když to tak řeknu, má právo na život a na to se kamkoli hlásit, do jaké skupiny chce, ale je otázka, jestli do ní bude vzat.

Takže ano, stalo se mi to, ale byla to chyba na naší straně.

T:

Jak vybíráte klienty do skupiny?

R:

Většinou jsme je vybírali v nějakém týmu, což je mnohem lepší, protože máte víc přehled, víc očí víc vidí a máte nějakou reflexi od těch druhých. U některých problémových klientů, nebo pacientů je potíží, že také mohou člověka zaujmout. V uvozovkách přilákat, tak zvaně svést k zájmu, že se o ně chcete starat, chcete je získat pro tu práci, a to je taky občas součástí problému. Lepší je, když jde o výběr vícenásobný.

T:

A mají tito klienti nějaké společné rysy, vlastnosti, nebo společné projevy chování? Jde mi o upřesnění pojmu, co znamená pojem „Problémový klient“ právě pro Vás.

R:

Tady je potíží že, že je potřeba si říci, co každý myslíme pod pojmem Problémový klient, nebo pacient. Já dávám přednost tomu nemodernímu označení pacient. Co je to tedy za skupinu? Jaké mají společné znaky, teď se na to dá dívat z mnoha pohledů. Mě se líbí jedno označení, o kterém mluví analytičky Betty Josef dokonce na to vyšlo jedno psychologické revue, jmenuje se to obtížně přístupný pacient. Možná že to vyjadřuje přesněji to, o co tam jde. Problémový je zase nějaké označení, které něco implikuje. Obtížně dostupný neznamená, že je nedostupný, ale je obtížně dostupný. A často se teda v tomhle uvažování za ně považují lidé, kteří mají silnější rysy narcistické, schizoidní, hraniční, tedy něco, co už není běžně neurotické, nebo lidé s psychózou, což už je jiná kategorie. Takže lidé, kteří mají patologičtější rysy osobnosti, proto jsou hůře dostupní a ve skupinách s nimi mohou být potíže.

Pro mě je tedy Problémový klient takový klient, se kterým se pracuje hůře, je to náročnější, ale nemusí to nutně znamenat, že do skupiny nepatří. Je si tam řeknu „aha“ tady to bude chtít více práce a třeba větší obezřetnost.

Člověk vás může zaujmout, lákat svým problémem, odhodlaností, zdánlivě přesvědčivou motivovaností. Je výhodné více terapeutů při výběru. Terapeut by měl umět reflektovat, co se při výběru děje, umět vyhodnotit, zařadit, mít přehled v rámci psychopatologie, nebýt naivní.

Skupina unese náročného pacienta, ale má taky svoji nosnost. Když jich je tam víc, může to skupinu rozbít, když je to jedinec, skupina to může unést a může to být užitečné pro obě strany.

Někdy je větší problém s těmi, kdo jsou v uvozovkách běžně neurotický a můžete s ním mít velké potíže, protože může mít velký problém s autoritou, může s toho být souboj mezi ním a terapeutem. Třeba jiný typ těch obtížně přístupných pacientů může vytvořit si k vám velmi silnou vazbu, ctít vás, zastávat se, být až moc velkým spojencem. Což může být součástí problematiky.

T:

Jak byste charakterizoval klienty, kteří jsou pro Vás problémoví? Jaké mají vlastnosti, nebo osobnostní charakteristiky?

R:

Jde o to, co ten člověk ve skupině dělá, cos tou skupinou dělá. Protože má člověk problémy, ale je schopen snést, že je ve skupině, unést sociální vazby a frustraci a přizpůsobit se dění ve skupině. Problém je protiskupinové jednání, kdy člověk ohrožuje skupinu anebo pobyt v ní ohrožuje jeho. Někdo, kdo má takové problémy, že ho skupina ničí, nepřispívá, což není dobrý – to může být člověk v akutní krizi a nemůže čekat, že dneska mluví někdo jiný. To je pak pro něj těžké snést, tuhle frustraci. Takže nerespektování norem ve skupině, agrese, protiskupinové jednání, nedodržování pravidel, sexuální obtěžování.

Vzpomínám si na člověka, který právě takhle obtěžoval členky skupiny. Vnucoval se jim. Nerespektoval, že nechtěli tu jeho přízeň, bylo to příliš vlezlý, dneska by se řeklo sexuální obtěžování, i když ne přímo fyzické, bylo to nepříjemné, členky se ho bály, on to neakceptoval a dál to dělal a tohle nerespektování a vyhrožování v důsledky toho potom nám vedlo k tomu, že jsme ho museli vyloučit. Což bylo hrozně nepříjemný, vyloučení ze skupiny je vždy pro obě strany velký problém, ale v důsledku to pomohlo.

T:

Předcházelo tomu jeho vyloučení pobrazení to se skupinou?

R:

Probíráte to na skupině, problém je, když někdo má protiskupinové jednání, řekněme skupinový deviant a ohrožuje práci té skupiny, nebo některého z členů tak to můžeme probírat, ale pokud se to opakuje, musíte učinit rozhodnutí, a to rozhodnutí vždy musí udělat vedoucí skupiny, nebo ti vedoucí. Podle mého názoru není dobře, když by o tom nechali hlasovat. To nejde. Tuhleto moc nemohou delegovat na ty lidi. Je to jiný typ moci. Terapeut skupinu vytvořil a on o tom rozhoduje. To je jeho vrcholné právo. To vytváří to bezpečí pro

zbytek skupiny. Referenda ve skupině na tyhle témata nejdou, lidé se taky bojí, rozehrává to jejich traumata, takže tohle bere terapeut na sebe

Nejlepší je nevzít do skupiny lidi, které byste mohla vyloučit, to říká Yalom, to je první věc. Druhá věc, když je, když někoho chcete vyloučit, nikdy to není bezbolestný. Ale je to nutný, pokud to ohrožuje toho člověka, nebo skupinu.

T:

A dá se tedy nějak ošetřit, aby se takoví lidé nedostávali do skupiny? Jaké jsou metody vašeho výběru do skupiny?

R:

Ano, výběrem. Indikace. Výběr. Proto je lepší, když člověk projde několikerým výběrem. Člověk projde přes psychiatra, psychologa, a ještě absolvuje u vás, jako u vedoucího skupiny pohovor. Takže co nejdůkladnější síto. Ano, můžete říci, že to je pro něj příliš otravné, ale ono nakonec taky není. Ono to taky není pořád. I když Vám z venku někdo doporučí fajnovýho chlapíka do skupiny, pořád je lepší toho fajnovýho chlapíka vidět a regulérně si s ním popovídat jako s každým. A posoudit. Protože taky jako terapeut musíte skupinu poskládat jako orchestr, nemůžete mít padesát bubnů a žádný žestě. Pokud je tedy skupina heterogenní samozřejmě.

Složení je důležité. Dbát na zaměření skupiny. Jestli je to skupina zaměřená na práci s traumatem, nebo skupina psychóz... Takže vyhnout se tomu úplně nedá, ale předcházet ano, a to důkladným výběrem

T:

Jaké jsou v přijímacím rozhovoru témata, nebo oblasti, se kterými pracujete? Na které se zaměřujete, když klienta do skupiny vybíráte?

R:

Vždy je to několik setkání, kdy se v tom prvním setkání ujišťuju, zda si s ním vůbec něco začnu, protože co když není člověk vhodný do terapie, kterou dělám já. Takže mě se osvědčuje, že se domluvíme na prvním setkání, na první konzultaci, kde z těch mnoha věcí vysuzuju, zda jsem tomu člověku prospěšný, zda to umím a zda jsme si lidsky sedli. Zda jsem pro něj přijatelný, zda jsme se dokázali zkontaktovat a vytvořit kontakt takový, který je dobrý pro práci. Pokud ano, je to dobrý příslib. Několikrát se s ním sejdu a chci vědět něco o něm. A nejen ty anamnestické data. Ale i spoustu těch ostatních dat o něm. Pak si to vyhodnotím.

T:

A ukáže se tam, třeba i předběžná, zakázka klienta, se kterou jde do skupinové terapie?

R:

To je pravda, ale ta zakázka je mnohdy dvojsečná, protože někdo přijde s nějakou zakázkou, a nakonec je z toho jin, anebo mu jen není fajn a zakázku pak hledáme společně. To, ale není, že by se nehodil, jen s tím potřebuje pomoci. A na těch prvních setkáních zakázku přeformulujeme.

T:

Měl jste někdy ve skupině, nebo při výběru do skupiny, klienta, který měl problém s motivací?

R:

Ano, to je klient takový co „byl poslán“ Zase se to musí rozlišit, někdo je poslán a je na to dobrý anebo byl poslán, ale skupina mu nic nedá, protože nechce. Rozhodně to nechce a nemá cenu ho přesvědčovat. Dohodneme se, proč by měl, když nechce, že si oba ušetříme spoustu práce. Hodně se tohle stává u ústavní léčby, kde ty lidé být musí, ale tam se s tím počítá.

Takže ano, setkal jsem se, i když si takhle rychle nevybavím konkrétněji. Problém byl, že v tomto případě vzniká souboj mezi terapeutem a klientem a jsou z toho potíže. Vy se ho snažíte pro terapii získat, ale on se tomu brání, může docházet k velké frustraci a nepochopení. Když nechce pracovat, bude to vždy potíže. Ano, stane se to. Pokud to trvá, tito lidé přirozeně odpadnou a přestanou chodit. V tom je pak rozdíl v délce skupin. U stacionářů, které jsou kratší většinou třeba vydrží, zas tak dlouho to netrvá... U těch dlouhodobých skupin přestávají chodit, často se omlouvají až jednou nepřijdou vůbec.

Vzpomínám si na paní, která chodila k nám do stacionáře a ta odešla hned druhý týden, protože byla hodně vznětlivá a podezřívavá, takže ona po tom týdnu, který pro ni byl hodně nepříjemný, protože pořád očekávala nepříjemné věci a taky z toho obviňovala ty druhý, tak jí někdo něco řekl, trochu upřímněji a ona vstala, řekla, že si stejně od začátku myslela, že jí nemají rádi a třískla dveřmi a nikdy už nepřišla. Už nebyla příležitost s tím dál pracovat, protože už nepřišla zpět.

Někdo to mívá jako svůj kolorit, že bouchá dveřmi a pak se vrací, ale to je zas něco jiného.

T:

Jaké byly nejčastější problémy s klienty na skupinách se kterými jste se setkal?

R:

Tak nejčastěji je to nerespektování těch pravidel skupiny, norem. To je to největší narušení a nejčastější. Alkoholové problémy, sexuální obtěžování, fyzické obtěžování, násilí fyzické i nepřiměřené slovní.

Paní, co chodila do skupiny opilá a tvrdila, že není opilá. Táhlo to z ní a všichni si o tom šuškali, nevěděli, jak jí to říci, a nakonec jsme ji museli jako terapeuti konfrontovat. Přímo na skupiny chodila opilá, držela se, ale poznat to bylo. Takovýhle člověk taky nemůže být ve skupině, pokud s tím odmítá pracovat.

Ale já bych většinu nenazval problémem, s tím se se vším musí umět terapeuticky dál pracovat.

Taky musíte vzít v potaz, kde skupinu děláte. Ale dobrá je pak i forma jiné péče, třeba individuální, což může hodně pomoci.

Ještě ale přemýšlím, kde je vlastně ta neúnosná mez. To by po mě musel klient hodit židli, tak pak je to problém, když to přejde ve fyzické násilí, ale pokud je to ve slovech a nejde o jasné vyhrožování fyzickým ublížením, pak je to v pohodě.

Stejně tak vyhrožování jiným členům skupiny, že si na ně venku počká apod. tak to už je hodně za čárou. To ve skupině nemůže být. Vytváří atmosféru hrůzy a nebezpečí, není užitečný pro skupinu.

Fyzické napadání terapeuta je taky velký problém, stejně jako napadání klientů mezi sebou. Ale vzpomínám si na příklad, kdy můj kolega dostal od klientky facku a ona se mu pak omluvila a on to vzal. Zvládly to. Bylo to v kontextu a dalo se s tím pracovat. Což ne vždy tak je.

Problém je vyloženě takové to antisociální chování. Zažil jsem i příklad, kdy se klientky mezi sebou poprali v pauze u vaření čaje, jedna druhé něco dělala s vodou, druhá do ní začala strkat a škrábat, že proti ní něco přece měla. A dál se s tím pracovalo, a nakonec to bylo vlastně prospěšné, tohle ještě do skupiny jde. Ale je to otázka míry. Problémem je, když si to lidé nejsou schopni připustit a učinit to smyslem terapeutické práce a hledat tam to svý. Jako terapeut hledám, co ještě v tom terapeuticky využít jde. Ale když už to doopravdy nejde a jde to hodně za čáru, jako je to fyzický napadení, pak už to nejde, ten člověk tam nemůže být. Tak pak jde o to jenom, jak to ukončit.

T:

Jaký Vás napadá nyní konkrétní případ problémového klienta?

R:

Jo. Když se na to ptáte, ještě bych to formuloval takhle, vyloučení ze skupiny beru jako poslední možnost, když už s tím nejde nic dělat, to je taková vlastně smrt ve skupině. Člověk umírá ve skupině. Ale to je to extrémní zatažení za záchranou brzdu. Často to dělat nemusíte, záleží na tom, jak ty zatáčky s ním vyberete.

A konkrétní příklad: Byl to člověk, který nesnášel z rasových důvodů moji kolegyni. Že nebyla Češka a z počátku byl pohrdlivý k ní, a to co se podařilo bylo, že postupem času se do ní skoro zamiloval a já jsem pak málem překážel. Náročná byla z počátku ta nenávist jeho vůči kolegyni, a to jen kvůli tomu etniku. Ale podařilo se to překonat.

T:

Děkuji Vám za rozhovor.

Přepis rozhovoru č.5

Tazatel (dále jen T):

Tak úplně na začátek abych zmínila, že všechny informace jsou anonymní, rozhovory budou přepsány a budou uvedeny jako příloha mé práce, ale stále s nimi bude nakládáno tak, aby nebyla anonymita narušena.

Cílem mé práce je zmapovat, jak terapeuti vnímají problémové klienty, co to pro ně znamená, nebo jak se takový problémový klient projevuje, jaké má charakteristiky. Týká se to i klientů, kteří z práce ve skupině neprofitují.

S tím souvisí má první otázka, stalo se Vám někdy, když přijmete člověka do skupiny, že byste si říkal, že jste ho přijímat neměl? Že tento klient se do skupiny nehodí?

Respondent (dále jen R):

Určitě se to stává, ne úplně často, ale stává.

T:

Jak vy vnímáte problémového klienta, jak byste takového klienta charakterizoval? Jde mi o upřesnění pojmu, co znamená pojem „Problémový klient“ právě pro Vás.

R:

Tak určitě jsou to klienti, kteří jsou nevhodní pro práci ve skupině, nějak jí narušují, nebo se nezapojují. Prostě nějaký způsobem skupinu brzdí, nebo vytvářejí ohrožení pro ostatní členy, nebo i pro sebe. Možná bych více vyzdvihl klienty zahlcující až agresivní, kteří narušují bezpečí, to je tak citlivá věc, že jeho narušení může být fatální.

T:

Dá se podle Vás říci, co mají tito klienti společného? Třeba vlastnosti, osobnostní rysy?

R:

Myslím, že jsou to hodně různé typy klientů, jsou lidé, kteří jsou z mého pohledu pro skupinovou práci dlouhodobě nevhodní, jsou lidi, u kterých je to pouze aktuální záležitost, že zrovna teď prožívají manické epizody, tu skupinu zahlcují, nebo naopak hluboké deprese,

kde nejsou schopní vůbec vstoupit do kontaktu a zůstávají v pozadí. Takže to může být skupina klientů, kde ten aktuální stav nedovoluje, aby profitovali ze skupinové práce a pak jsou to lidi u kterých je to dlouhodobější záležitost. První, co mě k tomu napadne, že hodně z nich jsou diagnostikováni na poruchy osobnosti, to si myslím, že je to nejproblematičtější. Ještě z jiného soudku, tak u lidí, kteří mají nějakou formu schizofrenie, kde ta nemoc dlouhodobě přetrvává, tak bych neřekl, že jsou nevhodní pro práci ve skupině, ale ta práce s nimi je hodně náročná. Hodně dlouho trvá, než vůbec začnou vnímat ostatní lidi na skupině. Hodně dlouho to vlastně může být spíš individuální terapie před skupinou než klasická skupinová terapie, ale to k tý práci patří.

T:

Jaké jsou další projevy, které byste označil jako problematické?

R:

Zahlcování, konflikty, který přesahují nějakou zvládnutelnou mez, agresivita verbální neverbální, která se již na skupině nedá zpracovat. Z té druhé strany zase velká pasivita, nezapojování se do skupiny, nutkavé obsahy – zahlcování – co nedávají úplně smysl – jsou lidi, kteří mají tuto tendenci dlouhodobě, neschopnost vnímat zpětnou vazbu, kterou klient dostává. Neschopnost dostat se do osobnější roviny než jen řešení třeba náboženských témat, nebo pracovních. A nedá se to po ani delší době zpracovat, nebo posunout do osobnější roviny.

A tady co běží skupiny, tak jsou tu pravidla nastavena různě, s ohledem na kapacitu a zaměření skupiny. Většinou jsou to pravidla základní bezpečnosti. Agresivní jednání je porušením bezpečnosti ve skupině. A je to také velmi problematické chování.

T:

Stalo se Vám někdy, že byste musel někoho ze skupiny vyloučit právě pro porušení pravidel?

R:

Určitě ano. Ve všech případech, kdy jsme to řešili, jsme se bavili o náhradním řešení, většinou o individuální terapii. Protože neschopnost dodržovat pravidla ve skupině je velmi problematická a pro takového člověka je lepší jiný přístup.

Například mě napadá, když dva členové skupiny navázali partnerský vztah, tak jsme se s nimi dohodli. Ale to byla dohoda, nijak konfliktní.

Jako problematické vnímám spíše to chronické nedodržování pravidel, které vidím jako souvislost s tím, že ten klient má problém s hranicemi. To je velice problematické, když se tohle objeví. Pak samozřejmě odchod ze skupiny je nutný, jsou to většinou případy, kdy ten

dotyčný není schopný náhledu na to, že za takových okolností není možné, aby ve skupině fungoval.

T:

Stalo se vám někdy, že byste měl ve skupině klienta, který z práce neprofitoval?

R:

Pokud klient nechtěl pracovat a byl k tomu z nějakého důvodu donucen, neprofitoval z terapie.

Kdysi jsme měli skupinu, kde se nám takovýchto lidí sešlo přes 80 %. Nebyly motivovaní, většina z nich tak byla, protože to chtěl někdo z rodiny, jeden kluk tam byl jenom proto, aby dostával kapesný. A to byla velmi náročná práce. Skupina to byla uzavřená, na tři měsíce a vlastně bylo velmi obtížné ji vůbec dotáhnout do konce.

T:

A mělo to pro ně nějaký přínos?

R:

Myslím si, že pro většinu z nich minimální.

T:

Když přijímáte lidi do skupiny, jaké metody používáte a co všechno předchází tomu samotnému přijetí klienta do skupiny?

R:

Tak u nás příjem probíhá standardizovaně do celého zařízení. Začíná to pohovorem s psychologem nebo psychiatrem, kde se sbírá základní anamnéza. A zároveň zájem a motivace, která se zde týká i toho, do čeho se klient přihlašuje. Zda jde o stacionární léčbu, nebo ambulantní či individuální.

Pak definitivní indikaci do programu děláme týmově na poradě. Poslední slovo má vždy ten člověk, který vede program, do kterého by klient měl dojít. Ale vstupní pohovor s tím klientem vždy dělá někdo jiný, než, kdo s ním ve finále pracuje.

T:

Takže zde by se mohlo stávat, že se do skupiny dostanou lidi, kteří by neměli?

R:

Častěji je to tak, že ta skupina nesedí tomu člověku a ten se postupně vytratí sám anebo o tom mluví a my s ním zvolíme jiný program. Ale pokud to převrátíme, tak ano, klient je pak pro tu skupinu problematický. Někdy se povede na podruhé, nebo až na potřetí vybrat pro klienta to, co mu doopravdy sedne.

T:

Dalo by se z vašeho pohledu nějak ošetřit, aby se do skupin nedostávali lidé, kteří se ve skupině jeví jako problémoví?

R:

Myslím, že je spousta indikátorů, na který je potřeb dávat pozor. Včetně anamnézy, kterou terapií už ten člověk prošel. Problémoví klienti mají za sebou již několik nedokončených terapií a většinou se tím ani nijak netají. Je potřeba zjistit proč tomu tak je. Nejcitlivěji bych přemýšlel o lidech s diagnózou poruch osobnosti, tak je to na tom, jak je ta skupina naladěná a jestli to zvládne. Není dané, že by tam takový člověk být nemohl, ale když už tam pak budou dva nebo tři, mohl by to být velký problém. Už by mohli skupinu úplně rozbít.

Také bych se hodně zaměřil na to, zda je klient dost zralý na to, aby mohl být ve skupině. Pokud je nezralý, nezvládne ve skupině fungovat.

T:

Vzpomenete si na nějaký konkrétní případ, kdy jste vzal klienta do skupiny a následně jste pochyboval o tom, že jste ho tam vzal?

R:

První, co se mi vybavilo, bylo, že to byl mladý muž, který již jednou skupinou ambulantní prošel, ukončil ji, pak dva tři roky fungoval a po další hospitalizaci nás znova kontaktoval. Dohodli jsme se, že půjde do stacionární skupiny. Diagnosticky z hlavy to určitě bylo psychotické onemocnění. A na té skupině se postupně zhoršoval jeho stav, přicházela další ataka, jednal velmi necitlivě, ve chvíli, kdy někdo mluvil o něčem hodně osobním, do toho vstoupil velice necitlivě, bez empatické reakce a pronesl něco velice nevhodného až urážlivého, co druhého velmi zasáhlo. Když jsme se to pak snažili zpracovávat, tvrdil, že to nedělá vědomě, že necítí rozdíl. Čím dál tím víc zahlcoval skupinu svým materiálem, byl pro ni nesrozumitelný a přesto, že chtěl v terapii pokračovat a tvrdil, že je pro něj skupina důležitá, tak ohrožoval ostatní a někteří na skupinu dokonce přestávali chodit, protože se cítili ohrožení, tak jsme to ukončili s nabídkou individuální terapie, kterou on v hněvu neakceptoval.

T:

A tam jste při výběru předpokládali, že bude nějaký problém?

R:

Vzhledem k tomu, že jich prošel ambulantní skupinou tak jsme to ani moc nepředpokládali. Tam to bylo zhoršením jeho stavu.

T:

A příklad někoho, u koho jste při výběru balancovali, zda to problém bude či nikoli? A kdy s ním pak byl problém.

R:

Mladá žena, těsně pod dvacet let, přijímali jsme ji s velkým otazníkem, protože tam bylo i podezření na somatické onemocnění. Byla se sníženou hybností, byla na vozíku a tam jsme od začátku měli pochybnosti, na kolik je zralá osobnostně. Těžko se u ní rozlišovalo, co je vlastně ten handicap somatický a co je případná osobnostní nezralost. Trvalo nám dva nebo tři měsíce, než jsme to uzavřeli s tím, že je osobnostně nezralá.

Neznamená to, že by nebyl na skupinu vůbec, ale že v téhle jeho konkrétní situaci na to není anebo by potřeboval být s lidmi, kteří jsou na tom podobně.

T:

Ráda bych se nyní zaměřila na samotné problémy s klienty a na projevy právě těchto problémů. Již jsme zmiňovali zahlcování, agresivitu. Co tedy vnímáte vy jako nejproblémovější a nejčastější projev?

R:

Nejčastější bude zahlcování skupiny, je to o vnitřním napětím, které člověk nedokáže ovládnout. Dále neschopnost vnímat druhé – neschopnost přijímat zpětné vazby, nedostatek nebo vůbec žádná empatie, agresivita, nedodržování pravidel.

T:

Máte nějaký nápad nebo návrh na to, jak by se dal ošetřit výběr, aby se tyto problémový klienti nedostávali do skupiny?

R:

Myslím si, že důležitým až nejdůležitějším je týmový pohled, jeden si často něčeho nevšimne a nemá názory ostatních. A především osobní přístup, kdy je také důležité, aby si ten, kdo s klientem bude pracovat, si ho sám vybíral.

T:

Moc Vám děkuji za Váš čas.

Přepis rozhovoru č.6

Tazatel (dále jen T):

Pro začátek bych Vás ráda informovala, že veškeré informace jsou anonymní a v souladu s tím, bude s informacemi získanými od Vás nakládáno. Rozhovor bude v přepsané podobě uveřejněn jako příloha mé bakalářské práce.

Jinak cílem mé práce je zmapovat, jak vnímají skupinová terapeuti problémové klienty ve skupinách, kdo to pro ně vlastně je a popřípadě takové klienty, kteří z práce ve skupině vyloženě neprofitují. Během výzkumu se snažíme zaujmout co nejvíce terapeutických přístupů, aby se nejednalo o jednostranně zaměřené therapy.

Stalo se Vám někdy, že byste vzala někoho do skupiny a poté se Vám ukázalo, že tam nepatří? Že byste později svého rozhodnutí litovala, nebo ho přehodnocovala? A pokud ano, můžete mi o tom blíže povědět?

Respondent (dále jen R):

Ano, stává se mi to. Je to tak, že ten výběr pacientů do skupiny je důležitý, není snadný a hraji v něm roli takové věci, jako, že je tlak na nás, abychom skupinu naplnili do termínu. Do toho roku kalendářního se vejde jen určitý počet stacionářů a my v tom nemáme úplnou svobodu, to znamená, třeba nemáme ještě dost pacientů, přesto je potřeba skupinu otevřít a třeba dobrat někoho během prvních dvou týdnů, což vždycky hraje roli. Může to dopadnout bezvadně ale je to riziko, je to více práce pro nás i pro tu skupinu, která začala v řádném termínu. No a pak je další věc, že s některými pacienty se potkáme před skupinou jen jednou, což je hrozně málo, respektive všichni pacienti projdou nejdříve vstupním psychiatrickým vyšetřením a pokud se pacient s tím psychiatrem dohodnou, že by se mohlo pracovat skupinově, v rámci toho stacionáře, tak ten pacient má schůzku s námi, nejdříve s vedoucím stacionáře, to je psycholog a potom se mnou. Takže i když ho vidíme jen jednou, alespoň se vidí se třema lidma, ale stejně je to málo. Snažíme se vidět ty pacienty i vícekrát. Pak se samozřejmě stane, že se netrefíme a do jisté míry, ale jen opravdu do jisté míry, je to ošetřeno tím, že oni podepisují terapeutický kontrakt, a v tom kontraktu je, že oni i my po prvním týdnu té terapie se znovu vyslovíme k tomu, jestli je to, to ono, nebo jestli jedna nebo druhá strana od toho chce odstoupit.

T:

A jak vnímáte vy problémového klienta ve skupině? Co se jeho charakteristik, osobnosti či vlastností týče. Jde mi o upřesnění pojmu, co znamená Problémový klient právě pro Vás?

R:

Je to velmi různé. Asi nejširší skupina jsou pacienti, kteří jsou k terapii málo motivovaní. A zase je to velmi různé. Někdy je to tak, že ta motivace je taková jako účelová, nebo zisková. Ve smyslu – nelíbí se mi v práci, žádnou jinou nemám, potřebuji razítko pro úřad práce, protože když člověk nastoupí do stacionáře, potřebuje tohle razítko pro úřad práce, že se místo hledání práce léčí. Nebo lidi usilují o invalidní důchod a čím více léčby tím líp. Nebo

to může být účelové, aniž by o tom zatím věděli, že se potřebují vyhnout něčemu v reálném životě, tak se tady tak jako trochu schovají.

Pak mě napadá, že někdy jsou to klienti s diagnostickým problémem. Že třeba původně je ten stacionář výhradně pro pacienty s neurotickými a psychosomatickými obtížemi, ale téměř vždy jsou tam i pacienti s poruchou osobnosti a když to jsou pacienti, když to tak paušalizuji, s lehkou poruchou osobnosti, nebo s poruchami socializace, nebo když je ta skupina dobrá, tak pár těchto pacientů unese, ale někdy, když je jich tam víc, a to pak může být problém.

Nebo jsou to pacienti, kteří nemají důvěru. Někteří ji nemají apriori k terapii, psychologům, psychiatrii, ale někdo jim to třeba doporučí, nebo jsou do toho tlačeni rodinou, svým ambulantním psychiatrem. A někdy je to nedůvěra, která tak prostě nějak vznikne. Že se necítí bezpečně ve skupině. Nesedí jim spolupacienti, nesedí jim terapeuti, nevytvoří se tam prostředí skupinové důvěry. Potom to taky občas krachuje na tom, že v tom stacionáři jsou pravidla, které se týkají třeba docházky a někteří lidé to jako nejsou schopni dodržovat anebo to dodržují, ale neustále proti tomu bojují a tím boje se stráví víc času než tím problémem, se kterým přišli.

T:

Jak pracujete s těmito klienty?

R:

Na té důvěře se dá pracovat, ta se stejně musí nějak vytvářet, to je proces a dejme tomu, že je to ošetřený nějak na začátku, že se mluví o nějakých skupinových pravidlech, třeba nevynášení ze skupiny a podobně. Ale záleží na mnoha věcech, jak jsou pacienti otevření, jak moc jsou schopní na sebe reagovat. Často se nám stává, že se sejde skupina, kde je více pacientů s takovou narcistickou poruchou a ty opravdu nejsou schopný pracovat pro druhý. To je taky jeden z problémů.

Zpátky k důvěře. To, co taky pomáhá, je trpělivost, že se na ty lidi netlačí, mají dost času a prostoru, že mohou projevovat jakékoli emoce, strach, smutek, nelibost a jsou přijímaný s tím, co přináší a jak se projevují. Taky bývá nápomocné, když je někdo takový otevřenější, přijde s tím svým, skupina to přijme a unese. Tak to taky lidem pomáhá, že vidí v přímém přenosu, že to funguje a že těm lidem je dopřáno sluchu a že s tím nejsou sami. Že nejsou odmítaní, že nejsou nějak hodnocení či perzekuováni.

U té motivace to někdy probíhá tak, že mají představu, že si sednou do toho křesla a ono to bude samoúdržavné, tak bývá řeč o tom, jak jsou k tomu potřeba, jak bez nich to nejde a čím víc toho přinesou, tak tím víc si toho můžou odnést. A nejlépe to přijmou, když to vidí na

někom druhém z řad svých kolegů. Že zkrátka se třeba někdo svěří a pak mluví o tom, že se mu ulevilo, že reakce druhých pro něj byly úlevné, přínosné, nebo inspirativní. Tak to mě tak napadá na první dobrou.

T:

Jak se konkrétně projevují ti problémoví klienti ve skupině? Jaké způsobují problémy?

R:

Někteří hodně mlčí, je to takové to mlčení, že jsou v odporu a nechtějí pustit ani chlupek. Další pacienti stále napadají pravidla, ten systém, napadají, znehodnocují, prostě do toho pořád ryjí. Někteří se nás snaží jako terapeuty nachytat, na čemkoli. Nebo jsou problémoví pacienti ti, kteří něco podobného dělají těm svým kolegům. Že je tak jako osočují, označují, hodnotí nebo zpochybňují to, co do skupiny přinesou. Nebo se to konkrétně projevuje tak, že v těch odpoledních programech je to hodně vidět, protože na těch povídacích skupinách, se to tak jako líp schová, protože nemluví vždycky všichni, za to na těch odpoledních, což jsou neverbální techniky, arteterapie, tak tam často jsou takový v uvozovkách úkoly pro každého a ty lidi nechtějí spolupracovat a vypadá to třeba tak, že řeknou, že vůbec nevědí jak (někteří samozřejmě opravdu nevědí, ale já teď mluvím o těch, kteří to nějak bojkotují). Že vůbec nevědí, nebo že to nemá smysl, nebo že je to trapný a blbý, anebo to udělají tak, jako aby formálně splnili úkol, ale ukazuje se, že do toho nejdou opravdově.

Nebo to jsou pacienti, kteří zůstávají výhradně na povrchu. S tím se dá samozřejmě pracovat, protože mnohdy jen nevědí jak do toho, nebo se stydí, nebo se bojí, ale to je jiný případ, já mluvím o těch, kteří o to vyloženě nemají zájem.

Nebo třeba někdo jim nabídne nějaké téma, nebo si něčeho všimne v jejich chování, jak o tom mluví, a tak mu to tak jako popíšeme, ukážeme, vyndáme, aby na to bylo vidět a ten pacient se toho nechytí, odmítne to a úplně zahodí.

Nebo lidi odpovídají jednou větou a není z toho nic.

T:

Můžete mi prosím popsat nějaký konkrétní případ problémového klienta?

R:

Tak, jako nejvíc je to vidět opravdu na docházce. Lidi co chtějí porušovat, tak chodí pozdě, nebo neustále je to na hranici a neustále si s tím hrajou, nebo odchází dřív, nebo se neomlouvají z těch programů, nebo si chodí pro razítka k doktorům a zůstávají doma, nebo co se týče ještě docházky, tak jsou ochotný hodinu diskutovat o tom, že jim nejen autobus a proto přišli pozdě a přitom od začátku se hovoří o tom, že to áčko, které oni dostanou není trest, ale jen konstatování faktu, že na určitý počet absencí máme nárok, počítá se s tím, že

někdy zaspíme, nebo nám ujede autobus, takže na tomhle se tak nějak točí. Nebo si vzpomínám konkrétní paní, ta byla taková pasivně agresivní, ta dělala takové věci, jako, že třeba si sedala abychom na ní neviděli, nebo odcházela pořád v průběhu terapie na záchod, napít se. Lidi jsou schopní si někdy zacpávat uši, doslovně. Nebo neustále přehazovat pozornost na někoho jiného, aby oni z toho vyšli netknutí.

Nebo třeba naše doporučení do terapie je, neužívat benzodiazepiny tak jako běžně, to znamená na skupině mi není dobře, je těžký téma, tak si vezmu lexaurin. A oni to třeba nedodrží a pak jsou otupělý a ty věci se k nim nemůžou dostávat a nedbají toho doporučení. No, jednou za čas se stává, že přijde pacient pod vlivem alkoholu, to sice není časté, ale stává se to.

T:

Když si vezmete tyto problémové klienty, co si myslíte, že se stalo špatně při výběru, že se do skupiny dostali?

R:

Je to výhradně na těch terapeutech, že jsme je nevybrali dobře, že jsme to nepoznali, neodhalili. Mnohdy se pacient chová jinak v té dvojici a jinak před tou skupinou. Jsou pacienti, že byste je nepoznala, že si říkáte, jak je to možný, tahle paní byla tichá, vypadala, že neumí do pěti počítat a nejdou tady má obecnost a rozjíždí veliká divadla. A někdy taky ty pacienti neodhadnou své síly, například, že vědí, že neumí mluvit o sobě, natož před skupinou lidí ale říct si v dobré vůli, tak já do toho půjdu, já to zkusím, já to překonám, takhle se na tom nějak dohodneme, ale pak se ukazuje, že to nejde. Nebo že přichází s problémy, které se měli nejdříve probrat a předpřipravit v individuální terapii. Že třeba zažili traumata, třeba znásilnění a nikde do té doby nikde nebyli. Nebo se taky stane, že pacienti zamlčují při výběru nějaké věci, nebo dokonce lžou.

T:

Stalo se Vám někdy, že jsme musela klienta ze skupiny vyloučit? Pokud ano, jaký to byl případ?

R:

Stalo se to, ale je to hodně ojedinělé, vždycky to hodně promýšlíme, ale stalo se to. Byl to jeden pán, který tak jako soustavně narušovat práci ostatních, nikomu neublížit fyzicky, neohrožoval, to pak zmíním jednoho dalšího pána, ale neustále ty řečené věci zpochybňoval a byla tam tak velká atmosféra nedůvěry. Ty lidi fakt nevěděli, na co se spolehnout. Čemu věřit, o co se opřít, co teda platí. A i když jsme se snažili o tom s ním mluvit, nejdříve ve

skupině a pak si jenom s ním bokem, nebyl schopen to udělat jinak, nahlídnout to, tak jsme ho vyloučili

Další pán byl takový opravdu impulzivní, prudký, agresivní. Sice nakonec fyzicky nikoho nenapadl, ale fakt jako křičel, sprostě nadával, a to už nešlo, to už bylo vyloženě nedůstojné pro ty lidi okolo.

Pak se třeba stalo, že ty pacienti se dekompenzovali a bylo nutné je poslat k hospitalizaci, nebo do jiné skupiny, pro pacienty s těžší diagnózou anebo do individuální terapie, protože ta skupinová pro ně nebyla vhodná.

T:

Jak probíhá práce s těmito klienty na skupině, před jejich vyloučením?

R:

Vždycky o tom mluvíme před celou skupinou, je to i vlastně zakomponované v tom kontraktu, že když ten pacient skončí, nebo je vyloučen, že má nárok na skupinu, která se bude věnovat právě a jenom tomu a většinou je to tak, nebo nikdy to nebylo tak, že bychom někoho vyloučili ze dne na den, ale vždy je to nějaký proces a vždy se to snažíme propracovat. S tím, že jsou ale pacienti, kteří to neumožní, prostě druhý den nepřijdou a nepřijdou nikdy příště, a přes to, je potřeba o tom se skupinou, s těmi zbylými mluvit, protože to se skupinou něco dělá, s námi, jako s terapeutky to taky něco dělá. Vždycky to do té skupiny nějak zasáhne. At už ho vyloučíme, at už sám odejde, cokoliv, vždycky to tam je ve hře a snažíme se o tom mluvit v té skupině. Ale někdy je to potřeba s tím pacientem mluvit i zvlášť, a to děláme jako ta terapeutická dvojice a pacient.

T:

Pokud si vezmete tyto problémové klienty, můžete říci takto zpětně, čeho by se dalo si více všimnout při výběru? Co mohl být varovný signál?

R:

Napadá mě, že někdy jsou lidi už při tom rozhovoru tak nastavený, že na Vás jsou milý, ale očerňují všechno ostatní, takže vyjmenují mnoho negativních zkušeností s jinými terapeutkami, jinými zařízeními, jinými odborníky.

Nebo, a to je podobný, že mluví o tom, jak celý svět jim ublížil, ukřivdil, oni jsou v tom nevině, můžou za to všichni ostatní. Nebo třeba někdy může být signál, že... Pan magistr jim dělá spíš anamnézu a já více vyprávím o tom stacionáři, o programech, o tom, co je to vlastně skupinová psychoterapie a třeba jim dám příklad nějaké skupinové situace a lidi řeknou – aha, tak to já budu mít velký problém, protože tenhle typ lidí já nesnesu, nebo –

tyhle názory, to teda, to si nedovedu představit, že bych tam s někým takovým měl trávit čas.

T:

Mluvila jste o tom, že lžou. Jak se to projevuje? Můžete to více rozvést?

R:

No, většinou jsou to takové praktické věci. Často třeba, my se jich ptáme, jestli počítají s tím, že to trvá tři měsíce, musí si to zařídit v práci, přeci jen je to delší doba. Jestli jsou tedy ochotný do toho jít a co se práce týče, tak jestli s tím počítají a lidi často říkají, že práci nehledají, neodpovídají na nabídky a často se pak ukáže, že to není pravda a paralelně hledají práci, chodí na pohovory a odejdou v půlce, protože se jim něco naskytlo.

Nebo třeba jsou to pacienti, kteří měli nebo mají problém se závislostí – na alkoholu třeba, nemluví o tom a ukáže se to v průběhu terapie. Nebo třeba lžou o tom, že přicházejí do té terapie pro to, aby o sobě zjistili, aby jim bylo líp, ale přitom mají nějaký jiný důvod zjištný, jak jsem o tom mluvila na začátku – razítka na pracák apod.

Nebo někdy se stalo, že to byli lidi, kteří nedokončili více terapeutických programů a zamlčí to a když se na to ptám, řeknou, že ne. Pak se ukáže, že ty problémy, které dělali jinde, dělají tady. Nebo že nedotahují věci, že nedokázali dokončit stacionář jinde a pak ho nedokončí tady.

T:

Proč si myslíte, že to dělali? Ukázalo se něco v průběhu času?

R:

Někdy mi přišlo, že to bylo opravdu z upřímný víry, že tentokrát to bude lepší, jiný, ale často je ta představa, že ti ostatní budou lepší, že ta skupina bude lepší – tady budou lepší lidi, lepší doktoři, lepší pacienti. Nebo proto, že už zažili, že mohli mít tři měsíce neschopenku, tak si znova dají takové lázně, někteří pacienti o tom takto i mluví, že jdou do lázní. Já těm lidem přeji, aby měli hezký společenství, aby spolu mohli sdílet i jiné věci než potíže, ale pak se třeba stane, že si tam nanosí šminky a tři měsíce se malují, nebo pletou svetry. Kdyby to dělali souběžně s terapií, tak prosím, ale to se samozřejmě neděje.

Nebo, že mají strach z hospitalizace a pořád jim tohle přijde přijatelnější, někteří, kteří se hospitalizace bojí a tohle je pro ně snesitelnější tak tu opravdu pracují, ale jsou i takoví, kteří ne, jen se vyhnou hospitalizaci – Umluví svého psychiatra, že půjdou sem, ale nepracují zde.

T:

Můžete prosím uvést konkrétní příklad klienta, který se projevoval jinak u příjmu a pak na skupině?

R:

Vzpomínám si na jednu Janu, která byla taková při těch rozhovorech, velmi tichá, úzkostná, nejistá a taková nenápadná a pak v té skupině se začala projevovat velice agresivně, měla v sobě hodně nenávisti a ublíženosti. U ní to, ale začalo tak opravdu nenápadně. Takové drobné štípance, píchance do těch ostatních lidí, uměla velice spolehlivě vycítit jejich slabé místo, takže se k nim pak chovala zraňujícím, netaktním způsobem, dehonestujícím způsobem.

Pak si vzpomínám na jednoho Petra, který v tom rozhovoru působil celkem sebejistě, ale ne suverénně, neskákal nám do řeči nechal nás domluvit, poslouchal, co mu říkáme, vypadal, že se nad tím i zamýšlel, ale pak se na skupině projevoval tak, že na sebe neustále strhával pozornost, bojoval s terapeutama o moc, pořád se nějak prosazoval, takže měl potřebu ty pacienty léčit, a to co my jsme nabízeli tak devalvoval.

T:

Jak jste s tímto klientem dál pracovali na skupině?

R:

Je skvělý, když někdo z té skupiny to kolegovi řekne, to je skvělý, když to nejde od nás. Tady zrovna se našla jedna paní, která našla dost odvahy a řekla mu – hele Petře mě se nelíbí, jak se mnou mluvíš, nech mě být, já ti na otázky takhle kladený nebudu odpovídat. Ale mnohdy to bývá tak, že ta skupina se doopravdy bojí a ani o tom neví. To je neuvěřitelný, jak je to nepřiznaný, ten strach, spíš se mu lidi pořád snaží porozumět, nějak s ním vyjít a jsou takový opatrný a nikdo to nenazve pravým jménem, a to trvá hodně dlouho, třeba i měsíc. No a když to nikdo nemůže vzít na sebe z té skupiny, my jsme to dělali tak, že jsme se mu snažili popisovat, co teď dělá – hele Petře, vy jste teď zachoval k Marušce tak, že to udělalo to a to. Takže jsme se snažili, aby na to mohl nahlídnout, popřípadě to nějak reflektovat. V tomto případě to docela i šlo. Někdy se u toho tak jako přichytil a byl schopný to zreflektovat, ale přesto to bylo takové přetahování až do konce.

T:

Kdybyste se podívala zpětně na pohovor s ním, co by se dalo udělat jinak, aby se tedy do skupiny nedostal?

R:

Já vám to řeknu úplně obyčejně. Zrovna u tohoto Petra jsme si říkali – no jo, ten dělá takový bu bu bu, ale je celý ustrašený, s ním to půjde. On až pochopí, že se nemusí bránit, že nemusí dělat ramena, to bude dobrý chlapík.

Byli jsme asi až moc velkorysí, idealisti.

My tomu tak jako pracovně říkáme – to není nemoc to, je vada charakteru. S psychopatem neuděláte téměř nic, to nejde léčit, to se dá leda trochu kultivovat. A někdy si vezmeme jen moc velké sousto. Potom taky, si občas říkáme – dejme si pozor na to, abychom nebrali pacienta jenom ze soucitu, jenom proto, že je nám ho líto. Stokrát se nám to už nevyplatilo.

T:

Můžete nějaký konkrétní případ popsat?

R:

To byla jedna Eliška, tu když jsme viděli, dali bychom jí fakt korunu, a to byla taková potvora, manipulátka, opravdu hodně velká.

T:

Podle čeho by se to dalo poznat již při pohovoru?

R:

Možná nějaký drobný náznak by tak byl, že operovala až moc s nějakou svojí bezmocností. S tím, že ona nemá vlastně nic v rukou.

T:

Jak se tato Eliška projevovala potom ve skupině?

R:

Ona se prezentovala jako oběť a je těžký kritizovat někoho, kdo je na tom špatně, kdo je chudák, kdo má posranej život, to je pak pro skupinu těžký říct mu něco nepopulárního, mít nějaké výhrady, oni o ní pečovali, měli o ní starost, když přišla starost, cítila jste napětí ve skupině, jestli se jí něco nestalo, nebo si něco neudělala, co když se pořezala, co když skočila z okna. Když přišla, tak si všichni oddechly a ona řekla, že zase včera pařila a byla jsem tam až do rána – pak ale pokračovala – já jsem, ale tak hrozná, vyčítala si to, jak je hrozná – chtěla potvrzení od ostatních, že to tak je, že má přece pravdu. Takovýhle tanečky.

T:

Jak jste pracovali s Eliškou dále?

R:

Ona ten stacionář dochodila, ale troufám si říci, že ho prošlo bez doteku, téměř nic nenahlédla, ve smyslu, že by udělala nějakou změnu. Zkoušeli jsme to různě. Zkoušeli jsme k ní být otevřený a nastínit jí co vlastně dělá, ale ona se hrozně bránila a myslím, že to nemohla uslyšet.

Ale někdy se to opravdu povede, někdy ta skupina spolupracuje a mají opravdovou důvěru v terapeuta, tak jsou schopni připustit, že manipulují se skutečnostmi, s lidma okolo sebe, nebo si tak tu skutečnost upravují, nebo, že jednájí, aby z toho měli nějak zisk, jsou schopní

porozumět tomu, proč to dělají, kdy to začali dělat, že to třeba dřív jinak nešlo a teď to dělají už i v situacích kdy to není potřeba, jako vždycky o tom s těma lidma mluvíme. Tady v tom případě se to bohužel minulo účinkem.

T:

Jak se podle Vás dá manipulace poznat již při výběru?

R:

Někteří pacienti jsou manipulativní rovnou, a tak okatě, že se to pozná, to znamená třeba – zavolají a začnou si diktovat přesně kdy přijdou, ke komu přijdou, co všechno k tomu potřebují, kladou si rovnou podmínky, tak to je alespoň takový otevřený.

Nebo jsou pacienti, kteří si už při tom pohovoru požadují výjimky z pravidel, nebo pořád si prověřují kolegy ve skupině, zkoušejí terapeutů.

Konkrétně u Elišky

Ono je to taky jiný, když s tím pacientem mluvíte rámcově o jeho životě na pohovoru, kde vám může říct prakticky cokoli, ale pak je to úplně jiný vidět ho v těch interakcích na skupině, protože tam je mnoho situací, které vy na tom pohovoru nepřipravíte, prostě tam nejsou. Některý věci nejdou poznat hned.

T:

Jak by se tedy mohly zlepšit metody výběru, aby se do skupin nedostávali problémoví klienti?

R:

Já mám takový tušení, že třeba na Palatě mají nějaký dotazník. Mě osobně to není moc sympatický, přijde mi to potom jako nějaká zkouška, výběrový řízení a tak, ale možná to má něco do sebe – možná odhalí pomocí jednoduchých dotazníků věci, o kterých jsme mluvili. Ale v tom, co mě by se líbilo – vidět se s nimi vícekrát než jednou. Jo, asi jenom tohle, mít možnost pobýt s nima trochu víc.

T:

Který konkrétní klient Vám přišel nejproblematičtější?

R:

To je paní, který bylo zhruba 65, byla to inženýrka a ona už byla v několika organizacích a prostě ji nějak dostrkali až k nám, později jsme pochopili proč – všichni se jí chtěli zbavit. Ta skupina celkově nebyla moc dobrá, myslím si, že při jiném složení skupiny by asi paní odešla. Neustále operovala s tím, že je to dáma vyššího věku, takže to vyžaduje, aby se s ní jednalo apriori s úctou a respektem. Pod tím si představovala, ale že jako nikdo nebude zpochybňovat to, co ona říká, nikdo k ní nebude kritický, negativní, nikdo se na ní nebude zlobit. Potom byla vysokoškolačka a měla maminku, co měla pět titulů a celá rodina byla

takhle zaměřená, takže i tímto se neustále oháněla a nikdo, kdo nedosahoval její intelektuální úrovně, tak neměl nárok, neměl právo. Vybrala si tam takového jednoho klučinu a po tom ona šla, při každé příležitosti ho tak jako sejmula, pak dělala to, že si vymyslela, že má hemoroidy a že nemůže sedět v křesle jako statní, takže ona si budovala vlastně takový obraný valy, obkládala se různými matracemi, polštářem, dekami, takže jednou seděla na takovém jako trůně nade všema, jindy zase ležela všem u nohou, jindy byla tak, že si celá skupina vykloubila málem krk, aby na ní viděli, když jí někdo něco říkal, mnohdy se taky strašně rozplakala, takže jí nebylo možné nic říci, nebo práskala dveřmi a odcházela. No mimochodem to celé vyústilo v to, že na nás napsala stížnost, takže i když už tu nebyla, měli jsme jí tu pořád.

T:

Jaký vliv mělo toto její chování na skupinu?

R:

Ono se to tak jako různě proměňovalo. Třeba na dvě klientky to mělo vliv ten, že oni byly takový její lvice ochránářky, seděli jí po boku a opravdu odráželi vše, co by k ní mohlo přijít. Takže oni se nevěnovali sobě, ale tomu, aby ji ochránili. V dalším člověku to vzbuzovalo agresi, takže ten měl co dělat, aby neřval a nebyl sprostý. Další lidi byli unavený, otrávený, nebavilo je to. Někdo jí ignoroval, ale to bylo těžký, protože ona se pořád připomínala. Někdo měl pořád potřebuji jí to její chování osvětlit, vysvětlit, aby jako ona prozřela. Takže mělo to celkově vliv takový, že 90 % času se věnovalo paní inženýrce, než aby si řešili svoje věci. Nebo se tam často stávali konflikty, protože někdo si to líbil nedal, tak tam nebylo dostatek bezpečí a pohody pro to, aby se tam daly řešit, nějaké bolavé věci. Nebo v té skupině skoro nebyla legrace – a to ve skupinách bývá – sranda, lidi třeba jen tak blbnou, ale tady ne.

Tak lidi přehodnocovali svoji důvěru k nám, protože ona, jak to neustále zpochybňovala, tak lidi na nás koukali drobnohledem, tak se toho jako chytli, víc nás zkoušeli, ona říkala, že my jsme nějaký divný, tak co když teda opravdu jsme – asi takhle.

T:

Jak jste s ním pracovali vy jako terapeuti?

R:

No tak my dva jsme si o tom hodně povídali a buď jsme museli, mimo záznam si jen říct – to je ale kráva, nebo jsme se snažili vymyslet, jak na ní, co dělat jinak, co by ještě mohlo pomoci. Málo jsme si jí brali do supervize, což jsme se dozvěděli až potom, tak to jsme mohli víc. Navíc tu máme možnost takových intervizí s kolegy, tak tohle jsme taky nějak

zanedbali. Když jsme o tom pak zpětně přemýšleli, tak jsme si říkali, že jsme se s ní už nechtěli dál, víc zabývat, že jsme na ní byli tak nasraný. Měli jsme jí dost, že jsme jí už nechtěli věnovat další čas, ale měli jsme.

No a v té skupině, snažili jsme se o tom mluvit jak s ní, tak k tomu přizvat ty ostatní, aby i oni jí řekli, jak to s ní mají, co by jim bylo příjemnější.

Ona totiž měla ještě jednu věc, jak byla starší, tak operovala s tím, že nerozumí některým slovům a byly to slova, opravdu jako běžný. Ona se neptala rovnou toho člověka, co to tedy znamená, ale šeptala tam někomu jinému, neustále narušovala tu skupinu. Takže i na takovýchle drobných věcech jsme se jí snažili ukazovat, co dělá, co nedělá dobrotu, co těžko umožňuje, ab se mohla dobrat nějakým svým věcem.

T:

Jak to s ní nakonec dopadlo? Zůstala ve skupině až do konce?

R:

Zůstala, ona se tam držela zuby nehty. Po skončení stacionáře, měla ještě s panem magistrem schůzku, kde se vlastně mluví o tom, jestli má pacient zájem pokračovat v terapii, jakou formou, kde, co a jak a taky je ta schůzka proto, že pro ty pacienty je někdy těžké to opustit, tak je to takové přemostění a tahleta paní přišla na tu schůzku (to mám ale jenom od kolegy) s tím, že celý stacionář byl blbej, byl jí k ničemu, bylo to tam hrozný, my jsme byli hrozný, pacienti byli hrozný a že je ráda, že to skončilo. On s ní o tom chvíli mluvil, a ona během té hodiny úplně obrátila a začala mu děkovat, že jsme jí teda moc pomohli, opravdu na hlavu, a pak teda asi po měsíci přišla ta stížnost.

T:

Jak byste ošetřila, aby se takový klient nedostal do skupiny?

R:

My jsme měli ještě jedno volný místo, viděli jsme spousta lidí, už jsme z toho byli utahaní, protože, když už ho vybereme, pacient nepřijde, vybereme ho, pacient si najde jinou péči, nebo vidíme spousta lidí, které do skupiny vzít nemůžeme, takže se nám krátí čas i síly a s touhle paní, ta už byla poslední, tak jsme si říkali, no to nebude žádná velká sláva, bude jenom jedna, to zvládneme tak jí bereme. Takže takovýchle lidské faktory. Takže ošetřením by bylo, vymanit se z časové tísně, mít dostatek času pro výběr a sil na to. Je to občas dost boj.

Taky jsme si všimli, že jsou skupiny, kde mají lidi hodně těžký osudy, nebo jsou tam tři lidi po pokusu o sebevraždu, což je opravdu dost, nebo jsou to skupiny, kde je třetina hraničních

pacientů, a přesto ta skupina funguje a mě opravdu přijde, že kromě všeho záleží na tom, jaký ty lidi jsou lidsky, charakterově.

T:

A jsou podle Vás nějaké vlastnosti, charaktery, které by dělali nejvíce problémů?

R:

Já bych opravdu řekla, že lidi, kteří jsou čistě egoističtí a egocentričtí. To bych řekla, že bude to nejvíce. Taky lidi, který jsou opravdu hodně konfliktní a agresivní. Lidi, který neumí řešit konflikty jinak než obvinováním, řevem...

T:

Děkuji za Vaši ochotu, čas i rozhovor.

Přepis rozhovoru č.7

Tazatel (dále jen T):

Nejdřív bych Vás ráda informovala, že veškerý výzkum je anonymní a podle toho bude s daty získanými během rozhovoru nakládáno. Rozhovory si přepíši a v přepsané podobě budou uvedeny jako příloha mé bakalářské práce.

Dále co se týče samotného výzkumu – zabývám se tedy otázkou problémových klientů ve skupinové psychoterapii, tedy co pro terapeuty znamená problémový klient, kdo to pro ně vlastně je, ať už jsou to klienti narušující bezpečí skupiny či takoví klienti, kteří z práce na skupině neprofitují. S tím, že se snažíme zaujmout co největší škálu psychoterapeutických přístupů.

Stává se Vám někdy, že pochybujete o svém rozhodnutí vzít klienta do skupiny? Pokud ano, můžete o tom chvíli pohovořit?

Respondent (dále jen R):

Vy jste zrovna natrefila na dobu, kdy jsem tohle zažívala, protože jsme teď končili stacionář, kam jsme vzali paní, která se projevovala daleko více dramatičtější než na úvodním pohovoru. Byla... no problémová, rozhodně zpestřila skupinu. Byla to paní s hysterionskou poruchou osobnosti, se nakonec ukázalo a hodně dramaticky to prožívala všechny ty věci a líčila to a pro některý křehčí lidi, třeba úzkostný, tohle bylo těžko zvládnutelný, tadyty vlny jejích emocí a pak taky trochu manipulovala, měla tendenci k nějakým mimoskupinovým aktivitám, pak taky trochu řídit proces skupiny, začala terapeutyzovat, ale já jsem třeba jí po supervizích říkala, nechte to na mě, to je moje práce, někdy bylo těžké jí usadit, protože ona se dožadovala slova, a často pak mě nutila přerušit jiného klienta, když ona chtěla mluvit, a

hodně to tam rozhýbávala, tu skupinovou dynamiku, ale na jednu stranu to bylo dobře. Takže ze začátku jsme se lekli, že ji neukočírujem, ale zas to pak nebyl takový problém.

Jindy jsme měli pána, kterého jsme přijali na poslední chvíli, protože jsme měli málo lidí ve stacionáři, tak jsem ho vzala na doporučení jedné kolegyně, na kterou jsem spoléhala, že ví, co dělá a ač se mi zdál zvláštní, tak jsem ho vzala, a to byl pán, který byl neochotný, neschopný jakékoli introspekce, hodně hodnotící, kritizující, útočný, vybral si tam jednu paní, kterou tak jako pořád sekýroval. A to jsem se i občas netěšila do práce, i když se na ní normálně těším a teď jsem dva měsíce šla do práce s tím, že vlastně nevím, co mě zase čeká, to bylo hodně nepříjemné, a i on mě obvinil z toho, že jsem ve skupině prozradila něco, co řekl v individuálu a úplně se zasekl a přestal mi věřit. Já jsem si to neuvědomila, možná jsem udělala nějaký náznak, protože už mi to splynulo, co mi kdy řekl, takže mi pak říkal – vy jste to tam prozradila, to já s váma už mluvit nebudu, a to bylo hodně těžký a moc jsem nevěděla co s ním. Výhodou je, když jsme na to dva, což jsme vždycky, takže když dojde k nějaké takovéhle osobní záležitosti, může to sledovat a nějak to ukočírovat, což tenkrát nebylo, protože byl kolega nemocný a nepovedlo se to.

Pak si vzpomínám, to byl taky hodně velký problém, toho jsme museli vyloučit. To byl klient, který už byl prošlej různějma skupinama, chodil do individuálu, přišel k nám do stacionáře a ten tak postupně – dělal ajťáka a byl v tom dobřej, začal trousit takovou nejistotu, že říkal, jak se dokáže nabourat do různých účtů a o jedné klientce se – nevím, jak, dozvěděl, jak se jmenuje celým jménem, a jednou přišel a nějak jí říkal – ty jsi ale liška podšitá, nějak si zjistil, jak se jmenuje, a tenkrát to byla manželka nějakého významného podnikatele a ona hrozně znejistěla, že on na ní jako může a vrcholem bylo, ačkoli to máme v pravidlech, že není dovolené si pořizovat nějaké nahrávky ani fotky v terapii, a když měla tahle paní životopis, on si ho nahrál, nebo alespoň pak tvrdil, že si ho nahrál a začal jí pak vyhrožovat, že ho zveřejní, ona tam líčila svoje nějaké životní peripetie, vztahy a on jí začal vyhrožovat, že to zveřejní. Tak toho jsme museli vyloučit a pak to ještě pokračovalo tak, že on jí zval do nějaký kavárny – no prostě si to pak vyřídili nějak. Ale to byl teda hodně obtížný klient.

Nebo jsme měli klienta, který je obtížný v tom, že nechodí, není schopný dodržovat režim a pak když přijde, chce si získat pozornost skupiny, hodně to narušuje, protože lidi si pak nejsou jistý, co přijde, jestli si k němu mají tvořit vazbu nebo ne, ještě zvlášť když je to sympat'ák, je to hrozně těžký.

T:

Stalo se Vám ještě v některých případech, že jste musela klienta ze skupiny vyloučit?

R:

Tak mi jsme vyloučili tohohle nahrávače, pak toho, co nechodil, pak vždycky přišel a tvrdil, jak už bude chodit, pak se dvakrát omluvil, pak se neomluvil a pak po týdnu přišel, takže toho jsme taky vyloučili, hlavně kvůli docházce a taky tam trochu míchal těma vztahama. Pak jsme nechali odejít jednoho pána, který taky moc nechodil a čím dál tím víc bylo jasné, že se jednak prostě nedokáže pochlapit, a že je mu vlastně víc úzko mezi lidmi, než jsme předpokládali, takže tomu jsme nabídli individuální terapii. Nebo se stane, že nám odejdou lidi, který se nám zdekompenzují a je potřeba je hospitalizovat, ale to není, že bychom se vylučovali.

T:

Jak probíhá proces vylučování ze skupiny?

R:

Záleží na případě, když někdo takhle moc poruší pravidla, jako ten člověk s tím nahráváním, tak to je dost, ale vlastně je to postupně, s tím jak to zraje tak to řešíme v té skupině, není to žádný tribunál, ale necháme mluvit lidi o tom, co to s nima dělá a snažíme se to vlastně utáhnout a zpracovat v rámci osobnostního procesu i skupinového procesu a takže to je první, vždycky dostane šanci o tom mluvit, pak vlastně může dostat podmínku, že uvažujeme o tom, že bychom ho vyloučili nebo že přemýšlíme o jiném druhu terapie, zase ta skupina na to nějak reaguje – třeba u toho Michala, co nechodil, mu chtěli dávat ještě další a další šanci, je to zajímavý, co to s lidma dělá. Ale toho jsme teda nakonec vyloučili, protože už to bylo po několikátý a museli jsme, aby i ostatní viděli, takže to bylo veřejně, že jsme se s ním rozloučili veřejně a nechali jsme ostatní se s ním rozloučit, protože bylo vidět, že k němu měli nějaký vztah. Zatímco třeba toho nahrávače jsme si pozvali individuálně a prostě ho vyrazili, řekli jsme, že tohle není možný, že je to porušení pravidel a že ho vylučujeme ze skupiny. Tenkrát to s ním ukončovala kolegyně, on se se mnou ještě pak přišel rozloučit a oznámili jsme skupině, že za takovýchle okolností nelze aby tu byl a že jsme se s ním rozloučili, ale mluvili jsme s nimi o tom, bylo vidět, že se jim ulevilo a mluvili, jak to prožívali. Takže hodně to bereme do skupiny, když se to týká skupiny, aby se k tomu mohli vyjádřit, říci, jak to prožívají a jak se na to tváří, aby mohli říct, jestli jo, nebo ne. Často je problematický, že to chceme probrat se skupinou i s tím člověkem a on tam nepřijde a nechceme mluvit o někom, když tam není, když je ještě členem skupiny, ale chceme, když je to něco tak jako méně závažného, aby se k tomu vyjádřila skupina, pokud je to něco závažného, tak to vyřešíme my a rozloučíme se. Vlastně to vždycky zahájíme s tou skupinou a lidma, kterých se to týká.

T:

Jaké jsou nejčastější problémy s klienty ve skupině?

R:

Bud je to to, že ten člověk nechodí, nebo chodí, jak se mu zachce, nebo není schopný dodržovat harmonogram, časový sled, protože třeba zažívá nějaký těžký věc a je dobrý to vrátit do té skupiny.

Pak jsou to lidi, že se zjistí, že nerozumí, nejsou schopni pochopit terapeutický způsob práce a nějak nepochopí, není to prostě pro ně. Pro mě jsou problémoví i lidi, kteří očekávají a chtějí ty rady a nějak nepochopí, že o tom to není, nebo jsou to ti, kteří hodně hodnotí a kritizují, nebo vyslovují soudy, což možná souvisí s tím, že tomu procesu nerozumí, ale spíše ne, spíše je to už o nich, a to už nejsou lidi, které bychom vylučovali, ale s tím už se nějak dá pracovat.

Problémoví pacient může být i takový, který vůbec nemluví, ale s takovým jsem se já moc nepotkala. Nebo jsou to, a to se nám stalo taky, že jsme to neodhadli, bylo to u starších dam, že vlastně už na nějakou otevírací terapii neměli a měla to být spíše podpora, nebo že jsme spíš měli zvolit jinou formu terapie, nebo klub, protože ty paní si potřebovali jenom popovídat, takže vyprávěli historky a všem okolo říkali – ty jsi ještě mladý, máš spoustu šancí. Už ani tyhle lidi nechtěli terapii, že je spíše přivedli jejich děti s tím, že maminka má problém, ale že oni sami prožívali jen to, že mohou být s lidma, ale o terapii už tam nešlo. Na druhou stranu, když o tom tak mluvím, zjišťuji, že moc jich asi ani neexistuje, protože se vším se dá něco dělat.

Zažila jsem jednu klientku, tý se to možná vůbec nedotklo, teda skoro určitě, i my jsme během práce měli pocit, že to je úplně marný, ale nevím, čím to bylo. Byla to paní, která spíše jenom radila a vlastně odešla ze skupiny asi po dvou letech a tam mám pocit, že jí to moc nepolíbilo, ale to už je pár let. Ale pamatuji si na jednoho kluka, kterého jsme měli ve stacionáři, který byl hodně psychosomatický a nemohl se skoro vůbec hýbat, a tak jsme si říkali, že ho rozehřejeme, protože mnoha psychologům a nám tak bylo jasné, že je to psychosomatický, a že by se s ním dalo něco dělat, ale ne. Chvílema jsme měli pocit, že tak trochu roztál, že je to lepší, ale on nám druhý den řekl, že mu zase bylo hůř, nebo že se tak líp jenom tvářil, a ten vypadat, že fyzicky trpí a tak ten bohužel taky z terapie nic neměl. A kolegyně ho doporučila na bodyterapii a prý se tam zlepšil jen malinko.

Pak jsem měla jednoho pacienta, který přišel s tím, že je moc spokojený, nebo moc šťastný, a že je mu v tom něco divného, že je happy, tak ten chodil do skupiny, a občas se dotknul něčeho svého, třeba vztahu s maminkou, ale ten taky vlastně odešel, zdálo se, že naším cílem

bylo aby tak jako sednul na zem, aby nebyl tak bezstarostný, protože měl ženu a dítě, takže ostatní se ho snažili přivést k tomu, že všechno není tak bezstarostný, na druhou stranu na sebe nakládal hrozně moc práce a furt byl happy a lidi se ho snažili přivést tak jako k sobě, skupina mluvila o tom, že si v rámci té své mánie nakládá hrozně moc a na ty sví blízký nemá tolik času a nějak to k němu nedošlo. Ten opustil skupinu sám, pak chodil na individuál a pořád byl happy, i když přišel o práci a měl velký dluhy. To bylo zajímavý, protože měl problémy s manželkou, já jsem mu nabízela párovku, to on zásadně odmítal a pak se ke mně po pár letech dostal s dcerou a když jsem jim nabídla terapii, tatínek řekl, že to holčička nepotřebuje, pak po roce přišla maminka, že se tatínek asi zbláznil, protože si tatínek našel jinou ženu a že je chce odpustit. Sám z té terapie nebral, ale nemohl připustit, že by terapie mohla být pro někoho jiného dobrá.

T:

Jak byste charakterizovala osobnost problémového klienta?

R:

Problémoví jsou třeba, pokud budu používat ty diagnostické kategorie, tak pacienti hraničáři, tedy s hraniční poruchou osobnosti, protože to je většinou fakt problém a ty potřebují hodně péče, takže ty pak mají svojí vlastní skupinu a stacionář taky, ale ty jsou takový – moc toho potřebují, a i když má člověk pocit, že to nějak jde, tak co pak celý spadne.

T:

Jaké problémy jsou s těmito klienty?

R:

Ted' si snažím vybavit někoho konkrétního. Myslím, že je to třeba to, že pro lidi, kteří nejsou tak zkušený, nebo jsou křehčí, tak můžou jim třeba nabourat trochu tu důvěru v to, že ta terapie opravdu funguje, protože někdy se zdá u hraničáře, že se dostává k sobě, že to jde, že by se mohlo něco změnit a oni druhý den přijdou a všechno zruší – řeknou, že je všechno na houby a tak, a že lidi, kteří jsou ve skupině krátce, nebo nemají tu zkušenost, když to vidí, jak to funguje a pak druhý den to všechno padá, tak je to může znejistit.

Pak mě napadají ještě pacienti, kteří jsou hodně důrazní, dramatičtí, třeba ta paní z toho stacionáře, tak takový mohou vyplašit či zahnat ty úzkostnější, nebo fobický lidi, do kouta, že se prostě bojí mluvit, nebo se vůbec projevit, protože dostanou nebo je někdo zhodnotí.

Dá se tedy říci, že osobnostně se dají vytáhnout ty hraničáři, lidi s nestabilní poruchou osobnosti, ale pak ty, kteří nevezmeme – to jsou pacienti v hluboké depresi...

T:

Jak u Vás probíhá výběr klientů do skupiny?

R:

My si každého člověka pozveme. Bud se nám ozve jeho ošetřující psychiatr, který řekne, že má klienta, který je vhodný do terapie, takže to je přes psychiatra, nebo pak přes psychologa, ke kterému ten člověk dochází na individuál, nebo přijde člověk sám, tak zvaně z ulice, že zavolá, že by měl zájem o terapii. Někdy ví, že má jít o skupiny, ale vždy si je pozvu na individuální setkání a mluvíme o tom, o co půjde, někdy právě u toho člověka, který neví, o jakou terapii jde, tak právě ta charakteristika problému se ukáže jako že je to vhodný do skupiny, tak mu nabídnou skupinu a vybíráme podle toho, že jeho problém je vhodný do skupiny. Teď se i snažíme, protože máme polootevřenou skupinu, stacionář se staví od začátku, ale skupinu se snažíme, aby ty lidi nějak sedly, což se nám úplně nepovedlo s tou hysterionskou paní k těm úzkostným. Ale na druhou stranu, oni se na ní naučili spoustu věcí, ale snažíme se, aby ty lidi k sobě sedly, určitě vylučujeme pacienty, u kterých se ukáže, že mají nějakou psychotickou poruchu, pokud se ukáže že ta osobností problematika je hodně vyhraněná, tak jim nabídneme taky jiný druh terapie, skupinu, ale ne vždycky to vidíme hned. My tu skupinu máme charakterizovanou, že je pro pacienty s neurotickými obtížemi, s psychosomatickými problémy a pro pacienty s lehčí formou osobnostních poruch. Takhle se to nějak jmenuje a podle toho i nějak vybíráme, ale když máme už skupinu nějak postavenou, tak v duchu, tak si řekneme, že unese třeba jednoho těžšího pacienta, takže to si pak dovolíme. Snažíme se, ale to už je tak trochu pohádka, stavět to třeba i tak, abychom vyvážili mužskou a ženskou rovnováhu, ale těch chlapů je pořád nějak míň, kdybyste se ptala vedle ve stacionáři, ty tam jich vždycky nasbírají nějak víc, ale my jsme teď měly čistě dámskou skupinu. Měli jsme jednoho mládence a ten taky odešel, protože se zjistilo, že je tak křehký a ta tíha těch problémů té skupiny je na něj tak těžká, že prostě je to moc. Takže se vrátil do individuálu. Takže snažíme se vyvážit chlapi a ženský, když to jde, vlastně nikdy se nám nestalo, že by ta skupina byla monotematická, že by tam byli pacienti s jedním typem – samí úzkostní, samé vztahové problémy, vždy je to takové pestřejší. Takže aby ten pacient nějak zapadnul, anebo nebyl narušitel. Takže takhle stavíme stacionární skupinu, a když máme tu večerní, co je jednou za týden a ta je polootevřená a tam nikdy neděláme tohle úplně od začátku, tam se někdy stane, že když nemáme lidi, jsme méně kritičtí, ale když máme jedno, dvě místa, tak se snažíme taky aby ten člověk zapadl do té skupiny. Možná je to chyba, možná tím vytváříme moc velkou bavlňku, ale prostě to tak děláme.

Takže s tím člověkem do stacionáře mluvíme buď já, nebo kolegyně. Pokud máme nějakou pochybnost, nebo si nejsme jistí, tak si je vzájemně ještě pozveme znovu. Pokud dělám

příjem do skupiny tak buď s tím člověkem mluvím sama, anebo pokud má kolega čas, který pracuje ještě jinde, tak si druhou nebo i první schůzku uděláme společně ve třech. On to ví, že tam budeme oba. Tak jako zjišťujeme, co má za problém, co by potřeboval, co si slibuje od skupiny, jestli má nějaké zkušenosti, jestli má nějaká očekávání a ví, co mu skupina může dát, nebo jestli má nějaké obavy, které se týkají té skupiny, čeho by se tam bál a tam v 99 % a to jsou dospělí i děti, říkají, že budou mít strach mluvit před více lidmi, že nevědí, jestli to zvládnou. Povídáme jim, co uslyší od ostatních, jak to chodí a že uslyší i to, že na to nejsou sami, že ostatní mají podobné problémy. Někdy čekají, že jim někdo poradí, tak to jim říkáme, že moc neradíme, že spíše uslyší, jak to mají jiní lidé. Často si nejsou jistí, jestli unesou tíhu problémů těch ostatních, že sami mají tendenci na sebe brát starosti ostatních a že ještě poslouchat ty druhé, to je často důvod proč sami nechtějí, i když si myslíme, že by mohli, a pak když se nám podaří je přemluvit, tak zjistí, že dobrý.

Pro mě je těžký teda odmítat klienty, proto někdy vezmu i klienta, u kterého se pak ukáže že není moc vhodný.

T:

Jak se takový klient projevoval na pohovoru?

R:

Jedna konkrétní klientka byla hodně naléhavá, říkala, že už neví, kam jít, co jiné by jí pomohlo, bylo jí opravdu špatně, že to potřebuje, bylo mi líto jí odmítnout, tak jsem jí vzala. Nebo že jsem prostě nevěřila svému vnitřnímu hlasu, který říkal – hehe, hehe, tady něco bude, a ono se to pak ukázalo, u toho pána, který nám to tam celé boural tím svým hodnocením, tak když se přiznám, tak jsem si při přijímání řekla, že to zvládnou, trochu to pro mě byla výzva a já jsem nebyla pokorná a řekla jsem si, to dám, pak to byla chyba. Nebo jsem podcenila, že to bude fakt problém. Na jednu stranu, když je vidět že je mu fakt zle, že to potřebuje, na tu druhou jsem viděla že je hodně manipulativní.

T:

A tak se projevoval už při tom pohovoru?

R:

Ano. Takže trošku jsem dala na to, že by mi kolegyně přeci neposlala nějakého úplného šílence a trochu jsem si řekla, nějak to zvládneme, potřebujeme chlapa do skupiny, prostě tam hrálo roli víc věcí.

Teď si vzpomínám, taky jsme tam měli jednu paní, která, když jsem jí měla u pohovoru, tak tam se neprojeví, co to udělá mezi těma lidmi v té skupině, v té dynamice, takže tady působila, jako paní, která je spíše – že je ten problém spíše ve vztahové oblasti, že se ta paní

třeba snažila ve vztazích každému vyhovět, taková jako podrobivá, snaží se být hrozně hodná, a tak a s tím vlastně přišla.

Asi bychom měli dělat více než jeden pohovor, setkat se s nimi vícekrát, než je do té skupiny vezmeme, ale není na to vždycky úplně kapacita, protože pak se na skupině ukázalo, že pod tímhle tím je daleko hlubší osobnostní problém, že tahle paní vlastně byla úplně křehoulinká, úplně hodně nezralá, že se chovala, jako tří, čtyř letá holčička, která potřebuje jako dorůst a že to vypadalo jako vztahový problém a v tom prvním pohovoru to nebylo vidět.

T:

Jak se projevovalo její chování na skupině?

R:

Skupina z ní byla dost bezradná, někdo se jí ujal tak jako mateřsky, že se jí snažil tak jako o ní starat, někoho to dráždilo, že byl až vzteklej, protože veškeré snahy jí přesvědčovat, že je dost dobrá tam padaly do studny a byly naprosto zbytečné a ta její snaživost, ta dětská závislost, pro ně byla vlastně zátěží, protože oni potřebovali pracovat sami na sobě a takhle moc se o někoho starat je vyčerpávající. Někdo se úplně stáhnul a úplně jí někdo ignoroval, jako kdyby tam nebyla. Ona měla skupinu, tak to bylo dost těžký pro ty lidi, protože jak byla nezralá, mluvila dost chaoticky a bylo to pro ně hodně náročný. Nakonec i ona z té skupiny profitovala, trochu tam vyrostla, protože dostávala i od terapeutů i ostatních, nějakou podporu, takže z malého dítěte trochu dozrála do nějaké ženské, a objevili se její silné stránky, které ta skupina oceňovala, ona byla schopná zorganizovat cokoli, byla hodně na sportování, takže teď všichni chodí na jógu. Kdyby šlo dát dospělého do dětské skupiny, tak tam by se paní hodila, protože by mohla jít svým tempem.

T:

Jak by se podle vás dalo ošetřit, aby se problémoví klienti nedostávali do skupiny?

R:

Jednak si nemyslím, že by problémoví klienti neměli být ve skupině, protože proto tam jsou, ale když vezmeme úplně ty, co by tam opravdu neměli být, tak nezaložit to na jednom rozhovoru, setkávat se s nimi vícekrát, více spolupracovat s tím, kdo nám je odesílá, mít tu možnost, když je to člověk z venku, tak je to těžký, ale i to by bylo úžasný, více spolupracovat týmově, v rámci nějaké intervize, než ho vezmeme do skupiny. Tak to by bylo výborný.

To by byl dobrý filtr na to zjistit, co nás k tomu vede a tak.

T:

A čeho by se dalo si více všimnout na tom pohovoru s klientem?

R:

Já si myslím, že se to nedá úplně spolehlivě odchytit, že je to dané více nějakou časovou zkušeností, že člověk to zjišťuje postupně, že to vyplyne, někdy si myslím, a nechci, aby to znělo nějak nepokorně, že by bylo dobré poslechnout tu intuici, která nám říká, bacha na to, Někdy mi ten pocit říká – ne, takže ho poslechnout. A jinak jsou to takový základní věci, více si všímat toho, jak se s ním cítím, jak on se chová, jak je schopný nějak navázat nějaký vztah, to je pro mě asi nejdůležitější a pak jak třeba charakterizuje ten svůj problém a jestli je schopný se mnou vytvořit tu terapeutickou objednávku, to se týká toho pochopení a porozumění terapeutické práce, jestli by to pro něj bylo. Takže všimnout si, jestli je přístupný tomu terapeutickému myšlení a tak. Více si zjišťovat, co by ten klient od terapie chtěl.

T:

Já vám děkuji za Váš čas, byl to příjemný rozhovor, děkuji.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Anna Nováková

Studijní program: Bakalářský

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Problémoví klienti ve skupinové psychoterapii

Počet stran (bez příloh): 48

Celkový počet stran příloh: 52

Počet titulů české literatury a pramenů: 13

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 7

Počet internetových odkazů: 0

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Rok dokončení práce: 2017

**Posudek vedoucího/øpenenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Anna Nováková**

Obor studia: Psychologie

Název práce: **Problémoví klienti ve skupinové psychoterapii**

Vedoucí/øpenent* práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 48

Počet stránek příloh: 52

Počet titulů v seznamu literatury: 20

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

1

2

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Co bylo pro vás při zpracování tohoto tématu nejtěžší a proč?

Jaká opatření by jste navrhovala pro zlepšení výběru klientů do skupin?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Teoretická část práce popisuje skupinovou psychoterapii a její specifika, dále se věnuje tématu problémových klientů v skupině. Některé kapitoly jsou postaveny na teoriích jednoho až dvou autorů, celkově je v práci znát hlavně vliv I. Yaloma, patrně by práci prospělo víc zahraniční literatury.

Cílem výzkumné části bylo zjistit, jak vybraní psychoterapeuti vnímají tzv. problémové klienty v psychoterapii. Autorka za tímto účelem předkládá tématickou analýzu rozhovorů se sedmi psychoterapeuty různých teoretických směrů. Analýza je provedena pečlivě, dle metodické literatury. Autorka se analýzy chopila velmi kreativně a samostatně.

KLADY:

- pečlivé provedení rozhovorů a následné analýzy
- důkladné následování zvolené metodiky
- samostatný a kreativní přístup

NEDOSTATKY:

- teoretická část má potenciál pro důkladnější zpracování

Doporučení k obhajobě: doporučuji / ~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: VÝBORNĚ až VELMI DOBŘE dle obhajoby

Datum, podpis: 26.5.2017



**Posudek oponentky bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Anna Nováková
Obor studia: Psychologie
Název práce: Problémoví klienti ve skupinové psychoterapii
Oponentka práce: Mgr. Zuzana Janotková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 48
Počet stránek příloh: 52
Počet titulů v seznamu literatury: 20

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		x		
--	--	---	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		x		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jsou tematické skupiny např. prevence relapsu, prevence u poruch příjmu potravy formou skupinové psychoterapie nebo se jedná o jiný typ práce se skupinou?

Ve své práci uvádíte, že výsledky Vašeho šetření by mohli pomoci terapeutům v práci s problémovými klienty, a především k eliminaci problémových klientů do skupinové psychoterapie. Uvedte konkrétně.

Jaký vliv má v skupinové psychoterapii samotný psychoterapeut - osobnost, psychoterapeutické zaměření, zkušenost, schopnost pracovat ve dvojici atd.. Pozitiva/úskalí

V práci uvádíte, že jste si vybrala k rozhovoru psychoterapeuty různého psychoterapeutického směru. Dále se s tím ve výzkumné části práci nepracovalo. Zdůvodněte proč.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Teoretická část se věnuje, základním prvkům skupinové psychoterapie a její specifikaci a tématu problémových klientů v pojetí I. Yaloma.

Specifika skupinové psychoterapie vymezuje studentka v porovnání s individuální psychoterapií, co by bylo možné v případě, kdyby zde bylo uvedeno více různorodých pohledů autorů, způsob zpracování i když s dobrým záměrem není úplně jasný. S některými uvedenými tvrzení nemohu zcela souhlasit. Skupinová a individuální psychoterapie jsou si rovnocenné, co z informací v práci uvedenými nevyplyvá. Jasně specifika skupinové práce postrádám. Vzhledem k zaměření práce bych ocenila kvalitnější zpracování účinných faktorů skupinové psychoterapie. Uvedení je zjednodušené a mnoho významných faktorů zcela chybí.

Práci by prospělo, kdyby studentka věnovala podkapitolu tématu role psychoterapeuta a jeho vlivu skupinové psychoterapii i v návaznosti na „problematické“ klienty. Jak může sám psychoterapeut, jak osobnostně, svých psychoterapeutických přístupem, zkušeností, schopnosti pracovat ve dvojici v procesu skupinové psychoterapie atd.

Vymezení „problémových“ klientů je zpracováno z pohledu pouze jednoho autora. Není zde uvedeno proč se tak studentka rozhodla.

Cílem praktické části, bylo zmapovat, jak skupinová terapeuti vnímají problémové klienty, kdo to pro ně je problémový klient a jaké jsou s nimi nejčastější problémy. Výzkum byl prováděn metodou polostrukturovaných rozhovorů, na analýzu byla použita tematická analýza. Bylo uskutečněno rozhovorů, které jsou v příloze bakalářské práce. Je v práci znát, že se studentka o problematiku zajímá, je zpracována kvalitně i když např. u výběru respondentů – skupinová psychoterapeuti s různým psychoterapeutickým zaměřením – není zde jasněji zdůvodněné a pak v interpretaci výsledku se s tím taky nepracuje. Ocenila bych taky zamýšlení studentky, jaký vliv má v skupinové psychoterapii samotný psychoterapeut při práci s „problémovými klienty“ v rámci výzkumných otázek.

Celkově hodnotím práci kladně a oceňuji snahu studentky podívat se na toto téma a práci s analýzou výsledků použitím metody TA.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized initial 'J' followed by a smaller, cursive name.

Datum, podpis: 18.5.2017