

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Spolupráce sociálního pracovníka a psychoterapeuta při práci s klientem s hraniční poruchou osobnosti

Bc. Klára Vaníčková

Diplomová práce

Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

Praha 2019

Prague College of Psychosocial Studies



Collaboration of psychotherapists with social workers during the treatment of clients with Borderline Personality Disorder

Bc. Klára Vaníčková

Diploma thesis

The Diploma Thesis Work Supervisor: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

Prague 2019

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou/diplomovou práci vypracoval/a samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat svému vedoucímu práce doc. PaedDr. Lacovi, Ph.D. za odbornou pomoc a ochotu při vedení práce. Dále patří mé poděkování všem participantům výzkumu za otevřené a inspirativní výpovědi.

Anotace: Teoretická část práce je zaměřena na diagnózu hraniční poruchy osobnosti, její projevy, příčiny a problematické oblasti v životě lidí s touto osobnostní poruchou. Zaměřuje se rovněž na práci s klienty s HPO z hlediska sociální práce, psychoterapie a kombinace těchto profesí. Obsahuje informace o jednotlivých sociálních a psychoterapeutických službách vhodných pro tyto klienty, především o službách, ve kterých působí sociální pracovníci i psychoterapeuti.

Praktická část se zabývá výzkumem spolupráce sociálního pracovníka a psychoterapeuta při práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti. Konkrétním cílem je zjistit, jak vnímají klienti s touto diagnózou vliv sociální práce, psychoterapie a kombinaci těchto přístupů na sebe sama.

Klíčová slova: hraniční porucha osobnosti, sociální služby pro lidi se závažným duševním onemocněním, multidisciplinární přístup, case management, zotavení, dialektická behaviorální terapie, terapeutické komunity, stigmatizace

Abstract: Theoretical part of this thesis is focused on the diagnosis of Borderline Personality Disorder, its manifestations, causes and problematic areas in lives of people with this disorder. It also focuses on services for BPD clients in terms of social work, psychotherapy and the combination of both. It presents information about particular services suitable for these clients, especially about services in which both social workers and psychotherapists operate. The practical part examines the cooperation of a social worker and a psychotherapist in working with clients with Borderline Personality Disorder. The aim is to find out how clients with this diagnosis perceive the impact of social work, psychotherapy and the combination of these approaches on themselves.

Key words: Borderline Personality Disorder, social work services for people with serious mental illness, multidisciplinary approach, recovery, Dialectical Behavior Therapy, therapeutic community, stigmatization

Obsah

Úvod.....	9
I. Teoretická část.....	11
1 Hraniční porucha osobnosti a její teorie.....	11
1.1 Definice poruch osobnosti.....	11
1.2 Diagnóza HPO.....	12
1.2.1 Vývoj diagnózy.....	13
1.2.2 Diagnostika, průběh a subtypy.....	14
1.3 Teorie vzniku poruchy.....	16
1.3.1 Teorie traumatu.....	16
1.3.2 Vztahová vazba k matce (attachment).....	19
1.3.3 Biopsychosociální teorie.....	19
1.4 Problematické životní oblasti lidí s HPO.....	21
1.4.1 Mezilidské vztahy.....	21
1.4.2 Emoční nestabilita.....	25
1.4.3 Sebepoškozující jednání.....	27
1.4.4 Fungování ve studiu a zaměstnání.....	28
2 Sociální práce a psychoterapie s klienty s HPO.....	30
2.1 Teorie sociální práce a psychoterapie.....	30
2.1.1 Sociální práce.....	30
2.1.2 Psychoterapie.....	31
2.1.3 Etika v sociální práci a psychoterapii.....	34
2.2 Práce s klientem s HPO v sociální práci a psychoterapii.....	35
2.3 Stigmatizace lidí s HPO psychoterapeuty a sociálními pracovníky a její důsledky.....	37
2.4 Metody a služby sociální práce s klienty s HPO.....	38
2.4.1 Zotavení (recovery).....	39
2.4.2 FACT model, multidisciplinární přístup a case management v komunitních sociálních službách.....	41
2.5 Terapeutická komunita.....	42
2.5.1 Terapeutická komunita a její funkce.....	42
2.5.2 Pravidla a řád terapeutické komunity.....	43

2.6 Dialektická behaviorální terapie (DBT).....	44
2.6.1 Teorie a cíle DBT.....	44
2.6.2 Individuální DBT.....	45
2.6.3 Skupinová DBT.....	45
2.6.4 Fáze DBT programu.....	46
II. Praktická část.....	47
3 Cíle práce.....	47
4 Metodika.....	48
4.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	49
4.2 Použité techniky sběru dat.....	50
4.3 Realizace výzkumu.....	50
5 Výsledky.....	51
5.1 Analýza rozhovoru A.....	51
5.2 Analýza rozhovoru B.....	60
5.3 Analýza rozhovoru C.....	68
5.4 Analýza rozhovoru D.....	79
5.5 Analýza rozhovoru E.....	84
5.6 Shrnutí.....	93
6 Diskuze	99
Závěr.....	101
Seznam použitých zdrojů.....	102

ÚVOD

V současnosti probíhá v České republice transformace psychiatrické péče i sociálních služeb, která má za cíl poskytovat lidem s psychiatrickou diagnózou dlouhodobou podporu sociálně – zdravotních služeb v komunitě. Tato postupná změna bude znamenat efektivnější podporu zaměřenou na zotavení člověka, jeho silné stránky a potenciál. Součástí změny systému jsou snahy oprostit se od nálepek diagnóz, zaměřit se více na individualitu každého člověka. Na základě vlastních zkušeností z oboru, zkušeností mnoha kolegů a klientů mi však vyvstává otázka, zda se na klienty s určitými diagnózami v rámci těchto změn dosud nezapomíná. Všímám si klientů, kteří z mého pohledu zůstávají pro část odborníků v nepropustné škatulce. Jedná se o lidi s hraniční poruchou osobnosti, jednou z nejčastějších a nejzávažnějších psychiatrických diagnóz. Jedinců diagnostikovaných HPO v posledních letech přibývá, podle výzkumů trpí touto poruchou 1,6 až 5,9 % populace. Lidé s HPO tvoří značnou část pacientů psychiatrických zařízení i ambulancí, na příklad 15-20 % pacientů hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích tvoří lidé s touto diagnózou. Je proto zřejmé, že si lidé s HPO zaslouží mezi odborníky pomáhajících profesí více pozornosti, porozumění, přístup ke službám, které jim mohou pomoci v zotavení.

Cílem teoretické části této diplomové práce je seznámit čtenáře s problematikou HPO a její terapie, předat ucelený přehled o teorii této psychiatrické diagnózy, který může napomoci lepšímu porozumění prožitkům těchto klientů. První kapitola bude zaměřena na definici poruch osobnosti a specificky HPO, navazovat na ni bude stručný přehled o průběhu, diagnostice a subtypech této poruchy. Následující kapitola se bude týkat příčin hraniční poruchy osobnosti, několika různých teorií vzniku poruchy. Dále se budu zabývat problematickými životními oblastmi lidí s touto diagnózou, kterými jsou mezilidské vztahy, nestabilní emoce, sebepoškozující jednání a fungování ve studiu a zaměstnání. V dalších kapitolách uvedu stručnou teorii sociální práce a psychoterapie, zaměřím se na specifika v práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti. Dotknu se i tématu stigmatizace psychoterapeuty a sociálními pracovníky, jejich příčin a důsledků pro stigmatizovaného člověka. Dále se budu zabývat konkrétními přístupy v sociální práci a sociálními službami pro lidi se závažným duševním onemocněním, zejména službami, ve kterých spolupracuje sociální pracovník a psychoterapeut. Teoretická část navazuje na teorii z mé bakalářské práce na podobné téma, jedná se především o kapitoly o diagnóze poruchy osobnosti, problematických oblastech v životě lidí s touto poruchou a terapeutické komunitě. Všechny tyto kapitoly jsou však do určité míry přepracovány, upraveny a doplněny o nové informace.

Obecným cílem praktické části diplomové práce je zkoumání spolupráce sociálního pracovníka a psychoterapeuta při práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti. Konkrétním cílem je zjistit, jak vnímají klienti s hraniční poruchou osobnosti vliv sociální práce, psychoterapie a kombinaci těchto přístupů na sebe sama.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI A JEJÍ TEORIE

1. 1 Definice poruch osobnosti

Podle *Mezinárodní klasifikace nemocí 10* jsou poruchy osobnosti extrémně vystupňované povahové a charakterové rysy, které vedou k poruchám sociální adaptace. Jsou to hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, projevující se v prožívání jedince, v jeho mezilidských vztazích i v dalších sociálních situacích. Aby mohla být porucha osobnosti diagnostikována, odchylky od společenských norem se musí projevit minimálně ve dvou z následujících oblastí: kognice (vnímání světa, interpretace událostí, lidí, zážitků a přístup k sobě samému), afektivita a emotivita, ovládnutí impulzů a uspokojování potřeb, sociální chování a zvládnutí interpersonálních potřeb (MKN 10, 2009). Tyto odchylky jsou trvalými vzorci, nejsou omezeny na krátkodobé epizody či ataky. Mnoho lidí s osobnostní problematikou prožívají subjektivní pocity tísně, často vyhledají pomoc v případě, pokud se potýkají ještě s dalším, přidruženým problémem (např. deprese, úzkosti, závislost na návykových látkách), pokud narušení jejich vztahů či fungování vede ke značné nepohodě. Do psychiatrické péče se dostanou často až tehdy, pokud se tato nepohoda vystupňuje natolik, že se potýkají se sebepoškozováním, myšlenkami na sebevraždu, nebo u nich dojde k sebevražednému pokusu. Diagnostika poruch osobnosti je možná nejdříve v rané dospělosti, avšak začínající projevy lze sledovat již v období puberty a adolescence. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* nabízí podobnou definici, dodává však, že některé poruchy osobnosti (zvláště hraniční a disociální) se s věkem obvykle stabilizují, zatímco projevy jiných poruch osobnosti (jako např. obsedantně kompulzivní) se s věkem často stupňují (5th ed., DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013).

1.2 Diagnóza HPO

Jako jednu ze specifických poruch osobnosti rozeznáváme podle MKN-10 emočně nestabilní poruchu osobnosti, která se dále dělí na dva typy; impulzivní typ (F60.30) a hraniční typ (F60.31).

K diagnostice F60.31 musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti a dále nejméně tři body z kritérií pro impulzivní typ. Diagnostikovat tuto poruchu lze v případě, pokud jsou kromě těchto kritérií splněny alespoň dva body z kritérií čistě pro hraniční typ „*Impulzivní typ*“:

1. *zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků,*
2. *zřetelná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní konání někým přerušeno nebo kritizováno,*
3. *sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování,*
4. *obtíže se setrváváním u jakékoli činnosti, které nenabízí okamžitý zisk,*
5. *nestálá a nevypočitatelná nálada.*

Hraniční typ:

B. Musí být splněny nejméně tři příznaky z kritérií B pro impulzivní typ spolu s nejméně dvěma z následujících:

1. *narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních,*
2. *sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím,*
3. *přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí,*
4. *opakované nebezpečí nebo realizace sebepoškození,*
5. *chronické pocity prázdnoty (MKN 10, 2009).*

Dále pro úplnost uvedu kritéria podle klasifikace nemocí DSM-V., které zmiňují Grambal, Praško a Kasalová. Podle těchto kritérií je hraniční porucha osobnosti vymezena nejméně pěti z následujících příznaků: „1) *Bouřlivá snaha jedince vyhnout se skutečnému nebo domnělému odmítnutí (nezařazuje sem suicidální a sebepoškozující projevy uvedené v kritériu 5).*

- 2) *Vzorec nestabilních a intenzivních mezilidských vztahů charakterizovaný kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací.*
- 3) *Poruchy identity: výrazně a trvale nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama.*
- 4) *Impulzivita nejméně ve dvou oblastech, které v sobě nesou riziko sebepoškození (např. utrácení peněz, sex, zneužívání návykových látek, bezohledné řízení motorových vozidel, záchvatovitě přejídání).*
- 5) *Opakující se suicidální jednání, gesta a pohružky nebo sebepoškozující chování.*

- 6) *Afektivní nestabilita v důsledku výrazné reaktivity nálady (např. intenzivní epizodická dysforie, iritabilita nebo úzkost, která obvykle trvá několik hodin, vzácně pak déle než několik dní).*
- 7) *Chronické pocity prázdnoty.*
- 8) *Nepřiměřený, extrémní vztek či potíže s kontrolováním vzteku (např. častá náladovost, trvalá zlost, opakované fyzické konflikty).*
- 9) *V reakce na stres přechodné projevy paranoidity nebo závažných disociativních příznaků“ (2013/2017, s. 46).*

1.2.1 Vývoj diagnózy

Původně vzniklo pojmenování „hraniční“ pro pacienty, kteří nezapadali do klasifikačního systému založeném na rozdělení na psychózy a neurózy. Jako první toto pojmenování použili psychoanalytičtí psychoterapeuti, kteří si všímali reakcí svých pacientů, kteří často vyhledávali podporu, měli problémy s udržováním hranic v mezilidských vztazích a docházelo u nich k regresím v rámci psychoterapie (Grambal et al., 2017). Psychoanalytik Kernberg definoval *hraniční organizaci osobnosti* jako rozdílnou od pacientů s *psychotickou organizací osobnosti*. Charakterizoval hraniční strukturu osobnosti jako slabé formování identity, definoval primitivní obranné mechanismy (splitting, projektivní identifikace), charakterizoval přechodně slabé testování reality pod vlivem stresu, které se může projevovat i psychotickými dekompenzacemi.

Dále se hraniční strukturou osobnosti zabýval Grinker, který definoval první empiricky založená diagnostická kritéria: selhání v identitě self, citový deficit z původní rodiny promítající se do vztahů, převládající porucha nálady nebo deprese vyplývající z pocitů osamělosti a převaha vyjádřeného vzteku. Dále rozdělil hraniční poruchu osobnosti na čtyři podtypy:

1) hraničně psychotický obraz, který se projevuje především nepřiměřeným nepřizpůsobivým chováním, problémy v testování reality a narušeným vnímáním sebe sama, negativistickým chováním s převahou projeveného vzteku,

2) jádrový hraniční syndrom s příznaky převažujících negativních afektů, vyjadřování vzteku, výrazně proměnlivý vztah k blízkým osobám a problémy s prožitkem vlastní identity,

3) typ „as if“ identita, postrádající opravdové, upřímné vztahy v kombinaci s chudou afektivitou, která vede k vcelku adaptivnímu chování se sklonem napodobovat druhé,

4) hraniční neuróza, u níž se jedná o převahu deprese, úzkosti a neurotických, případně narcistických rysů.

1.2.2 Diagnostika, subtypy a průběh

V současnosti používaná klasifikace MKN-10 definuje hraniční poruchu osobnosti (hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti) jako kombinaci určitých charakteristik emoční nestálosti uváděný u impulzivního typu a charakteristik hraničního typu. Oproti jedincům s impulzivním typem však lidé s HPO vztek směřují zejména proti sobě, subjektivně prožívají více utrpení a dochází u nich k častějším hospitalizacím. „Část lidí s emoční nestabilitou se naučí emoce dobře potlačovat, a tak mohou být při běžném klinickém vyšetření nenápadní (...) Emoční nestabilitu si dovolí projevit až v určitém kontextu, například po navázání vztahu s terapeutem či blízkou osobou v běžném životě“ (Grambal et al., 2017, s. 11). Tato emoční nestabilita se týká především skutečného či domnělého odmítnutí, na které reagují lidé s HPO mnohdy panikou, pocity nesnesitelného napětí či impulzivním chováním. V obdobích zvýšeného stresu mohou trpět přechodnými psychotickými stavy, které většinou netrvají déle než několik dní. Dlouhodobě trpí zejména depresivními epizodami, úzkostnými, disociativními či somatoformními poruchami. Existuje také vysoká komorbidita mezi hraniční poruchou osobnosti a poruchami příjmu potravy, posttraumatickou stresovou poruchou a závislostmi na návykových látkách. Mnoho lidí s HPO se potýká se sebepoškozováním, dochází u nich také k sebevraždným pokusům. Podle výzkumů, které uvádějí Grambal et al., se 40-85% lidí s hraniční poruchou někdy v životě pokusilo o sebevraždu, kolem 10% z nich skutečně sebevraždu dokoná (2017).

V zahraniční literatuře se setkáváme s rozdělením diagnózy na další subtypy. O rozdělení HPO na několik dalších kategorií se snažil již zmiňovaný Grinker koncem šedesátých let nebo Gunderson v osmdesátých letech minulého století, kdy se zabýval různými úrovněmi fungování klientů s HPO. Millon v publikaci *Disorders of personality: introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal* pojem hraniční porucha osobnosti jako takový ani nepoužívá, místo toho popisuje tzv. *UBC spektrum* (zahrnující emočně nestabilní, hraniční a cyklofrenní typ osobnosti), ve kterém rozlišuje celkem šest subtypů HPO podle závažnosti a hloubky poruchy. Pacienti, kterých se týká pět až sedm příznaků podle DSM, mívají největší potíže s testováním reality, častěji se u nich projevují

psychotické příznaky, mohou projevovat velmi sebedestruktivní jednání (2011). Mezi mnoha psychology a psychoterapeuty pracujících s lidmi s HPO panuje shoda na tom, že tato porucha je celkem širokým spektrem příznaků. Přestože základ problémů, kterým je strach z odmítnutí, nejistota ohledně vlastní identity či sebedestruktivní jednání, se u jednotlivců neliší, převládající příznaky, projevy i tendence ve vztazích bývají různorodé. Někteří jedinci inklinují více k závislostním vztahům, jiní mají tendenci vztahy spíše „rozbít“ a utíkat od nich. Někteří lidé s HPO projevují silné emoce více navenek, jiní pocity více potlačují. Mezi příznaky mnoha lidí s HPO patří výrazné výkyvy nálad, zatímco u nezanedbatelné části lidí s touto diagnózou se projevují spíše dlouhodobé, hluboké deprese. Určitý subtyp HPO (nebo UBC spektra) má blízko k impulzivnímu typu emočně nestabilní poruchy nebo k histrionské poruše osobnosti, jiný subtyp se podobá svými projevy spíše závislé poruše osobnosti. Existují také velké rozdíly ve fungování jedinců s HPO. Podle Grambala et al. mohou někteří lidé s touto poruchou fungovat téměř bez problémů v zaměstnání, trpí však potížemi ve vztazích. Jiní lidé s HPO se potýkají s problémy v zaměstnání, fungování, bývají často hospitalizováni, mají za sebou mnoho sebevražedných pokusů a jejich vztahy jsou velmi destruktivní (2017).

Vzhledem k četnosti a různorodosti příznaků této poruchy může být diagnóza HPO na první pohled zaměnitelná s jinými diagnózami jako např. s bipolární afektivní poruchou. Někteří jedinci bývají diagnostikováni jako HPO v případě, kdy odborník váhá mezi diagnózou neurotické poruchy, poruchy nálady či psychózy. Jako hraniční bývají diagnostikováni klienti, kteří jsou příznaky těžko zařaditelní nebo považovaní za „problematické“. Pečlivá diagnostika, zahrnující psychologické vyšetření včetně dostatečně dlouhého rozhovoru s klientem, je však pro správné určení diagnózy HPO nezbytná. Popis jednotlivých diagnostických metod by překračoval kapacitu této práce, je však stručně obsažen v mé bakalářské práci.

„Ve vývoji hraniční poruchy osobnosti existuje značná variabilita. Nejrozšířenější vzorec tvoří chronická nestabilita v rané dospělosti“ (Grambal et al., 2017). Tato emoční nestabilita se však obvykle postupně stabilizuje. Hraniční rysy osobnosti v průběhu života přetrvávají, výrazné zlepšení však může nastat již během prvního roku psychoterapeutické péče. Grambal et al. uvádějí dále výzkumy pacientů psychiatrických klinik, které potvrdily, že po deseti letech až polovina z nich nespĺňovala všechna kritéria pro HPO. *„Zanarini s kolektivem provedli prospektivní katamnestickou studii 290 pacientů. Po šesti letech 74 % z nich nespĺňovalo kritéria pro HPO“* (Grambal et al., 2017, s. 24). Tato i další studie hovoří o tom, že psychický stav a kvalita života se u lidí s touto poruchou zlepšuje s věkem, díky vhodné psychoterapii, zásadní roli hrají i sociální vazby (partnerský vztah,

přátelství). Grambal et al. také uvádějí, že projevy HPO se mohou stabilizovat v případě, pokud člověk žije ve stabilním, podporujícím partnerském vztahu (2017). V každém případě lze říci, že mnoho lidí s HPO po letech již nesplňuje kritéria této psychiatrické diagnózy.

1.3 Teorie vzniku poruchy

V současné době i přes nejednotný přístup v diagnostice a etiologii převažuje komplexní pohled, který přikládá roli více faktorům. V následujícím textu budou zmíněny nejčastěji uváděné teorie, z nichž poslední se blíží jejich propojení a pokouší se etiologii pojmout komplexně.

1.3.1 Teorie traumatu

Za traumatickou událost lze považovat zážitek, který ohrožuje naši fyzickou či psychickou integritu, zdraví, život, pocit bezpečí, vnímání světa, druhých i sebe. Jedná se např. o události jako je přepadení, fyzické, sexuální a emoční zneužívání, ztráta blízké osoby, válka, živelné katastrofy, nehody apod. Traumata, která mají na psychické zdraví jedince nejzávažnější dopad, bývají způsobena člověkem, zejména blízkými lidmi a pečujícími osobami v dětství. Traumatem může trpět i osoba, která je svědkem kterékoliv podobné události. Ve chvíli, kdy je oběť vystavena takto těžkému zážitku, je její síla, pocit kontroly a sebehodnota ohrožena (Barret & Fish, 2014, viz zejména s. 6 z uvedeného textu). Není pravidlem, že traumatická událost musí nutně vést ke vzniku psychické poruchy, pravděpodobnost jejího vzniku je však u osob, které traumatickou událost prožily, v každém případě vyšší. Barrett a Fish zdůrazňují vliv fyzického, sexuálního a emocionálního zneužívání způsobeného pečujícími osobami na traumatizaci jedince. Autorky dále uvádí, že vliv traumatického zážitku na oběť prohloubí odmítavá nebo obviňující reakce okolí (2014).

Lze si všimnout podobnosti mezi příznaky poruch, které jsou definované jako reakce na traumatickou událost, a hraniční poruchy osobnosti. Především hluboké a nezpracované trauma vede často k depresivní poruše, závislostem nebo zneužívání návykových látek, dále vede i k sebezpoškozování, poruchám příjmu potravy, což jsou diagnózy a příznaky, které se projevují u lidí s HPO. U posttraumatické stresové poruchy se kromě příznaků jako je nespavost, noční můry a flashbacky, objevují disociativní stavy, černobílé vnímání reality. Dále dotýčný trpí automatickými negativními myšlenkami vyplývající z pocitu bezmoci, např. „nezvládnu to“, „nikdo mě nemá rád“,

„svět by byl lepší beze mě,“ „jsem nic“, „nevím, kdo jsem“, které se střídají s pozitivním pohledem na svět ve chvílích, kdy se cítí lépe a daří se mu. Nejistota ohledně sebe sama, černobílé vidění a sebedevalvace jsou častými projevy u klientů s hraniční poruchou osobnosti. U těžké PTSD je mezi dlouhodobými příznaky uváděn pocit viny, problém zvládat emoce, paranoia, sebevražedné myšlenky a pokusy, problematické mezilidské vztahy, přecitlivělost vůči určitým podnětům a řada dalších příznaků, typických pro hraniční poruchu osobnosti. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV.* uvádí jako příznaky komplexní PTSD např. „*potíže regulovat emoce, obsahující symptomy jako převažující skleslá nálada, chronické myšlenky na sebevraždu, výbuchy vzteku nebo naopak jeho potlačování, sebepoškozování*“, zmiňuje i změny v sebepercepci, např. chronický a přetrvávající pocit beznaděje, pocitu studu a sebeobviňování (4th ed., DSM–4; American Psychiatric Association [APA], 1994). Příznaky pozorovatelné ve vztahové rovině jsou pocity nedůvěry, izolace nebo naopak nedostatek sebeochrany ve vztazích s druhými, hledání záchrany v blízkém vztahu atp., což opět odpovídá vztahům lidí s HPO. Zvážíme-li např. vliv emocionálního zneužívání, projevující se v dospělosti emočními flashbaky, při kterých člověk zažívá pocity, jako by byl uzavřený v „černé díře“, prožívající až rané pocity bezmoci, bezcennosti, z nichž v tu chvíli není úniku, negativní prožívání sebe i pohled na budoucnost, jedná se opět o převažující prožívání mnoha lidí s hraniční poruchou osobnosti. Reakcí na dlouhodobé a komplexní trauma často nebývají traumatizující vzpomínky jako takové; ty jsou potlačeny a projevují se např. výše uvedenými příznaky. Vzhledem k tomu, že u lidí s HPO je historie dlouhodobého a raného traumatu velmi častá, bývá HPO považována dokonce za chronickou variantu PTSD. Dalo by se tedy říci, že trauma, které proběhlo v raném nebo jinak kritickém období, může mít na osobnost takový vliv, že ji zformuje; trauma se stane součástí osobnosti.

Kernberg v rámci vysvětlení obranného mechanismu štěpení, který charakterizuje HPO, popisoval především vliv raných traumat na psychiku dítěte. Člověk s hraniční poruchou osobnosti má sklon vnímat mezilidské vztahy a realitu celkově ve dvou extrémních protipólech, na které skutečnost, vztahy k ostatním i k sobě štěpí. Z tohoto černobílého vnímání vyplývají příznaky jako „*sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím*“ (MKN-10, 2009) či „*vzorec nestabilních a intenzivních mezilidských vztahů charakterizovaný kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací*“ (5th ed., DSM–5; American Psychiatric Association [APA], 2013). Podle Kernberga provádí dítě integraci kladných a záporných vlastností tytéž osoby mezi 4. a 12. měsícem. Pokud se tento proces vlivem traumatizace nezdaří, např. vlivem odmítání ze strany matky, tento primitivní mechanismus je využíván dále. Millon k tématu štěpení uvádí, že mnoho z těch

neproblematictějších rysů HPO se stávají pochopitelnějšími ve světle historie raných, dlouhodobých a závažných traumat z dětství. Tato psychopatologie je pochopitelnou adaptací na prostředí strachu, tajemství a zrady (2011, viz zejména s. 903 z uvedeného textu). Podle Millona vyrůstalo mnoho lidí s HPO v prostředí, ve kterém pro ně rodič nebyl pečující osobou, která by jim poskytovala ochranu, ale naopak byl agresorem nebo dítě zanedbával. Dítě v raném období nemá jinou možnost než vytvořit si vazbu i k rodičům, kteří jsou pro něj ohrožující či neschopní ho ochránit, musí si vyvinout pocit důvěry i v prostředí, kde žádná důvěra není možná. V rodinném prostředí, ve kterém se dítě nedočká ochrany a uklidnění, je obranný mechanismus štěpení adaptivním pokusem o udržení idealizované představy pečující osoby, která je oddělena od reality týrajícího či odmítajícího rodiče. Millon dále zmiňuje několik výzkumů prováděných v posledních dvaceti letech, které potvrzují vliv sexuálního, fyzického i emocionálního zneužívání na rozvoj HPO. Jiné studie ukazují fakt, že lidi trpící HPO vnímali své rodiče spíše jako odmítavé než týrající (2011).

Na základě uvedených souvislostí, zdrojů a výzkumů je zřejmé, že trauma je faktorem, který mívá na formování osobnosti člověka s HPO vliv. Z jiných výzkumů však také vyplývá, že zanedbatelná část lidí trpících HPO traumatické zážitky z rodiny nepopisuje, někteří dokonce vyrůstali ve stabilním rodinném prostředí (Becker, 1997). Na základě výše popsaných projevů reakce na trauma lze však předpokládat, že traumatem, které formuje osobnost, může být událost, která je vytěsňena. Traumatické zážitky se mohou týkat také událostí, které nesouvisejí se vztahem s rodiči; dítě si může odnášet zranění např. ze vztahů s vrstevníky, zvláště v případě šikany. Reakce na traumatickou událost jsou individuální, proto lze předpokládat, že citlivější jedinci mohou být snáze traumatizováni událostmi, které na méně citlivou osobnost tolik nezapůsobí.

1.3.2 Vztahová vazba k matce (attachment)

Teorie attachmentu jako taková je založena na vztahu k matce v kojeneckém věku a jeho vlivu na pozdější mezilidské vztahy. Vděčíme za ni zejména práci Bowlbyho a Ainsworthové, kteří zkoumali afektivní a interpersonální problémy v dospělosti jako důsledek poruchy vztahové vazby k pečující osobě v raném dětství. Pomocí testu pozorování kojenců byly zaznamenány čtyři typy reakcí na odloučení, z nichž jen jeden je přiměřený a zdravý – tzv. *jistá vazba*. Ostatní způsoby vztahování, vyhubavý, odmítavý a dezorientovaný, byly popsány jako *nejistá vazba* k matce a definovány jako rizikový faktor, který může vést k pozdější psychopatologii.

I přes rozdíly v metodologii třinácti různých výzkumů na toto téma potvrzují všechny souvislosti s nejistou vazbou a hraniční patologií. Cílem attachmentu je vytvoření vnějšího prostředí, z něhož se u dítěte vyvine vnitřní model „self“, které je v bezpečí a chráněno. Jistá vazba k pečující osobě dává dítěti svobodu objevovat svět s důvěrou, že pečující osoba je k dispozici, když je potřeba. Jistá vazba by měla vytvořit pozitivní, koherentní a konzistentní sebeobraz a pocit vlastní hodnoty (Gunderson, 2007). Tento ideální stav je v kontrastu s rozštěpenými reprezentacemi pečující osoby, nejistotou ohledně vlastní identity a nestálými vztahy, charakteristickými pro hraniční poruchu osobnosti. Gunderson vidí jako zásadní deficit introjekce utěšující osoby, související s nekonzistentní a nestabilní vazbou k pečující osobě, což opět ukazuje na nejistou vazbu (2007).

1.3.3 Biopsychosociální teorie

Biopsychosociální teorie je založena na snaze integrovat teorii traumatu, vliv výchovy, tzv. nepotvrzujícího prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, biologických odchylek a dalších možných vlivů na psychiku jedince s hraniční poruchou osobnosti. Linehan ve své publikaci *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* vychází z toho, že tato porucha je primárně dysfunkcí systému regulace emocí, což je způsobeno kombinací různých vlivů (1993).

Co se týče *biologických odchylek*, Linehan zmiňuje výzkumy potvrzující souvislost mechanismu emoční regulace s funkcí limbického systému, zabývá se genetickými vlivy a znevýhodňujícími faktory v průběhu těhotenství a vlivy prostředí raného dětství na rozvoj mozku a nervového systému (např. vliv traumatické události na rozvoj mozku). Jeden z výzkumů zmíněný ve výše uvedené publikaci, který provedl Cowdry v roce 1985, vypovídá o tom, že někteří klienti s hraniční poruchou osobnosti mají nízký práh aktivace limbických struktur podílejících se na regulaci emocí, jiné výzkumy prokázaly, že na vyšetření EEG se u lidí s touto diagnózou projevuje více dysrytmií než např. u pacientů diagnostikovaných depresivní poruchou. Při výzkumech zaměřených na blízké členy rodiny byla nalezena u příbuzných lidí s HPO vyšší prevalence afektivních poruch, odchylky v osobnostních vlastnostech jako např. histrionské, antisociální i hraniční charakteristiky. Studie dvojčat v 90. letech minulého století vedená Torgesenem (1984) však o zásadním genetickém vlivu nevyovídá, přiklání se proto spíše k psychosociálnímu modelu. Na základě více výzkumů, prováděných např. Howardem a Abelem (1981, 1989), lze však shrnout, že jiné biologické faktory, např. závislost na návykových látkách během těhotenství, mají na dysregulaci emocí a prožívání dítěte nezanedbatelný vliv, způsobují vyšší hyperaktivitu, impulzivitu, iritabilitu. Linehan také hovoří o studiích prováděných Newtonem (1988), které vypovídají o vlivu stresujícího prostředí během

těhotenství na další vývoj dítěte. Autorka dále zdůrazňuje vliv postnatálních zážitků, prostředí, radikálních událostí, které mohou modifikovat nervové struktury, o čemž vypovídají studie Dennenberga (1981) a Greendougha (1977) (Linehan, 1993).

Nepotvrzující prostředí je definováno jako prostředí, které v dětství přispívá k rozvoji emoční dysregulace, selhává v zásadní roli naučit dítě zdravým způsobem regulovat emoční distres, věřit svým vlastním emočním reakcím a interpretacím zážitků. Nepotvrzující prostředí, zejména v primární rodině, se projevuje selháním:

- 1) naučit dítě pojmenovat napětí a zacházet s ním,
- 2) naučit dítě vyrovnávat se se stresem,
- 3) naučit dítě věřit svým vlastním emočním reakcím jako platným interpretacím zážitků,
- 4) aktivním učením dítěte znevažovat své vlastní prožitky s nutností hledat v okolí vodítka pro to, jak jednat a cítit (Millon, 2011, viz zejména s. 903 z uvedeného textu).

V prostředí, které je označeno jako *nepotvrzující*, se komunikace a osobní zkušenosti dítěte setkávají s extrémními reakcemi. Vyjádření prožitků, reakcí a emocí dítěte není v takovém prostředí přijímáno, ale trestáno, shazováno nebo bagatelizováno. Individuální interpretace vlastního chování, reakce na události, jsou odmítány. V první řadě *nepotvrzování* říká jedinci, že jeho popis a analýza vlastních zážitků je špatná, konkrétně ve svých pohledech na to, co způsobuje jeho vlastní emoce, názory a jednání (Linehan, 1993, viz zejména s. 50 z uvedeného textu). Další charakteristikou *nepotvrzujícího prostředí* je reakce okolí, které emoční odpovědi jedince přisuzuje společensky neakceptovatelným charakteristickým rysům osobnosti. Kromě toho mohou být dítěti přisuzovány či „vnucovány“ emoce, které v danou chvíli ve skutečnosti nepocítuje.

Jako důsledek působení takového prostředí se dítě nenaučí pojmenovat své emoce, osobní zkušenosti, pracovat s nimi. Je pod neustálým tlakem, aby vlastní emoce stále kontrolovalo, ale není naučeno, jakým způsobem. Zjednodušování životních problémů nenaučí dítě tolerovat distres, formovat v sobě realistické cíle a očekávání, jedinec naopak vnímá, že je třeba extrémních problémů nebo reakcí k tomu, aby zajistilo alespoň nějakou odezvu okolí. Nepotvrzující okolí nenaučí dítě rozpoznávat, kdy věřit svým vlastním kognitivním úsudkům a emočním odpovědím jako odpovídajícím reakcím na situaci. Jedinec nepotvrzující reakce okolí zvnitřní, což se v dospělosti projevuje devalvací vlastních emocí, potřebou potvrzení ostatních, že na ně mají vůbec právo a že jsou odpovídající situaci. Pocit studu a viny za vlastní emoce, často přítomný u lidí s touto diagnózou,

Lze vnímat jako odpověď na sociální prostředí, které viní ty, jenž dají najevo emoční zranitelnost. Právě zvýšená citlivost a zranitelnost jsou pro klienty s hraniční poruchou osobnosti charakteristické.

1.4 Problematické oblasti v životě lidí s HPO

1.4.1 Mezilidské vztahy

„Proto se tolik bojím opuštění. Bojím se, že mě druzí lidé opustí – já jsem sama sebe už dávno opustila. Takže když jsem sama, není se mnou nikdo.“ (Ginny Elkin, Každý den o trochu blíž)

Intenzivní a nestabilní vztahy lidí s hraniční poruchou osobnosti souvisí s obrannými mechanismy, skrz které vnímají sebe sama, druhé lidi a mezilidské vztahy celkově:

Aktivní rozštěpení (splitting)

Jedná se o již výše zmíněné černobílé vnímání sebe i druhých, světa, rozštěpení na „dobré“ a „špatné“ na základě internalizace časných, emočně nabitých zážitků v období, kdy vznikají objektivně vztahové dyády (reprezentace sebe i druhých). Lidé s hraniční poruchou osobnosti vnímají na základě tohoto mechanismu mezilidské vztahy, druhé lidi i sebe sama v extrémních pólech. Štěpení způsobuje problémy v mezilidských vztazích, které jsou chaotické a nestálé, vede k emoční nestabilitě, chybnému testování reality i impulzivnímu sebepoškozování.

Primitivní idealizace

Idealizace matky je běžným jevem v rané fázi vývoje. Poskytuje dítěti pocit bezpečí a ochrany před světem. Pokud však dojde k odštěpení a idealizace není nahrazena zralejšími mechanismy, člověk i v dospělosti stále hledá osoby, které může považovat za dokonalé a všemocné. Vzhledem k odštěpení

jsou negativní aspekty těchto osob popřeny. Idealizovaný člověk je tedy pro lidi s HPO ochranou proti nepřátelskému světu. Primitivní idealizace je typická v blízkých vztazích, často dochází k idealizaci terapeuta. Tento stav trvá až do doby, kdy se v těchto osobách zklame nebo se cítí ublížený; poté idealizaci často střídá devalvace, znehodnocení.

Projektivní identifikace

Jedinci s touto poruchou v sobě skrývají silné pocity nenávisti k sobě samým, které jsou natolik ohrožující, že je pro psychiku nevyhnutelné hledat způsob úlevy. Lidé s HPO proto mohou tyto pocity promítat na druhé, což jim poskytuje ochranu před negativními pocity o sobě samém. Při negativní projektivní identifikaci promítají do druhých vlastnosti jako je např. pomstychtivost, nenávist. Mají dojem, že je druzí pronásledují, nenávidí, křivdí jim, chtějí jim uškodit.

Na základě těchto obranných mechanismů je pro člověka s hraniční poruchou osobnosti obtížné v mezilidských vztazích fungovat. Černobílé vidění, střídání extrémů a tendence k impulzivním, prudkým reakcím, způsobují, že je pro něj obtížné navázat, ale především udržet blízké vztahy a kontakty. Neschopnost najít střed mezi tendencí jít do vztahů „po hlavě“ a vášnivě a distancováním se patří mezi charakteristické problémy, s nimiž se člověk s hraniční poruchou osobnosti potýká. Mnoho lidí s touto diagnózou popisuje strach z odmítnutí, ale i z blízkosti, strach důvěřovat lidem, plně se otevřít. Tito lidé nedokážou najít rovnováhu mezi různými tendencemi, potřebami a protipóly v jejich prožívání. Protiklady jako je extrémní blízkost a potřeba autonomie, extrémní důvěra a extrémní nedůvěra, touha po splynutí s druhým člověkem a strach ze ztráty identity, se v jejich prožívání střídají, což vede často právě i k nestabilnímu, nepředvídatelnému chování.

V kapitole o příčinách HPO jsou uvedeny časté traumatické zkušenosti z blízkých vztahů, které se u lidí s touto poruchou internalizovaly a v dospělosti brání v udržení zdravých, stabilních vztahů. Lidé s HPO v sobě cítí rozpor – na jednu stranu očekávají tytéž zkušenosti, kterými byli traumatizováni; hrozí jim zranění, opuštění, devalvace druhým člověkem apod. Na druhou stranu se u nich objevuje naděje, že zkušenost by mohla být opačná, všechno bude ideální - druhý člověk je bude bezpodmínečně milovat, akceptovat, mívají až nerealistická očekávání, že budou druhým „zachráněni“. Většinou se stane, že ať převáží strach či důvěra, se střetem s realitou je pro ně obtížné

si poradit. Na jednu stranu prahnou po propojení, na druhou stranu mají strach ztratit se v druhém; tuto ambivalenci je pro ně obtížné unést. Existuje pro ně jen „bud“ „anebo“.

Pokud dojde k vytvoření vztahu, je pro lidi s hraniční poruchou osobnosti těžké unést i blízkost jako takovou. Na druhou stranu svou potřebu lásky, přijetí a pozornosti, nedokáží vyjádřit zdravým způsobem; jejich chování a impulzivní reakce mohou někdy na okolí působit manipulativně, svůj strach z odmítnutí často neumí zdravým způsobem vyjádřit. Vlivem nepotvrzujícího prostředí se jedinci s HPO naučili, že pouze extrémní projevy emocí se mohou setkat s reakcí okolí, a proto je pro ně obtížné projevit své potřeby jinak. Lidé s hraniční poruchou osobnosti však nechtějí záměrně manipulovat ani ubližovat druhým. V případě, kdy si uvědomí, že druhému člověku svým jednáním ublížili, cítí obvykle vinu a mají tendenci potrestat sebe. Zkušenost mnoha lidí s HPO je taková, že v dětství, kdy potřebovali lásku a péči, prožili odmítání a traumatizaci ze strany pečující osoby. V pozdějších vztazích mohou nevědomě tíhnout k partnerům, u nichž hledají starostlivost a péči, kterou tehdy postrádali. Druhého člověka si mohou „testovat“, nevědomě tak chtějí prověřit, zda u něj skutečně najdou bezpečí. V případě reálného či domnělého odmítnutí mohou vystřídat idealizaci partnera devalvací. Mohou svého partnera nebo jiného blízkého člověka odhánět, protože mají strach, že on opustí je. I podle teorie attachmentu bývá jejich touha po blízkosti, péči a splynutí, vedoucí často k závislosti, nevědomou potřebou prožít naplnění citových potřeb, které byly v raném dětství frustrovány. Přestože jsou lidé s HPO schopni s blízkým člověkem soucítit, dávat druhému lásku a péči, očekávají stejnou intenzitu emocí a péče od něj. V blízkém vztahu mají často pocit, že se druhý o ně dostatečně nezajímá, nestará, dostatečně nenaplnuje jejich citové potřeby.

Mnoho lidí s HPO těžce snáší samotu, ztrátu vztahu a odloučení. Millon zmiňuje, že separace a izolace může být pro lidi s HPO děsivá, a to nejen proto, že si sami sebe neváží a nedokážou být sami pro sebe zdrojem podpory, ale i proto, že postrádají zdroje, dovednosti a vybavení pro samostatnost a sebeurčení (2011, viz zejména s. 909 z uvedeného textu). Zároveň však na základě svých internalizovaných zkušeností a nedostatečného pocitu sebehodnoty mnohdy již předem očekávají a předvídají odmítnutí, zradu či zklamání druhým člověkem. Ve vztazích bývají ovládáni domněnkami (kognitivními omyly), které jim brání v důvěře. Často tedy stačí maličkost, kterou si vyloží jako odmítnutí, např. v sebemenší kritice ze strany blízkého člověka vidí konec vztahu a opuštění z jeho strany. Reakce na toto domnělé odmítnutí mohou být skutečně různé. Někdy převažují silné emoce projevené navenek, jindy spíš stažení se do sebe, obrácení pocitů proti sobě, dochází k psychickému i fyzickému sebepoškozování.

Linehan hovoří o dvou převažujících tendencích promítajících se do vztahu – u některých jedinců převažuje touha po nezávislosti, „přelétavé“ chování, distancování se od druhých. Jiní tíhnou spíše k závislosti ve vztazích, svým blízkým se více přizpůsobují, obětují se pro ně, je pro ně obtížné asertivně vyjadřovat své potřeby (Linehan, 1993). I Grambal et al. uvádějí zkušenost s mnoha klienty s HPO, kteří „bezhraničně“ pomáhají druhým lidem, nechávají se „zahltit“ problémy svých blízkých, je pro ně obtížné vymezit se a klást důraz na vlastní potřeby, což často souvisí s nízkým sebevědomím a strachy z odmítnutí (2017). Vlivem černobílého vnímání se u mnoha lidí s HPO objevuje tendence být pro druhé dokonalí, mají strach z opuštění, pokud projeví slabost či nedokonalost. Různorodost projevů lidí s HPO ve vztazích souvisí i s výše zmiňovanými subtypy HPO, které popisuje Millon i další autoři.

V publikaci *Beyond Borderline: True Stories of Recovery from Borderline Personality Disorder*, popisuje svoje zkušenosti s prožíváním vztahů žena, která se léčila s HPO. Uvádí, že *když ji její přítel pochválil, brala to jako sarkasmus, když byl hrubý, vzala to jako osobní útok. Je to její nejbližší člověk, ale přesto cítí, že je nepřítelem. Svě pocity popisuje jako pohybující se z extrémní lásky do extrémní nenávisti, z potřeby být ochraňována k potřebě být ponechána o samotě* (APA, 2016, viz zejména kapitola 7 z uvedeného textu). Podobné zkušenosti sdílí v této publikaci další bývalá klientka, která reflektuje vliv domácího násilí ze strany sourozence na všechny své přátelské i partnerské vztahy. Na základě zkušeností s týráním od blízkého člověka zvnitřnila celkový postoj nedůvěry k lidem, od každého blízkého vztahu podvědomě očekávala zradu a opuštění. Píše, že *po těch zkušenostech se stal každý její vztah nebo přátelství testem. Nevěděla, proč to dělá, ale chovala se tak, aby zjistila, kolik toho druhý člověk vydrží, než zjistí, že za to nestojí. Čím blíž se dostávala k lidem, tím víc je od sebe odháněla, každý člověk, který ji neuznával, v ní posílil destruktivní chování. Tato žena vypráví, že potřebovala, aby jí lidé dokázali, že s ní drží, ať se děje cokoliv. Nedokázala však přijmout lásku, protože se až příliš nenáviděla. Neměla zkušenost s důvěrou v kohokoli na světě* (APA, 2016 viz zejména kapitola 9 z uvedeného textu). Tyto osobní zkušenosti žen s HPO, kterým se nakonec díky vhodné terapii podařilo zotavit, ilustrují těžké a chaotické prožívání, které je často i pro samotné jedince s touto poruchou matoucí a nepochopitelné.

Existenciální pohled na vztahy lidí s HPO

Nancy N. Potter ve své analýze *Mapping the edges and the in-between* nabízí existenciální pohled na problematiku HPO a uvádí tzv. stesk po domově („*homesickness*“) jako výchozí pocit, který se promítá do vztahů lidí s touto poruchou. Domov popisuje jako bezpečné místo, kde můžeme být tím, kým chceme. Cítíme se zde volní, chrání nás před světem, kde jsou konflikty, je místem odpočinku. Místem, kde zažíváme pocit sounáležitosti. Lidé s HPO často touží po něčem, co nikdy neprožili, a přesto jim chybí. Touha po místě, kde jsme bezpodmínečně přijímáni, milováni, stesk po sounáležitosti a propojení, který je svým způsobem vlastní všem, je však něco, co v intimních vztazích plně vynahradiť nelze. Ve vztazích není možné pouze odpočívat, být ocenění za to, kdo jsme, patří k nim i trápení, nutnost zodpovědnosti, sebereflexe, nedorozumění či odpuštění. Touha po místě, kde jsme přijímáni bez kritiky (...), bezpodmínečná láska a akceptování, neeliminuje krize ve vztahu, nedorozumění, chvíle strachu a obviňování. Problémy ve vztahu nejsou nutně známkou toho, že vztah jako takový je problematický. To vše jsou lekce, kterým se lidé s HPO těžko učí (Potter, 2009, viz zejména s. 53 z uvedeného textu).

1.4.2 Emoční nestabilita

Emoční nestabilita klientů s hraniční poruchou osobnosti se podobá výkyvům nálad jedinců s bipolární afektivní poruchou. Typické výrazné střídání nálad, prudké emoce a výkyvy jsou však spíše reaktivní než trvalé, spouštěče bývají interpersonální povahy. Klient s hraniční poruchou osobnosti zažívá stavy dysforie a deprese, mohou se u něj objevit i hypománie. Vysoká intenzita emočních reakcí, proměnlivost nálad a vysoká variabilita symptomů jsou pro člověka trpícího touto poruchou typické. Jeho nálada se může měnit z hluboce depresivní na úzkostnou nebo vzteklou, vlivem momentálních emocí může jednat impulzivně, což později vyhodnotí jako iracionální reakci. Podle Linehan je jádrem problému u lidí s HPO emoční zranitelnost v kombinaci s nízkou schopností regulovat afekty. Rychlé změny nálad se však netýkají každého člověka s hraniční poruchou osobnosti, u mnohých jsou přítomny pouze v určitých obdobích. Jedinci s touto poruchou se často potýkají s trvalejší depresivní náladou, která se příležitostně proměňuje v úzkostné naladění, euforii či výbuchy vzteku. V již zmiňované publikaci *Beyond Borderline* popisuje bývalá klientka s HPO své intenzivní prožívání emocí. Píše, že *to, co se pro ostatní zdálo jako smutek, ji uvrhlo do černé díry zoufalství a prázdnoty. To, co by v jiných vyvolalo jen malé rozpaky, ji uvrhlo do víru hanby, ponižení*

a úzkosti. To, co ostatní pouze obtěžovalo, v ní vyvolávalo intenzivní paniku nebo vztek (APA, 2016, viz zejména kapitola 8 z uvedeného textu).

Pocity **vzteku či zlosti** mnoho jedinců s touto diagnózou obracejí spíše proti sobě. Millon uvádí, že tito jedinci kritizují a ponižují sami sebe, prožívají intenzivní pocity viny a bezvýznamnosti (2011). **Sebenenávisť a sebedevalvace, pocity méněcennosti a zbytečnosti**, patří mezi obvyklé pocity mnoha lidí s HPO. „Uvnitř Ginny žije malý démon, který ji obírá o smysl a potěšení při všem, co Ginny dělá,“ popisuje Yalom ve své knize *Každý den o trochu blíž* sebedestruktivní pocity své klientky (1974/2005, s. 27). Často popisovaným pocitem je chronický stav prázdnoty, který patrně vychází z toho, že se v rané péči u těchto osob nezvnitřnil postoj uklidnění sebe sama. Prázdnota souvisí podle Gundersona s poruchou identity, lidé s HPO často nevědí, kdo jsou, mají pocit, že oni sami jsou prázdní (2001). **Prázdnota** se projevuje jako pocit v žaludku nebo na srdci, který je nezaměnitelný se strachem z neexistence nebo existenciální úzkostí. Klienti pociťují pocit nedostatku, pocit, že jim něco chybí, ale nedokáží to konkrétně popsat. I tento aspekt odlišuje klienty s HPO od jedinců s afektivní poruchou. Přestože jejich testování reality je stabilnější oproti pacientům s psychotickou diagnózou, objevují se u nich přechodné paranoidní a disociační stavy. Vlivem extrémního stresu se může člověk s HPO stát přechodně paranoidním, podezřívavým, prožívat disociaci, což znamená, že se cítí oddělený od svého těla nebo myšlení (Gunderson, 2001, zejména strana 6 z uvedeného textu).

Gunderson uvádí výzkumy Zanarini a Frankenburga z roku 1994, ve kterých srovnáním dysforických stavů pacientů diagnostikovaných HPO a pacientů s jinými psychiatrickými diagnózami došli k závěrům, že pacienti s HPO se cítí oproti pacientům s jinými diagnózami větší část svého času emočně přetížení, zaplaveni pocity vzteku, osamělosti, nepochopení a bezvýznamnosti. Studie odpovídají tomu, že tato porucha znamená **strašný způsob zažívání bytí** (Gunderson, 2001, viz zejména s. 13 z uvedeného textu).

Vysoká citlivost a intenzivní prožívání klientů s HPO však může mít i pozitivní aspekty. Pozitivní stránka citlivých jedinců je, že mohou být idealističtí, snadno se zamilují, prožívají intenzivně radost a mají snadnější přístup ke spirituálním zážitkům, jak uvádí Linehan (1993, viz zejména s. 44 z uvedeného textu). Grambal et al. také zmiňují, že mnoho lidí s touto diagnózou pracuje v pomáhajících profesích (2017), Röhr uvádí umělecké sklony, velmi časté u klientů s HPO (1996/2012).

1.4.3 Sebepoškozující jednání

Sebepoškozující jednání je pro lidi s HPO často používanou copingovou strategií, účinnou pouze krátkodobě. Bývá pro ně způsobem, jak alespoň na chvíli umlčet zaplavující pocity a psychické stavy – pohlcující prázdnotu, neovladatelný vztek, silné pocity sebenenávisti, zoufalství či úzkost. Sebepoškozování se u lidí s HPO objevuje často jako impulzivní reakce na opuštění blízkým člověkem, souvisí s impulzivitou a sníženou schopností regulovat emoce jiným způsobem.

Sebepoškozující chování v širším kontextu zahrnuje různé formy sebedestruktivního jednání od *pozorovatelných* (řezání, pálení, škrábání, apod.) po *zdánlivě nenápadná*, jako je např. přejídání, vynechávání jídla, zvracení, extrémní sport, zneužívání návykových látek. *Psychická* forma sebepoškozování se může projevit např. setráváním v situacích a vztazích, které pro dotyčného nejsou příjemné, ale mohou být naopak ohrožující (např. mohou inklinovat k partnerům, kteří je zneužívají, mohou být obětmi domácího násilí). Pocitů a tendencí, které vedou k sebepoškození, může být celá řada.:

- prázdnota
- chronická úzkost,
- znehodnocení sebe sama,
- citlivost k odmítnutí,
- impulzivita,
- neschopnost dostatečně regulovat emoce,
- sklon jednat v souladu se svou momentální náladou,
- chybějící dovednosti pro zvládnání zátěže,
- depresivní stavy,
- tendence k vyhýbavosti,
- pocit zranitelnosti a bezmocnosti (Platznerová, 2009).

V terapii je kromě náhledu na to, proč se klient poškozuje, kladen důraz na emoční regulaci, hledání zdravějších copingových strategií, jiných způsobů zvládnání emoční nepohody a stresu.

1.4.4 Fungování ve studiu a zaměstnání

Hledání identity a tápání v tom, kdo jsme, jaké máme hodnoty a priority, představuje běžnou část dospívání. U dospělých s HPO se však objevuje pocit, že zkrátka nemají žádnou identitu. Nejasnosti ohledně sebe, svých cílů a priorit, přispívají k tomu, že rozhodování ohledně studia, profesního zaměření, toho, kam směřují, pro ně může být velmi obtížné. Lidé s HPO mohou častěji měnit školy, zaměstnání, profesní směřování i cíle.

Problémy či selhávání ve studiu a v zaměstnání často souvisí i s výše popisovanými problematickými vztahy, emocemi a negativními psychickými stavy člověka s HPO. Pocity nedostatečnosti a méněcennosti, nestabilní vnímání sebe i druhých, silné emoce a impulzivita, to všechno jsou aspekty, které mohou negativně ovlivňovat vztahy ve školních nebo pracovních kolektivech. Reálný nebo domnělý pocit nepřijetí může být natolik frustrující, že může mít negativní vliv na motivaci do školy a zaměstnání docházet, ztížit značně komunikaci se spolužáky, kolegy i nadřízenými, a díky tomu i fungování a pracovní výkony celkově. Častá přítomnost depresivních stavů, úzkostí a dalších těžkých psychických stavů, je dalším aspektem, který snižuje schopnost klienta s HPO fungovat, plnit povinnosti, být schopný věnovat se plně studiu či zaměstnání. Mnoho lidí s hraniční poruchou osobnosti vlivem dlouhodobě nepříznivého psychického stavu, který vede i k častým hospitalizacím, nezvládá dokončit střední nebo vysokou školu, uplatnit se v zaměstnání, přestože jejich schopnosti mohou být nadprůměrné. Neschopnost fungovat naplno „jako ostatní“ vede u mnohých ke stupňování pocitu méněcennosti a snižuje jejich motivaci dále se snažit.

Podle Linehan je mezi lidmi s touto diagnózou nezanedbatelné množství jedinců, kteří pocházejí z tzv. „chaotických rodin“, ohrožených sociálními problémy jako je alkoholismus, agresivita, domácí násilí nebo kriminalita, přístup pečujících osob v těchto rodinách je zanedbávající. Jedná se o rodiny, ve kterých děti nebyly vedeny k plnění povinností, dodržování režimu nebo řádu, neměly v rodině zdravý vzor. Mezi klienty terapeutických komunit a jiných sociálních služeb jsou jedinci, kteří selhávali ve fungování, ve škole a v práci právě i z důvodu, že k normálnímu fungování v životě nebyli vedeni. Jejich rodiče se v dětství nezajímali o to, zda chodí do školy, plní povinnosti, nebyli schopni ocenit snahu, úspěchy a cíle dítěte. Tito lidé často získávají pocit, že nemá význam o cokoli se snažit, nikdo jejich snahu neocení, nikdo jich nevěšme, ať dělají cokoli. Dalším příkladem rodiny, ze které mnoho lidí s HPO pocházejí, je tzv. „dokonalá“, perfekcionista rodina. Jedná se o rodinu, která

vyvíjí na dítě obrovský nátlak – být dokonalý, nikdy neselhat, neprojevit skutečné pocity. Jedinci, kteří vyrůstali v takové rodině, popisují, že se vždy snažili až příliš, ale žádné jejich úspěchy nebyly pro rodiče dostatečné. Byli také vedeni k přesvědčení o tom, že pracovní výkon a úspěch jsou důležitějšími hodnotami než fyzické a psychické zdraví; nenaučili se odpočívat a myslet na své potřeby (1993).

„Hraniční“ tíhnutí k extrémům se může v pracovní oblasti projevat nedostatečnou výkonností, ale i naopak nereálnými nároky na sebe, perfekcionismem a workoholismem. Vlivem černobílého vnímání často zaujmou postoj „buď jsem dokonalý nebo nestojím za nic“. Snaží se být tedy dokonalí ve všem, co dělají, přebít tak pocity vlastní nedostatečnosti, nikdy neselhávat. Tento perfekcionista postoj vede k úzkostem, které mohou fungování naopak ztěžovat, k prokrastinaci či k přetěžování se. Člověk s HPO tedy může naplno fungovat, ale vlivem přehnaných nároků na sebe a neschopnosti odpočívat snadno vyhořet. Touha po dokonalosti v kombinaci s pocity méněcennosti s sebou přináší automatické negativní myšlenky, které jsou velmi sebekritické. Člověk s HPO má v sobě soudce, který ho nemilosrdně kritizuje za každou sebemenší chybu. Zahlcení těmito iracionálními myšlenkami v kombinaci s úzkostmi a depresivními stavy, které bývají jejich důsledkem, u mnohých lidí s touto diagnózou ovlivňuje každodenní fungování. Každý člověk se ve studiu a v zaměstnání dopouští chyb, každý někdy selhává, lidé s touto diagnózou však vnímají tato běžná selhávání jako důkaz své nedostatečnosti. Mívají tendenci přehnaně se za ně trestat nebo předčasně vzdávat své snahy.

Vzhledem k potížím ve fungování, zvládnutí studia a zaměstnání, a z toho vyplývajících finančních potíží, využívá mnoho lidí s hraniční poruchou osobnosti různých služeb sociální práce. Může se jednat o komunitní sociální služby pracující formou case managementu, služby chráněného a podporovaného bydlení, chráněného zaměstnávání, podporu při získávání kvalifikace formou rekvalifikačních kurzů či sociální poradenství, které poskytují různé organizace, aj.

2 SOCIÁLNÍ PRÁCE A PSYCHOTERAPIE S KLIENTY S HPO

2.1 Teorie sociální práce a psychoterapie

2.1.1 Sociální práce

Sociální práce byla formulovaná v roce 1973 v USA Národní asociací sociálních pracovníků jako „*profesionální aktivita pomáhající jednotlivcům, skupinám či komunitám zvýšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a vytvářet podmínky k plnění tohoto cíle*“ (Mahrová & Venglářová, 2008, s. 13). „*Posláním sociální práce je vést dialog mezi tím, co chce společnost ve svých normách a tím, co chce klient. Cílem sociální práce je rozvíjet přitom dialog jako spolupráci a kooperaci rovnocenných partnerů*“ (Úlehla, 1996, s. 19). Podle Řezníčka je účelem sociálních služeb pomoci klientům odstranit nebo zmírnit problémy, které mohou ovlivnit a vyrovnat se s problémy, které změnit nelze (1994). Sociální práce přistupuje ke každému klientovi jako k jedinečné osobnosti, zároveň zaujímá komplexní přístup v řešení sociálních situací, v úvahu bere ekonomické, psychologické, zdravotní, právní, sociologické i pedagogické hledisko (Musil, 2002).

Mezi činnosti sociální práce poradenství, individuální a skupinová sociální práce, práce s rodinou, snaha pomoci lidem získat služby a zdroje v komunitě. Sociální pracovník jako absolvent vysokoškolského studia musí umět uplatnit teoretické znalosti z psychologie, sociologie, práva, sociální politiky, teorie a metod sociální práce a metodologie výzkumu. Zároveň je důležité, aby byl způsobilý k výkonu individuální a skupinové práce s klientem a k realizaci komunitní sociální práce, dokázal uplatnit komunikační a terapeutické dovednosti a organizační schopnosti (Mahrová & Venglářová, 2008).

Klient sociálních služeb je vnímán jako spolupracovník a rovnocenný partner. Je kladen důraz na respektování jeho rozhodnutí a způsobu života. Důležitým aspektem sociální práce je zapojení rodiny, vztahového okolí klienta. Klient s duševním onemocněním může využívat řady sociálních služeb, vymezených zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách (Mahrová & Venglářová, 2008). Mezi sociální služby, využívané lidmi s duševním onemocněním, patří např.:

- Sociální rehabilitace – činnost sociální práce sloužící k nácviku dovedností vedoucí k samostatnosti jedinců, cílem je návrat do společenského života a zaměstnání.
- Chráněné bydlení – pobytová sociální služba poskytující klientům bydlení a sociální rehabilitaci s cílem opětovného začlenění do společnosti a získání samostatného bydlení, jedná se zejména o nácviky dovedností potřebných k zajištění chodu domácnosti, péče o sebe.

- Podpora samostatného bydlení – terénní sociální služba, která pomáhá klientům zvládat samostatné bydlení formou pravidelných schůzek se sociálním pracovníkem a sociální rehabilitace.
- Stacionář – ambulantní sociální služba poskytující denní program, který zahrnuje např. pomoc při péči o sebe, poskytnutí stravy, terapeutické aktivity (skupinová terapie, arteterapie, relaxace apod.), volnočasové aktivity.
- Telefonická krizová pomoc – služba krizové intervence, kterou může klient využít v životní situaci, kterou prožívá jako tíživou.
- Azylový dům – pobytová sociální služba na přechodnou dobu poskytována osobám ohroženým nepříznivou sociální situací související s bydlením.
- Terapeutická komunita – pobytová sociální služba, které je věnovaná samostatná podkapitola v této práci.
- Sociálně terapeutická dílna – ambulantní služba pro klienty, kteří momentálně nemohou najít uplatnění na běžném ani chráněném pracovním trhu, služba má za cíl rozvoj pracovních dovedností a návyků.

2.1.2 Psychoterapie

Pojem psychoterapie se používá ve dvou základních významech, z nichž vyplývají různé definice.

1) Psychoterapie jako obor je vymezená jako vědní disciplína, jedná se o interdisciplinární obor, zasahující do různých oblastí psychologie a medicíny. Součástí tohoto oboru je teorie, která obsahuje přibližně deset základních přístupů, praktické metody psychoterapie a výzkumná data. Psychoterapie je oborem vyučovaným na univerzitách, zejména v rámci klinické psychologie a psychiatrie. K vykonávání tohoto oboru je třeba absolvovat psychoterapeutický výcvik, součástí kterého jsou i supervize a závěrečné zkoušky. Kvalifikaci v oboru psychoterapie může tedy získat psycholog, psychiatr či jiný odborník v pomáhající profesi s dokončeným psychoterapeutickým výcvikem (Kratochvíl, 2012).

2) Psychoterapii jako činnost definuje Kratochvíl jako „*léčebné působení psychologickými prostředky,*“ kterými je „*rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, sugesce, učení, vztahy a interakce ve skupině aj.*“ (2012, s. 15). Cílem tohoto působení je „*odstranit nebo zmírnit potíže a podle možností i odstranit jejich příčiny*“ (Kratochvíl, 2012, s. 15).

Vymětal a kol. uvádějí, že v průběhu procesu psychoterapie dochází k odstraňování subjektivních omezení. Zdravotní potíže bránící pacientovi v optimálním životě se zmírňují, klient se také učí žít jinak než dosud. Psychoterapie napomáhá v rozšiřování a prohlubování sebepoznání, zvyšování kvality života klienta (2004). O cílech psychoterapie hovoří také Beutler a Harwood, kteří v publikaci *Encyclopedia of Psychotherapy* rovněž zdůrazňují vliv psychoterapie na kvalitu života klienta. Psychoterapeut aplikuje teorie a metody, pomocí kterých vede klienta ke změně prožívání a jednání, k získávání porozumění sobě i druhým, ke změně jeho vztahů. V průběhu psychoterapie může klient upravovat svoje vnímání a postoje, jeho nepříjemné duševní stavy se zmírňují (2002, zejména strana 7 z uvedeného textu).

Účinné faktory, jimiž psychoterapie na klienta působí, vyplývají z obsahu psychoterapeutických sezení, ale také ze vztahu mezi terapeutem a klientem. *Vztahové aspekty* psychoterapie podněcují vytvoření bezpečné atmosféry, která umožňuje klientovi pracovat na změnách zaběhnutých strategií řešení problémů. Zároveň mají vliv na sebepřijetí klienta. V psychoterapii se setkáváme s obecnými a specifickými účinnými faktory.

Mezi **obecné účinné faktory** můžeme zařadit:

- 1) *Terapeutickou situaci*, kontakt s terapeutem by měl vyvolávat důvěru, že se klientovi věnuje s cílem pomoci.
- 2) *Osobnost terapeuta*, vlastnosti jako autenticita, empatie a akceptace, které pozitivně ovlivňují proces terapie.
- 3) *Osobnostní zralost*, vnitřní stabilitu, vysokou frustrační toleranci.
- 4) *Osobnost klienta* – klient, který je motivovaný k terapii, uvědomuje si vlastní zodpovědnost a je schopný sebereflexe, může snáz docílit pokroků.
- 5) *Terapeutický vztah* založený na vzájemném respektu a motivaci ke vzájemné spolupráci, v průběhu procesu terapie se zmenšuje původní asymetrie vztahu, klient se stává sám sobě terapeutem. Zároveň se do vztahu s terapeutem promítají minulé i současné zkušenosti se vztahy, rozkrývají se vzorce vztahování se ke druhým, se kterými je možné dál pracovat.

Specifické faktory se týkají změny v rozumové, citové, tělesné, vztahové a akční oblasti člověka (Vymětal a kol., 2004).

Specifickými účinnými faktory působí i *skupinová psychoterapie*, mezi 11 účinných faktorů ve skupinové psychoterapii podle Yaloma a Leszcze patří:

- „1. *odávání naděje*
2. *univerzalita*
3. *předání informací*
4. *altruismus*
5. *korektivní rekapitulace primární rodiny*
6. *rozvoj sociálních dovedností*
7. *napodobující chování*
8. *interpersonální učení*
9. *skupinová soudržnost*
10. *katarze*
11. *existenciální faktory*“ (2005/2007, s. 21).

Podle studií prováděných s úspěšnými klienty skupinové psychoterapie, zvláště s lidmi s neurotickými potížemi a osobnostní problematikou, klientům ve skupině pomáhalo získat náhled na své potíže. Dařilo se jim to díky zpětným vazbám ostatních, kteří jim dávali najevo, jaký na ně dělají dojem, otevřeně jim sdělovali, co si o nich myslí. V rámci sebepoznávání v sobě klienti objevovali dosud neznámé či nepřijaté části, které se naučili akceptovat. Výpovědi ostatních členů, kteří mluvili otevřeně o těžkých tématech, jim ulehčily sdílení vlastních témat. Pomáhalo jim také získat schopnost vyjadřovat emoce, které byli zvyklí držet v sobě. Pro mnohé bylo novou zkušeností sdělovat druhým, jak je vnímají, ať už se jednalo o negativní či pozitivní pocity. Začali se ve skupině více prosazovat a více důvěřovat lidem. Jako účinný faktor vnímali rovněž převzetí odpovědnosti za svůj život nehledě na to, kolik podpory dostávají od okolí. Psychoterapeut je pro klienty vždy důležitou autoritou připomínající rodiče či učitele, je pro ně důležité jeho vedení. Klienti skupinové psychoterapie však často hodnotí jako významnější práci na vztazích s ostatními členy. Terapeut ve skupině se tedy musí především zaměřit na *rozvoj vzájemných interakcí mezi klienty* (Yaloma & Leszcz, 2005/2007).

2.1.3 Etika v sociální práci a psychoterapii

Sociální pracovníci i psychoterapeuti jsou povinni v rámci vykonávání své profese dodržovat etické zásady vůči svým klientům, kolegům, vlastní profesi i celé společnosti. Tyto zásady jsou definovány etickým kodexem sociálních pracovníků a etickým kodexem české psychoterapeutické společnosti.

Etické principy v sociální práci jsou základem práce sociálních pracovníků. „*Konat dobro a vyhýbat se zlu*“ je základní předpoklad celé etiky, tedy i etiky sociální práce (...) *Dobro musí být ohniskem i cílem jakékoliv teorie nebo profesní aktivity, která se považuje za mravně obhajitelnou*“ (Mahrová & Venglářová, 2008, s. 48). V roce 1995 byly Společností sociálních pracovníků formulovány etické normy pro práci sociálního pracovníka, které definují profesionální chování, zejména v komplikovaných a nejednoznačných situacích.

Etický kodex definuje povinnosti pracovníků s důrazem na jejich roli v ochraně klientů. Jako zásadní jsou vnímány následující body:

- „1. *respektování hodnoty a důstojnosti každé lidské bytosti,*
2. *podpora sebeurčení klienta,*
3. *podpora sociální spravedlnosti,*
4. *profesní integrita*“ (Mahrová & Venglářová, 2008, s. 50).

Zásadní je tedy způsob komunikace s klienty, který musí být respektující bez ohledu na původ klienta, jeho etickou příslušnost, náboženské a politické přesvědčení, atp. Sociální pracovník vnímá každého klienta jako celostní bytost, zajímá se o člověka v rámci jeho širšího okolí, snaží se poznávat všechny aspekty jeho života. Zaměřuje se na silné stránky klienta, podporuje ho při využívání různých sociálních služeb a dávek, zároveň ho do procesu řešení problémů zapojuje. Pokud s klientem z jakéhokoliv důvodu nemůže pracovat, předá mu kontakty na jiné sociální služby, kterých může využívat. Povinností sociálního pracovníka je chránit právo na soukromí klienta a důvěrnost jeho sdělení.

Etický kodex české psychoterapeutické společnosti představuje závazné zásady, které jsou v souladu s etickými směrnici Evropské asociace pro psychoterapii (EAP). Základní etické principy psychoterapeutů se příliš neliší od zásad, které platí pro sociální pracovníky. Etický kodex definuje zásady

práce psychoterapeutů v několika oblastech: výkon psychoterapie, profesionální kompetence a rozvoj, mlčenlivost, rámec psychoterapie, informování o psychoterapii, profesionální vztahy s kolegy, etické zásady pro výcvik a vzdělávání, psychoterapeutický výzkum a řešení etických problémů. Jak je uvedeno na webových stránkách České psychoterapeutické společnosti, „*tyto definované zásady slouží*

1. *jako vodítko k etickému rozhodování a jednání v rámci psychoterapeutické praxe*
2. *k ochraně účastníků psychoterapeutického procesu před neetickým jednáním*
3. *jako podklad pro řešení stížností“* (2018).

2.2 Práce s klientem s HPO v sociální práci i psychoterapii

Práce s klientem s HPO představuje pro psychoterapeuty a sociální pracovníky intenzivní terapeutický vztah, vyžadující porozumění pro klientovo prožívání a jeho validaci. Zároveň vyžaduje reflexi přenosu a protipřenosu, který je třeba konzultovat s kolegy a na supervizi. Při práci s klientem s HPO je důležité „*budování pevného terapeutického spojení, monitorování sebepoškozujícího chování, (...), podpora sebereflexe namísto impulzivního jednání a nastavení limitů pro sebedestruktivní chování“* (Grambal et al., 2017, s.126).

Sociální práce bývá nenahraditelnou pomocí u klientů s touto diagnózou, kteří se potýkají s potížemi ve fungování, zařazení do společnosti, selhávají ve studiu nebo zaměstnání a bývají často hospitalizováni. Tito klienti často postrádají blízké fungující vztahy, podporu rodiny, nacházejí se v obtížné finanční situaci. Mohou těžít z komunitních sociálních služeb, využívat case management a další možnosti pomoci jako např. chráněné bydlení nebo zaměstnání. Vlivem častých hospitalizací se u mnoha klientů může vyvinout hospitalismus – závislost na hospitalizacích. Jedná se o začarovaný kruh; v nemocnici často dostanou péči, mohou si tam odpočinout a cítí se chvíli lépe, po propuštění se však jejich stav brzy zhorší, což vede k opakovaným hospitalizacím. Lidé s HPO potřebují místo setrvávání v pasivní roli pacienta podpořit ve svých vlastních schopnostech, zodpovědnosti a potenciálu se zotavit, což jim mohou umožnit právě komunitní sociální služby a vhodná psychoterapie.

Psychoterapie obecně je hlavní léčbou u klientů s psychosociálními faktory ovlivňujícími vznik onemocnění. V současnosti většina odborníků zabývajících se HPO uvádí, že pro klienty s touto diagnózou je psychoterapie nejdůležitějším aspektem vedoucím k uzdravě. Jak je uvedeno výše, díky

vhodně zvolené psychoterapii mohou klienti s touto poruchou docílit zásadních změn na sobě již během prvního roku léčby. Z dosavadních výzkumů vyplývá, že jako účinnou psychoterapii můžeme považovat více terapeutických směrů, toto téma však zatím není dostatečně prozkoumané. „*Vzhledem k náročnosti provádění psychoterapeutického výzkumu většina psychoterapeutických směrů rezignovala na jeho provádění nejen u hraniční poruchy, ale u většiny poruch. Studií je tedy málo, ale existují vědecké důkazy svědčící pro efektivitu některých přístupů*“ (Grambal et al., 2017, s. 142). Jedná se o *dialektickou behaviorální terapii, terapii založenou na mentalizaci, terapii zaměřenou na přenos, kognitivní terapii a terapii zaměřenou na schémata.*

Tyto různé psychoterapeutické přístupy spojuje důraz na:

- terapeutický vztah,
- dlouhodobé vedení,
- strukturovaný program,
- práci s traumaty,
- práci s emocemi a jejich zvládním,
- zaměření na porozumění vlastním pocitům, ale i prožívání druhých.

Při individuální a skupinové práci s klienty s HPO se kromě těchto zmíněných směrů využívá také psychodynamická psychoterapie, KBT i daseinsanalýza. Podrobný popis všech psychoterapeutických přístupů, které se v práci s klienty využívají, by přesáhl kapacitu této práce, zaměřím se proto v dalším textu na prokazatelně účinný, avšak u nás v ČR zatím málo rozšířený směr DBT. Dialektická behaviorální terapie se v práci s lidmi s HPO využívá v terapeutické komunitě *Kaleidoskop*, v DBT centru *Kaleidoskopu* a nově také ve stacionáři *Centra krizové intervence* v PN Bohnice.

2.3 Stigmatizace lidí s HPO psychoterapeuty a sociálními pracovníky a její důsledky

Grambal et al. ve své publikaci uvádějí výzkumy, ze kterých vyplývá, že klienti s HPO jsou výrazně více stigmatizováni než pacienti trpící jiným duševním onemocněním (2017). Tato stigmatizace se týká především odborníků v oblasti duševního zdraví; psychiatrů, psychologů, psychoterapeutů, zdravotních sester i sociálních pracovníků. „*Stigma duševní poruch se projevuje na behaviorální úrovni skrze zacházení, kterého se značkováným jedincům dostává*“ (Grambal et al. 2017, s. 33). V případě klientů s HPO se jedná o odstup ze strany odborníků, který v nich vyvolává častější pocity odmítnutí. Odstup ze strany odborníků je pro lidi s HPO v kombinaci s jejich vnitřním přesvědčením o tom, že nemohou být druhým člověkem přijati, velmi zraňující. Častěji tak dochází k předčasnému ukončení léčby, psychoterapie či sociální rehabilitace.

„*Ukazuje se, že jedním z nejčastějších zdrojů poškození pacienta s HPO v psychoterapii je nereflektovaný protipřenosový vztah*“ (Grambal et al., 2017, s. 33). Při práci s klienty s touto diagnózou bývají protipřenosové pocity velmi silné, je třeba si je uvědomovat a pracovat s nimi. Terapeut může vůči klientovi s HPO pociťovat intenzivní negativní emoce, být podrážděný, netrpělivý, zmatený, cítit vztek či bezmoc. Zároveň může být doslova ovládnut pozitivním protipřenosem; vnímat silnou sympatii a soucit, touhu pomoci klientovi více, než je běžně zvykem atp. Psychoterapeut či sociální pracovník s klientem s hraniční poruchou osobnosti obvykle rychle naváže vztah, vcítí se, poté však bývá zahlcen silným prožíváním klienta, čehož se může leknout a vzdálit se. Klienti s hraniční poruchou osobnosti mají rovněž sklon si terapeuta silně idealizovat. Hledají v něm „záchranu“ a spásu, mají tendenci překračovat hranice terapeuta vyplývající ze znovuprožívání raných období svého života v terapii. Touha po blízkosti, splynutí, naplnění citových potřeb, to vše se promítá ve vztahu k terapeutovi. „*Její očekávání vůči mně jsou tak nerealistická, natolik si mě idealizuje, že až ztrácím odvahu, někdy i pociťuji beznaděj, že s ní nikdy doopravdy nenavážu kontakt*“ (Yalom & Elkin, 1974/2005, s. 27). Podobné pocity může zažívat v kontaktu s klientem i sociální pracovník při intenzivní spolupráci. Je tedy skutečně důležité, aby si psychoterapeut či sociální pracovník svůj protipřenos uvědomoval a nenechal se jím strhnout.

Další příčinou stigmatizace ze strany odborníků je **nedostatek kvalitního vzdělávání na toto téma, nedostatek informací, přebírání mýtů o klientech s HPO**. Mezi odborníky v oblasti duševního zdraví jsou rozšířeny mýty o neléčitelnosti klientů s touto poruchou, o agresivním a manipulativním jednání z jejich strany. Tato stigmatizace může vést až k tomu, že se lidé s HPO se kvůli obavám, že budou těmito profesionály odmítnuti, vyhledání odborné pomoci brání.

Kromě nevyhledání odborné pomoci samotným klientem je důsledkem stigmatizace omezený přístup k psychoterapii či sociálním službám pro lidi s touto diagnózou, kteří bývají kvůli své diagnóze na mnoha pracovištích odmítnuti. Neexistují zatím výzkumy, které by potvrdzovaly tento dopad stigmatizace v ČR, zkušenosti klientů i odborníků o něm však vypovídají. Klient, který vnímá stigma své diagnózy, ji může v mnoha případech internalizovat, což se odrazí na jeho sebepojetí, kvalitě života i psychickém stavu. „*Osobnostní rysy, které dříve tvořily jádro jedince, ustupují do pozadí a rysy, které jsou stereotypně připisovány stigmatizovaným osobám, začínají tvořit dominantní část sebepojetí,*“ vysvětlují Grambal et al. proces sebestigmatizace (2017, s. 35). Jedinci s internalizovaným stigmatem pociťují podle studií nižší míru naděje, což brání jejich zotavení.

2.4 Metody a služby sociální práce s klienty s HPO

„Jsem víc než hraniční porucha osobnosti, stejně jako jsem víc než moje barva vlasů, očí a kůže. Ano, možná jsem hraniční, vzteklá alkoholička, možná jsem depresivní, bývalá pacientka s anorexií. Ale také jsem kamarádka. Dcera. Sestra. Neteř. Sestřenice. Brzy budu učitelkou. Jsem celoživotní studentkou. Stávám se spolehlivou. Jsem ambiciózní. Jsem inteligentní. Jsem žena.“ (Beyond Borderline: True Stories of Recovery from Borderline Personality Disorder, kapitola 3)

V současné době probíhá v České republice reforma psychiatrie, která má za cíl postupně měnit systém péče a podpory lidí se závažným duševním onemocněním. Tito klienti bývají dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrických nemocnicích, ale chybí jim podpora po ukončení hospitalizace, která by jim umožnila předcházet dalším hospitalizacím a vyčlenění ze společnosti. Lidé se závažným duševním onemocněním bývají stigmatizováni, což vede ke sebestigmatizaci, vlivem hospitalizací a snížení pracovní schopnosti často přicházejí o práci, je pro ně problematické najít nové zaměstnání. Bývají diskriminováni nejen na trhu práce, ale i ve společenském životě. Závažné duševní onemocnění mívá dopad na rodinné, partnerské i přátelské vztahy, jeho důsledky vedou často k izolaci jedince. V současnosti vznikají komunitní multidisciplinární týmy, které mají za cíl podpořit fungování klienta v komunitě.

Novým trendem je přístup recovery (zotavení), který člověka posouvá z role pasivního pacienta do role rovnocenného partnera, který má v sobě zdroje potřebné k úzdavě, je podporován v nalezení

svých silných stránek, které mu jsou oporou na cestě k zotavení. Klient je podporován ve vlastních rozhodnutích, převzetí zodpovědnosti za svůj život, v hledání smysluplných životních rolí. Důraz je kladen na soustavnou podporu, která klientovi může umožnit plnohodnotný život v komunitě, znovu najít místo ve společnosti. Komunitní týmy, zejména nově vznikajících *Center duševního zdraví* pracují nejen s klientem, ale i s jeho blízkým okolím, rodinou a přáteli, podporují klienta ve volnočasových aktivitách v komunitě. Pracovníci komunitních týmů spolupracují také se širším okolím klienta, s lékaři, záchranáři, pracovníky na úradech, zaměstnavateli apod. Cíle této spolupráce je nejen podpora lidí s duševním onemocněním, ale i destigmatizace - informování a vzdělávání společnosti, ve které by se měli tyto lidé cítit přijímání, nikoliv diskriminováni a izolováni.

2.4.1 Zotavení (recovery)

Zotavení je „*hluboce osobní, jedinečný proces proměny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí jednotlivce. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes omezení způsobené nemocí. Zotavení obsahuje uchopení nového významu a smyslu života člověka tak, jak tento člověk překonává katastrofické důsledky svého duševního onemocnění*“ (Anthony in Sobotka, 2017, s. 29). Koncept zotavení, na kterém jsou postaveny nové přístupy v práci s klienty s duševním onemocněním, je inspirován fázemi truchlení od Kübler-Rossové. Každý člověk zažívá situace, traumata a ztráty, ze kterých zotavuje, může se jednat např. o rozchod, úmrtí blízkého člověka a další závažné události. „*Zotavení je normálním adaptivním procesem, jenž následuje po tragédii, obdobně jako je smutek normálním adaptivním procesem následujícím po ztrátě*“ (Ragins, 2002/2018, s. 19). Součástí zotavení je i pět fází truchlení (popření, zlost, smlouvání, deprese, přijetí), oba procesy se doplňují. Psychiatr Ragins, který se jako vedoucí lékař podílel na zavádění konceptu zotavení, dále uvádí, že odborníci se dříve zaměřovali příliš na vyléčení symptomů nemoci. Zdůrazňuje, že je třeba porozumět člověku, nikoliv pouze symptomům onemocnění - nejdůležitější je pomoci lidem, aby se zotavili.

Existují čtyři fáze zotavení:

- 1) **Naděje:** Každý člověk trpící duševním onemocněním má v sobě naději, že může být lépe. Při práci s klienty s duševním onemocněním je důležité, aby jim sociální pracovníci a psychoterapeuti pomáhali naději v sobě objevit. Naděje může člověka motivovat k dalším krokům k zotavení. Podstatné je, aby nabyla konkrétní vize, jak by mohla být lepší budoucnost vypadat.

- 2) **Zplnomocnění** znamená pro klienta uvědomovat si své vlastní kompetence a věřit v ně, věřit, že může pomoci sám sobě, nespolehat pouze na pomoc zvnějšku. Aby mohl být klient zplnomocněn, potřebuje mít přístup k informacím, které mu umožní samostatné rozhodování. Než člověk začne věřit v sám sebe, někdy je třeba, aby v něj věřil někdo jiný. V tom všem mu může být nápomocný sociální pracovník, psychoterapeut či jiný odborník na duševní zdraví.
- 3) **Odpovědnost za sebe sama** znamená možnost riskovat, zkoušet nové věci, učit se z chyb. Odpoutat se od vzorců závislostního chování, které v klientech často podporuje rodina, systém v nemocnici atp.
- 4) **Smysluplná životní role** je posledním krokem k zotavení. Klient s duševním onemocněním může vést spokojený, naplněný život. Zvolit sám pro sebe role, které mu dávají smysl, mít pocit užitečnosti pro druhé, ať už v pracovní oblasti nebo jako manžel, rodič či kamarád. Sociální pracovník provází klienta na cestě k zotavení, vnímá ho jako rovnocenného partnera, podporuje jeho samostatnost a nezávislost, jedná s ním s respektem a upřímností (Ragins, 2002/2018).

V publikaci *Beyond Borderline* sdílí mnoho lidí s HPO svou cestu k zotavení, ve které jim výše uvedené aspekty byly velmi nápomocné. Autoři příběhů uvádějí, jak se snažili v sobě udržet naději i v těch nejtěžších chvílích, pomáhal jim přístup psychoterapeutů či jiných odborníků, kteří v ně věřili – věřili v jejich zotavení, schopnosti a potenciál, věřili v to, že mohou žít spokojený život. Více autorů s hraniční poruchou osobnosti zde také zdůrazňuje, že pro ně bylo důležitým krokem najít terapeuta, který je zplnomocňoval, kladl důraz na to, že oni sami mají hlavní roli v rozhodnutích týkající se léčby. A mnoho z nich došlo do fáze, kdy si začali stanovovat cíle v životě, zjišťovali, co je baví a naplňuje, našli si zaměstnání či jiné smysluplné životní role (APA, 2014). V této publikaci sdílí své nadšení ze smysluplné činnosti např. dvě ženy, které pracují v pomáhající profesi jako psychoterapeutka a peer konzultantka. Jedna z nich píše, že *našla cestu k tomu, proměnit svou temnou existenci ve světlo pro druhé. A je to ten nejlepší pocit, který kdy zažila. Pomohlo jí to uvědomit si, že má svou hodnotu* (APA, 2014, zejména kapitola 6 z uvedeného textu). Druhá žena vyzdvihující svou práci peer konzultantky uvádí, jak moc je pro ni významné, že může nyní druhým předávat naději. *Dokáže si představit, jak cenné by pro ni bylo, když byla na dně, mít možnost pracovat s někým, kdo zažil totéž, ale překonal to. Teď může sdílet naději s ostatními a zplnomocnit je, aby pomohli sami sobě. Je tím nejšťastnějším člověkem, kterého zná* (APA, 2014, zejména kapitola 9 z uvedeného textu).

2.4.2 FACT model, multidisciplinární přístup a case management v komunitních sociálních službách

FACT (Flexible Assertive Community Treatment) model v práci s klientem s duševním onemocněním rozvíjí již existující model Assertive Community Treatment (ACT), který vypracovali Leonard Stein s Mary Ann Testovou (Test – Stein 1978) ve Spojených státech. FACT model zahrnující *case management, práci v multidisciplinárním týmu a v přirozeném prostředí jedince* poskytuje dlouhodobou podporu lidem se závažným duševním onemocněním. Tento typ služeb je poskytován klientům, kteří se kromě projevů duševního onemocnění potýkají s problémy ve fungování, v práci, v sebeobsluze a péči o tělesné zdraví. Klienti multidisciplinárních týmů potřebují podporu také v oblasti bydlení, finančního zajištění, začlenění do společnosti. Mívají málo sociálních kontaktů, blízkých lidí, kteří je podporují, bývají izolováni (Veldhuizen & Bähler, 2017/2013).

Mahrová a Venglářová uvádějí, že „*hlavní problém zejména dlouhodobého psychiatrického onemocnění spočívá v nutnosti pokrýt množství různých potřeb klienta, a to zpravidla současně a napříč jednotlivými odbornostmi. Proto účinný způsob pomoci tkví právě v součinnosti mnoha odborníků – a nejen jich. K tomu je nutná provázanost – což je podstatou multidisciplinární práce*“ (2008, s. 63). Díky součinnosti různých profesí v týmu může být pomoc efektivnější, lépe využívat různých zdrojů pomoci. *Multidisciplinární tým* jedné organizace se o klientech denně radí, společně rozhoduje o dalším postupu podpory a o tom, kdo z týmu se do ní zapojí. Zároveň spolupracuje i s odborníky z jiných týmů a organizací. Tvoří ho *sociální pracovníci* a *psychiatrické sestry*, tyto dvě profese se většinou podílí na *case managementu*, jsou tedy klíčovými pracovníky jednotlivých klientů. Zodpovídají nejvíce za plánování podpory u konkrétních klientů, tvoří s nimi individuální a krizové plány, nejčastěji komunikují s jejich rodinou, lékaři, navštěvují je, pokud jsou hospitalizovaní v nemocnici. Dalšími členy týmu jsou *psycholog*, *psychiatr*, *peer konzultant* (člen týmu s vlastní zkušeností s duševním onemocněním) a *pracovní konzultant*. Každý člen týmu přináší na poradách jiný pohled na základě své profese a zkušeností, podle potřeb jednotlivých klientů se zapojuje do spolupráce s nimi.

Práce v terénu je důležitým prvkem práce multidisciplinárního týmu. Terénní práce se uplatňuje v případech, pokud je klient v krizi, slouží ale i k monitorování a podpoře v období, kdy je jeho stav stabilní. „*Profesionálové hovoří s klientem v jeho domácím prostředí, mají i lepší možnost setkat se s jeho rodinou a také pro sousedy je snazší se na cokoli zeptat. V domácím prostředí se snáze zjišťuje, co si klient dokáže a nedokáže sám obstarat a v čem by potřeboval pomoci*“ (Veldhuizen & Bähler,

2017/2013, s. 22). V domácím prostředí lze celkově lépe navázat vztah s klientem, osobnější kontakt mezi pracovníkem a klientem. Pracovník se tak snáz seznámí se silnými stránkami a zájmy klienta, posoudí míru podpory jeho blízkým okolím. Návčky sociálních dovedností jsou také mnohem efektivnější, pokud k nim dochází v přirozeném prostředí.

2.5 Terapeutická komunita

2.5.1 Terapeutická komunita a její funkce

Kalina uvádí definici terapeutické komunity od Kratochvíla, podle které se jedná o „*zvláštní formu intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí, a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem*“ (Kalina, 2008, s. 17). Terapeutickou funkcí komunity jsou zpětné vazby na chování klienta, které vedou k náhledu na vlastní problémy a jeho podíl na jejich vytváření, umožňují změnu na sobě. Komunita poskytuje korektivní zkušenost, učení se novým, zdravějším způsobům chování a vztahování se k druhým, umožňuje změnu v prožívání a myšlení.

Terapeutická komunita v širším slova smyslu je definována jako systém organizace léčebného oddělení založeném na společném rozhodování všech členů týmů včetně pacientů.

Terapeutická komunita v užším slova smyslu je psychoterapeutickou metodou, při níž se v malé společenské skupině promítají vzorce chování a problémy, se kterými se klient potýkal v životě, ve svých vztazích mimo komunitu. Klienti se každodenním soužitím a interakcemi učí jiným, zdravějším způsobům prožívání, chování, řešení konfliktů a fungování v mezilidských vztazích celkově.

Rozměr společenství a rozměr terapie

Terapeutická komunita může být definovaná jako rozměr *společenství* a rozměr *terapie*.

Rozměr *společenství*, vyznačující se organizovaností a strukturou, poskytuje klientům pocit bezpečí. Strukturu tvoří pravidla a denní řád, zásadami společenství je otevřenost a důvěra mezi členy, klienti jsou spoluzodpovědní za svou terapii. Léčivé působení spočívá také v tom, že klienti pomáhají jeden druhému, společně rozhodují o záležitostech v komunitě, např. formou hlasování o přijetí či propuštění ostatních klientů, rozdělení denních i dlouhodobých úkolů a funkcí, apod. Systém v rámci komunity je více demokratický než autoritativní, členové se na vedení komunity podílejí.

Terapeutický rozměr vytvářejí každodenní setkávání členů v rámci komunity, která umožňují odhalování problémů v mezilidských vztazích, což je základním materiálem terapie. Terapie je stále probíhajícím dialogem „o hodnotách, pocitech, postojích a cílech, který klade důraz na zhodnocení významu a potenciálu každého účastníka. Účastníci tohoto dialogu jsou zodpovědní za čestnou sebereflexi a empatické a kritické zhodnocení druhých a jejich odlišných názorů, emocí, chování, nadějí a praktického vkladu do společenství“ (Kalina, 2008, s. 93).

2.5.2 Pravidla a řád terapeutické komunity

Z důvodu zajištění bezpečného prostředí v komunitě jsou formulovány tzv. *kardinální pravidla* zahrnující především zákaz užívání návykových látek, zákaz fyzického násilí a dalších ohrožujících aktivit (krádeže, poškozování majetku druhých, podvod, vydírání, apod). K dalším pravidlům týkajících se ochrany členů, aby se v terapeutickém prostředí cítili bezpečně, patří: „ochrana jednotlivců před ohrožujícím tlakem skupiny (např. právo klienta říci „ne, o tom teď nebudu mluvit“), ochrana osobního sdělení před zneužitím ve vnějším prostředí („nevynášení z komunity, „komunitní tajemství“), možnost okamžitého projednání mimořádné záležitosti (každý člen TK má právo svolat kdykoliv mimořádné setkání společenství)“ (Kalina, 2008, s. 93).

Další závazné pravidlo se týká zákazu *intimních vztahů* v rámci komunity. Pro členy, kteří takový vztah navážou, bývá únikem od problémů a působení komunity. Intimní vztah může narušit práci ve skupině, vytvářet komplikace ve skupinové dynamice. Sexuální vztah může být pro některé členy jediným známým způsobem prožívání blízkosti, proto je v terapii také důležité hledat jiné způsoby blízkých vztahů.

Mezi další důležité pravidlo patří *dodržování denního a týdenního rozvrhu* aktivit, který kromě činností a terapeutických skupin poskytuje prostor i pro volný čas. Klienti se zde učí zacházet s časem, fungovat v rámci režimu a struktury, což je pro ně často jedna z problematických oblastí v životě. Časová struktura dne a týdne je rozvrhnutá tak, aby se blížila běžnému životu, jsou v ní zahrnuty prvky jako je hygiena, pravidelné stravování, činnost i odpočinek – důraz je kladen na upevňování návyků pro zdravý způsob života. Dodržování řádu komunity jako vnější struktury je procesem *internalizace* této struktury. Urychluje *proces změny* tím, že po klientech vyžaduje hned po příchodu nové způsoby chování, nečeká, až ke změně dojdou sami. V rámci řádu komunity nelze z procesu terapie unikát způsoby, na které byli členové do té doby zvyklí; skrze symptomy, užití návykových látek, léků proti úzkosti apod. Objeví se tedy pocity, od kterých v komunitě nemohou jak utéct, v bezpečném prostředí si je mohou prožít, uvědomit a pracovat s nimi. Kromě rozvrhu činností je pobyt v terapeutické komunitě členěn do fází, podle nichž se odvíjejí požadavky na klienta, individuální plánování a hodnocení cílů.

Z hlediska zapojení klienta do komunity jsou definována pravidla ve smyslu „komunitního desatera“, rovněž závazné pro všechny členy, kterými jsou např. otevřenost, zapojení do sítě komunitních vztahů, vlastní nasazení, vzájemná pomoc, převzetí vlastní zodpovědnosti, převzetí spoluzodpovědnosti, zapojení do terapeutického programu (Kalina, 2008).

2.6 Dialektická behaviorální terapie (DBT)

2.6.1 Teorie a cíle DBT

Tento psychoterapeutický směr, který vyvinula psycholožka Marsha Linehan, vychází z biopsychosociální teorie uvedené v kapitole o příčinách HPO. Podle této teorie se jedinci s touto poruchou vlivem biologických faktorů, traumat a tzv. *nepotvrzujícího prostředí* v průběhu dětství a dospívání nenaučili pracovat se svými emocemi, což vede k *emoční dysregulaci* v dospělosti. Emoční dysregulace je spojovaná s řadou duševních potíží, se kterými se klienti s HPO potýkají, zejména s nestabilitou v emoční regulaci, kontrolou impulzů, mezilidskými vztahy a sebepojetím. Cílem DBT je pomoci klientům změnit vzorce jednání, prožívání, myšlení a vztahování se k druhým. „*DBT je vlastně komplexní léčebnou metodou, která vznikla integrací více přístupů: behaviorální terapie s důrazem na*

nácvik sociálních dovedností, meditačních přístupů a dialekticky vedených rozhovorů“ (Grambal et al, 2017, s. 203).

Dialektický přístup v terapii vycházející z filozofie zdůrazňuje celistvost reality, která není statická, ale tvořená protikladnými silami. Dichotomní (černobílé) myšlení a extrémní emoce u lidí s HPO jsou dialektickými omyly, se kterými je možné v terapeutickém rozhovoru pracovat. Lidem s touto diagnózou činí potíže najít neutrální, vyváženou pozici mezi extrémy, mají tendenci se pohybovat z jednoho extrému do druhého. Cílem terapie je tedy dosáhnout rovnováhy mezi protiklady. Rovnováhy mezi *přijetím* sebe a svého prožívání, takového, jaké je v určitý moment, a potřebou *změny*. Rovnováhy mezi *emoční* a *racionální* myslí, kterou Linehan pojmenovala jako tzv. *moudrou mysl*. I psychoterapeut hledá rovnováhu mezi validací prožitků klienta a podporou učení nových dovedností, které mu mohou pomoci překonat jeho těžkosti (Linehan, 2014).

2.6.2 Individuální DBT

Program DBT terapie zahrnuje skupinovou psychoterapii a individuální konzultace. V *individuální terapii* je kladen důraz na techniky řešení problémů, terapeut vede klienta k jejich efektivnímu řešení místo impulzivních reakcí. Důležitá je terapeutova empatie a přijetí, potvrzování pocitů klienta. Terapeut pocity klienta nezhodnocuje, vede ho k jejich přijímání, porozumění a zpracování místo potlačování, na které byl dosud zvyklý. Vedení dialektických rozhovorů napomáhá přijetí protikladů v prožívání klienta, změně černobílého vnímání na komplexní. Rozhovory se zaměřují také na přijetí skutečností, které nelze změnit; ačkoliv jsou bolestné, patří k životu. Trénink tohoto přijetí podporují techniky všímavosti, díky kterým se klienti učí věnovat pozornost svému prožívání a myšlenkám, přistupovat k nim nehodnotícím způsobem.

2.6.3 Skupinová DBT

Vzhledem k tomu, že teorie Linehan zdůrazňuje sociální stránku poruchy, *skupinová terapie* se týká především mezilidských vztahů a komunikace.

Skupinová DBT terapie se dotýká čtyř modulů dovedností, jimiž jsou:

- 1) regulace emocí,

- 2) tolerance distresu,
- 3) interpersonální efektivita,
- 4) všímavost.

Regulace emocí a interpersonální efektivita se týkají *změny*, všímavost a tolerance distresu podporují *přijetí* sebe a svých pocitů. Součástí DBT je většina technik KBT jako např. trénink v asertivitě a sociálních dovednostech, expozice, zpracování kognitivních schémat jako spouštěčů, zvládání nepředvídatelných událostí, aj. Pro klienty je užitečný strukturovaný edukativní formát terapie, založený na teoretickém výkladu, nácvicích a úkolech týkající se jednání a komunikace v určitých situacích, které se jedinci učí převádět do reálného života (Linehan, 1993).

2.6.4 Fáze DBT programu

Program DBT se proměňuje, v první fázi je kladen důraz na zmírňování sebevraždného a sebepoškozujícího jednání, dále na chování ohrožující terapii a kvalitu života. Klienti se v průběhu terapeutického programu učí monitorovat své afekty, přicházet na jejich spouštěče, odkládat impulzivní reakce. V další fázi pracuje DBT i s osobními traumaty. „*Opakovanými rozhovory o traumatických zkušenostech dochází k propracování kognitivního vyhýbání, postupné akceptaci traumatu a habituaci emočně vypjatým vzpomínkám v chráněném prostředí. Aby ke změně mohlo dojít, je potřebné zachytit a propracovat typické kognice týkající se traumat, odmítání nebo týrání v dětství*“ (Grambal at al., 2017, s. 202). Tyto traumatické zážitky mají zásadní vliv na postoj člověka sám k sobě, sebedevalvací a pocity sebenenávisti. Jejich zpracování může tedy napomoci zlepšení vztahu k sobě, což je v terapii HPO jedním ze zásadních cílů. V dalších fázích DBT pracuje na budování sebeúcty a uskutečňování konkrétních životních cílů, zabývá se spiritualitou a dalšími hlubšími osobními tématy.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍLE PRÁCE

Obecným cílem mé práce je zkoumání spolupráce sociálního pracovníka a psychoterapeuta při práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti.

Konkrétním cílem zjistit, jak vnímají klienti s hraniční poruchou osobnosti vliv sociální práce, psychoterapie a kombinace těchto přístupů na sebe sama (v terapeutické komunitě i dalších sociálních službách).

S ohledem na tento výzkumný cíl jsem si položila následující výzkumné otázky:

- 1) Jaký byl pro Vás pobyt v terapeutické komunitě, jak ho vnímáte zpětně po delší době?
- 2) Jak jste vnímali vliv sociální práce na sebe sama (režim, nácviky sociálních dovedností, sociální poradenství, atp.)?
- 3) Jak jste vnímali psychoterapii v TK (skupinovou a individuální)?
- 4) Jak jste vnímali propojení sociální práce a psychoterapie, spolupráci sociálního pracovníka a psychoterapeuta?
- 5) Máte zkušenosti s jinou sociální nebo psychoterapeutickou službou mimo terapeutickou komunitu (následná péče Kaleidoskopu nebo jiné organizace)? Jaké to pro Vás bylo?
- 6) Zažili jste v rámci hospitalizace nebo jako klienti nějaké organizace multidisciplinární přístup (spolupráci sociálního pracovníka a psychoterapeuta) a jak jste ho vnímali?
- 7) Co pro vás bylo klíčové v komunikaci se sociálními pracovníky a psychoterapeuty? Jaký přístup Vám pomohl a jaký naopak nepomohl?

4 METODIKA

Ke zpracování praktické části své diplomové práce jsem využila kvalitativní výzkum, konkrétně metodu Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). „*IPA představuje původní psychologický kvalitativní přístup k datům, jenž je rozvíjen od 90. let minulého století Jonathanem A. Smithem. Její počátky byly spojeny s psychologií zdraví (...), v současné době je však také aplikovaná na různá výzkumná témata z oblasti psychoterapie, klinické psychologie atd. Podnětem byla potřeba fenomenologického přístupu, který umožní podrobnou exploraci subjektivní zkušenosti a zároveň bude přístupný výzkumníkům, kteří nemají hluboké filozofické znalosti*“ (Willig, 2001). „*V protikladu k tradičním kvantitativním výzkumným perspektivám v psychologii vede IPA k porozumění zkušenosti člověka na idiografické úrovni se zaujetím pro to, jaký význam přisuzuje své zkušenosti určitý člověk v určitých podmínkách či situaci a jaká je podoba tohoto procesu nabývání významu*“ (Čermák & Hytych, 2003, s. 9). Zdůrazňovaná přednost této metody je prostor pro kreativitu a svobodu výzkumného procesu, což odpovídá cíli práce zaměřit se na detailní subjektivní zkušenost participantů se spoluprací sociálního pracovníka a psychoterapeuta v terapeutické komunitě i jiných organizacích. „*Výzkumník v perspektivě IPA fenomenologicky prozkoumává zkušenost z perspektivy konkrétního člověka a zároveň si je vědom toho, že v jeho porozumění hraje významnou roli výzkumníkova zkušenost a jeho pohled na svět, stejně jako interakce mezi ním a participantem*“ (Čermák & Hytych, 2003, s. 10).

Díky použití této metody jsem se mohla přizpůsobit tomu, jak se rozhovory vyvíjely, více rozvíjet témata, která se jevila pro daného participanta jako osobně důležitá. Uvědoměním svých vlastních prekonceptů, které nejsou v této výzkumné metodě vnímány jako něco, co by mělo být eliminováno, jsem mohla zformulovat význam zkušenosti pro daného participanta. Díky vlastní interpretativní roli vnímám, že nelze dosáhnout čistého popisu zkušenosti. „*Zkušenost je v rámci IPA „konstruována“ jako výsledek společného sdílení výzkumníka a respondenta*“ (Čermák & Hytych, 2003). Veškeré závěry pokládám za dočasné, nelze docílit objektivnosti analýzy.

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

K vytvoření výzkumného souboru byla použita metoda záměrného (účelového) výběru, která patří mezi nejrozšířenější metody výběru v kvalitativním přístupu. Jako výzkumník jsem tedy cíleně vyhledávala participanty podle jejich určitých vlastností.

Výzkumný soubor tvoří celkem pět participantů ve věku od 23 do 37 let, čtyři ženy a jeden muž. Kritériem výběru byla zkušenost s dlouhodobým pobytem v terapeutické komunitě, na psychoterapeutickém oddělení fungujícím na principu komunity nebo s multidisciplinárním přístupem v organizacích pomáhajících lidem s duševním onemocněním. Většina z participantů absolvovala před delší dobou terapeutickou komunitu (1 rok-6 let) a kromě toho mají zkušenost s následnými službami Kaleidoskopu nebo využívali jiných sociálních organizací a psychoterapie. Dlouhodobá zkušenost s léčbou umožňuje zkoumat vliv sociální práce a psychoterapie na trvalejší změny na sobě a zotavení. Díky zkušenostem participantů s více organizacemi a přístupy se lze zabývat tím, co klientům pomohlo a pomáhá v zotavení nejen v rámci terapeutické komunity, ale v širším spektru služeb. IPA obvykle pracuje s nižším počtem respondentů, vzhledem k omezené kapacitě diplomové práce a cíli zaměřit se detailně na osobní zkušenost respondentů, považují výzkumný vzorek za dostačující.

Při výběrů respondentů jsem nejprve oslovovala členy internetové diskuze o hraniční poruše osobnosti, se kterými jsem poté komunikovala přes soukromé zprávy, abych zjistila více o jejich zkušenostech a usoudila, zda se do výzkumu dají zařadit. Ozývali se mi především bývalí klienti terapeutické komunity Kaleidoskop. Dotazovala jsem se také na zkušenosti s psychoterapeutickým oddělením fungujícím na principu komunity a s organizacemi jako je *Fokus* nebo *Eset help*, ve kterých začínají fungovat multidisciplinární týmy. Vzhledem k tomu, že multidisciplinární týmy teprve vznikají, některé (zatím) nepracují s klienty s poruchou osobnosti, bylo obtížné sehnat participanty s touto zkušeností. Oslovovala jsem také pracovníky z komunitních týmů, ve kterých multidisciplinární přístup již nějakou dobu funguje, s dotazem, zda by se k výzkumu nebyl ochotný přidat někdo z klientů. Touto cestou se mi bohužel nepodařilo získat žádného participanta. Čtyři participanty jsem tedy získala přes internetovou diskuzi, pátým je můj kolega sociální pracovník se zkušeností s HPO.

4.2 Použité techniky sběru dat

Jako techniku sběru dat jsem zvolila v rámci metody IPA nejčastěji používaný polostrukturovaný rozhovor. V průběhu rozhovoru jsem použila seznam výše uvedených výzkumných otázek, které byly spíše orientační. Rozhovory byly vedeny tak, aby participanti měli prostor volně hovořit o tématu, reflektovat svou subjektivní zkušenost, rozvíjet témata, které se pro ně ukazují jako podstatná. „*Obecně se předpokládá, že rozhovor bude směřovat od toho, co na tématu považuje výzkumník za významné, k tomu, co se vynořuje, i když to nebylo v plánu rozhovoru, alespoň do té míry, do které je téma relevantní výzkumné otázky*“ (Čermák & Hytych, 2003, s. 15).

Při analýze jsem postupovala podle kroků uvedených v publikaci *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*, nejprve reflektovala své zkušenosti s tématem výzkumu, kdy jsem si uvědomovala svou interpretativní roli v procesu výzkumu, vlastní prekoncepce, vyjasnila si své myšlenky související s tématem. Po provedení prvního rozhovoru jsem se řídila dalšími kroky: čtení a opakované čtení, počáteční poznámky a komentáře, rozvíjení vznikajících témat, hledání souvislostí napříč tématy, analýza dalšího případu a hledání vzorců napříč případy.

4.3 Realizace výzkumu

Participanty jsem nejprve stručně informovala o obsahu a cílech výzkumu, předpokládané časové náročnosti (odhadem maximálně 1 hodina), dohodla si s každým z participantů schůzku v klidnějším prostředí (čajovna, případně kavárna). Před začátkem výzkumu jsem zdůraznila, že nechávám na nich, jak moc budou otevření ke sdílení, nebudou tlačeni k tomu, podávat příliš osobní informace, bude respektováno, pokud z osobních důvodů na některé dotazy nebudou chtít odpovídat. Ujistila jsem se o tom, zda je pro ně v pořádku, když budu rozhovor nahrávat a informovala je o tom, že nahrávky pořizuji pouze pro vlastní potřeby výzkumu, po přepsání rozhovorů budou odstraněny. Nechala jsem je pročíst si a podepsat informovaný souhlas, který obsahuje již uvedené informace.

Rovněž jsem se ujistila o tom, že výsledky výzkumu nebudu uvádět pod jejich pravými jmény, aniž by si to vysloveně přáli. Vzhledem ke spíše neformální povaze vztahu k participantům, vycházející z předcházející komunikace s nimi a z toho, že jsme si blízko věkem, jsme se se všemi shodli na neformálnějším tykání.

Konkrétní rozhovory jsou k dispozici v příloze k diplomové práci. Rozhovory jsou velmi dlouhé, vzhledem k omezené kapacitě práce jsem se rozhodla nezveřejňovat je v tomto textu.

5 VÝSLEDKY

5.1 Analýza rozhovoru A

Anička, 23 let, studentka, absolvovala pobyt v TK Kaleidoskop před třemi lety, dále využívala následných služeb

Tabulka A1 – Sociální práce

Téma	Citace
Režimové prvky a pravidla	„...nebyla jsem zvyklá na pevný pravidla, ale hrozně mi to pomohlo, vybudovat si nějaký režim, který mi pomáhal.” “Často jsem tedy pochopila smysl těch pravidel, až když jsem je porušila nebo je ostatní porušili, co to vlastně dělá s tou skupinou.”
Pocit vlastní zodpovědnosti a kompetence	“...ty nácviky těch sociálních dovedností nám pomáhaly zlepšovat náš psychický stav, že jsme měli pocit nějaký kompetence. Že jsme aspoň zvládli tu pracovku.”
Sociální poradenství	„Já tam to sociálně vnímala hodně na začátku, kdy třeba mi pomáhali, vyjednávat si s úřady vůbec financování toho Kaleidoskopu, poskytovali mi to základní sociální poradenství, v tom smyslu, kam mám dojít... Hrozně mi s tím pomohli.”

	„...ta závěrečná fáze je hodně zaměřená na to fungování venku, kdy vlastně oni mi pomáhali hledat práci, shánět ubytování, pomáhali mi úplně se vším.”
Nácviky sociálních dovedností	„Já jsem se tam naučila vařit, naučila jsem se uklízet, naučila jsem se nějak si ten den rozvrhnout, aby tam byl prostor pro ten odpočinek i pro tu práci. Naučilo mě to nějak vlastně fungovat i v nějakým období krize, jak nevypustit to, co je důležitý, jak chodit do práce, když mi není po emoční stránce dobře.”

Tabulka A2 – Přínos skupiny

Téma	Citace
Téma důvěry	„No, já jsem měla problem s důvěrou, budovala jsem ji krůček po krůčku, fakt postupně (...) A pak jsem i s tou skupinou zkoušela mluvit o nějakých tématech, který nebyly tak ohrožující...” „Já myslim, že tak na přelomu třetího a čtvrtýho měsíce jsem začala brát svoje témata na skupinu, ale s těma těžšíma tématama jsem měla problem i ke konci. Ale když už jsem to udělala, tak jsem byla strašně ráda.” „A když někdo řekl něco zraňujícího, tak tam byly dobře nastavený ty pravidla, jak dávat ty zpětný vazby, aby to nebylo drsný.”
Práce se vztahy a s konflikty	„...díky těm povinnostem se tam ukazovaly i třeba problémy, který máme s autoritama nebo ve vztahu k někomu, často se to v tom

	ukazovalo, to, o čem se potom mluvilo na skupinách.”
Sdílení zkušeností, vzájemná podpora a zpětné vazby	„Vlastně mi to dávalo víc než ty individuály. Slyšet ty jejich zkušenosti, tu zpětnou vazbu.” „Mně hodně pomohly zkušenosti lidí, který to měli stejný. Hodně mi v tom pomohla skupinová terapie.”

Tabulka A3 - Osobnost a přístup psychoterapeuta a sociálního pracovníka

Téma	Citace
Důvěra a pocit bezpečí	„Já jsem měla hrozný problémy s tím mluvením před skupinou a vlastně to nebylo tak úplně moje, takže pro mě bylo nejdůležitější utvořit si vztah s tím individuálním terapeutem, takže když se to stalo, tak se i zjednodušilo to moje fungování ve skupině...” „Mně pomáhalo, že jsem měla tu jistotu, že oni na té skupině vytvoří nějaký bezpečí.” „Oni mi ulehčovali tu komunikaci, dokázali se empaticky doptat a nějak to shrnout líp, než jsem to dokázala vůbec vykoktat.”
Mužské autority	„Pak jsem pracovala hodně na té důvěře k mužům... V tom mi hodně pomohli ty mužský terapeuti. Že jsem potkala muže, který pro mě byli bezpečný.”

Tabulka A4 – Spolupráce sociálního pracovníka a psychoterapeuta, multidisciplinární týmy a návaznost služeb

Téma	Citace
Propojení sociální práce a psychoterapie v komunitě	<p>„Oni nás tam učili, že potřebujeme nějakým způsobem fungovat i v momentě, kdy je nám zle, akorát ty nácviky těch sociálních dovedností nám pomáhaly zlepšovat náš psychický stav, že jsme měli pocit nějaký kompetence. Zároveň to fungovalo i naopak, díky těm povinnostem se tam ukazovaly i třeba problémy, který máme s autoritama nebo ve vztahu k někomu, často se to v tom ukazovalo, to, o čem se potom mluvilo na skupinách...”</p> <p>„Myslím, že komunita je koncipovaná tak, že se to tam překrývá.”</p>
Stírání rozdílů v rolích	<p>„Oni se orientovali v těch sociálních službách, tak měli širší než terapeutický záběr.”</p> <p>„To nevím, jestli jsem vnímala rozdíl mezi těma co byli ryze psychoterapeuti a psychologové a sociální pracovníci... Ale možná je to tím, že já jsem to moc vnímat nemohla, protože na individuálu jsem měla terapeuta, kterej byl zároveň sociální pracovník...”</p>
Následná péče a služby	<p>„Měsíc po tom, co jsem skončila komunitu, jsem nastoupila do tý následný péče Kaleidoskopu (...) Zároveň jsem se úplně necítila na to, pokračovat bez terapie. I když ten první měsíc byl v pohodě, chtěla jsem mít</p>

	<p>někoho, kdo mě nějakým způsobem podpoří.”</p> <p>„Jinak jsem občas využila nějaký krizový linky (...) Pomohlo mi tam asi zavolat, vždycky mě nějakým způsobem navedli.”</p>
<p>Nedostatek sociálních služeb pro poruchy osobnosti a stigmatizace</p>	<p>“Ale měla jsem pocit, že i služby, u kterých by to evidentně šlo, nemají moc zájem brát lidi s naší diagnózou. Když jsem si zjišťovala informace, s někým volala, tak jsem měla pocit, že nastala nějaká převratná změna, když jsem řekla tu diagnózu.”</p> <p>“Mám pocit, že často je to nějaká předávaná zkušenost, která se traduje nějakou dobu. A mám pocit, že se tak označují i klienti, kteří jsou nějakým způsobem problémoví, třeba ani nemusí mít HPO (...) Setkávám se s tím, že terapeuti jsou občas líný změnit svoje přístupy (...) A v momentě, kdy to začne být těžký, od toho odejdou, vzdají to rychle.”</p> <p>“A já bych hlavně zbourala tu představu, že hraničář musí být vždycky agresivní. S těma lidma s HPO se kterýma jsem se setkala, jsem se setkala jen s málo, který by byli otevřeně agresivní.”</p>

Tabulka A5 - Vliv sociální práce a psychoterapie na zotavení

Téma	Citace
Životní spokojenost	<p>„Myslím, že teď žiju to, co jsem si představovala v té době, kdy mi bylo zle, jak by měl ten normální život vypadat. Jako není to úplnej ideál, ale mám pocit, že se změnilo úplně všechno.”</p> <p>„Teď už jsem skoro dostudovaná, doufám, že se to nějak podaří, zvládám do toho i pracovat, zvládám do toho mít koníčky, vztahy, ze kterých mám fakt radost, to jsem nikdy předtím neměla.”</p>
Fungování	<p>„Osamostatnila jsem se hrozně (...) Naučila jsem se o sebe postarat, naučila jsem se znovu plnit nějaký režim. Hlavně jsem začala studovat, vrátila jsem se na školu. Předtím jsem do školy nechodila, před zkouškama jsem měla tak hrozný úzkosti, že jsem na ně ani nešla. Teď už jsem skoro dostudovaná, doufám, že se to nějak podaří, zvládám do toho i pracovat.”</p>
Psychické zdraví a vnitřní zdroje jeho zlepšování	<p>„Pracovala jsem na poruchách příjmu potravy (...) Hodně jsem pracovala na úzkostech, pracovala jsem na mých sebevražedných stavech, sebepoškozování, poruchy příjmu potravy, drogy, alkohol.”</p> <p><i>(sebepoškozování)</i> „To se řešilo v komunitě, to pomohla ta pravidla. Musela jsem o tom mluvit a to hodně pomáhalo. A pak jsme hledali jiný způsoby, jak nahradit to nutkání.”</p>

Vztahy	<p>„Pracovala jsem hodně na mém způsobu reagování, ve vztazích. Týkalo se to těch mých témat jako opuštění, mých různých strachů.“</p> <p>“No, ale po komunitě se taky změnil můj vztah s rodičema, dokážem spolu mnohem líp komunikovat. Z části je to tím, že jsem se osamostatnila. Ale z části i umím mluvit s rodičema takovým způsobem, aby z toho nevzniknul konflikt.”</p>
--------	--

Anička absolvovala roční pobyt v terapeutické komunitě a poté nadále využívala následných služeb Kaleidoskopu, kam dosud dochází na individuální psychoterapii. Z rozhovoru s participantkou bylo patrné, že jí pobyt v komunitě zásadně změnil život k lepšímu. Velmi pozitivně hodnotí vliv sociální práce i psychoterapie v TK. Anička vypráví, že před nástupem do Kaleidoskopu byla psychicky na dně. Měla problém zvládat běžné fungování, práci a studium, ztrácela vztahy. Poslední půlrok pro ni znamenal *“obrovský deprese, kdy jsem skoro nevstávala ani z postele. Často jsem měla problémy v těch základních věcech jako se najít, umýt se. Vlastně jsem byla jenom v té temný místnosti ve svém pokoji, vůbec jsem nevylejzala ven. A snažila jsem se vždycky nějak pracovat nebo studovat, ale v tom jsem taky selhávala.”* Dále popisuje problémy se sebepoškozováním, zneužíváním alkoholu a poruchami příjmu potravy. Ze začátku pobytu v TK pro ni bylo obtížné zvyknout si na řád a pravidla v komunitě, ale po určité době zjišťovala, že jí velmi pomáhá vybudovat si určitý režim. Ze začátku pobytu vnímala jako důležité prvky sociální práce jako sociální poradenství a nácviky sociálních dovedností. Základní sociální poradenství pomáhalo Aničce zorientovat se v tom, kde a jakým způsobem si vyřídit financování pobytu. V oblasti fungování a sociálních nácviků se tam naučila vše potřebné pro život – zvládat včas vstávat do práce, starat se o domácnost, rozvrhnout si den a fungovat i v období krize. Nácviky sociálních dovedností, které probíhaly především formou pracovní terapie, participantce i v průběhu pobytu dodávaly pocit vlastní kompetence, což je zásadní aspekt umožňující zotavení. *“Ty nácviky těch sociálních dovedností nám pomáhaly zlepšovat náš psychický stav, že jsme měli pocit nějaký kompetence.”*

Že jsme aspoň zvládli tu pracovku,” vypráví. Prvky sociální práce pro ni byly užitečné i ke konci pobytu, v závěrečné fázi, která je zaměřená na přechod z komunity do života “venku”. *“Oni mi pomáhali hledat práci, shánět ubytování, pomáhali mi úplně se vším.”*

Pobyt mezi lidmi, kteří často prožívali krize, pro Aničku nebyl jednoduchý, stejně jako překonávání problému s důvěrou ke skupině. Zpětně však hodnotí komunitu lidí s podobnými problémy jako velmi přínosnou. Často čerpala ze zkušeností a zpětných vazeb ostatních členů. *„Mně hodně pomohly zkušenosti lidí, který to měli stejný. Hodně mi v tom pomohla skupinová terapie.”*

Ze začátku pobytu, kdy pro ni bylo obtížné otevřít se skupině, vnímala jako klíčové vytvoření vztahu s individuálním terapeutem. Důvěru budovala postupně a individuální terapie pro ni byly odrazovým můstkem. Potřebovala získat jistotu, že může terapeutům důvěřovat a spolehnout se na to, že vytvoří na skupině bezpečí. Cítila od nich podporu, když začínala otvírat těžká témata, se kterými se předtím nikomu nesvěřovala. Anička zpětně oceňuje jejich empatii, která jí pomohla ulehčit komunikaci na skupinách. Terapeuti se jí také dokázali zastat v situaci, když došlo ke zraňujícím poznámkách ze strany některých členů. *„Pak jsem pracovala hodně na té důvěře k mužům... V tom mi hodně pomohli ty mužský terapeuti. Že jsem potkala muže, který pro mě byli bezpečný,”* zmiňuje další téma související s mužskými autoritami. Ze začátku měla s autoritami terapeutů problém, ale bezpečný vztah s nimi jí dodal korektivní zkušenost.

Anička vnímala, že sociální práce a psychoterapie se v TK překrývá. Na příklad pracovní terapie měly pozitivní vliv na její psychický stav, zároveň při těchto činnostech vznikaly konflikty, se kterými se dále pracovalo na psychoterapeutických skupinách. *„Díky těm povinnostem se tam ukazovaly i třeba problémy, který máme s autoritama nebo ve vztahu k někomu, často se to v tom ukazovalo to, o čem se potom mluvilo na skupinách...”* Když se zamyslela nad celým pobytem, první fázi pobytu vidí jako více sociálně zaměřenou, jelikož s terapeuty řešila již zmíněné financování pobytu, bylo jí poskytováno sociální poradenství, atp. V dalších fázích pracovala na svých hlubších problémech a tématech, jednalo se tedy podle Aničky o terapeutickou část. Poslední fázi, která byla zaměřená na fungování venku, vnímá jako *“čistý sociálno.”* Spolupráci terapeutů nevnímala jako spolupráci sociálních pracovníků a psychologů, nevnímala rozdíl mezi terapeuty podle jejich vzdělání – všichni vedli psychoterapie a zároveň se orientovali v sociálních službách. *“Ale možná je to tím, že já jsem to moc vnímat nemohla, protože na individuálu jsem měla terapeuta, kterež byl zároveň sociální pracovník...”* dodává.

Participantka využívala po ukončení pobytu v komunitě následných služeb Kaleidoskopu. *“Zároveň jsem se úplně necítila na to, pokračovat bez terapie. I když ten první měsíc byl v pohodě, chtěla jsem mít někoho, kdo mě nějakým způsobem podpoří.”* Kromě pravidelné psychoterapie v Kaleidoskopu několikrát využila krizové linky, se kterou má pozitivní zkušenost. K jiným sociálním službám se však nedostala, což přisuzuje nedostupnosti těchto služeb pro poruchy osobnosti. Organizace zaměřené např. na chráněné bydlení jsou zaměřené spíše na klienty s psychotickým onemocněním. Zároveň zde Anička silně vnímá stigmatizaci hraniční poruchy osobnosti. *“Ale měla jsem pocit, že i služby, u kterých by to evidentně šlo, nemají moc zájem brát lidi s naší diagnózou. Když jsem si zjišťovala informace, s někým volala, tak jsem měla pocit, že nastala nějaká převratná změna, když jsem řekla tu diagnózu (...) A obecně to jejich jednání bylo vstřícnější, dokud nevěděli tu moji diagnózu,”* popisuje přístup některých pracovníků. Jako důvod odlišného přístupu k lidem s HPO vidí participantka předávání negativní zkušenosti, která se mezi pracovníky pomáhajících profesí traduje. Jako hraniční jsou prý označováni problémoví klienti, kteří touto diagnózou ani nemusí trpět. Další problém je podle Aničky v nekompetentnosti psychoterapeutů, kteří s klienty s HPO nedokážou pracovat. *“Setkávám se s tím, že terapeuti jsou občas líný změnit svoje přístupy, svoje zajetý stereotypní představy o tom, jak by to mělo vypadat. Neumí nastavovat ty hranice bezpečně pro toho klienta. A v momentě, kdy to začne být těžký, od toho odejdou, vzdají to rychle,”* rozvádí své zkušenosti. Participantka nesouhlasí s rozšířenými stereotypy o lidech s HPO, např. s tím, že jsou agresivní. U lidí s touto diagnózou, které poznala, se s agresivním jednáním většinou nesetkávala.

Z rozhovoru je zřejmé, že pobytem v terapeutické komunitě se Aničce zásadně změnila kvalita života. Celkově shrnuje, že se jí od ukončení pobytu daří velmi dobře. *„Myslím, že teď žiju to, co jsem si představovala v té době, kdy mi bylo zle, jak by měl ten normální život vypadat. Jako není to úplnej ideál, ale mám pocit, že se změnilo úplně všechno.”* Dále popisuje změny v mnoha oblastech života. *„Teď už jsem skoro dostudovaná, doufám, že se to nějak podaří, zvládám do toho i pracovat, zvládám do toho mít koníčky, vztahy, ze kterých mám fakt radost, to jsem nikdy předtím neměla. (...) Myslím, že ty vztahy, ty jsou nejdůležitější. A jsem ráda, že se daří v práci, daří se mi ve škole, daří se v těch vztazích. Že mám nějaký ten svůj domov, co jsem si vytvořila, to jsem vždycky chtěla. Že se o sebe postarám.”* Anička se zvládla osamostatnit, bydlí nyní sama, daří se jí fungovat a plnit režim. Vrátila se ke studiu, které předtím vlivem silných úzkostných stavů nezvládala. Co se týče psychického zdraví, v komunitě zapracovala na mnoha problematických tématech, které ji již netíží (úzkostné stavy,

poruchy příjmu potravy, sebepoškození a sebevražedné sklony, zneužívání alkoholu a drog). Další témata, na kterých v terapii úspěšně zapracovala, se týkala vztahů s lidmi, opuštění a různých strachů. Ze svých současných vztahů má radost, dokonce se jí zlepšil vztah s rodiči. Dokáže s nimi nyní komunikovat tak, aby z toho nevznikl konflikt.

5.2 Analýza rozhovoru B

Míša, 30 let, rodičovská dovolená, absolvovala pobyt v TK před čtyřmi lety, dále využívala jiných sociálních služeb

Tabulka B1 – Sociální práce

Téma	Citace
Pocit vlastní zodpovědnosti a kompetence	<p><i>(pracovní terapie v TK)</i> „Ale zároveň se nešlo těm věcem vyhnout, a s tím jsem měla po komunitě občas ještě problém, že jsem spadala do takových situací, kdy mi bylo hodně špatně a zase jsem si zvolila nějaký únikový mechanismus (...) Což tam moc nešlo, to tam podporovaný nebylo.“</p> <p><i>(pracovní rehabilitace po pobytu v TK)</i> „Současně jsem chodila do chráněný práce do kavárny v léčebně. Tam to bylo pro mě hodně důležitý v rámci nějakýho postupnýho zařazování do pracovního procesu a nějaký užitečnosti a socializace, takže chodila jsem tam ráda.“</p>

Sociální poradenství	<p>(sociální poradenství v TK) „V tomhle tam byla určitá podpora, ale že by v tomhle byli nějak extra vzdělaný, to mi nepřišlo, že by to bylo vyloženě zaměřené na tuhle oblast.“</p> <p>(komunitní sociální služba) „Nesetkala jsem se s něčím, třeba s nějakýma konkrétníma radama nebo s nějakou konkrétní pomocí, kdy jsme hledali to bydlení, protože jsem se musela vystěhovat a měla jsem určitý čas na to. Byly to snad dva měsíce a během té doby nebyli schopný mi pomoci najít nějaký to bydlení.“</p>
Nácviky sociálních dovedností	<p>(TK) „V komunitě ale určitě, ty pracovky a tak, to pro mě bylo důležitý tam. Člověk se naučil nějak fungovat tam, i když mu nebylo zrovna dobře.“</p>

Tabulka B2 – Přínos skupiny

Téma	Citace
Práce se vztahy a s konflikty	<p>(TK) „...naučila jsem se víc komunikovat s lidma bez takových emočních výbuchů, který jsem mívala dřív.“</p>
Sdílení zkušeností, vzájemná podpora a zpětné vazby	<p>(TK) „Dostávala jsem tam hodně zpětných vazeb, hodně podpory, hodně konstruktivní kritiky.“</p> <p>„A hlavně jsem tam došla k nějakýmu hlubšímu sebepoznání, různých spojitostí s mýma problémama.“</p>

	<p>„Myslím si, že nejvíc mi pomáhala skupina a komunita jako celek.“</p> <p>„Já jsem tam spíš čerpala ze zkušeností ostatních klientů, co kam mám jít si vyřídit.“</p>
--	--

Tabulka B3 – Osobnost a přístup sociálního pracovníka a psychoterapeuta

Téma	Citace
Zraňující přístup psychoterapeuta	<p>(TK) „Individuál pro mě nebyl tolik podpůrný, měla jsem pocit, že zavrhuje mě jako osobnost, vnucuje mi nějaký názory, představy o sobě, se kterými jsem se později začala ztotožňovat, a to jenom kvůli nějakému strachu z terapeuta.“</p> <p>„Určitě jsem se tam necítila bezpečně.“</p> <p>„...zmínila bych i jeho emoční nevladatelnost, občas se neovládl a křičel vyloženě, používal někdy vulgarismy, což už pro mě byla nějaká známka překročení hranic.“</p>
Důležitost akceptujícího, empatického přístupu	<p>„Asi neodsuzovat, nehodnotit moje chování. Nějakým způsobem tu terapii vést, ale hodně věcí nechat na mě, abych si na to sama přišla. Nevnucovat nějaký postoje atd. A hodně nějaká empatie no.“</p>
Dočerpání deficitu z primární rodiny	<p>(TK) „A hodně jsem asi čerpala ze vztahů s terapeutkami na rozdíl od terapeutů chlapů.“</p> <p>„No, já jsem si tam dočerpávala z nedostatků ve vztazích ve vlastní rodině, který mi</p>

	chyběly, ve vztahu s mámou a tak. To pro mě bylo nějak důležitý.“
--	---

Tabulka B4 - Spolupráce sociálního pracovníka a psychoterapeuta, multidisciplinární týmy a návaznost služeb

Téma	Citace
Propojení sociální práce a psychoterapie v komunitě	<i>(TK)</i> „Člověk se naučil nějak fungovat tam, i když mu nebylo zrovna dobře. Hledaly se nějaký způsoby, aby mu v tom bylo líp a to mi tam přišlo dobrý, že jsem tam na to nebyla sama. Ale zároveň se nešlo těm věcem vyhnout (...) to tam podporovaný nebylo.“
Následná péče a služby	<p><i>(Kaleidoskop)</i> „Jako první jsem asi chodila do následný péče od Kaleidoskopu. Nicméně tam to pro mě nebylo moc přínosný. Byla to krátká doba a zase jsem se setkala s nějakým nerespektujícím přístupem.“</p> <p><i>(chráněná práce)</i> „Současně jsem chodila do chráněný práce do kavárny v léčebně. Tam to bylo pro mě hodně důležitý v rámci nějakýho postupnýho zařazování do pracovního procesu a nějaký užitečnosti a socializace, takže chodila jsem tam ráda.“</p> <p><i>(komunitní sociální služba)</i> „Jo, to určitě jako psychická podpora. Nebo vytržení z nějakých mých stavů, kdy jsem třeba dlouho byla izolovaná s Anetkou doma, tak to pro mě bylo důležitý, taková trošku</p>

	socializace, popovídala jsem si s jiným lidem, to pro mě byla určitě podpora.“
Nedostatek sociálních služeb pro poruchy osobnosti a stigmatizace	<p>„Jo, taky jsem to tak vnímala, že pro sociální služby jsou nějak zajímavější schizofrenici nebo prostě schizofrenní okruhy nemocí. No a je to nějaká diskriminace, protože máme často podobné problémy, setkala jsem se s tím, když jsem řešila otázku bydlení, i otázku těch služeb.“</p> <p>„Když jsem hledala to bydlení, tak jo, bylo mi vyloženě řečeno: ne, s touto diagnózou klienty nepřijímáme.“</p>
Spolupráce mezi jednotlivými odborníky a organizacemi	<p><i>(komunitní sociální služba)</i> „V komunitním týmu určitě, oni mi obvolávali všechno, zjišťovali nějaké informace ohledně péče o dceru a tak. Takže asi jo, v rámci nějaké naší dohody, tak když budu v nějakém blbém stavu, kdy nebudu schopná jednat ve svém dobrém zájmu, tak oni budou jednat za mě, v rámci fakt nějakého velkého zhoršení... Tak oni by mohli zavolat záchrannou službu nebo komunikovat s jinými složkami. A dost běžný je i u mé psychiatricky, tak spolu nějak komunikují, když se vyskytne nějaký problém, tak si zavolají, informují se navzájem, a to je pro mě hodně důležitý a nějaká velká podpora v této oblasti.“</p>

Tabulka B5 - Vliv sociální práce a psychoterapie na zotavení

Téma	Citace
Životní spokojenost	„Určitě žiju víc racionálně, nejsem tolik ovlivněná nějakými emocemi. Zároveň bych řekla, že možná už byly chvíle, kdy jsem byla šťastnější a spokojenější... Ale zároveň teď jsem vystavena před nějakou zodpovědností, zásadně mi změnilo život narození dcery. Takže tam určitě stoupá ta spokojenost, jak vnímám sebe...“
Fungování	„A po komunitě, tam si to strašně dlouho sedalo, protože jsem se vyrovnávala s těmi okolnostmi, ze kterých jsem vlastně odešla z komunity. A to bylo pro mě hodně stresové (...) A bylo to těžké, poprvé v životě jsem se musela takhle postavit na vlastní nohy a začít jednat jinak, než to zabalit a jít se nechat hospitalizovat.“
Psychické zdraví a vnitřní zdroje k jeho zlepšování	„A tak nějak celkově, umět si věci pojmenovat, umět si připustit určitý problém, prostě sebereflexe. V těch vztazích je to velkej posun, snažím se problémy řešit a neutíkat. A stejně tak neutíkat sama od sebe a od svých blbých stavů, spíš se to snažit nějak řešit.“
Vztahy	„A rozhodně i když máme problémy v partnerství, tak to nějakým způsobem řešit, protože už jsem pochopila, že kdybych změnila partnera nebo se jenom rozešla, tak to není řešení, pokud tam nejsou fakt nějaké vážné problémy. Protože většinou se objeví

	stejný témata po čase v dalším vztahu a už nad tím přemýšlím jinak než dřív, kdy to bylo: nevyhovuje, najdu si jinýho.“
Zhodnocení přínosu TK s delším časovým odstupem	„Ze začátku jsem to nevnímala jako přínosný, až teď s odstupem času to vnímám tak, že jsem tam nabyla spoustu zajímavých zkušeností, dokonce kdybych byla bezdětná a bez partnera, tak bych si ráda zopakovala celý pobyt v plném rozsahu.“

Míša strávila šest měsíců v terapeutické komunitě, poté krátce využívala následnou péči Kaleidoskopu. Zároveň pracovala na chráněném pracovním místě v kavárně. Nyní využívá komunitní sociální služby, dochází na psychoterapii. Pobyt v terapeutické komunitě vnímá jako přínosný až s odstupem času. Vyzdvihuje především přínos skupiny, zpětných vazeb, které v komunitě dostávala. Naučila se lépe komunikovat s druhými a dospěla zde k hlubšímu sebepoznání. „*V těch vztazích je to velkej posun, snažím se problémy řešit a neutíkat. A stejně tak neutíkat sama od sebe a od svých blbých stavů, spíš se to snažit nějak řešit,*“ reflektuje změnu na sobě. Sezení se svým individuálním terapeutem však jako přínosná nevnímala. Ve vztahu s terapeutem se necítila bezpečně, naopak cítila z jeho strany hodnocení, převahu, nepřijetí. „*Měla jsem pocit, že zavrhuje mě jako osobnost, vnucuje mi nějaký názory, představy o sobě, se kterými jsem se později začala ztotožňovat, a to jenom kvůli nějakému strachu z terapeuta.*“ Docházelo prý i k situacím, kdy křičel nebo používal vulgarismy. Celkově participantce seděly spíše psychoterapeutky ženy. Ze vztahů s nimi mohla dočerpávat citový deficit z primární rodiny, což hodnotí jako důležité. V psychoterapii je pro ni zásadní empatický přístup. Potřebuje vědět, že ji psychoterapeut nehodnotí a neodsuzuje.

Z prvků sociální práce v komunitě Míša zpětně oceňuje pracovní terapii, která ji naučila fungovat i ve chvílích, kdy se necítí psychicky dobře. „*Hledaly se nějaký způsoby, aby mu v tom bylo líp a to mi tam přišlo dobrý, že jsem tam na to nebyla sama. Ale zároveň se nešlo těm věcem vyhnout, s tím jsem měla po komunitě občas ještě problém, že jsem spadala do takových situací, kdy mi bylo hodně špatně a zase jsem si zvolila nějaký únikový mechanismus vyhnout se, upadnout do nějaký apatie, nic neřešit, jenom ležet v posteli a tak. Což tam moc nešlo, to tam podporovaný nebylo.*“ Sociální poradenství v komunitě příliš nezažila. V tomto ohledu

více čerpala ze zkušeností ostatních klientů, informace od nich pro ni byly dostačující. Oproti jiným klientům ze začátku nemusela řešit problém s financováním komunity, a tak pro ni sociální poradenství nebylo tak podstatné.

Před pobytem v TK se Míša cítila na dně. Dva roky byla téměř nepřetržitě hospitalizovaná, trpěla depresemi, život pro ni postrádal smysl. Období po ukončení pobytu vnímala jako stresové, i přes špatnou finanční situaci a bez podpory rodiny se však dokázala postavit na vlastní nohy. Nyní žije více racionálně, není ovlivněná emocemi natolik jako dříve. *„Zároveň bych řekla, že možná už byly chvíle, kdy jsem byla šťastnější a spokojenější... Ale zároveň teď jsem vystavena před nějakou zodpovědností, zásadně mi změnilo život narození dcery. Takže tam určitě stoupá ta spokojenost, jak vnímám sebe...“* Dále popisuje, že jsou stále věci, které by chtěla změnit. Zároveň je nyní pevná ve svých prioritách, kterými je hlavně její dítě, rodina a domov. O vztazích nyní přemýšlí jinak než dříve. Uvědomuje si, že podobná témata se objevují v každém vztahu, řešením partnerských problémů není vztah vyměnit.

Zkušenost s následnou péčí od Kaleidoskopu pro ni byla zraňující. *„Byla to krátká doba a zase jsem se setkala s nějakým nerespektujícím přístupem,“* popisuje podobný problém jako s individuálním terapeutem v terapeutické komunitě. Ze sociálních služeb, kterých využívala po komunitě, bylo pro participantku užitečné chráněné pracovní místo v kavárně v psychiatrické nemocnici. Vyhovovalo jí postupné zařazování do pracovního procesu, pocit vlastní užitečnosti a kontakt s lidmi v rámci chráněné práce, kterou však kvůli těhotenství musela přerušit. Později začala využívat služeb komunitního týmu sociálních pracovníků, který pro ni byl zejména psychickou podporou. Ve všech ohledech participantce spolupráce s nimi nesešla, od služby prý měla jiná očekávání. *„Nesetkala jsem se s něčím, třeba s nějakýma konkrétníma radama nebo s nějakou konkrétní pomocí, kdy jsme hledali to bydlení, protože jsem se musela vystěhovat a měla jsem určitý čas na to. Byly to snad dva měsíce a během té doby nebyli schopní mi pomoci najít nějaký to bydlení,“* vyjadřuje svou nespokojenost. V průběhu spolupráce byl participantce změněn case manažer, poté se prý spolupráce s komunitním týmem zlepšila. Zároveň se zde setkala s multidisciplinárním přístupem – spoluprací sociálních pracovníků s její psychiatrickou a s dalšími organizacemi. Komunikace mezi sociálními pracovníky a psychiatrickou je pro ni v případě zhoršení psychického stavu velkou podporou.

I Míša se setkala se stigmatizací lidí s hraniční poruchou osobnosti v sociálních službách. *„Pro sociální služby jsou nějak zajímavější schizofrenici nebo prostě schizofrenní*

okruhy nemocí. No a je to nějaká diskriminace, protože máme často podobný problémy, setkala jsem se s tím, když jsem řešila otázky bydlení, i otázky těch služeb.“ V situaci, kdy řešila otázku bydlení, byla v organizacích, které ho poskytují, kvůli své diagnóze striktně odmítnuta.

5.3 Analýza rozhovoru C

Petra, 31 let, asistentka pedagoga, absolvovala pobyt v terapeutické komunitě před šesti lety, od té doby využívala různých sociálních a psychoterapeutických služeb

Tabulka C1 – Sociální práce

Téma	Citace
Režimové prvky a pravidla	<p>(TK) „Přesně, ty ráno prostě vstaneš, protože máš jasnej program a ty tam musíš bejt a tím se učíš jaký je to chodit do práce...“</p> <p>„Ale já jsem byla vždycky taková schopná a zodpovědná za ty druhé, takže já jsem neměla problém vůbec s tím programem (...) Ale když někteří přicházeli z léčeben nebo byli ještě takoví mimo, tak ti to nesli ten program a povinnosti strašně špatně...“</p>
Pocit vlastní zodpovědnosti a kompetence	<p>(TK) „Hodila se mi ta kompetence, to, že jsem schopná, že jsem schopná zorganizovat nákup, že jsem kompetentní, schopná jako ministr práce rozdat práce (...) Ten pocit kompetence, že jsem fakt schopná, že mi to jde. Že najednou ten člověk dostane pocit: že já fakt nejsem lempl. A tam máš tolik příležitostí získat opačný pocit...“</p>

	„Ale tam máš zodpovědnost za to, že když neuvaříš, tak nebude jídlo a ostatní budou nasraní a ty prostě musíš fungovat, nemůžeš říct: mně je špatně, jdu ležet... A ty jsi prostě v kuchyni.“
Sociální poradenství	(TK) „Já jsem to tam neřešila, ale vím, že někteří psali žádost, aby dostali každý měsíc nějaký peníze, tak jim tam s tím radili a teď to tam dokonce víc funguje, že jsou schopní celej Kaleidoskop hradit, nějaká ta sociálka...“
Nácviky sociálních dovedností	(TK) „Jako nákupy úplně v pohodě, úklidy taky, pak když jsem měla funkci ministra práce, tak ten rozdělával, kdo co bude uklízet... Postupně člověk věděl, že má určitou částku finanční, že už přesně věděl, cuketa stojí tolik, tohle stojí tolik, to se úplně v pohodě vlezem... Ale ze začátku jsem měla strašnej strach z vaření, protože vaříš pro druhé a ty nevaříš pro tři lidi, ty vaříš někdy i pro patnáct lidí... takže ty se musíš naučit i to, co neumí klasická matka rodiny, která vaří pro pět lidí, ne pro patnáct...“

Tabulka C2 – Přínos skupiny

Téma	Citace
Práce se vztahy a konflikty	(TK) „... tam se to učíš hrozně rychle a funkčně řešit, tam ani nemůžeš být rozhádaná, jednak to tam prostě nejde, když

	<p>jsi s tím člověkem 24 hodin denně, nemůžeš tam být v tom napjatém vztahu...“</p> <p>„... nemůžeš z toho uniknout a navíc to ovlivní i ty ostatní, takže jseš nucená udělat ty kroky změny a vidíš, že to fakt funguje, ty se pohádáš a ten vztah nekončí. Najednou si ověřuješ ty svoje domněnky, ty svoje špatné mechanismy, že to tak fakt není...“</p>
Sdílení zkušeností, vzájemná podpora a zpětné vazby	<p>(TK) „Důležité je, že tam mají všichni víceméně stejné problémy... Takhle jsme měli základ stejný, takže i když jsem na skupině nemluvila já, ale někdo jiný, tak jsem si z toho mohla osobně hodně brát...“</p> <p>„Často ti ostatní jsou takovým zrcadlem neustále pro tebe, ale když je potřeba opravdu podpory, tak ti dají tu podporu.“</p>
Korektivní rekapitulace primární rodiny	<p>(TK) „Pro mě bylo úplně skvělý, že jsem se dostala mezi skupinu lidí, jako do rodiny. Když jsem tam přišla, tak nás bylo šest, šest klientů a šest terapeutů. Takže jsem najednou dostala to, co jsem neměla, pozornost, péči, bráchy, ségry, zájem, podporu.“</p>
Podpora zdravých způsobů chování	<p>(TK) „Pamatuju si, že jsem úplně hltala ty nové poznatky, hlavně pro mě tam byla obrovská změna v tom, že ti třeba dali zpětnou vazbu na něco a tys změnila svoje chování a hned jsi dostala odměnu... Viděla jsem, že to funguje, že tam kdo funguje a neubližuje si má víc pozornosti než ten, kdo si ubližuje. Takže se podporuje to zdravé chování.“</p>
Pozitivní vzory	<p>(TK) „...tak jsem si z toho mohla osobně hodně brát, když jsem viděla, jak někdo jiný</p>

	funguje, někdo ve vyšších fázích už zvládá tohle a jde příkladem.“
--	--

Tabulka C3 - Osobnost a přístup sociálního pracovníka a psychoterapeuta

Téma	Citace
Důvěra a pocit bezpečí	(TK) „Musíš navázat vztah, důvěru, aby proběhla změna, to se mi podařilo, což mi jde, když mi někdo sedne... A pak jsem byla schopná dělat ty změny...“
Dočerpání deficitu z primární rodiny	(TK) „Já jsem strašně truchlila po ztrátě své terapeutky, kdy vlastně dva roky jsi s ní v tak blízkém kontaktu, zažíváš jí v tý formální i neformální stránce... A já jsem v ní ze začátku měla mámu a všechno, jsme byly úplně v symbióze, bylo to neskutečné. A já jsem potom truchlila, že někoho takového ztrácím. Ještě rok potom, rok a půl jsem furt pociťovala prostě stesk...“ „...mnohem rychleji se naváže v tom Kaleidoskopu ten vztah (...) my jsme se potkávaly, i když měla službu, 36 hodin v týdnu nebo když jsme spolu hrály hry, hrály jsme karty... Jako kdybychom byly rodina.“ „A zároveň s tím terapeutem zažíváš ty první fáze opravdu kdy jsi jako dítě a vylítáváš opravdu z toho hnízda.“
Ocenění	(TK) „Takže já jsem tam úplně kvetla, protože jsem tam byla hodně tím krmená, tím

	oceněním, bylo to příjemné, takže jsem se posouvala dopředu neuvěřitelně rychle. Navíc jsem byla v bezpečném prostředí, dostáváš ocenění.“
Zraňující přístup sociálního pracovníka	<p><i>(sociální pracovnice v krizovém týmu)</i></p> <p>„...prostě její pohled byl tak strašně zraňující, ponižující, ona mi říkala, jestli s ní hraju nějakou hru...“</p> <p>„Mně nepomohlo, že se mi třeba snažila podsouvat něco, co dělám a já jí vysvětlovala, že to tak není... Myslela si třeba, že jí nějak manipuluju a já z toho byla úplně v šoku.“</p> <p>„Furt říkala, že jsem strašně schopná, cítila jsem strašný tlak, že bych se měla zlepšit... A že bych za půl roku neměla být v krizi (...)</p> <p>Když jsem byla v krizi, tak jsem se cítila za to špatně...“</p>

Tabulka C4 - Spolupráce sociálního pracovníka a psychoterapeuta, multidisciplinární týmy a návaznost služeb

Téma	Citace
Propojení sociální práce a psychoterapie v komunitě	<p><i>(TK)</i> „...zkoušíš ve skupině i různé role, i díky různým funkcím si tam zkoušíš různé podřízené funkce, pozice, ale i pozice, kdy musíš rozhodovat o druhých, co se bude dělat, co se bude jíst, co se bude pracovat... Máš funkce, kdy se staráš, kdy jsi hned po těch terapeutech spolu s tvým partákem nejdůležitější a staráš se o celý chod té</p>

	<p>komunity. A když má někdo nějaký problém, tak jdou nejdřív za tebou, zkoušíš všechno, jak o druhé pečovat, tak být opečovávan... Mít zodpovědnost, jaké to je, když musíš být v nadřízené pozici, tam se ti zobrazí, že ti to nejde nebo že ti to jde až moc, to taky není úplně fajn v nadřízené pozici. Někomu ta moc naleze do hlavy, někomu zase nesedí být v podřízené pozici, protože si myslí, že je buzerovanej, a díky tomu jsme se tam všechno učili, najednou se ti tam ukazovalo, co ti přesně nefunguje. Že nemáš rád, když tě někdo kritizuje nebo že naopak nemáš ráda, když kritizuješ.“</p>
<p>Stírání rozdílů v rolích</p>	<p>(TK) „Já mezi nimi nevnímala rozdíl, mezi psychoterapeutama se sociálním vzděláním a psychologama.“</p> <p>„Pro mě nebylo důležitý, že moje terapeutka byla sociální pracovnice a měla psychoterapeutický výcvik a další terapeut, který vystudoval psychologii a měl psychoterapeutický výcvik... Nebyl v tom rozdíl jako „zajdi si za tadytou, protože ta to ví nebo za tím, ten ví zase tohle“... To jsem tam vůbec nevnímala, rozdíl ve vzdělání nebo tohle...“</p>
<p>Spolupráce týmu v komunitě</p>	<p>(TK) „No, oni jednak když tam byli, tak každý den tam byli dva terapeuti přes den, měli každý týden porady, supervize, byla tam mezi nima ředitelka... Oni fungovali perfektně, nešlo tam vidět, že by byli třeba rozhádaní mezi sebou nebo naštvaní na</p>

	<p>sebe... nebo že by jeden terapeut s druhým nemluvil nebo nějaké antipatie...“</p>
Následná péče a služby	<p><i>(Kaleidoskop)</i> „Pak jsem ještě chodila půl rok na individuály ke své terapeutce, ale najednou po těch dvou letech už nemáš nic a podle mě to tam strašně chybí, neměli jsme potom nic udržovacího jako je teď ten DBT stacionář, který můžeš využít ještě na rok a půl. Ještě tam chyběl podle mě nějaký přechod...“</p> <p><i>(krizový tým)</i> „Já jsem hlavně využívala to krizové centrum, chodila jsem tam, kdykoliv jsem tam mohla zavolat (...) takže tam to fungovala perfektně.“</p>
Chybění multidisciplinárního přístupu v sociální službě a stigmatizace	<p><i>(krizový tým)</i> „Za ty dva roky tam chybělo podle mě to, jak oni nemaj ten psychoterapeutickéj výcvik. Mají zkušenosti jenom z jednoho kurzu nebo něco načtený a ty když se nějak chováš, automaticky to berou, jo, to je manipulace. A stalo se mi to s tou mojí pracovnící dvakrát a na podruhé jsem s nimi už skončila.“</p> <p>„Já jsem s tou sociální pracovnící ráda mluvila, bylo to někdy skoro jako psychoterapeutický sezení, ale ona na to nebyla vycvičená, třeba když jsem chvíli mlčela, myslela si, že jí nějak manipuluju, že ji chci někam dostat.“</p> <p>„Já jsem byla strašně našťvaná (...), že s tou diagnózou se na nás hned koukaj jinak, přišlo mi to hrozně nefér... Že možná má něco nastudované a ještě blbě nastudované a pak jsem se bála jakkoliv projevit, protože co</p>

	když v tom uvidí manipulaci? Pořád jsem se kontrolovala, jak se budu chovat a nebyla už sama sebou...“
Nedostupnost psychoterapeutických služeb pro poruchy osobnosti	„Ještě teď ta zkušenost, že jsem chtěla jít do Šternberka a zase - hraniční porucha osobnosti děsnej problém...“

Tabulka C5 - Vliv sociální práce a psychoterapie na zotavení

Téma	Citace
Životní spokojenost	<p>„A hodně to někteří vidí tak, že když jsi byla v Kaleidoskopu, tak bys měla být už navždy bez problémů. A já si to prostě nemyslím, ten Kaleidoskop je takový první krok, je to začátek, já jsem odcházela strašně nabitá a strašně se mi zvýšila kvalita života.“</p> <p>„Takže jsem si mnoho let na té vlně jela, ale ono to postupně šlo dolů a dolů a začaly se postupně objevovat nějaké problémy a myslím, že to je strašně ovlivněné tím, kam se člověk vrací, jestli má zázemí, jestli má vztah, jestli se zamiluje, jestli si najde skupinu jako tu sociální síť, která ho podpoří a bude držet nějakou tu hladinu, že je hodnotnej... Jestli máš nějaký místo, kde tu svoji sebehodnotu neustále posiluješ.“</p>
Fungování	„Ale já jsem byla vždycky taková schopná a zodpovědná za ty druhé a hodně jako puntičkář a hodně perfekcionista.“

Psychické zdraví a vnitřní zdroje k jeho zlepšování	„...protože po tom roce v Kaleidoskopu dokážeš nějaké zklamání a pády se z toho otřepat... Ale postupně, když tam nemáš nějakou další podporu, ty schopnosti té stresové tolerance se snižují a najednou se vracíš do stejných mechanismů...“
Vztahy	„Hodně ve vztazích, že vím, jak s těma lidma komunikovat, říkat to, jak se cítím... Jít přes pocity, neříkat někomu: ty jsi blbá, ale říct, že mám takovej pocit, že teď se cítím prostě takhle... Spoustu technik jak mluvit, spoustu terapeutických věcí, to mi strašně pomáhá v komunikaci... I v tom, že si něco vyřídíš, že víš, že nemá cenu hned na někoho vyjždět... I s tím, jak jsou prostě důležité ty vztahy, strašně mi to pomohlo v tom povídání, řešení konfliktů... Mluvit prostě o pocitech...“

Petra absolvovala 18měsíční pobyt v terapeutické komunitě v letech 2010-2012. O svých zkušenostech z pobytu mluví velice nadšeně, je vidět, že na toto období ráda vzpomíná. Jako zásadní téma, které v rozhovoru zaznívá, jsou korektivní zkušenosti získané ze vztahů s ostatními členy i s terapeutky. Vypráví, že se v TK cítila jako v rodině – členy komunity vnímala jako sourozence a k terapeutkám měla vztah jako k rodičům. „*A já jsem v ní ze začátku měla mámu a všechno, jsme byly úplně v symbióze, bylo to neskutečné,*“ popisuje vztah se svou individuální terapeutkou. K rychlému a intenzivnímu navázání vztahu z jejího pohledu přispěl častý kontakt s psychoterapeutky. Oproti ambulantní psychoterapii, kam klient dochází jednou za týden, se zde klienti s terapeutky potkávali po celou dobu jejich služeb, které trvaly 36 hodin v týdnu. Poznávali terapeutky i po neformální stránce, během dne společně hráli karty, trávili spolu čas na týdenních výjezdech. Důvěra, kterou Petra získala ke své terapeutce, pro ni byla zásadním faktorem umožňujícím změnu na sobě. „*Je to intenzivnější, pracuje se tam víc*“

intenzivněji než v ambulantní formě terapie nebo než když jsi v léčebně... Proto si myslím, že jsou tam schopni lidi s touhle poruchou dělat daleko rychlejší a děletrvající kroky, změnu... Protože tam je tomu všechno přizpůsobené, takový mikrosvět, který ale přesně kopíruje ten svět venku. A zároveň s tím terapeutem zažíváš ty první fáze opravdu kdy jsi jako dítě a vylítáváš opravdu z toho hnízda,“ popisuje vliv intenzivní terapie a vztahu s terapeutkou na své zotavení. Komunitu prožívala jako prostředí motivující ke změnám. Dostávala často pozitivní zpětné vazby a ocenění, když zkoušela nové, zdravější způsoby chování. *„Viděla jsem, že to funguje, že kdo funguje a neublížíje si má víc pozornosti než ten, kdo si ubližuje. Takže se podporuje to zdravé chování (...) Takže já jsem tam úplně kvetla, protože jsem tam byla hodně tím krmená, tím oceněním, bylo to příjemné, takže jsem se posouvala dopředu neuvěřitelně rychle.“*

Kromě korektivní rekapitulace primární rodiny Petře v rámci skupiny pomáhalo vzájemné sdílení zkušeností, podpora ostatních členů a zpětné vazby. Protože měli ostatní podobné problémy, ze skupinových terapií mohla načerpat mnoho cenných zkušeností, i když zrovna sdílel své téma někdo jiný. *„Často ti ostatní jsou takovým zrcadlem neustále pro tebe, ale když je potřeba opravdu podpory, tak ti dají tu podporu.“* Ve skupině docházelo i ke konfliktům, které se zde participantka učila řešit zdravým způsobem. *„... tam se to učíš hrozně rychle a funkčně řešit, tam ani nemůžeš být rozhádaná, jednak to tam prostě nejde, když jsi s tím člověkem 24 hodin denně, nemůžeš tam být v tom napjatém vztahu...“* Petra reflektuje, že se učila pracovat s domněnkami, naučila se, že konfliktem vztah nekončí. Oceňuje vztahové skupiny, kam člověk mohl přinést jakékoliv téma týkající se vztahů se členy nebo s terapeuty. Význam pro ni měly i zkušenosti „starších“ členů, kteří pro ni byli pozitivními vzory. *„...tak jsem si z toho mohla osobně hodně brát, když jsem viděla, jak někdo jiný funguje, někdo ve vyšších fázích už zvládá tohle a jde příkladem.“*

Co se týče nácviku sociálních dovedností, oceňovala Petra v komunitě pocit vlastní zodpovědnosti a kompetence, který zde díky pracovním terapiím a funkcím mohla získávat. *„Hodila se mi ta kompetence, to, že jsem schopná, že jsem schopná zorganizovat nákup, že jsem kompetentní, schopná jako ministr práce rozdat práce, říct, co se bude nakupovat, kdo bude nakupovat, kdo půjde uklízet, že to fakt funguje (...) Ten pocit kompetence, že jsem fakt schopná, že mi to jde. Že najednou ten člověk dostane pocit: že já fakt nejsem lempl. A tam máš tolik příležitostí získat opačný pocit...“* Terapeuti v komunitě podle Petry poskytovali sociální poradenství, ale celkově spíš podporovali klienty v tom, aby si vše

potřebné sami zařídili. Klientům, kteří potřebovali vyřídit např. sociální dávky, poskytovali rady, Petra však s financováním pobytu neměla problém, a tak tohoto poradenství nevyužívala.

Participantka vnímala v komunitě propojení sociální práce a psychoterapie. Návky sociálních dovedností, které zahrnovaly rovněž vykonávání různých funkcí jako např. ministr práce, jí umožnily zažít, jak funguje v různých rolích. „...i díky různým funkcím si tam zkoušíš různé podřízené funkce, pozice, ale i pozice, kdy musíš rozhodovat o druhých.“ Na základě těchto rolí se Petře ukazovalo, jaké role jí nefungují v životě, učila se jednat jinak. Ve vztahu k terapeutům nevnímala rozdíl mezi sociálními pracovníky a psychology. Jejich tým považovala za dobře spolupracující a sehraný, což přisuzuje tomu, že měli často porady, supervize a trávili společně mnoho času.

Poslední fáze v komunitě byly zaměřené na přechod z komunity do života „venku“, v době, kdy Petra ukončila pobyt, však ještě nefungoval stacionář v DBT centru. Půl roku docházela ambulantně ke své individuální terapeutce, další psychoterapie, na kterou docházela poté, jí už tolik nevyhovovala. Díky pobytu v TK se participantce výrazně zvýšila kvalita života. Po několika letech se ale opět začaly objevovat problémy, které u Petry nakonec vedly ke zhoršení psychického stavu. Petra si nemyslí, že pobyt v Kaleidoskopu je zárukou bezproblémového života. Komunitu vidí jako první krok v zotavení, záleží podle ní do velké míry i na prostředí, do kterého se klient vrací. Důležité je, zda má člověk stabilní zázemí, místo, kde může stále posilovat svou sebehodnotu. „Našla jsem si bydlení, práci, všechno, ale nepodařilo se mi vytvořit si nějakou sociální síť, přátele nebo vztah, který by to víc držel.“ Schopnosti stresové tolerance, které se klient v komunitě učí, se podle zkušeností participantky bez podpory okolí postupně snižují. „Najednou se vracíš do stejných mechanismů,“ vysvětluje Petra svůj propad. I přes současné problémy však stále vidí oblasti, ve kterých se díky terapii posunula, zejména mezilidská komunikace a vztahy. „Jít přes pocity, neříkat někomu: ty jsi blbá, ale říct, že mám takovej pocit, že teď se cítím prostě takhle... Spoustu technik jak mluvit, spoustu terapeutických věcí, to mi strašně pomáhá v komunikaci...“

Petra v posledních letech využívala více psychoterapeutických a sociálních služeb. Zásadním tématem, o kterém se hodně rozpovídala, je pro ni zraňující přístup sociální pracovníce v krizovém týmu. Přestože sociální pracovníce ze začátku participantce velmi pomohla, po určité době se z její strany setkala s jednáním, které prožívala jako zraňující a stigmatizující. Problémem zde podle Petry může být chybějící multidisciplinární přístup, absence psychoterapeuta v týmu. „Za ty dva roky tam chybělo podle mě to, jak oni nemaj ten

psychoterapeutické výcvik. Mají zkušenosti jenom z jednoho kurzu nebo něco načtený, a ty když se nějak chováš, automaticky to berou, jo, to je manipulace. A stalo se mi to s tou mojí pracovníci dvakrát a na podruhé jsem s nimi už skončila.“ Petra popisuje více situací, kdy se setkala s velmi stigmatizujícími výroky sociální pracovníce. *„Já jsem s tou sociální pracovníci ráda mluvila, bylo to někdy skoro jako psychoterapeutický sezení, ale ona na to nebyla vycvičená, třeba když jsem chvíli mlčela, myslela si, že jí nějak manipuluju, že ji chci někam dostat.“* Posuzování a škatulkování jejího chování ze strany pracovníce vedlo k uzavření se do sebe, strachu a ztrátě důvěry. Petra se začala příliš kontrolovat, měla strach jakkoliv se projevit, aby její chování nebylo opět označeno za manipulaci. Na krizové centrum se od té doby neobrátila, přestože zde tato sociální pracovníce již nepracuje. Z jednání a výroků jejích kolegů, které bylo dříve vstřícné, prý Petra poznala, že i oni jsou ovlivněni postojem této pracovníce. Obává se tedy nyní negativního hodnocení ze strany ostatních pracovníků v týmu. Celkově pociťuje vztek ohledně stigmatu této diagnózy, vnímá nespravedlnost v odlišném přístupu k lidem s HPO. Nedávno také narazila na problém v dostupnosti psychoterapie pro tuto diagnózu, když se pokoušela dostat na psychoterapeutické oddělení.

5.4 Analýza rozhovoru D

Jakub, 27 let, sociální pracovník a peer konzultant, absolvoval dlouhodobý psychoterapeutický program DBT centra přibližně před rokem

Tabulka D1 – Sociální práce

Téma	Citace
Sociální poradenství	„Jo, no ono je to strukturované tak, že ze začátku se řeší takové ty sociální věci, terapeut se ptá, jak jsi na tom s penězma, jaké

	<p>máš zázemí, jestli máš kde bydlet, jestli se myješ, jestli zdravě jíš...“</p> <p>„A ten závěr, to už jsem se dostal do bodu, kdy jsem se toho terapeuta ptal, co ještě dál, že nechci zůstat v tom bodě, ve kterém jsem, i když jsem byl spokojený, tak jsme začali řešit... nevím jestli sociální věci, sport a stravu... Třeba i práci jsme řešili...“</p> <p>„... Já neměl nikdy problém, že bych musel řešit sociálku nebo nějaké prachy, nějaké dluhy... Ale vím, že moji spolupacoši, někteří to tam potřebovali řešit... Jakým způsobem se mají oddlužit, zároveň tam byla ta terapeutická podpora, jak by k tomu měli přistupovat... Jako věděli, na co člověk má nárok a na co ne...“</p>
--	---

Tabulka D2 – Přínos skupiny

Téma	Citace
Práce se vztahy a konflikty	<p>„Ta první skupina, tam jsem nebyl tak úplně spokojený, tam se to mění, každou chvíli někdo odejde, někdo přijde, a jak se proměnila ta první, tak tam byla ta druhá skupina, a tam už mi byli hodně sympatičtí ti klienti. Ze začátku to bylo hodně takové, že se mi nechtělo ani mluvit, ale myslím, že to mělo nějaký svoje místo a myslím, že kdybych v tom Kaleidoskopu byl ten poslední půl rok s těma lidma co jsem tam byl</p>

	<p>na začátku, že by mi taky víc sedli, že jsem si kvůli těm skupinám vytvořil i mnohem lepší vztah k lidem, že jsem tam jako když se mi někdo nelíbil, tak jsem se s ním nebavil...“</p>
<p>Sdílení zkušeností, vzájemná podpora a zpětné vazby</p>	<p>„Skupina hlavně náhled na mě samotného, když jsem slyšel ty lidi, jak o tom mluví, najednou slyšíš, když někdo mluví o něčem, co se tobě taky děje a on to řeší nějakým způsobem, když ho pochválí a řekne, že to řešil dobře, tak si řekneš: tak to taky můžu zkusit, když to funguje jemu...“</p>
<p>Dialektická behaviorální terapie</p>	<p><i>(strukturovanost skupin)</i> „Tam mi hrozně pomáhala, že jsem přesně věděl, co můžu od toho čekat, ze začátku jsem měl strach, co se tam bude řešit, měl jsem úzkost a radši jsem ani nedošel...“</p> <p>„To mindfulness je označení technik, kterých je milion, třeba to čumění do svíčky, poslech hudby nebo třeba, že si zvědomuješ procházení dveřma, vracíš se z bouře těch myšlenek a emocí sama k sobě a do té přítomnosti a tohle to jsem dělal jediné a tohle mi fakt pomohlo. Pak tam je blok stresové tolerance, nějaké vztahy, tam toho je hodně... Já teď hodně přikládám svůj dobrý stav tomu, že jsem si začal dělat ty techniky, ráno si pět minut zavřeš oči a poslechneš si svůj dech, dáš se tak do klidu... Jakmile jsem to dělal každý den, tak už to nepotřebuju moc, už jsem takový bdělý stále, je to fajn věc...“</p>

Tabulka D3 – Osobnost a přístup sociálního pracovníka a psychoterapeuta

Téma	Citace
Strukturované vedení terapie	<p>„Byl jsem hodně překvapený, jak ty lidi pracujou, předtím jsem měl zkušenost jenom s individuálem, který neměl žádnou formu...“</p> <p>„...ona byla taky fakt dobrá terapeutka, byla taková pevná v těch svých přesvědčeních a neuhýbala přede mnou... Musíš dělat úkoly, měl jsem perfektní schopnost se vymluvit na spoustu různých věcí, ale ona mě nutila všechno dělat, všechny úkoly...“</p> <p>„Tomu se říká DBT karta, tam si zapisuješ nálady (...) pak jakmile si to mapuješ, děláš to podrobně, snažíš se psát si to podle pravdy, tak začneš zjišťovat, že ty věci se ti dějí z nějakýho důvodu, že to je vždycky reakce na něco, ty propady, podle té karty to ten terapeut vyhodnotí, že máš sebevraždu 5, tak se tě zeptá: a co se dělo, já řeknu, že nevím... Tak běž zpátky, co se dělo v pondělí, no byl jsem v práci a už najednou zjišťuješ, že to s něčím souvisí... A pak jsem zjistil, že to co se stalo, tak vlastně moje reakce byla neadekvátní tomu, že se třeba při rozhovoru někdo podíval na hodinky a já jsem odešel, že jsem si myslel, že o mě nemá zájem a takové (...) Tak a začínáš vlastně s tímhle tím, většinou ze začátku ty individuály se točí kolem tady tohohle, pak ještě většinou nějaké</p>

	řetězové analýzy, vezmeš si nějakou situaci a všechno si tam popíšeš...“
Důležitost akceptujícího a empatického přístupu	(<i>první zkušenost s individuální psychoterapií</i>) „Pro mě to byla blbá zkušenost (...) A on mi říkal, že možná jsem líný... A to pak vznikl dost velký blok proti němu...“

Tabulka D4 – Spolupráce sociálního pracovníka a psychoterapeuta, multidisciplinární týmy a návaznost služeb

Téma	Citace
Stírání rozdílů v rolích	„Jo, no ono je to strukturované tak, že ze začátku se řeší takové ty sociální věci, terapeut se ptá, jak jsi na tom s penězma, jaké máš zázemí, jestli máš kde bydlet, jestli se myješ, jestli zdravě jíš...“ „...asi by to nebylo jako kdybys šla za pracovním konzultantem a hledali byste spolu ty nabídky, ale asi nějaký ten rámeček by ti nějak přiblížili...“
Následná péče a služby	„Teď si dávám pauzičku od terapií a ještě mám v plánu psychoanalýzu. Nabídl mi to psychiatr, že by to mohl být ještě další krok...“

Tabulka D5 - Vliv sociální práce a psychoterapie na zotavení

Téma	Citace
Životní spokojenost	<p>„Ten přínos pro ten můj život je tak velký, že už si občas říkám, jestli se mi to třeba nezdá...“</p> <p>„Našel jsem si kvůli tomu práci, která mě úplně kurevsky baví... Konečně v tom vidím budoucnost, oženil jsem se...“</p>
Fungování	<p>„...jsem schopný pracovat, fakt jsem schopný se soustředit...“</p> <p>„Začal jsem uklízet, začal jsem se starat o věci...“</p>
Psychické zdraví a vnitřní zdroje k jeho zlepšování	<p>„Já teď hodně příkládám svůj dobrý stav tomu, že jsem si začal dělat ty techniky, ráno si pět minut zavřeš oči a poslechněš si svůj dech, dáš se tak do klidu... Jakmile jsem to dělal každý den, tak už to nepotřebuju moc, už jsem takový bdělý stále, je to fajn věc...“</p> <p>„Mně pomohli objevit nějakou tu vlastní hodnotu.“</p> <p>„Přestal jsem mít úzkosti skoro úplně, přestal takové věci řešit... Ale to je přirozené... Říkám, zbavil jsem se těch úzkostí na 80%, depresí taky, vztahu k chlastu...“</p>
Vztahy	<p>„...jsem schopný se bavit s lidma bez toho, aniž bych neustále přemýšlel nad něčím, nad nějakým, že mě někdo soudí nebo si něco myslí o mně.“</p> <p>„Vztah k lidem jsem si změnil, začal jsem mít lidi rád... Začal jsem být takový víc v klidu, беру telefony, volám lidem... S rodičema se mi zlepšil vztah, s fotrem jsme měli úplně</p>

	šilený, tak s ním jsme zase kámoši docela, že si s nima i normálně pokecám...“
--	--

Jakub absolvoval stacionář pro pracující v DBT centru Kaleidoskopu. Terapeutický program zahrnoval tříhodinovou skupinu a individuální sezení každý týden. Ze začátku měl pochybnosti o tom, zda mu může být terapie skutečně nápomocná. Nakonec ho však pozitivně překvapilo, jakým způsobem v DBT centru probíhá terapie, vyhovovala mu strukturovanost programu a po měsíci terapie začal mít pocit, že mu může pomoci. Strukturovanost programu Jakobovi přinášela pocit jistoty. „...že jsem přesně věděl, co můžu od toho čekat, ze začátku jsem měl strach, co se tam bude řešit, měl jsem úzkost a radši jsem ani nedošel...“ Další jeho obavy se týkaly autentického projevení sebe před skupinou i terapeutem. Jakub reflektuje, jak pro něj bylo ze začátku těžké otvírat některá témata, přiznat, že něčemu nerozumí nebo něco nezvládá. Ze začátku se snažil před skupinou ukázat, že všechny úkoly plní nejlépe, vnímal také, že se snaží působit jinak před ženami. Vzhledem k tomu, že jeho individuální terapeutka byla žena, měl obavy, aby to nebylo terapii na překážku. Nakonec pro něj byla individuální terapie naopak „nakopnutím správným směrem“. „Ona byla taky fakt dobrá terapeutka, byla taková pevná v těch svých přesvědčeních a neuhýbala přede mnou... (...) ona hned ze začátku mi vysvětlila, že musí trvat na tom, co se tam po mně vyžaduje, což jsou ty úkoly a abych chodil a že prostě je jedno, jak ty úkoly udělám, jestli tam udělám chybu... já jsem ze začátku byl hodně nastavený, že když něco dělám, tak to musím dělat na 250% nebo nedělám nic, takže většinou jsem neudělal nic...“ popisuje své vnitřní nastavení a jeho postupnou změnu. Obával se, že bude vnímaný skupinou jako hloupý, že ho členové nebudou mít rádi. Postupně však nad tím začal přemýšlet jinak a na úkolech pracovat poctivě, protože věděl, že jinak si z terapie skutečně nic neodnese. Ve změně postoje a zmírnění obav mu pomáhal i vztah k terapeutům i ostatním členům skupiny.

Skupina na stacionáři se postupně proměňuje, ve skupině, do které na začátku nastoupil, mu nebyli klienti tolik sympatičtí jako ti, kteří přišli do terapie později. Jakub vnímá, že důvodem mohla být i změna ve vztahu lidem, ke které u něj v průběhu stacionáře došlo. „...myslím, že kdybych v tom Kaleidoskopu byl ten poslední půl rok s těma lidma co jsem tam byl na začátku, že by mi taky víc sedli, že jsem si kvůli těm skupinám vytvořil i mnohem lepší vztah k lidem, že jsem tam jako když se mi někdo nelíbil, tak jsem se s ním nebavil...“ Skupina

ho obohatila i vzájemným sdílením zkušeností, náhledem, který mohl získávat i díky příběhům ostatních klientů s podobnými problémy. „...když jsem slyšel ty lidi jak o tom mluví, najednou slyšíš, když někdo mluví o něčem, co se tobě taky děje a on to řeší nějakým způsobem, když ho pochválí a řekne, že to řešil dobře, tak si řekneš: tak to taky můžu zkusit, když to funguje jemu...“ Na skupinových sezeních založených na DBT se naučil techniky mindfulness, které pomáhají dostat se ze silných emocí a myšlenek do přítomnosti. Díky dlouhodobému procvičování těchto technik se nyní Jakub cítí dobře.

Participant na sobě cítí změny ve všech oblastech života. „*Ten přínos pro ten můj život je tak velký, že už si občas říkám, jestli se mi to třeba nezdá...*“ uvažuje o vlivu terapie na sebe sama. Díky stacionáři změnil práci, konečně cítí v pracovní oblasti naplnění. Je schopný v práci fungovat a soustředit se. Ke zlepšení psychického stavu u Jakuba došlo i díky objevení vlastní sebehodnoty. Participant popisuje, že se téměř zcela zbavil úzkostných a depresivních stavů. Významné zlepšení vnímá také v oblasti vztahů. Zlepšily se jeho blízké vztahy i komunikace s lidmi celkově. Nyní se již neobává hodnocení a odsuzování ze strany druhých, což mu dříve komunikaci znesnadňovalo.

5.5 Analýza rozhovoru E

Jana, absolvovala pobyt v TK před rokem, dále využívala sociální služby

Tabulka E1 – Sociální práce

Téma	Citace
Režimové prvky a pravidla/omezení	„Věděla jsem, že za ty odchody můžou ty terapeuti a systém té komunity, který působí tvrdým a nekompromisním způsobem. Režim je pro mě v pořádku, pokud zohledňuje tu situaci. Pravidla podporují tu

	<p>strukturu, ale záleží, jaká jsou to pravidla, pokud jsou to pravidla spolužití, tak jsou v pořádku, ale pokud jsou to pravidla, která utlačují osobnost, tak to podle mě v pořádku už není...“</p> <p>„A 99% lidí mi přišlo, že neporušili nějaký pravidlo schválně, bylo to kvůli jejich nemoci, jako nějaká nesoustředěnost, zapomnětlivost, únava, kterou často trpí lidi s problémama a ta únava je často kvůli těm traumatům...“</p> <p><i>(Baobab)</i> „Pravidla jsme si tam tvořili sami, na kterých jsme se shodli... A cítila jsem, že se snažili dělat kompromisy a zajímali se o naše pocity.“</p>
Nácviky sociálních dovedností	<p><i>(TK)</i> „V pondělí, úterý, čtvrtek, pátek jsme tam měli nařízenou pracovní terapii tři a půl hodiny, což si myslím, že mělo být až v pozdějších fázích, když už se člověk připravuje na nějakou práci, ze začátku terapie mi to nedělalo dobře, mě to unavovalo.“</p>
Sociální poradenství	<p><i>(TK)</i> „A jednání s úřady, to mi nenabídli za ten pobyt, byla jsem tam dva a půl měsíce, tak mi to nenabídli za celou dobu...“</p>

Tabulka E2 – Přínos skupiny

Téma	Citace
------	--------

Nedostatek pozitivních vzorů	(TK) „Já jsem tam právě ale hodně mluvila s těma lidma a právě mě frustrovalo, že holka po 13 měsících Kaleidoskopu má deprese, má v sobě černou díru, přitom to byla inteligentní, komunikativní holka a já jsem z toho byla strašně zklamaná...“
Skupina více nápomocná než psychoterapeut	(TK) „Celkově klienti byli hodnější než terapeuti, byli víc empatičtí...“
Soucit s ostatními	(TK) „...chtěla jsem pořád ochraňovat ty lidi, chtěla jsem, aby dostali ten soucit...“ „...že mě stížnosti a odchody druhých traumatizovaly, viděla jsem o nich víc než oni a věděla jsem, že za ty odchody můžou ty terapeuti a systém té komunity, který působí tvrdým a nekompromisním způsobem.“

Tabulka E3 – Osobnost a přístup psychoterapeuta a sociálního pracovníka

Téma	Citace
Zraňující přístup psychoterapeuta/retraumatizace	„Ale tím, že jsem zažila omezující, trestající výchovu, tak to pro mě bylo ještě větší trauma, v podstatě jsem ty terapeuty považovala za horší než moje máma, a moje máma to dělala nevědomě.“ „To právě dělali ty naši rodiče a to nám právě způsobilo tu duševní nemoc, takže to nemůžou dělat stejný praktiky jako v komunitě...“

	<p>„...on dost i klienty provokuje a já si myslím, že u těchto poruch osobnosti to není vhodné ze začátku.“</p>
Nedostatek rovnocenného přístupu	<p>„Křičela na mě, že jestli nepřestanu, nepřestoupím do F1 a cítila jsem se hodně špatně, protože jsem to považovala za takový nadřazený chování, neefektivní... Čekala bych, že mě třeba uklidní, myslela jsem si, že od toho tam ty terapeuti jsou, aby vyrovnávali tu labilitu a vedli klienty ke stabilitě...“</p> <p>„...jak se na mě terapeut tvářil, jak se mnou mluví z vrchu a ne přátelsky.“</p>
Důležitost akceptujícího a empatického přístupu	<p><i>(Individuální psychoterapeut v TK)</i> „A ten psycholog neměl problém, viděl, že jsem pro to dost udělala a snažil se mi vyjít vstříc... S ním jsem se cítila nejvíc, jako když tam dochází k tomu léčení... Že u něho jsem se cítila přijímaná i s těma špatnými vlastnostma, i že respektoval moji osobnost, že prostě byl ochotnej k tomu kompromisu, přátelskej...“</p> <p><i>(Baobab)</i> „Jejich přístup je ale lidskej, tam jsem zažila, že se mi snažili naslouchat, měli se mnou trpělivost...“</p> <p><i>(Fokus)</i> „Tam tam jsem taky zažila lidský přístup, pochopení, trpělivost.“</p>
Důvěra a pocit bezpečí	<p><i>(TK)</i> „A moji důvěru si nezískali, dokonce jsem si nesvolala žádnou mimořádku, ani když jsem ji potřebovala.“</p> <p>„...akorát ten jeden terapeut, on byl takovej rodičovskej, on se zajímal o to bezpečí těch</p>

	<p>klientů, co prožívají a proč se tak chovají, to mě uklidnilo a to mi vždycky pomáhalo.“</p> <p>„Když nedostal pocit bezpečí a nefunguje jako ta samostatná identita, tak určitě potřebuje terapeuta, který mu to bezpečí dává, ale zároveň mu dává odvahu dělat ty nové věci...“</p>
--	---

Tabulka E4 – Spolupráce sociálního pracovníka a psychoterapeuta, multidisciplinární týmy a návaznost služeb

Téma	Citace
Multidisciplinarita v rámci psychoterapeutického oddělení	<i>(psychoterapeutické oddělení)</i> „V Bohnicích na té trojce, tam byla sociální pracovníce, psychologka a doktor... Když měli vizitu, tak tam byli všichni, takže si myslím, že si asi říkali o klientovi všechno, tak to asi mohl být multidisciplinární přístup... Sociální pracovníce se mnou řešila ty sociální věci, psycholog ty psychický a doktor léky...“
Stigmatizace	<i>(TK)</i> „A mám pocit, že i ten Kaleidoskop má stigma vůči hraničním poruchám osobnosti, já jsem měla celou dobu dojem, že nás považují za osobnosti, který jsou až psychopatický, že mají sklon třeba manipulovat druhý, že mají sklon třeba ubližovat...“ <i>(psychoterapeutické oddělení)</i> „A to byla ta propustka, chodila jsem pomáhat jedné paní

	a nestihla jsem se vrátit, ale zase měla jsem tu nálepku, že jsem hraniční, takže jako že to dělám schválně a oni si to vůbec nenechali vysvětlit.“
--	---

S Janou jsem komunikovala nejprve jen písemně. Prosila mě o zaslání otázek předem, jelikož má problém se spontánním vyjadřováním. Poslala jsem Janě tedy orientační otázky uvedené na začátku této kapitoly a zároveň vysvětlila výzkumnou metodu, při níž se používá polostrukturovaného rozhovoru. Již z písemné komunikace bylo zřejmé, že se Janě o tématu těžko mluví, jedná se o zkušenosti, které pro ni byly podle jejích slov traumatizující. Sdělila jsem jí, že pro účely rozhovoru bych preferovala možnost se průběžně doptávat na témata, která vyplynou jako zásadní, zároveň však na ni nechci nijak tlačit. Když se nám podařilo setkat se osobně, ze začátku jsem kvůli obavám participantky nezapínala diktafon a chvíli jsme si povídaly bez něj. V začátku rozhovoru, který tedy není v záznamu uveden, mluví Jana o vážném fyzickém onemocnění, které jí bylo diagnostikováno právě v průběhu pobytu v terapeutické komunitě. Onemocnění bylo jedním z důvodů, kvůli kterým léčbu v komunitě v třetím měsíci pobytu ukončila. Kromě toho, že se potřebovala zaměřit na léčbu fyzického zdraví, prožívala pobyt v terapeutické komunitě jako velmi stresující. Přes počáteční obavy se Jana o svých zkušenostech velmi živě rozpovídala, jednalo se o můj nejdelší rozhovor. Hlavním tématem byla nespokojenost se systémem terapeutické komunity a s přístupem některých psychoterapeutů. Nakonec ani nezbylo více prostoru pro jiná témata jako zkušenosti s jinými zařízeními a organizacemi, multidisciplinární přístup a vliv sociální práce a psychoterapie na zotavení, rozhovor se však dostával do hloubky témat, která jsou vnímána participantkou jako zásadní.

„Věděla jsem, že za ty odchody můžou ty terapeuti a systém té komunity, který působí tvrdým a nekompromisním způsobem. Režim je pro mě v pořádku, pokud zohledňuje tu situaci. Pravidla podporují tu strukturu, ale záleží, jaká jsou to pravidla, pokud jsou to pravidla spoluzítí, tak jsou v pořádku, ale pokud jsou to pravidla, která utlačují osobnost, tak to podle mě v pořádku už jako není...“ rozvádí participantka svůj pohled na terapeutickou komunitu. Popisuje více příkladů klientů, kterým prý určitá životní situace neumožnila plně se podřítit pravidlům, a nakonec vedla k odchodu z komunity. Sama se prý setkala s tím, že jí kvůli

pravidlům nebylo umožněno odjet na důležité vyšetření. Podle slov participantky jsou sankce v komunitě neúměrná „provinění“ klientů. Většina z nich neporušovala pravidla naschvál a rozhodně prý nechtěli nikomu uškodit. Dále Jana vysvětluje, jak pro ni bylo ze začátku těžké orientovat se v mnoha pravidlech. Příčinou jejich nedodržení bývalo podle Jany to, že na ně klienti zkrátka zapomněli. „*Potom se zase stalo, že někdo na kotli nechal toaletní papír a nikdo si nemohl vzpomenout, kdo ho tam dal, takže celá komunita na to měla doplatit podle nich a druhý den jsme tam neměli žádný terapie za trest...*“ Jana vnímá častější zapomnětlivost jako důsledek únavy a stresu, které prožívají lidé s psychickými problémy a traumaty. Nesetkala se však s tím, že by se psychoterapeuti těmito hlubšími příčinami zabývali a pracovali s nimi. Pracovní terapie byla pro Janu v terapeutické komunitě ze začátku také velmi náročná. „*V pondělí, úterý, čtvrtek, pátek jsme tam měli nařízenou pracovní terapii tři a půl hodiny, což si myslím, že mělo být až v pozdějších fázích, když už se člověk připravuje na nějakou práci,*“ shrnuje svůj názor. Janě seděla spíše ergoterapie v psychiatrické nemocnici, jako terapeutické vnímá tvořit něco rukama. Sociální poradenství v Kaleidoskopu nezažila, pomoc v jednání s úřady jí prý nebyla nabídnuta.

Stejně jako ostatní participanti vnímala Jana jako nápomocnou komunitu lidí s podobnými problémy. S ostatními členy TK si ráda povídala a vyměňovala zkušenosti, podle jejích slov pro ni byli více nápomocní než terapeuti. Bohužel se však nesetkala s pozitivními vzory „starších“ členů, které by v ní posílily naději na zotavení v terapeutické komunitě. Naopak popisuje mnoho příběhů klientů, kteří se ani po dlouhé době terapie necítili lépe, odcházeli z komunity nebo v ní byli nespokojení. Jana v průběhu rozhovoru mluvila převážně o zkušenostech ostatních členů, možná dokonce více než o svých vlastních. Z naléhavosti sdělení bylo zřejmé, že negativní psychický stav a nespokojenost ostatních klientů v komunitě zásadně přispívaly ke zhoršení stavu participantky. Jana uvádí, že se snažila ostatním klientům naslouchat a pomáhat, neměla však sama z čeho čerpat. Vypráví, že ji „... *stížnosti a odchody druhých traumatizovaly, viděla jsem o nich víc než oni a věděla jsem, že za ty odchody můžou ty terapeuti a systém té komunity, který působí tvrdým a nekompromisním způsobem.*“

Přístup většiny terapeutů ke klientům vnímala Jana jako nadřazený, omezující a trestající. Vzhledem ke svým traumatům z dětství pro ni byl takový přístup velmi zraňující a retraumatizující. „*Ale tím, že jsem zažila omezující, trestající výchovu, tak to pro mě bylo ještě větší trauma, v podstatě jsem ty terapeuty považovala za horší než moje máma, a moje máma to dělala nevědomě,*“ popisuje vliv jednání pracovníků na sebe sama. „*To právě dělali ty naši*

rodiče a to nám právě způsobilo tu duševní nemoc, takže to nemůžou dělat stejný praktiky jako v komunitě...“ Jana dále popisuje mnoho konkrétních příkladů jednání terapeutů, které na ni působilo jako provokace klientů, nadřazeně či dokonce výbušně. Setkala se s prudkou emoční reakcí terapeutky v situaci, kdy by očekávala od terapeutů naopak uklidnění. Pro participantku jsou podobné reakce psychoterapeutů v rozporu s principy dialektické behaviorální terapie, která má klienty učit vyrovnávat protiklady a dospět k moudré mysli. Vyzdvihuje však spolupráci se svým individuálním terapeutem. V komunikaci s ním cítila rovnocennost, přijetí, lidský a empatický přístup, což mělo pozitivní vliv na její zotavení. *„S ním jsem se cítila nejlíp, jako když tam dochází k tomu léčení... Že u něho jsem se cítila přijímaná i s těma špatnýma vlastnostma, i že respektoval moji osobnost, že prostě byl ochotnej k tomu kompromisu, přátelskej...“* Přátelskost a pochopení vnímala i v přístupu sociálních pracovníků v Baobabu a ve Fokusu. Pocit bezpečí, který v terapeutické komunitě cítila pouze s jedním terapeutem, považuje participantka za zásadní aspekt umožňující změnu na sobě. Jana v terapii potřebuje, aby jí terapeut dodával pocit bezpečí, na základě čehož si bezpečí může vybudovat v sobě.

Jana zažila multidisciplinární přístup na psychoterapeutickém oddělení psychiatrické nemocnice Bohnice. Pobyt zde hodnotí zpětně jako přínosný, ale příliš krátký (trval šest týdnů). Pomáhala jí skupinová terapie a ergoterapie, přístup některých odborníků však vnímala jako stigmatizující. Jana měla pocit, že její chování hodnotí na základě „škatulky“ problémového klienta s poruchou osobnosti. Stigmatizaci hraniční poruchy osobnosti vnímala i v terapeutické komunitě. *„A mám pocit, že i ten Kaleidoskop má stigma vůči hraničním poruchám osobnosti, já jsem měla celou dobu dojem, že nás považují za osobnosti, který jsou až psychopatický, že mají sklon třeba manipulovat druhý, že mají sklon třeba ubližovat...“*

5.6 Shrnutí

Rozhovory byly analyzovány v rámci pěti tematických celků, které vycházejí z výzkumných otázek a společných témat, které se během rozhovoru u participantů objevovaly. V následujícím shrnutí uvedu podobnosti, kterých jsem si u participantů všimla, zároveň však poukážu na individuální rozdíly. První tematický celek se týká sociální práce, druhý přínosu skupiny. Třetím tematickým celkem je osobnost a přístup sociálního pracovníka a

psychoterapeuta, čtvrtý se týká spolupráce sociálního pracovníka a psychoterapeuta a multidisciplinárního přístupu celkově. Poslední celek se zabývá dlouhodobým vlivem sociální práce a psychoterapie na zotavení a kvalitu života, který na sobě participanti pocítují s dlouhým časovým odstupem (jeden rok až šest let po intenzivní terapii).

Sociální práce

První tři participantky téměř shodně popisují pozitivní vliv prvků sociální práce a sociální rehabilitace na své zotavení. Nejvýraznějším tématem, na kterém se všechny tři bývalé klientky shodly, je pocit vlastní zodpovědnosti a kompetence, který získávaly díky pracovním terapiím a vykonáváním různých funkcí v komunitě. Díky tomu, že pracovní terapie zvládaly, se cítily schopnější, což přispívalo ke zlepšování jejich psychického stavu. Anička a Míša zdůrazňují, že nutnost plnění režimu a pracovních terapií jim pomohlo k tomu, aby se učily lépe fungovat i v období krize. Zatímco Petra neměla problém dodržovat pravidla a program komunity, pro Aničku to bylo ze začátku těžké. Popisuje však, že jí velmi pomohlo vybudovat si režim, smysl pravidel pochopila až tehdy, když je ona nebo někdo jiný porušil. Anička, Míša i Petra zažily v komunitě do určité míry sociální poradenství. Pro Aničku bylo poradenství ohledně jednání s úřady ze začátku velmi nápomocné, podobně jako ke konci pobytu konzultace ohledně hledání bydlení a práce. Míša využívala po pobytu v TK ještě několika sociálních služeb. Chráněná práce v kavárně jí poskytla prostor pro nácvik a rozvoj pracovních dovedností, cítila se zde užitečná a získala díky tomu více kontaktů s lidmi. Co se týče sociálního poradenství, využívala také služeb sociálních pracovníků terénního komunitního týmu, podle jejích slov však od nich nedostala dostatek rad a praktické pomoci v řešení obtížných situací, jednalo se spíše o psychickou podporu. Jana, která také absolvovala pobyt v TK, režimové prvky a pravidla vnímala zcela jinak než předchozí tři participantky. Cítila se jimi spíše utlačovaná, omezovaná a trestaná. Pravidla vnímala jako nekompromisní a tresty jako přehnané, vzhledem k tomu, že žádné pravidlo neporušila schválně. Jana respektuje základní pravidla spoluzití nebo společného fungování, důležitá je pro ni ochota terapeutů dělat kompromisy. Proto jí vyhovovala více organizace Baobab, kde si podle jejích slov tvořili pravidla sami klienti. V TK se nesetkala se sociálním poradenstvím ani s pomocí v jednání s úřady. Pracovní terapie pro ni byly ze začátku příliš náročné a unavující, ocenila spíše ergoterapii v PN Bohnice, na které klienti mají možnost tvořit rukama. Oproti ostatním

participantům Jakub prvky sociální práce příliš nevyužíval ani nepotřeboval, i když se DBT centru Kaleidoskopu setkal se sociálním poradenstvím.

Přínos skupiny

Pro všechny participanty byla skupina lidí s podobnými problémy důležitým faktorem přispívajícím ke změně. Anička, Míša, Petra i Jakub vnímali sdílení zkušeností, podporu a zpětné vazby mezi členy skupiny a komunity jako velmi nápomocné. Pomohlo jim slyšet o různých tématech, problémech a možných řešeních od jiných členů s podobnými zkušenostmi. Petra se více rozpovídala o přínosu komunikace se „staršími“ členy ve vyšších fázích, ve kterých viděla pozitivní vzory, což pro ni bylo motivující. Pro již zmíněné čtyři participanty byla důležitá také práce se vztahy a konflikty, které se v komunitě či ve skupině učili rychle a funkčně řešit. Tito bývalí klienti shodně zmiňují, že se naučili lépe komunikovat, skrz vztahy ve skupině se jim ukázaly problémy ve vztazích „venku“, na kterých poté mohli pracovat. Jakub zmiňuje, že se mu díky skupinám podařilo vytvořit lepší vztah k lidem celkově. K přínosu skupiny uvádí Petra také podporu zdravých způsobů chování, ve skupině se jí dostalo i korektivní rekapitulace primární rodiny. V komunitě zažívala vztahy, které jí v rodině chyběly, dostávala pozornost, zájem a podporu. To vše přispívalo k jejímu zotavení. Jakub vyzdvihuje vliv DBT skupin, na kterých mu vyhovovala strukturovanost, učení se nových dovedností a způsobů, jak se sebou může pracovat. Pro Janu byla skupina klientů v TK více nápomocná než většina psychoterapeutů. Členy komunity vnímala jako hodnější a citlivější než psychoterapeuty. Zároveň se však potýkala s nedostatkem pozitivních vzorů, mnoho klientů ve vyšších fázích se prý cítilo psychicky stále špatně. Při rozhovorech s nimi Jana ztrácela naději, že jí pobyt v komunitě může pomoci. Dalším faktorem, který u ní přispíval k horšímu psychickému stavu, byly problémy druhých, se kterými Jana soucítila, podobně jako odchody členů z komunity.

Osobnost a přístup psychoterapeuta a sociálního pracovníka

Všichni participanti zdůrazňují důležitost přijímajícího a empatického přístupu sociálního pracovníka a psychoterapeuta, který jim umožnil navázání vztahu a důvěry. Pro Petru byl vztah s individuální psychoterapeutkou v terapeutické komunitě korektivní

zkušeností, díky které mohla dočerpávat citový deficit z primární rodiny. Podobnou zkušenost uvádí i Míša. Anička získala korektivní zkušenost díky vztahu s mužskými terapeuty. Díky tomu, že se ve vztahu s nimi cítila bezpečně, mohla zapracovat na své důvěře k mužům celkově. Petra cítí, že se v terapii posouvala dál především díky ocenění, kterého se jí od terapeutů dostávalo. Jakubovi sedělo strukturované vedení terapie v DBT centru, individuální terapie, která nemá žádnou formu, mu předtím nevyhovovala.

Téměř všichni participanté uváděli i negativní zkušenosti v komunikaci s psychoterapeuty či sociálními pracovníky, které pro ně byly zraňující. Např. Jakub popisuje hodnotící přístup ze strany svého dřívějšího individuálního psychoterapeuta, na základě kterého v komunikaci s ním začal cítit blok. Petra se necítila dobře v komunikaci se sociální pracovnící v krizovém centru, která označovala její chování za manipulaci, což Petru zraňovalo. Podobnou zkušenost prožila i Míša se svým individuálním terapeutem v TK. Z komunikace s ním vnímala, že ji zavrhuje jako osobnost, vnucuje jí vlastní názory a představy o ní, se kterými se ze strachu z něj začala ztotožňovat. Vnímala u něj také emoční neovladatelnost, někdy prý křičel a používal vulgarismy. Podobné zážitky zmiňovala Jana v komunikaci s více terapeuty v komunitě. Jejich přístup vnímala často jako nadřazený a trestající, což pro ni bylo retraumatizující. Vzhledem k tomu, že zažila omezující a trestající výchovu, potřebovala v psychoterapii zažít opačný přístup. Podle Jany by měl být terapeut ochotný udělat kompromis, sedí jí lidský, přátelský přístup, který vnímala v TK u svého individuálního terapeuta, dále i od sociálních pracovníků Baobabu a Fokusu. Aniž bych chtěla hodnotit tyto zkušenosti v komunikaci s psychoterapeuty a sociálními pracovníky, z rozhovorů bylo zřejmé, že všechny tyto zkušenosti na klienty zapůsobily velmi silně. Většina participantů jich byla stále ještě „plná“, měli potřebu o nich delší dobu hovořit. Byly z nich patrné silné negativní emoce a u některých klientů vliv na jejich sebehodnocení.

Spolupráce sociálního pracovníka a psychoterapeuta, multidisciplinární týmy a návaznost služeb

Všechny participantky, které strávily v komunitě delší dobu, zmiňují propojení sociální práce a psychoterapie v TK. Jako příklad uvádějí především pracovní terapie, které sloužily jako nácviky sociálních dovedností, zároveň jim pomáhaly zlepšovat psychický stav. Při

pracovních terapiích docházelo ke konfliktům, které napomáhaly odhalit problémy, se kterými se potýkaly ve vztazích „venku“. Z pracovních terapií tedy často vyplynuly témata pro skupinovou terapii. Petra zdůrazňovala dále přínos funkcí v komunitě, díky kterým si mohla vyzkoušet podřízené pozice a zároveň i role, ve kterých měla zodpovědnost za druhé. Zažila si, jaké to je, být opečovávaná i pečovat o druhé. Na základě těchto rolí se klientům ukazuje, s jakými rolami mají problémy v životě. Funkce v komunitě jsou tedy důležitými sociálními nácviky i nástrojem pro sebepoznání. Anička a Petra nevnímaly rozdíl mezi terapeuty se sociálním vzděláním a terapeuty s psychologickým vzděláním. Nebylo pro ně podstatné konkrétní vzdělání jejich terapeuta, všichni terapeuti se podle nich orientovali v sociálních službách. Nejednalo se tedy o klasický multidisciplinární tým, kdy každý pracovník pomáhá klientům především v určité oblasti – sociální pracovník spíše v sociálním poradenství, psycholog vede psychoterapii. I Jakub, který docházel do DBT centra, zmiňuje sociální poradenství, kterému se věnovali terapeuti se sociálním i psychologickým vzděláním.

S následnou péčí a službami měli participantů různé zkušenosti. Anička ocenila DBT centrum Kaleidoskopu jako následnou službu, kterou vnímala jako podporu po ukončení pobytu v komunitě. Kromě toho jí občas pomohlo zavolat na krizovou linku. Petře, která absolvovala komunitu již před mnoha lety, naopak následná péče chyběla. Tehdy ještě nefungovalo DBT centrum, Petra docházela půl roku ke své individuální terapeutce, poté byla však určitou dobu bez terapie, která by jí vyhovovala. Před časem vnímala jako oporu krizový tým v rámci sociální služby, kde se však po nějaké době setkala se stigmatizujícím přístupem sociální pracovnice. Míša po pobytu v TK nastoupila do DBT centra, kde opět zažila nerespektující přístup individuálního terapeuta. Terapii zde tedy raději ukončila. Pro Míšu byla ze sociálních služeb po komunitě velmi podpůrná pracovní rehabilitace, po narození dítěte také komunitní sociální služba. Jakub si dává nyní od psychoterapie pauzu, jako další krok plánuje psychoanalýzu. Jana zažila od pobytu v TK léčbu na psychoterapeutickém oddělení v Bohnicích, se kterou byla oproti Kaleidoskopu spokojenější. Na psychoterapeutickém oddělení také zažila spolupráci multidisciplinárního týmu (psychiatr, psycholog, sociální pracovník, apod.) S multidisciplinární spoluprací se setkala i Míša, pro kterou byla v těžkých situacích velmi podpůrná. Míša oceňuje např. spolupráci sociálních pracovníků komunitního týmu s její psychiatrickou. Participantka Petra popisuje spolupráci s krizovým týmem, kde z jejího pohledu multidisciplinární přístup naopak chyběl. Pracovníci v krizovém týmu prý nemají psychoterapeutický výcvik, jejich znalosti o HPO jsou podle Petry založené pouze na jednom kurzu a chybných informacích o této problematice. Její chování tedy

mylně interpretovali jako manipulaci. Petra se sociální pracovníci z krizového týmu ráda mluvila, ale po opakovaném zranění z její strany se před ní bála jakkoliv projevit. Měla pocity vzteku a nespravedlnosti, nerozumí tomu, proč ji sociální pracovníce pouze na základě diagnózy viděla takto negativně. Se stigmatizací a nedostatkem sociálních a psychologických služeb pro HPO se setkala více z mých participantů.

Vliv sociální práce a psychoterapie na zotavení

Anička, Míša, Petra i Jakub shodně uvádějí, že dlouhodobou terapií (v komunitě nebo na stacionáři) se výrazně zlepšila jejich kvalita života. Výroky jako „*Ten přínos pro můj život je tak velký, že si občas říkám, jestli se mi to nezdá,*“ či „*Ted' žiju to, co jsem si představovala v té době, kdy mi bylo zle, jak by měl ten normální život vypadat,*“ vystihují nejlépe přínos terapie v Kaleidoskopu pro jejich současný život. Participantka Míša uvádí, že se nyní necítí zcela spokojená, i přesto však zásadní změny reflektuje podobně jako ostatní. Míša neabsolvovala celý roční program komunity, po ukončení pobytu ho neviděla jako přínosný. S delším časovým odstupem však pozitivní vliv terapie v TK vnímá, dokonce říká, že kdyby byla bezdětná a bez partnera, pobyt by si ráda v plném rozsahu zopakovala. Petra dokončila pobyt v komunitě v roce 2012, kdy Kaleidoskop dosud nenabízel následné služby DBT centra. S ještě větším časovým odstupem než ostatní reflektuje vliv terapie v komunitě na svůj život, zamýšlí se rovněž nad důvody opětovného „propadu“ a psychologických potíží v posledních letech. Pobyt v terapeutické komunitě nevnímá jako záruku bezproblémového života, ale jako první krok. Sama prožívala několik let po pobytu v TK spokojený život, ale chybělo jí dostatečné zázemí, sociální síť, „*místo, kde tu sebehodnotu neustále posiluješ.*“ To jsou podle Petry důležité faktory, které u lidí s HPO ovlivňují další zotavování a kvalitu života.

V oblasti fungování uvádí Anička, Míša i Jakub velké pokroky. Zvláště Anička a Míša zdůrazňují samostatnost a schopnost se o sebe postarat, „postavit se na vlastní nohy“. Anička a Jakub zmiňují posun v pracovní oblasti. Anička se vrátila na školu, naučila se znovu plnit režim. Při studiu zvládá i pracovat. Jakub je schopný lépe se soustředit v práci, podařilo se mu najít práci, která ho naplňuje. Na rozdíl od ostatních participantů Petra v této oblasti u sebe přínos nevidí. I před pobyt v komunitě se cítila schopná a zodpovědná za druhé, byla vždy spíše perfekcionista a problémy s fungováním neřešila.

Již zmínění čtyři participanti se v průběhu psychoterapie zabývali příčinami svých psychických potíží, možnostmi jejich překonávání, prací s negativními psychickými stavy. Všichni shodně reflektují, že dospěli k vnitřním zdrojům, které jim pomáhali a pomáhají zlepšovat psychický stav. Jakubovi prospěly techniky mindfulness, netrpí již úzkostmi a depresivními stavy jako dřív. Díky terapii objevil svou vlastní hodnotu. Míša vyzdvihuje přínos terapie v sebereflexi a jiných způsobech řešení problémů a negativních psychických stavů než „útek“ od nich. Aničce se podařilo zapracovat na úzkostech, depresivních stavech, sebevražedných tendencích, poruše příjmu potravy, atd. Pro Petru spočíval přínos terapie ve zlepšení schopnosti stresové tolerance. Několik let se cítila psychicky mnohem lépe, dokázala se vyrovnat s různými zklamáními a pády. Bez podpory v terapii nebo blízkých vztazích se však podle Petry člověk postupně vrací do stejných nefunkčních mechanismů jako používal dříve.

Všichni čtyři participanti uvádějí dlouhodobý, možná trvalý posun v oblasti vztahů. Posun vnímají většinou v tom, že zapracovali na hlubších tématech týkající se vztahů, např. strach z hodnocení, opuštění druhými. Zapracovali na své komunikaci s lidmi a způsobech reagování, např. Jakub a Anička nyní dokážou lépe vycházet se svými rodiči. Míša nyní již nyní neřeší partnerské problémy rozchodem, vnímá, že v každém vztahu se opakují podobná témata, která se snaží řešit.

6 DISKUZE

V praktické části diplomové práce jsou uvedeny analýzy pěti participantů se zkušeností s organizacemi, ve kterých probíhá spolupráce sociálního pracovníka a psychoterapeuta, především s terapeutickou komunitou Kaleidoskop. Vzhledem ke kvalitativní formě výzkumu se nemohu pouštět do zobecňujících závěrů, všímám si však více opakujících se témat a podobných reflexí pocitů objevujících se u participantů. Některá z témat se mi objevovala již ve výzkumu v bakalářské práci na podobné téma, která však byla více psychoterapeuticky zaměřena. Mohu nastínit několik hypotéz, kterými se lze zabývat dále, např. je rozpracovat v kvantitativním výzkumu.

Hypotéza: Lidé s HPO se mohou díky intenzivní psychoterapii a sociální rehabilitaci (zejména v terapeutické komunitě či jiných intenzivních psychoterapeutických programech) zotavit – žít

spokojený a naplněný život, cítit vnitřní stabilitu, prožívat uspokojivé vztahy, fungovat stejně jako lidé bez psychických potíží.

Hypotéza: K těmto změnám jim v komunitě pomáhá zejména sebepoznání, korektivní zkušenost s psychoterapeuty i skupinou, zplnomocňování, nácviky sociálních dovedností i sociální poradenství.

Hypotéza: Nakolik se bývalým klientům podaří udržet stabilní psychický stav, záleží na více faktorech, zejména na tom, zda se jim podaří po ukončení terapie vytvořit si uspokojivé mezilidské vztahy. Pro další průběh zotavování je důležité, zda má člověk místo, kam patří, kde může posilovat pocit vlastní hodnoty.

Hypotéza: Osobnost a přístup sociálního pracovníka a psychoterapeuta hraje zásadní roli v zotavení, lidé s HPO vnímají citlivě jednání těchto pracovníků, často jsou citliví na odmítnutí, hodnotící či neosobní postoj pracovníka. Nehledě na možný vliv obranného mechanismu štěpení je velmi důležité, aby si pracovník udržel empatický, rovnocenný a přijímající přístup k člověku s HPO. Jeho absence vnímaná ze strany klienta může negativně ovlivnit jeho další zotavování a pohled na sebe, zatímco jeho přítomnost přispívá ke zlepšení vztahu k sobě a k zotavení.

Hypotéza: Klienti s HPO se setkávají se stigmatizujícím přístupem ze strany odborníků na základě diagnózy, která bývá spojována s problémovým chováním. Stigmatizace mívá často za následek sebestigmatizaci, může také klienty odradit od vyhledání jiné pomoci. Pomoci může např. v sociálních službách multidisciplinarita a přítomnost psychoterapeuta se zkušeností s prací lidmi s touto diagnózou v týmu.

Hypotéza: Multidisciplinární přístup a spolupráce s case managerem jsou vnímány klienty s HPO jako podpůrné faktory, lidem s touto diagnózou mohou v těžkých obdobích pomoci.

Hypotéza: Mezi potřebami lidí s HPO v psychoterapii existují individuální rozdíly, např. na určité klienty působí pevný režim v terapeutické komunitě retraumatizujícím způsobem, jiným klientům přináší jistotu a bezpečí, pomáhá jim zvnitřnit režim v sobě.

ZÁVĚR

Cílem teoretické části diplomové práce bylo předat ucelený přehled o teorii této psychiatrické diagnózy a její terapii, který se mi podařilo bez potíží naplnit. V průběhu zpracovávání teoretické části jsem však zjistila, že odborné literatury na toto téma je v češtině zatím velmi málo, mnoho informací jsem tedy čerpala ze zahraničních zdrojů.

Obecným cílem praktické části diplomové práce bylo zkoumání spolupráce sociálního pracovníka a psychoterapeuta při práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti. Konkrétním cílem bylo zjistit, jak vnímají klienti s hraniční poruchou osobnosti vliv sociální práce, psychoterapie a kombinaci těchto přístupů na sebe sama. Tento cíl se podařilo naplnit pouze částečně. Podařilo se mi zkontaktovat především bývalé klienty terapeutické komunity Kaleidoskop, ve které působí psychoterapeuti, někteří se vzděláním v sociální práci. Většina těchto participantů se shodla na tom, že propojení sociální práce a psychoterapie v komunitě vnímali jako přínosnou. Nepodařilo se však sehnat participanty s dostatečnou zkušeností s multidisciplinárním týmem, ve kterém působí psychoterapeut a sociální pracovník. V rozhovorech zaznívalo, že klientům sociálních organizací může chybět právě psychoterapeutický přístup a vzdělání sociálních pracovníků v této problematice. Téměř všichni participanti vnímají problém stigmatizace odborníky těchto organizací, vyplývající z nedostatku informací a vzdělání v problematice HPO.

Vnímám však, že se v tomto ohledu situace postupně mění k lepšímu. Sama vidím jako svoji povinnost k této změně přispívat, zvláště po vyslechnutí mnoha zkušeností týkajících se stigmatizace lidí s touto diagnózou. Upřímně si přeji, aby odborníci na duševní zdraví k lidem s HPO přistupovali stejně jako k lidem se schizofrenií nebo depresí, aby tito jedinci nezůstávali ve škatulce problémových, neléčitelných klientů. Aby svou diagnózu nemuseli tajit, stydět se za ni, upadat kvůli stigmatu do beznaděje. Inspirativní rozhovory s mými participanty jsou výpovědí o naději na zotavení. Takovým příběhům, nikoliv mýtům, bychom měli naslouchat.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Barrett, M. J., & Fish, L. S. (2014). *Treating Complex Trauma: A Relational Blueprint for Collaboration and Change (Psychosocial Stress Series)*. London: Routledge; 1 edition. ISBN 9780415510219.

Becker, D. (1997). *Through the Looking Glass: Women and Borderline Personality Disorders (New Directions in Theory and Psychology)*. Boulder: Westview Press. ISBN 0813333105.

Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5796-4.

Gunderson, J. G. (2001). *Borderline personality disorder: a clinical guide*. Washington: American Psychiatric Press. ISBN 1-58562-016-5.

Gunderson, J. G., & Hoffman, P. (2016). *Beyond Borderline: True Stories of Recovery from Borderline Personality Disorder*. Oakland: New Harbinger Publications. ISBN 978-16-262-5234-9.

Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0219-6.

Hersen, M., & Sledge, W. (2002). *Encyclopedia of Psychotherapy*. London: Academic Press. ISBN 978-00-805-4799-2.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2449-2.

Kratochvíl, S. (2012). *Základy psychoterapie*. 6. aktual. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0302-5.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press. ISBN 0-89862183-6.

Linehan, M. (2014). *DBT Skills and Training Manual, Second Edition*. New York: Guilford Press. ISBN 1462517838.

Mahrová, G., & Venglářová, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-248-2138-5.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. (2008-). (2., aktualiz. vyd). Praha: Bomton Agency.

Millon, T. (2011). *Disorders of personality: introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal*. 3rd ed. New Jersey: Hoboken, N.J.: John Wiley. ISBN 978-0-470-89100-1.

Musil, L. (2002). *Dilema kvantity a kvality v kultuře služeb sociální práce*. Brno: ASVSP. ISSN 1213-62.

Platznerová, A. (2009). *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-606-9.

Potter, N. N. (2009). *Mapping the edges and the in-between: a critical analysis of borderline personality disorder*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-853021-3.

Ragins, M. (2018). *Cesta k zotavení: sebrané texty Marka Raginse*. Praha: Fokus Praha. ISBN 978-80-902741-1-2. (Originál byl publikován v roce 2002 s názvem *Road to Recovery*)

Röhr, H. P. (2012). *Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0311-7. (Originál byl publikován v roce 1997 s názvem *Weg aus dem Chaos: Das Hans-mein-Igel-Syndrom oder Die Borderline-Störung verstehen*)

Řezníček, I. (1994). *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-00-1.

Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.

Úlehla, I. (2005). *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-36-9.

Vymětal, J. a kol. (2004). *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0723-3.

Yalom, I., & Elkin, G. (2005). *Každý den o trochu blíž*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-018-6. (Originál byl publikován v roce 1974 s názvem *Every Day Gets a Little Closer*)

Yalom, I., & Leszcz, M. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-304-8. (Originál byl publikován v roce 2001 s názvem *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*)

Online zdroje

Anthony in Sobotka., J. (2017). *Potřeby lidí s duálními diagnózami v terapeutické komunitě*. Brno: Masarykova Univerzita. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/104793/fss_m/Diplomova__pa_ce_Sobotka_30_12_17.pdf

Česká psychoterapeutická společnost. 2013. Dostupné z: <http://www.psychoterapeuti.cz/eticky-kodex>

Gunderson, J. G. (2007). *Attachment Studies with Borderline Patients: A Review*. Harv Rev Psychiatry. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1857277/>

van Veldhuizen, J. R., & Bähler, M. (2017). *Manuál Flexible ACT [Manual Flexible ACT]* [online]. 1. vydání. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. (Originál byl publikován v roce 2013 s názvem *Manual Flexible ACT*) Dostupné z: www.cmhcd.cz a www.factfacts.nl

Rozhovor A - Anička

Jaký byl pro tebe pobyt v terapeutické komunitě, jak ho zpětně vnímáš po delší době?

Pro mě byl nejtěžší ten začátek, když jsem přišla do komunity. Já nebyla moc zvyklá poslouchat nějaký autority a nebyla jsem zvyklá na pevný pravidla, ale hrozně mi to pomohlo, vybudovat si nějaký režim, který mi pomáhal. Ale hrozně jsem tam s tím bojovala, s celým tím systémem. I když se mi ho snažili vysvětlovat, často to mohlo být lepší. Až jsem si to ozkoušela na vlastní kůži a porušila nějaký pravidlo, tak až při tom zpětném vyhodnocování, který se muselo udělat, abych nebyla vyhozená, tak až tehdy mi došlo, proč tam to pravidlo je, jaký má smysl. A na tom jsem si uvědomovala, co jsem udělala. Často jsem tedy pochopila smysl těch pravidel, až když jsem je porušila nebo je ostatní porušili, co to vlastně dělá s tou skupinou.

No a nebylo jednoduchý, když jsem nastupovala do té pokročilejší fáze a měla jsem zodpovědnost za tu komunitu, musela jsem plnit ty jejich funkce, dělat topa, měla jsem zodpovědnost za nováčky nebo jsem musela rozdělovat práci.

Druhá část té otázky byla, jak to vnímám zpětně..?

Jo, jak to vnímáš zpětně po delší době...

Myslím, že zpětně si to idealizuju, ale tehdy to bylo fakt peklo. Bylo to hrozně těžký, být tam pořád s lidma, který často nebyli ok, často byli v krizi, přenášelo se to na ostatní. A často z toho nešlo vypadnout, takže to bylo pořád pod hrozným tlakem.

Mluvila jsi o tom, že ti dělalo problém zvyknout si na ten režim... Na to bych se ráda ještě doptala, na ty režimový prvky, prvky sociální práce v komunitě.

Já tam to sociálně vnímala hodně na začátku, kdy třeba mi pomáhali, vyjednávat si s úřady vůbec financování toho Kaleidoskopu, poskytovali mi to základní sociální poradenství, v tom smyslu, kam mám dojít... Hrozně mi s tím pomohli.

Takže to, že tam byli sociální pracovníci, ti pomáhalo v tom, se nějak zorientovat v tom, co máš vůbec vyřídit...

Jo, oni se orientovali v těch sociálních službách, tak měli širší než terapeutický záběr. A co se týče toho programu, tak jsem se tam naučila sociální dovednosti, který jsem předtím neměla. Třeba vstát včas do práce, to byly věci, ve kterých jsem vždycky selhávala. Neuměla jsem naplňovat režim, kterej by někdo vyžadoval...

A zpětně to vidíš tak, že tím, že ses tam tyhle věci učila, tak teď ti to už problém nedělá?

Jo, co se týče režimu, tak jsem se tam naučila všechno. Já jsem se tam naučila vařit, naučila jsem se uklízet, naučila jsem se nějak si ten den rozvrhnout, aby tam byl prostor pro ten odpočinek i pro tu práci. Naučilo mě to nějak vlastně fungovat i v nějakým období krize, jak nevypustit to, co je důležité, jak chodit do práce, když mi není po emoční stránce dobře. A hodně mi pomohla ta závěrečná fáze, kdy už to bylo zaměřený směrem ven, takže už se tolik neřešily nějaký hluboký terapeutický témata, ale tam už šlo o to, abych mohla ty dovednosti, co jsem se tam naučila, přenést ven, nějak je tam aplikovat. Takže ta závěrečná fáze je hodně zaměřená na to fungování venku, kdy vlastně oni mi pomáhali hledat práci, shánět ubytování, pomáhali mi úplně se vším. A bylo to v situaci, kdy jsem byla z větší části venku a jenom jsem tam vracela pro tu podporu, pro ty rady, pro to, aby mě nějak podpořili v tom fungování, co jsem tam rok složitě učila. A zpětně mi to fakt pomohlo, v tom, zapojit se nějak do toho života. Chodím do školy, studuju, pracuju... Zvládám většinou plnit ty nároky společnosti.

A jak jsi v komunitě vnímala to propojení těch sociálních věcí s těma terapeutickýma?

Já si myslím, že to bylo propojený hodně. Oni nás tam učili, že potřebujeme nějakým způsobem fungovat i v momentě, kdy je nám zle, akorát ty nácviky těch sociálních dovedností nám pomáhaly zlepšovat náš psychický stav, že jsme měli pocit nějaký kompetence. Že jsme aspoň zvládli tu pracovku. Zároveň to fungovalo i naopak, díky těm povinnostem se tam ukazovaly i třeba problémy, který máme s autoritama nebo ve vztahu k někomu, často se to v tom ukazovalo, to, o čem se potom mluvilo na skupinách...

Takže se ti tam ukázalo nějaký tvoje téma a dál jsi to řešila na individuálech, na skupinách..?

Často to bylo takový vtipný, že na těch skupinách se neřešily nějaký hluboké témata, nebo aspoň já jsem neměla tu tendenci, spíš na individuálech... Někdy jsem taky mluvila o těch

svých tématech na skupinách... Ale na skupinách, ona tam na to byla snad i nějaká speciální skupina a byla zaměřená přímo na to, myslím, že minimálně jednou týdně byla...

Nějaká ta vztahová skupina, myslíš?

Jo, my jsme měli normálně dynamický, ty byly každé den. A pak jsme měli skupiny, kde se vyhodnocovalo, jak fungujeme v těch funkcích, jak zvládáme ty pracovní dovednosti... To bylo peklíčko vždycky. Takže jsme tam řešili nějaký konflikty, který vznikaly v průběhu toho, kdy jsme tam plnili nějaký ty pracovní dovednosti nebo když jsme vykonávali funkce. Nebo spoustu konfliktů, problémů... problémy, který se nám dařilo ještě skrývat, se nám projevíly často tam v těch situacích.

Jak jsi vnímala přístup terapeutů se sociálním vzděláním a "čistě" terapeutů?

Nevím, jestli jsem vnímala rozdíl mezi těma co byli ryze psychoterapeuti a psychologové a sociální pracovníci... Myslím, že komunita je koncipovaná tak, že se to tam překrývá. Ale možná je to tím, že já jsem to moc vnímat nemohla, protože na individuálu jsem měla terapeuta, kterej byl zároveň sociální pracovník... A nevím, jak to měli ostatní, ale zvlášť v té poslední fázi, to bylo hodně už o té sociální práci, o tom, jak fungovat, jak si zařizovat věci. A ty terapeutický, nebo ty moje osobní témata a traumata tam už nehrály takovou roli.

Takže dá se říct, že v té první fázi hrála větší roli ta psychoterapie, práce na těch hlubších tématech, a v pozdější, když už jsi měla jít ven a fungovat mimo komunitu, to bylo spíš o té sociální stránce...

Jo, i když ze začátku tam bylo hodně toho sociálna, když nám pomáhali vyřizovat ty úřady, a pomáhali nám vyřizovat i invalidní důchody po dobu, co jsme byli v komunitě. Nějak nám pomáhali s těma sociálníma věcma už od začátku. Byly to důležitý témata, kdy se často řešilo, aby někdo nevyhad z toho důvodu, že mu nebyly přiznány nějaký dávky...

Tak to je ten základ, abyste tam vůbec byli...

Jo, šlo o to, abysme tam vůbec mohli bejt, tak s tím nám hrozně pomáhali. Pak myslím, že hodně byla ta terapeutická část - nebo aspoň jsem to tak vnímala. Zároveň to bylo v těch

pozdějších fázích hodně zaměřený na ty sociální dovednosti, který jsme tam právě získávali. A konec, to bylo čistý sociálně, protože to bylo fakt zaměřený na to fungování venku.

Ještě se vrátím k té terapii, jak jsi tam vnímala individuální terapii, co ti dávaly individuály?

Mně pomáhaly v tom, v první řadě se tam nějak zorientovat, měla jsem tam jednoho člověka, který na mě měl víc času a víc mi pomáhal pochopit to fungování v celé té komunitě. Taky mi to pomáhalo v budování té důvěry, já jsem měla hrozný problémy s tím mluvením před skupinou a vlastně to nebylo tak úplně moje. Takže pro mě bylo nejdůležitější vytvořit si vztah s tím individuálním terapeutem, takže když se to stalo, tak se i zjednodušilo to moje fungování ve skupině...

Takže ze začátku to byl takovej bezpečnej bod, jistota, že k někomu máš ten vztah, někdo má pro tebe prostor, a pak jsi mohla získávat důvěru k dalším lidem...

No, já jsem měla problém s důvěrou, budovala jsem ji krůček po krůčku, fakt postupně. A ty individuály byly ten odrazovej můstek. A pak jsem i s tou skupinou zkoušela mluvit o nějakých tématech, který nebyly tak ohrožující, tak jsem to tak testovala...

A kdy se to podařilo prolomit, na základě čeho?

Já myslím, že u každého je to individuální, u mě to bylo hodně specifický, měla jsem hodně silný problémy s důvěrou, u mě to trvalo dýl než v průměru u těch ostatních. Já myslím, že tak na přelomu třetího a čtvrtého měsíce jsem začala brát svoje témata na skupinu, ale s těma těžšíma tématama jsem měla problém i ke konci. Ale když už jsem to udělala, tak jsem byla strašně ráda, vlastně mi to dávalo víc než ty individuály. Slyšet ty jejich zkušenosti, tu zpětnou vazbu.

A co ti pomáhalo v získávání důvěry a otevření se z hlediska přístupu terapeutů?

Mně pomáhalo, že jsem měla tu jistotu, že oni na té skupině vytvoří nějaký bezpečí. V tom jsem jim věřila, v tom byly ty pravidla nastavený hodně dobře. To jsem oceňovala až postupem času, ze začátku moc ne.

Jakým způsobem to bezpečí vytvořili?

My jsme tam měli určitá pravidla, třeba pravidlo stop...

Takže třeba to, že jsi věděla, že když o něčem dál mluvit nebudeš chtít, tak nemusíš...

Jo. Hlavně, že mě podpořili, když jsem mluvila o něčem těžkém a třeba jsem měla problém to nějakým způsobem vyjádřit, protože jsem o tom nikdy předtím nemluvila. Oni mi ulehčovali tu komunikaci, dokázali se empaticky doptat a nějak to shrnout líp, než jsem to dokázala vůbec vykoktat...

A když někdo řekl něco zraňujícího, tak tam byly dobře nastavený ty pravidla, jak dávat ty zpětný vazby, aby to nebylo drsný, ale když se tohle stalo, tak uměli toho člověka nějak opečovat a podpořit, aby v tom pokračoval...

A stala se ti někdy taková situace, ať už u sebe nebo u druhých?

Spíš u druhých, ale vlastně u sebe, když jsem mluvila o svý poruše příjmu potravy. Byl tam jeden kluk, kterej to shodil tím, že mi řekl, že bych si měla vypočítat svoje BMI. A co vůbec řeším...

To je hodně necitlivý teda...

Já jsem tím byla zaskočená v tu chvíli a nedokázala jsem nic říct, fakt mě to zranilo. A ten terapeut se mě zastal a zeptal se toho kluka, proč to říká takovým způsobem, že pro mě je to prostě problém a kdyby to mělo tak jednoduchý řešení, jako vypočítat si BMI... Jako já už nevím co přesně řekl, ale řekl to způsobem, že i ten kluk si uvědomil, že nestačí vypočítat si BMI.

Ještě bych se chtěla zeptat, jestli máš zkušenost s nějakýma návaznýma službama na komunitu, sociálníma i terapeutickýma nebo celkově s jinýma sociálníma službama...

Měsíc po tom, co jsem skončila komunitu, jsem nastoupila do tý následný péče Kaleidoskopu. Protože tam odešli i terapeuti, který jsem znala z komunity a měla jsem k nim důvěru. Zároveň

jsem se úplně necítila na to, pokračovat bez terapie. I když ten první měsíc byl v pohodě, chtěla jsem mít někoho, kdo mě nějakým způsobem podpoří.

Takže jsi měla ještě individuály a skupiny?

Já jsem chodila i na skupinovku ze začátku. A chodila jsem do těch nepracujících, tam je to nastavený trošku jinak. Já jsem tam nebyla moc dlouho, ale tam to bylo taky zaměřené na nácvik sociálních dovedností, což už jsem tolik nepotřebovala z té komunity a neměla jsem tolik času. Ale vím, že lidem co tam přijdou a třeba neprošli tou komunitou a nedokážou ještě úplně fungovat v nějakém pracovním procesu nebo v něčem jiném, tak těmhle lidem to asi pomáhalo. Ale pro mě už to bylo takový zbytečný. Uměla jsem si uvařit, uklidit...

A nějakých jiných sociálních organizací nebo služeb jsi využívala po komunitě? Třeba podporovaný bydlení, chráněná práce...?

Já jsem nad tím hrozně uvažovala, když jsem odcházela z komunity, když jsme řešili to sociálně a neměla jsem kde bydlet. Ale měla jsem pocit, že nějaký to chráněný bydlení je hodně nedostupný pro mě, pro moji diagnózu... Jsou takové služby, který ale úplně nesouvisí s problémama, který jsem měla. Zkoušela jsem najít nějaký takový organizace, ale nic moc jsem nenašla. A když už, tak by to bylo asi na dlouhý čekání... Jinak jsem občas využila nějaký krizový linky, asi dvakrát. Když jsem se potřebovala poradit o nějakých věcech, tak těmhle služeb jsem využila.

A jakou máš s nimi zkušenost? Pomohlo ti to v tu chvíli?

Asi jo, pro mě to byl takovej důležitěj přechodovej moment, už jsem neměla ty terapeuty 24 hodin k dispozici, takže jsem se potřebovala občas s někým poradit. Ale většinou jsem se snažila pracovat na těch vztazích, který jsem měla před komunitou, a který byly tou mojí diagnózou a tím, co jsem vyváděla, narušený. Takže jsem se už snažila spíš svěřovat těmhle lidem a nějak si znovu budovat ty sociální vazby. Ale pomohlo mi tam asi zavolat, vždycky mě nějakým způsobem navedli. Nic co bych sama nevěděla, ale někdy to potřebuješ slyšet v tu chvíli.

Vyplývá mi z toho, že v komunitě ses naučila na sobě pracovat tak, že jsi potom spoustu věcí dokázala řešit sama, pomoci si i sama...

Já myslím že jo, po té komunitě jsem už nepotřebovala nic moc navíc. Co se týče nějaký sebeobsluhy a věcí co jsem nezvládala, jsem se naučila v té komunitě...

Myslím i psychicky, nějaká péče o sebe...

To jsem se naučila zase v té komunitě, co neříkám, že budu potřebovat navždycky, ale když už je mi psychicky zle, tak říct si o tu podporu. Že nemusím být na všechno sama. A kdybych byla nějak v krizi nebo řešila nějaký sociální problém, tak bych se na ty služby určitě obrátila. Předtím pro mě bylo těžký říct si o pomoc a přiznat nějaký selhávání.

Ještě předtím jsi zmínila, že některý sociální služby ti přišly nedostupný pro tvoji diagnózu... Vnímáš, že pro hraniční poruchu celkově nejsou tolik dostupný, že do nějakých služeb neberou hraničáře?

Z toho, co jsem zjišťovala, mám pocit, že ty služby nejsou dostupný pro naši diagnózu, jsou většinou zaměřený na psychotický lidi nebo na něco hodně specifickýho... Ale měla jsem pocit, že i služby, u kterých by to evidentně šlo, nemají moc zájem brát lidi s naší diagnózou. Když jsem si zjišťovala informace, s někým volala, tak jsem měla pocit, že nastala nějaká převratná změna, když jsem řekla tu diagnózu.

Takže jsi tam vnímala jiný přístup k hraničářům ze strany odborníků? Ve službách, kde pracují s lidmi s duševní nemocí, ale nespécializují se na HPO...

Jo. Já jsem věděla, že se to stát může, takže jsem popisovala ty svy problémy a snažila se vyhýbat tomu, abych jmenovala svoji diagnózu... A obecně to jejich jednání bylo vstřícnější, dokud nevěděli tu moji diagnózu.

Takže tě rovnou šoupli do nějaký škatulky...

Anebo mi řekli, že hraničáře berou, ale jenom v nějakým omezeným množství, třeba jednoho na deset...

Jako aby to tam nějak “nezbourali”, aby to tam nenarušili...

Jo, někde to řekli narovinu...

A jak vnímáš tyhle předsudky?

Mám pocit, že často je to nějaká předávaná zkušenost, která se traduje nějakou dobu. A mám pocit, že se tak označují i klienti, kteří jsou nějakým způsobem problémoví, třeba ani nemusí mít HPO... A často mám pocit, že to je nekompetence nějakých terapeutů, neumí pracovat s lidma s HPO. Setkávám se s tím, že terapeuti jsou občas líný změnit svoje přístupy, svoje zajetý stereotypní představy o tom, jak by to mělo vypadat. Neumí nastavovat ty hranice bezpečně pro toho klienta. A v momentě, kdy to začne být těžký, od toho odejdou, vzdají to rychle.

A přitom zrovna hraničáři...

...Jsou citliví na odmítnutí...

Přesně... a taky lidi, co prošli úspěšně komunitou nebo terapií a fungují, daří se jim, jsou důkazem toho, že to má smysl s nimi pracovat, že se to vyplatí...

Jako chápu, že třeba práce s lidma s HPO má trochu jiný pravidla než práce s obyčejnýma neurotikama, ale troufám si říct, že v 90% případů to není nějak nezvladatelný. Člověk co má ponětí o tý diagnóze musí podchytit citlivý témata, co tam jsou, a nějak je už od začátku řešit...

Takže myslíš, že by pomohlo, kdyby terapeuti a celkově odborníci byli k tomu otevřenější, víc se tím zabývali, porozumět člověku s HPO?

Já si myslím, že všechny informace co se objevují o HPO, pochází z pera nějakých klinických psychologů, kteří přímo jedou ryze podle DSMka, není prostor pro to, ty lidi reálně pochopit.

Co bys řekla nějakému odborníkovi, u kterýho bys chtěla, aby pochopil hraničáře? Jak bys mu popsala svoje problémy, to, s čím jsi reálně bojovala? Co nejsou ty mýty, ale realita, jak jsi to měla...

Já bych byla ráda, kdybych šla do nějaký terapie, abych nemusela vysvětlovat tyhle věci... Abych dostala to přijetí.

Hlavně bych ale doporučila ptát se lidí, co s lidma s HPO fakt pracujou, třeba z Kaleidoskopu, aby dostali větší prostor v těch médiích, na konferencích. Aby o tom mluvili lidi, co s tím mají fakt reálnou zkušenost a můžou to předat tak, jak to je. A kdybych to měla říct nějakému odborníkovi, tak aby se nesoustředil jenom na ty projevy, na to chování. Ale aby se snažil zkoumat, co se skrývá za těma projevama, jaký jsou ty motivace, co ten člověk potřebuje. To je ten způsob, jak se dostat k těm problémům a začít je řešit. Dokud hodnotíme jenom chování, tak se vlastně nedostáváme k podstatě. Já můžu jednat agresivně, ale zároveň to může být reakce na nějaký můj šílený strach z opuštění...

Jasně, takže za tím projevem, který je vidět, může být něco úplně jinýho, než se zdá... A to by mělo být to, s čím se pracuje.

A já bych hlavně zbourala tu představu, že hraničář musí být vždycky agresivní. S těma lidma s HPO se kterýma jsem se setkala, jsem se setkala jen s málo, který by byli otevřeně agresivní.

Co se týče témat, který jsi řešila, ať už sociálních nebo terapeutických, shrnula bys několik témat, ve kterých jsi cítila ten posun?

Tak shrnu ty, který byly pro mě stěžejní. U mě to bylo fungování ve vztazích, v blízkých vztazích, hlavně teda závislý vztahy...

A jakým způsobem jsi tam na tomhle tématu pracovala?

Mně hodně pomohly zkušenosti lidí, který to měli stejný. Hodně mi v tom pomohla skupinová terapie. A i to, že jsem poprvý o těch problémech mluvila, že jsem si vůbec přiznala, že to je problém. To bylo asi jedno téma. Pak jsem pracovala hodně na tý důvěře k mužům...

A v tom ti pomohlo konkrétně co?

V tom mi hodně pomohli ty mužský terapeuti. Že jsem potkala muže, který pro mě byli bezpečný. Pracovala jsem na poruchách příjmu potravy, který už jsem neměla rozjetý, ale vůbec ne vyřešený.

Takže jsi pracovala nějak hlouběji s téma příčinama?

Hmm... Taky jsem se v komunitě za celou moji léčbu poruch příjmu potravy naučila jíst pravidelně.

Pracovala jsem hodně na mém způsobu reagování, ve vztazích. Týkalo se to těch mých témat jako opuštění, mých různých strachů. Hodně jsem pracovala na úzkostech, pracovala jsem na mých sebevražedných stavech, sebepoškození... Poruchy příjmu potravy, drogy, alkohol...

A v tom sebepoškození, pomohlo ti nějak DBT? I když to jsi měla vlastně až na tý následce, to už jsi s tím neměla problém?

Už ne. To se řešilo v komunitě, to pomohla ta pravidla. Nemohla jsem. To nezabránilo tomu, abych to nedělala, ale dostala jsem to "Pépěčko", musela jsem o tom mluvit a to hodně pomáhalo. A pak jsme hledali jiný způsoby, jak nahradit to nutkání. To jsem řešila zrovna brzo, to sebepoškození. Strašně dlouho jsem ho řešila před komunitou. Já jsem toho řešila tak strašně moc, to moje nefungování obecně, to mi pomohly ty nácviky sociálních dovedností...

Když už jsme u těch všech témat, tak kdyby měla srovnat, jaký byl tvůj život předtím a jaký potom, co bys o tom řekla?

Vybavuju si hlavně poslední půlrok, předtím, než jsem nastoupila do komunity. A to byly obrovský deprese, kdy jsem skoro nevstávala ani z postele. Často jsem měla problémy v těch základních věcech jako se najít, umýt se. Vlastně jsem byla jenom v té temný místnosti ve svém pokoji, vůbec jsem nevylejzala ven. A snažila jsem se vždycky nějak pracovat nebo studovat, ale v tom jsem taky selhávala, nebyla jsem schopná vstát z té postele, neměla jsem nic, co by mě donutilo někam jít. Měla jsem problém s poruchama příjmu potravy, měla jsem problémy se sebepoškozením. A měla jsem hrozný problémy s alkoholem, občas i s drogama. Měla jsem hrozný problémy ve vztazích, v tu dobu ořed komunitou jsem ztrácela vztahy. Pro všechny lidi to bylo náročný, tak už to nedávali, cítila jsem se i hodně sama. A fakt jsem se neuměla o sebe vůbec postarat, neuměla jsem vyprat, neuměla jsem nic.

A teď? Vlastně mezi nástupem a teď uplynuly dva roky?

Tři.

Tak od té doby, za ty tři roky, jaký vnímáš posun? Jak se teď cítíš v těch vztazích, co děláš?

Myslím, že teď žiju to, co jsem si představovala v té době, kdy mi bylo zle, jak by měl ten normální život vypadat. Jako není to úplněj ideál, ale mám pocit, že se změnilo úplně všechno. Osamostatnila jsem se hrozně. Vypadla jsem od rodičů, což si myslím, že taky pomohlo mému psychickému stavu. Naučila jsem se o sebe postarat, naučila jsem se znovu plnit nějaký režim. Hlavně jsem začala studovat, vrátila jsem se na školu. Předtím jsem do školy nechodila, před zkouškama jsem měla tak hrozný úzkosti, že jsem na ně ani nešla. Teď už jsem skoro dostudovaná, doufám, že se to nějak podaří, zvládám do toho i pracovat, zvládám do toho mít koníčky, vztahy, ze kterých mám fakt radost, to jsem nikdy předtím neměla.

Napadá tě ještě něco zásadního?

Myslím že ty vztahy, ty jsou nejdůležitější. A jsem ráda, že se daří v práci, daří se mi ve škole, daří se v těch vztazích. Že mám nějaký ten svůj domov, co jsem si vytvořila, to jsem vždycky chtěla. Že se o sebe postarám.

Ten domov bývá zásadní téma, u hraničářů je častý, že jim v dětství chyběl, vyrůstali v rodině, kde to nebylo ideální...

U mě to bylo podobný... Ale po komunitě se taky změnil můj vztah s rodičema, dokážem spolu mnohem líp komunikovat. Z části je to tím, že jsem se osamostatnila. Ale z části i umím mluvit s rodičema takovým způsobem, aby z toho nevzniknul konflikt.

Rozhovor B - Míša

Jaký byl pro tebe pobyt v terapeutické komunitě a jak ho vnímáš zpětně po delší době?

Ze začátku jsem to nevnímala jako přínosný, až teď s odstupem času to vnímám tak, že jsem tam nabyla spoustu zajímavých zkušeností... Dokonce kdybych byla bezdětná a bez partnera, tak bych si ráda zopakovala celý pobyt v plném rozsahu.

Jak mluvíš o těch zajímavých zkušenostech, tak v čem konkrétně to bylo pro tebe přínosný?

Dostávala jsem tam hodně zpětných vazeb, hodně podpory, hodně konstruktivní kritiky. Naučila jsem se víc komunikovat s lidma bez takových emočních výbuchů, který jsem mívala dřív. A hlavně jsem tam došla k nějakému hlubšímu sebepoznání, různých spojitostí s mýma problémama.

Co ti v terapii v komunitě pomáhalo docílit těch změn?

Myslím si, že nejvíc mi pomáhala skupina a komunita jako celek. Individuál pro mě nebyl tolik podpurný, měla jsem pocit, že zavrhuje mě jako osobnost, vnucuje mi nějaký názory, představy o sobě, se kterýma jsem se později začala ztotožňovat, a to jenom kvůli nějakému strachu z terapeuta.

Jaký přístup terapeutů bys potřebovala? V tomhle případě si to asi nějak nesedlo...

Začala jsem cítit převahu terapeuta, kdy se z toho vztahu stalo něco jiného než partnerskej, kdy měl prostě terapeut velkou převahu.

Takže bys tam potřebovala větší rovnocennost...

To jo...

A vybavíš si nějaký konkrétní příklad toho, kdy jsi od něj cítila tu převahu nebo že ti to prostě nesedlo, bylo ti v tom nepříjemně?

Konkrétně asi ne, ale zmínila bych i jeho emoční neovladatelnost, občas se neovládl a křičel vyloženě, používal někdy vulgarismy, což už pro mě byla nějaká známka překročení hranic.

A co se týče ostatních terapeutů, který jsi měla třeba na skupině, tam ti bylo líp ve vztahu k nim?

Jo, tam se to kompenzovalo, tam to bylo zase o něčem jiném. A hodně jsem asi čerpala ze vztahů s terapeutkami na rozdíl od terapeutů chlapů.

Takže dalo by se říct, že z konkrétních terapeutů ti sedly spíš terapeutky ženy než muži?

Určitě, až na výjimky, ještě potom jeden terapeut, ale více méně spíš ženy.

A v čem ti ten vztah s nimi pomáhal?

No, já jsem si tam dočerpávala z nedostatků ve vztazích ve vlastní rodině, který mi chyběly, ve vztahu s mámou a tak. To pro mě bylo nějak důležitý, je to mým tématem doposud.

Co se týče přístupu terapeutů, dá se nějak víc popsat, co od terapeuta potřebuješ, abys k němu měla důvěru? Zmínila jsi rovnocenný přístup...

Asi neodsuzovat, nehodnotit moje chování. Nějakým způsobem tu terapii vést, ale hodně věci nechat na mě, abych si na to sama přišla. Nevnučovat nějaký postoje atd. A hodně nějaká empatie no.

Co se týče témat, který jsi tam řešila, něco jsi už zmínila: deficit z původní rodiny a to, že sis ho potřebovala nějak vynahradit. Předtím jsi zmínila, že co se týče komunikace s druhýma, byl tam problém v nějakým nepřiměřeným reagování... Tak kdybys mohla ještě rozvést ty témata, co pro tebe bylo třeba těžký téma a v čem ses posunula?

Tak určitě vztahy, vztahová oblast. A tak nějak celkově, umět si věci pojmenovat, umět si připustit určitý problémy, prostě sebereflexe. V těch vztazích je to velkej posun, snažím se problémy řešit a neutíkat. A stejně tak neutíkat sama od sebe a od svých blbých stavů, spíš se to snažit nějak řešit. A i nějaký to nálepkování, kdy dřív jsem se hodně schovávala pod svoji

diagnózu a teď to vnímám, že to ani není ta diagnóza, je to něco, co jsme si nějak pojmenovali... Ale vlastně to vnímám tak, že se nepotřebuju schovávat pod nějakou diagnózu. Je to nějaká logická posloupnost toho, jak jsem byla vychovávána a v jaký společnosti jsem žila a jak mi to prostě zapadá.

Co se týče ještě prvků sociální práce v komunitě, jak jsi tam vnímala třeba nějakou podporu ve zvládnání starostí o sebe, o domácnost, různé nácviky dovedností jako třeba úklidy a vaření nebo nějaký to sociální poradenství nebo režim...

Zrovna v týchle oblasti si to nějak nesedlo, v podstatě to pro mě v tomhle směru nebylo přínosný, tam nedošlo k žádnému nácviku, byla to podpora psychická, povídání si o těch věcech, společný hledání, jak to třeba řešit... Spíš tam v určitém období došlo k nějakým komplikacím v komunikaci mezi mnou, partnerem a tou sociální službou.

A to že tam nedošlo k žádnému nácviku myslíš tak, že ses tam nenaučila nic nového co se týče různých sociálních dovedností, pro lepší fungování a tak...

Ne, to určitě ne...

Řešili jsme nějaký věci ohledně bydlení, hledali jsme to bydlení, ale u mě to taky ztroskotalo na tom, že nebyla možnost, aby oni dojížděli za mnou kvůli tomu domácímu...

Ale to už asi ne v komunitě, ale potom, ne?

Já myslela, že myslíš, co bylo až po komunitě... mluvím teď o komunitním týmu jako o sociální službě.

Já myslela ještě v komunitě, ale povídej o tom klidně dál, to je taky důležitý zmínit, pokud ti to nesedlo...

V komunitě ale určitě, ty pracovky a tak, to pro mě bylo důležitý tam. Člověk se naučil nějak fungovat tam, i když mu nebylo zrovna dobře. Ale zároveň se nešlo těm věcem vyhnout, a s tím jsem měla po komunitě občas ještě problém, že jsem spadala do takových situací, kdy mi bylo hodně špatně a zase jsem si zvolila nějaký únikový mechanismus vyhnout se tomu, upadnout

do nějaký apatie, nic neřešit, jenom ležet v posteli a tak. Což tam moc nešlo, to tam podporovaný nebylo.

A ze začátku, když jsi byla v komunitě, vyřizovali s tebou třeba taky něco ohledně financí třeba, abys získala příspěvek na bydlení?

V tomhle tam byla určitá podpora, ale že by v tomhle byli nějak extra vzdělaný, to mi nepřišlo, že by to bylo vyloženě zaměřený na tuhle oblast. Já jsem tam spíš čerpala ze zkušeností ostatních klientů, co si kam mám jít vyřídit.

U tebe byla v komunitě asi důležitější ta terapeutická část...?

Jo. Tak já ze začátku jsem měla nějaký peníze z vyrovnání před rozvodem a ze začátku jsem to neřešila, věděla jsem, že budu mít na první tři měsíce financí dost a více méně jsem s tím šla s tím, že buď to vyjde nebo nevyjde... Byla jsem tak na dně, že tyhle věci jsem fakt neřešila.

Kdybys měla srovnat svůj život před komunitou a po komunitě, nakolik se změnil tvůj život tím pobytem? Když si vzpomeneš na dobu, kdy jsi na tom předtím byla špatně, jak jsi říkala...

Před komunitou jsem byla nějaký dva roky předtím s malýma pauzama pořád v Bohnicích, můj život neměl žádný smysl, trápila jsem se pořád v depresích. A po komunitě, tam si to strašně dlouho sedalo, protože jsem se vyrovnávala s těma okolnostma, ze kterých jsem vlastně odešla z komunity. A to bylo pro mě hodně stresový. Neměla jsem dostatek financí, neměla jsem kde bydlet, neměla jsem v tu dobu ještě žádnou podporu od rodiny, vlastně jsem musela začít úplně na novo. A bylo to těžký, poprvý v životě jsem se musela takhle postavit na vlastní nohy a začít jednat jinak, než to zabalit a jít se nechat hospitalizovat. I když i k tomu později došlo, ale když mluvím o těch prvních změnách...

A jak jsi žila od propuštění z komunity doted? Hlavně co se týče nějaký spokojenosti, kvality života... Jestli jsou tam rozdíly...

Určitě žiju víc racionálně, nejsem tolik ovlivněná nějakýma emocema. Zároveň bych řekla, že možná už byly chvíle, kdy jsem byla šťastnější a spokojenější... Ale zároveň teď jsem

vystavena před nějakou zodpovědností, zásadně mi změnilo život narození dcery. Takže tam určitě stoupá ta spokojenost, jak vnímám sebe... I skrz tu dceru víc poznávám sama sebe, hodně se učím, snažím se dělat věci jinak, hodně přemýšlet o té výchově... A v tomhle si myslím, že mi hodně stouplо sebevědomí, myslím, že pro ni dělám to nejlepší. Můžu říct, že jsem hrdá máma, je to poprvý, co dokážu říct nějakou pozitivní věc ve svém životě, na co jsem hrdá. Ona asi dala mému životu smysl, ačkoliv je ještě spousta věcí, který bych chtěla změnit, abych se cítila líp. Ale člověk se musí učit nějaký skromnosti a zamyslet se nad tím, co je v tom životě fakt důležitý. Pro mě je to ona, rodina, abychom měli nějaký domov, harmonický prostředí. A rozhodně, i když máme problémy v partnerství, tak to nějakým způsobem řešit, protože už jsem pochopila, že kdybych změnila partnera nebo se jenom rozešla, tak to není řešení, pokud tam nejsou fakt nějaký vážný problémy. Protože většinou se objeví stejný témata po čase v dalším vztahu. Už nad tím přemýšlím jinak než dřív, kdy to bylo: nevyhovuje, najdu si jinýho.

Tak to ses určitě naučila důležitý věci... A po odchodu z komunity, využívala jsi dál nějakých služeb, ať už od Kaleidoskopu nebo jiných terapií, sociálních služeb...? Ty už jsi to trochu nakousla, že to úplně ideální nebylo...

Jako první jsem asi chodila do následný péče od Kaleidoskopu. Nicméně tam to pro mě nebylo moc přínosný. Byla to krátká doba a zase jsem se setkala s nějakým nerespektujícím přístupem, kdy už jsem zjistila těhotenství a měla jsem silný nevolnosti a pro mě se už změnilы priority, takže jsem nakonec musela odejít. Nebo tak jsme se domluvili - za stejných podmínek jako bych tam měla zůstat, se stejným terapeutem jako v Kaleidoskopu, jsem nechtěla na úkor Anetky, jako že na mě bude někdo řvát... Současně jsem chodila do chráněný práce do kavárny v léčebně. Tam to bylo pro mě hodně důležitý v rámci nějakýho postupnýho zařazování do pracovního procesu a nějaký užitečnosti a socializace, takže chodila jsem tam ráda. Ale s tím těhotenstvím začínaly přicházet nevolnosti, silná únava, tak už jsem taky musela přestat. Další službou byl až komunitní tým a potom individuální terapie a obojí bylo až po těhotenství.

Zeptám se ještě konkrétně, jestli jsi zažila v nějaký organizaci multidisciplinární přístup, a to hlavně spolupráci sociálního pracovníka a terapeuta nebo psychologa... A takhle vlastně spolupráci víc těch profesí nebo přístupů.

V komunitním terénním týmu určitě, oni mi obvolávali všechno, zjišťovali nějaký informace ohledně péče o dceru a tak. Takže asi jo, v rámci nějaký naší dohody, tak když budu v nějakým

blbým stavu, kdy nebudu schopná jednat ve svém dobrém zájmu, tak oni budou jednat za mě, v rámci fakt nějakýho velkýho zhoršení nebo stavu nebo černejch myšlenek třeba... Tak oni by mohli zavolat záchranou službu nebo komunikovat s jinýma složkama. A dost běžný je i u mý psychiatricky, tak spolu nějak komunikujou, když se vyskytne nějaký problém, tak si zavolají, informují se navzájem, a to je pro mě hodně důležitý a nějaká velká podpora v týchle oblasti.

A jak jsi předtím říkala, že s tím komunitním týmem si to sedlo nějaká ta spolupráce, tak to bylo o čem?

To bylo, že jsem od toho očekávala něco trochu jinýho, nějaký ty nácviky. Nesetkala jsem se s něčím, třeba s nějakýma konkrétníma radama nebo s nějakou konkrétní pomocí, kdy jsme hledali to bydlení, protože jsem se musela vystěhovat a měla jsem určitý čas na to. Byly to snad dva měsíce a během tý doby nebyli schopný mi pomoci najít nějaký to bydlení.

A jakým způsobem to probíhalo, ty konzultace ohledně bydlení? Co myslíš, že zanedbali?

Myslím si, že se na tom podíleli málo aktivně, dlouho běžel nějaký čas. Nevyhledávali to mimo naše setkání, musela jsem to já víc iniciovat nebo říct, jestli by s sebou mohli vzít notebook, že bysme se na to podívali... Protože jsem neměla tolik možností, když jsem byla hospitalizovaná. A pak to došlo až tam, že jsme pod tlakem času museli hledat i azylový domy... A v momentě, kdy se to dozvěděl i můj přítel, tak s tím nesouhlasil, a díky tomu to museli stopnout bez nějakýho vysvětlení, že mi v týchle oblasti už nemůžou pomáhat, a mně to bylo nepochopitelný a říkala jsem si, v čem mi oni pomohli. A od začátku ta jejich služba byla jako, že jsem měla přidělenýho case managera, kterej se mi ani nepředstavil, že je můj case manažer, ani mi neřekl, že se u mě prostřídá celej tým, aby mě poznali... Tak jsem byla zmatená, že je za mnou pokaždý někdo jinej a vůbec jsem nevěděla, kdo je můj case manažer, vlastně celou dobu, než jsem se na to nějak zeptala. Takže to bylo pěkně na prd. A ten původní odešel do jiný práce a potom mi byl změněn. A pak se ta spolupráce o dost zlepšila a zatím zůstávám s nima v určitým kontaktu doposud, i když jsem zvažovala ukončení, tak jsme se nakonec nějak domluvili.

A bylo aspoň nějak přínosný, když za tebou ty pracovníci jezdili?

Jo, to určitě jako psychická podpora. Nebo vytržení z nějakých mých stavů, kdy jsem třeba dlouho byla izolovaná s Anetkou doma, tak to pro mě bylo důležitý, taková trošku socializace, popovídala jsem si s jinýma lidma, to pro mě byla určitě podpora.

Tak ještě poslední otázka, vycházím z předchozího rozhovoru, kdy jsem se dozvěděla, že někteří mají problém při shánění sociálních služeb kvůli diagnóze HPO, někdo tam vnímá určitou předpojatost vůči diagnóze, nebo že do některých služeb vyloženě neberou hraničáře. Tak jestli jsi to někde taky tak zažila.

Jo, taky jsem to tak vnímala, že pro sociální služby jsou nějak zajímavější schizofrenici nebo prostě schizofrenní okruhy nemocí. No a je to nějaká diskriminace, protože máme často podobný problémy, setkala jsem se s tím, když jsem řešila otázky bydlení, i otázky těch služeb. Takže vlastně jo a nepřipadá mi to šťastný.

Ale nakonec k tomu podstatnému, co jsi potřebovala, ses dostala... Nebo stalo se ti někdy, že ses hlásila do nějaký služby nebo jsi něco potřebovala, a nešlo to kvůli diagnóze?

Když jsem hledala to bydlení, tak jo, bylo mi vyloženě řečeno: ne, s touhle diagnózou klienty nepřijímáme.

Myslíš nějaký chráněný nebo podporovaný bydlení...

To už jsem potom vzdala, hledala jsem si to vyloženě na internetu, a když jsem po několika pokusech zjistila, že tuhle diagnózu nepřijímají, tak jsem na to kašlala a už jsem nevyhledávala.

Rozhovor C – Petra

**Jaký byl pro tebe pobyt v terapeutické komunitě a jak ho vnímáš zpětně po delší době?
Ty jsi tam byla už před delší dobou, že jo?**

Byla jsem tam 2010-2012, ještě se tam nejelo DBT, jenom dynamická psychoterapie.

A jaký to tam tehdy bylo pro tebe?

Pro mě bylo úplně skvělý, že jsem se dostala mezi skupinu lidí, jako do rodiny. Když jsem tam přišla, tak nás bylo šest, šest klientů a šest terapeutů. Takže jsem najednou dostala to, co jsem neměla, pozornost, péči, bráchy, ségry, zájem, podporu. A věnovali se nám strašně hodně, pro mě to tam bylo jedno z nejšťastnějších období. Pamatuju si, že jsem úplně hltala ty nové poznatky, hlavně pro mě tam byla obrovská změna v tom, že ti třeba dali zpětnou vazbu na něco a tys změnila svoje chování a hned jsi dostala odměnu... Viděla jsem, že to funguje, že tam kdo funguje a neubližuje si má víc pozornosti než ten, kdo si ubližuje. Takže se podporuje to zdravé chování. Když přijdeš, ještě jsi ode zdi ke zdi... Ale hned jsem se chytla toho, že když chceš získat nějaké ocenění, něco, co je příjemné, tak když se budu snažit nějak fungovat, tak ho dostanu. Bylo to motivující změnit ty naučené vzorce nefunkčního chování... Takže já jsem tam úplně kvetla, protože jsem tam byla hodně tím krmená, tím oceněním, bylo to příjemné, takže jsem se posouvala dopředu neuvěřitelně rychle. Navíc jsem byla v bezpečném prostředí, dostáváš ocenění. Najednou jsem toho měla mnohem víc, než jsem měla klasicky doma.

A dalo by se to říct, že s odstupem šesti let, že vidíš efekt, jaký to mělo na tvůj život? Jestli sis z toho odnesla něco do života?

Já si myslím, že hodně lidí na to i v té skupině reagovalo, jako že ty máš teď problémy a bylas v Kaleidoskopu... A hodně to někteří vidí tak, že když jsi byla v Kaleidoskopu, tak bys měla být už navždy bez problémů. A já si to prostě nemyslím, ten Kaleidoskop je takový první krok, je to začátek, já jsem odcházela strašně nabitá a strašně se mi zvýšila kvalita života. Ale tím, že mně se úplně nepodařilo... I když jsem potom ještě chodila na individuály, tak mně přišlo, že jsem si našla sice bydlení, práci, všechno, ale nepodařilo se mi vytvořit si nějakou sociální síť, přátele nebo vztah, který by to víc držel. Takže jsem si mnoho let na té vlně jela, ale ono to postupně šlo dolů a dolů a začaly se postupně objevovat nějaké problémy a myslím, že to je strašně ovlivněné tím, kam se člověk vrací, jestli má zázemí, jestli má vztah, jestli se zamiluje... Jestli si najde skupinu jako tu sociální síť, která ho podpoří a bude držet nějakou tu hladinu, že je hodnotnej... Jestli máš nějaký místo, kde tu svoji sebehodnotu neustále posiluješ.

To je určitě hodně důležitý, slyšela jsem to od víc bývalých klientů, že se jim buď podařilo nebo nepodařilo ty změny udržet a že to záleželo na tom, co je čekalo venku a jakou měli sociální síť, jestli se jim podařilo rozvinout nějaký fungující vztahy...

Určitě... Ty roky po Kaleidoskopu byla ta kvalita života lepší, než kdybych v tom Kaleidoskopu nebyla, strašně záleží, jakého si najdeš terapeuta, jakou si najdeš práci, protože po tom roce v Kaleidoskopu dokážeš nějaké zklamání a pády se z toho otřepat... Ale postupně, když tam nemáš nějakou další podporu, ty schopnosti té stresové tolerance se snižují a najednou se vracíš do stejných mechanismů...

Když jsi absolvovala ty tu komunitu, byla tam dostatečná podpora právě v tom, abyste se nějak víc zapojili do toho života venku, třeba ve smyslu těch následných služeb nebo to tam ještě nebylo? Měli jste to už tehdy tak, že byly během pobytu různé fáze a v té poslední jsi už víc venku...?

Jo, my jsme to měli i lepší, protože jsme byli už v Praze. V té půlroční fázi máš na to čas, hledat si bydlení, práci, začít pracovat nejdřív na půl úvazku, najít si volnočasové aktivity a vztahy. Na těchhle čtyřech pilířích to bylo... V tom tě hodně podporují, chodíš ven a už nejsi tolik v Kaleidoskopu. To jo, ale pak jsem ještě chodila půl rok na individuály ke své terapeutce, ale najednou po těch dvou letech už nemáš nic a podle mě to tam strašně chybí, neměli jsme potom nic udržovacího jako je teď ten DBT stacionář, který můžeš využít ještě na rok a půl. Ještě tam chyběl podle mě nějaký přechod...

To si taky říkám, co vlastně tam selhalo, co ti mohlo pomoci líp v tu chvíli... Asi kdyby bylo něco jako je teď to DBT centrum...

Já jsem strašně truchlila po ztrátě své terapeutky, kdy vlastně dva roky jsi s ní v tak blízkém kontaktu, zažíváš jí v té formální i neformální stránce... A já jsem v ní ze začátku měla mámu a všechno, jsme byly úplně v symbióze, bylo to neskutečné. A já jsem potom truchlila, že někoho takového ztrácím. Ještě rok potom, rok a půl jsem furt pociťovala prostě stesk...

To byl hodně intenzivní vztah teda...

Byl, byl...

Můžeš k tomu říct ještě něco víc? Tím jsme se i dostaly k jednomu z témat, na který se ptám, a to jsou terapie, zeptám se tedy na ten tvůj individuál... Měla jsi stejnou terapeutku tam i potom?

Měla, mnohem rychleji se naváže v tom Kaleidoskopu ten vztah, protože krom toho, že ji klasicky venku vidíš jednou za týden na 45 minut, tak my jsme se potkávaly, i když měla službu, 36 hodin v týdnu nebo když jsme spolu hrály hry, hrály jsme karty... Jako kdybychom byly rodina. Najednou navážeš ten vztah daleko hlubší, jedeš s ní na výjezdy a tam jste týden spolu. Takže ten vztah se naváže mnohem intenzivněji, ona s tebou všechno prožívá, stanovujete si cíle, mluvíte i o tom, co neví skupina, jako některá těžká témata... Já jsem teda vnášela všechno, ale přece jen ta práce s tím individuálním garantem byla hlubší na těch individuálech... Musíš navázat vztah, důvěru, aby proběhla změna, to se mi podařilo, což mi jde, když mi někdo sedne... A pak jsem byla schopná dělat ty změny...

Takže v tom vytvoření vztahu hrála zásadní roli ta důvěra, že jí ses otevřela a vlastně i to, že jste spolu byly často... Věřím, že tím, že je Kaleidoskop zařízení komunitního typu a ty terapeuti tam tráví víc času s klienty, to jde rychleji, než kdybys někam docházela...

Je to rychlejší, je to intenzivnější, pracuje se tam víc intenzivněji než v ambulantní formě terapie nebo než když jsi v léčebně... Proto si myslím, že jsou tam schopni lidi s touhle poruchou dělat daleko rychlejší a déletrvající kroky, změnu... Protože tam je tomu všechno přizpůsobené, takový mikrosvět, který ale přesně kopíruje ten svět venku. A zároveň s tím terapeutem zažíváš ty první fáze, kdy jsi jako dítě a vylítáváš z toho hnízda. Akorát že ten pád byl docela velkej, našla jsem si hned terapeutku, ale úplně mi nesesla.

A to už bylo mimo Kaleidoskop?

To bylo mimo, musela jsem si najít někoho jiného... a samozřejmě to furt srovnáváš s tím svým terapeutem, protože tam jsem kolikrát nemusela nic říct a ona už věděla a bylo to...

No jasný... A rozhodně je i výhoda, když ten člověk tě už delší dobu zná a tomu novému musíš všechno vykládat od začátku...

... a teď ten vztah jde najednou hrozně pomalu, vidíš se s ním jednou za týden, nejseš s ním v neformálním kontaktu, netykáte si... Už tě nevidí, jak funguješ přes den... To strašně pomáhalo v té terapii, jak funguješ přes den s ostatníma, tak pak může v individuálu vnášet svoje podněty...

Chtěla bych se zeptat ještě víc na skupiny. Už jsi nějak zmínila, že pro tebe bylo přínosný, že jste byli trochu taková rodina, žeš tam zažívala ocenění, dobrý vztahy s ostatníma...

... no, občas i konflikty...

Občas i konflikty...

... tam se to učíš hrozně rychle a funkčně řešit, tam ani nemůžeš být rozhádaná, jednak to tam prostě nejde, když jsi s tím člověkem 24 hodin denně, nemůžeš tam být v tom napjatém vztahu...

... hm, a nemůžeš z toho uniknout...

... nemůžeš z toho uniknout, a navíc to ovlivní i ty ostatní, takže jseš nucená udělat ty kroky změny a vidíš, že to fakt funguje, ty se pohádáš a ten vztah nekončí. Najednou si ověřuješ ty svoje domněnky, ty svoje špatné mechanismy, že to tak fakt není... Když ti něco vytkne tvoje individuální terapeutka, tak to není, že ten vztah končí....

A co ti jinak dala skupina?

Skupinová terapie nebo ta skupina lidí?

Obojí...

Důležité je, že tam mají všichni víceméně stejné problémy, tohle nebylo v léčebnách, kde se někdo léčil s tímhle, tenhle s tímhle... Ale takhle jsme měli základ stejný, takže i když jsem na skupině nemluvila já, ale někdo jiný, tak jsem si z toho mohla osobně hodně brát, když jsem viděla, jak někdo jiný funguje, někdo ve vyšších fázích už zvládá tohle a jde příkladem... A někdo v nižší fázi, komu to nejde, ty ho vidíš a vidíš svoji kompetentnost a kam ses dostala...

Často ti ostatní jsou takovým zrcadlem neustále pro tebe, ale když je potřeba opravdu podpory, tak ti dají tu podporu... A pak jseš ve skupině, je to jako kdybys měla bráchy a sestry, všechno zažíváte spolu, radosti, starosti toho druhého, je to takové vzájemné učení, jako od sourozenců. Když jsi starší, jako že jsi tam dýl, předáváš něco těm mladším, zkoušíš ve skupině i různé role, i díky různým funkcím si tam zkoušíš různé podřízené funkce, pozice... Ale i pozice, kdy musíš rozhodovat o druhých, co se bude dělat, co se bude jíst, co se bude pracovat... Máš funkce, kdy se staráš, kdy jsi hned po těch terapeutech spolu s tvým partákem nejdůležitější a staráš se o celý chod té komunity. A když má někdo nějaký problém, tak jdou nejdřív za tebou, zkoušíš všechno, jak o druhé pečovat, tak být opečovávan... Mít zodpovědnost, jaké to je, když musíš být v nadřízené pozici, tam se ti zobrazí, že ti to nejde nebo že ti to jde až moc, to taky není úplně fajn v nadřízené pozici. Někomu ta moc nalezde do hlavy, někomu zase nesedí být v podřízené pozici, protože si myslí, že je buzerovanej, a díky tomu jsme se tam všechno učili, najednou se ti tam ukazovalo, co ti přesně nefunguje. Že nemáš rád, když tě někdo kritizuje nebo že naopak nemáš ráda, když kritizuješ.

A na to byl prostor v těch skupinových terapiích nebo vztahových skupinách...

Na to byly skupiny, víceméně čtyřikrát do týdne nebo pětkrát byla hodinu a půl klasická skupinová terapie a jedenkrát byla vyloženě vztahová skupina, která byla vyloženě zaměřená na řešení vztahů. Do té vztahové skupiny jsi mohla přinést cokoli, že potřebuješ s někým něco pořešit, že se ti otevřelo nějaké téma nebo že máš z něčeho strach nebo konflikt s terapeutem... Takže tam se řešilo úplně všechno. Za ten týden té terapie bylo okolo sedmi hodin i s individuální, to bylo hodně intenzivní, takže to bylo super.

Chtěla bych se zeptat, jak jsi tam vnímala prvky sociální práce, teď myslím třeba režim nebo podporu ve zvládnání různých kompetencí jako třeba starosti o domácnost, vaření, úklidy, jednání s úřady... Víím, že někdo tohle víc potřebuje a ocení a někdo zase tohle zvládá... Jak jsi to měla ty?

Jelikož je to komunita, tak my jsme si tam museli sami vařit a starat se o ten chod, takže každý týden bylo část lidí, po týdnu se to měnilo, někdo byl v kuchyni, někdo chodil na nákup, zbytek uklízelo.

A tyhle věci jste se učili i hodně od sebe navzájem, že jo?

My jsme vždycky věděli, kolik na to máme peněz a oni nás učili třeba na Vánoce – tak, chcete vánoční stromeček, tak pojedte se domluvit, kde to nakoupíte, kam půjdete, kam zajedete... Pak tam byla funkce showmana, kterej zase plánoval výlety každou sobotu. Měl možnost počítače, měl možnost to naplánovat a zase když nevěděl, tak mu ostatní poradili nebo i terapeuti. Když jsi potřebovala řešit něco na úřadech, tak přímo naplánovali kroky a když potřebuje podporu, tak si mohl říct o nějakou podporu, že šel třeba někdo s ním. Ale spíš tě podpořili v tom, aby sis to zkusila najít, kam půjdeš a probrat to pak s tím individuálním terapeutem.

A radili vám v některých věcech úplně praktických, třeba když někdo řešil, že nemá dost peněz na bydlení tam a potřeboval vyřizovat dávky, vědět na co má nárok?

Já jsem to tam neřešila, ale vím, že někteří psali žádost, aby dostali každý měsíc nějaký peníze, tak jim tam s tím radili a teď to tam dokonce víc funguje, že jsou schopní celej Kaleidoskop hradit, nějaká ta sociálka... Já když jsem něco chtěla na úřadě práce, tak mi neřekli přímo „musíš jít tam do těch dveří“, tohle jako ne... Spíš podporovali v tom, jít na úřad a fakt se zeptat.

Vím, že v Kaleidoskopu jako v komunitě pracují jak psychoterapeuti s psychologickým vzděláním, tak terapeuti, kteří jsou sociální pracovníci... Dá se říct, jestli jsi vnímala mezi nimi nějakou spolupráci, sociální práce a psychoterapie?

Já mezi nimi spíš nevnímala rozdíl, mezi psychoterapeutama se sociálním vzděláním a psychologama...

Pro mě ani nebylo důležitý, že moje terapeutka byla sociální pracovníce a měla psychoterapeutický výcvik a další terapeut, který vystudoval psychologii a měl psychoterapeutický výcvik... Nebyl v tom rozdíl jako „zajdi si za tadytou, protože ta to ví nebo za tím, ten ví zase tohle“... To jsem tam vůbec nevnímala, rozdíl ve vzdělání nebo tohle...

Tak tam ta spolupráce probíhá asi tak, že informace si hodně předávají navzájem...

No oni pracují v týmu, takže si to předávají...

Vnímala jsi tam nějak tu týmovou spolupráci nebo to sladění mezi nimi?

No, oni jednak když tam byli, tak každý den tam byli dva terapeuti přes den, měli každý týden porady, supervize, byla tam mezi nima ředitelka... Oni fungovali perfektně, nešlo tam vidět, že by byli třeba rozhádaní mezi sebou nebo naštvaní na sebe... nebo že by jeden terapeut s druhým nemluvil nebo nějaké antipatie... Jak jich bylo málo, jak jich bylo fakt jenom šest, tak oni věděli o sobě všechno, setkávali se i mimo a já jsem tam nikdy nevnímala, že by jeden terapeut měl vůči jinému nějakou antipatii, oni museli spolu fungovat dobře, takže to taky neustále pročišťovali, řešili na poradách co a jak... Kolikrát jsem slyšela, že jeden terapeut dostal sekec, protože něco prokecl, co neměl, věřím, že na poradách měli někdy určitě záhul, kdy si řekli: „hele včera byla krize a tys to nezvládnul dobře nebo odešla nějaká holka a mohl pro to udělat tohle“... Určitě si dávaj i brutální zpětné vazby co a jak... Ale na nás to nikdy teda nepřenášeli, ani si nám nestěžovali, že někdo něco...

A dalo by se říct, kdybychom se ještě trochu vrátily k té sociální práci, jestli to pro tebe mělo nějaký význam, třeba různé ty nácviky nebo jestli už jsi to zvládala předtím...

Já měla strašnou hrůzu z vaření... Když jsem tam přišla, tak jsem si říkala: já vůbec nevím, co mám vařit, jak mám vařit, já musím vymyslet jídelníček na celý týden? Já jsem byla z toho strašně ve stresu, říkala jsem si, kdo mi pomůže, kdo mi poradí... Já jsem měla úplně hrůzu vařit... Jako nákupy úplně v pohodě, úklidy taky, pak když jsem měla funkci ministra práce, tak ten rozdělával, kdo co bude uklízet... Postupně člověk věděl, že má určitou částku finanční, že už přesně věděl, cuketa stojí tolik, tohle stojí tolik, to se úplně v pohodě vlezem... Ale ze začátku jsem měla strašnej strach z vaření, protože vaříš pro druhé a ty nevaříš pro tři lidi, ty vaříš někdy i pro patnáct lidí... Takže ty se musíš naučit i to, co neumí klasická matka rodiny, která vaří pro pět lidí, ne pro patnáct...

Já jsem tohle pořádně zažila na chráněném bydlení a i mně to tehdy přišlo na pozici sociálního pracovníka docela těžký, to vaření ve velkém, nakupování ve velkém... Musela jsem pomoci klientům, pokud nevěděli, ale kolikrát jsem si taky říkala, kolik kilo masa máme koupit pro dvacet lidí, sama to nevím... Pak si na to člověk zvyknu...

Jo, to jo... Ale ono se stalo, žeš jídlo úplně podělala, že někdo udělal jídlo a fakt to nešlo jíst... Jako někomu to v kuchyni úplně nešlo, ale mně to strašně dalo, že jsem se otrkala, že to prostě zvládnou... A taky máš na to ohraničený čas, ty to musíš za určitou hodinu fakt přesně udělat,

aby ten oběd byl na 12:30 a ne na 12:40... Takže si i naplánovat, co budu dělat za oběd, abych to stihl, to bylo taky dobrý... A jak to naplánovat, nezapomenout napsat na nákup, co já dneska budu chtít koupit, aby to koupili na další den. A ještě jsme chodili do dvou obchodů. Někteřej den do Lidlu a někteřej do Kauflandu. Člověk musel vědět, že v tom Lidlu ale nejsou cukety, že když budu chtít něco dělat, tak tam v tom nejsou ty potraviny, které chci, takže to si nemůžu napsat... Takže fakt zkušenost, dělat manažera v tom, pak jsi už přesně věděla...

A hodilo se ti to taky potom do života? Nemyslím teď zrovna vaření pro patnáct lidí, ale celkově...

Hodila se mi ta kompetence, to, že jsem schopná, že jsem schopná zorganizovat nákup, že jsem kompetentní, schopná jako ministr práce rozdat práce, říct, co se bude nakupovat, kdo bude nakupovat, kdo půjde uklízet, že to fakt funguje. Že ostatní mě poslouchají, že s nima umím mluvit tak, abych je neponižovala, že jsem schopná fakt něco uvařit, že to ostatním chutná, že dostanu zpětnou vazbu, jak to bylo výborné. Ten pocit kompetence, že jsem fakt schopná, že mi to jde. Že najednou ten člověk dostane pocit: že já fakt nejsem lempl. A tam máš tolik příležitostí získat opačný pocit...

Tak to je vlastně to nejdůležitější...

Jo, přesně... tohle si v léčebně nevyzkoušíš...

Tam jseš ten pacient a jseš tam nějak obskakovaná a opečovávaná... Nerozvíjíš se...

Přesně, obskakovaná, tam nemáš tady tohle... Nemáš zodpovědnost za nic v té léčebně. Ale v komunitě máš zodpovědnost za to, že když neuvaříš, tak nebude jídlo a ostatní budou nasraní a ty prostě musíš fungovat, nemůžeš říct: mně je špatně, jdu ležet... A ty jsi prostě v kuchyni.

Věřím, že tohle pak zrovna určitě může napomáhat tomu, že člověk pak líp čelí těm situacím venku... Musíš fungovat, i když se necítíš ideálně, ale máš tu zodpovědnost...

Přesně, ty ráno prostě vstaneš, protože máš jasnej program a ty tam musíš bejt a tím se učíš jaký je to chodit do práce... Ty se ráno nevzbudíš a neřekneš si: mně je špatně, nechce se mi, tak

nejdu do práce... I tak jak je tam program nastavenej, tak často mi řekli: si prostě zvykneš...
Na hodně věci, které nechceš, si zvykneš...

Ze začátku to musí být náročná změna...

Pro některé je to brutální změna, když přicházejí z léčebny...

A jak to bylo pro tebe? Byla to pro tebe nějaká změna nebo už předtím jsi musela fungovat a zvládala jsi to?

No, já jsem se vrátila z léčebny a vlastně jsem byla doma tři týdny... Ale já jsem byla vždycky taková schopná a zodpovědná za ty druhé a hodně jako puntičkář a hodně perfekcionista, takže já jsem neměla problém vůbec s tím programem. Já jsem chtěla, mě to bavilo, ale když někteří přicházeli z léčeben nebo byli ještě takoví mimo, tak ti to nesli ten program a povinnosti strašně špatně. Ale teď je to ještě jinačí, tehdy byla ta fáze, kdy se všechno učíš, měsíc, teď to trvá tři měsíce... A ten program tam mají jinačí, nemají ho tak náročný, takže teď to je udělané ještě jinak. Takže furt se učí, tam se často vypadávalo v tom prvním měsíci, protože to lidi prostě nezvládali. A teď to je ještě mnohem líp, oni se nás dokonce i ptali, co bylo pro vás těžké na tom začátku, proč ty lidi vypadávaj... Ptali se nás, ne že oni to vědí... Ptali se nás, jak to vnímáme, co je nejtěžší na tom programu... Nebo proč nakonec někteří vypadávají až v desátém měsíci najednou... Tak jsme jim řekli...

A proč se to dělo na konci?

Protože ty víš, že budeš mít nové povinnosti, musíš si najít práci, další stres, se kterým nemáš zkušenost, bylo to strašně stresové období... A teď najít si bydlení, úplně v cizím městě, já jsem nebyla z Prahy, byla jsem z Ostravy...

A pro tebe to bylo taky těžký kolem toho desátého měsíce, hrozilo taky, že vypadneš?

Ne, já jsem to neměla nikdy za ten pobyt, že bych to chtěla vzdát nebo odejít. V tomhle jsem byla výjimka, tohle jsem nikdy neměla, nikdy jsem se nebouřila...

To jsi měla velkou vytrvalost asi...

Hele mně tam bylo tak dobře, bylo to motivující, furt tam děláš nějaký kroky a dostává se ti toho, že to je výborné, co děláš... Ty chceš dělat dál ty kroky, furt se ti dostává zpětná vazba... Anebo když se ti něco nedaří, tak nevaří, jdeš dál... Furt tě ujišťují v tom, že je to v pořádku...

Zeptám se tě teď i na ten krizový tým, vnímala jsi tam nějakým způsobem práci v multidisciplinárním týmu, spolupráci psychoterapeuta a sociálních pracovníků?

Já ani nevím, jestli v tom týmu byl psychoterapeut...

Tam byli jenom sociální pracovníci?

Jenom sociální pracovníci... Externě s nimi spolupracoval jeden psychiatr...

A byl tam i peer?

Ano, byl tam peer, ale až po delší době jsem se dozvěděla, že to je peer, ne sociální pracovník. Ale jinak tam byli všechno sociální pracovníci, terapeut tam nebyl. Teď už tam ani nemaj ten krizovej tým, protože jeho vedoucí odešla. Já jsem hlavně využívala to krizové centrum, chodila jsem tam, kdykoliv jsem tam mohla zavolat. Není to krizové centrum omezené od desíti do čtyř, ale bylo do osmi večer, případně ses mohla domluvit, že budou mít zapnutý telefon přes víkend, takže tam to fungovala perfektně.

A jaká pro tebe byla spolupráce s tím týmem, s tím tvým pracovníkem?

Za ty dva roky tam chybělo podle mě to, jak oni nemaj ten psychoterapeutickéj výcvik. Mají zkušenosti jenom z jednoho kurzu nebo něco načtený a ty když se nějak chováš, automaticky to berou, jo, to je manipulace. A stalo se mi to s tou mojí pracovnící dvakrát a na podruhé jsem s nimi už skončila. Já jsem si ten rozhovor nahrála, protože jsem se s ní loučila a chtěla jsem to mít na památku, jenže tam zrovna došlo k tomu, že se do mě pustila... Když jsem to pustila svojí terapeutce, byla úplně v šoku, říkala, že se mnou jedná jako s hadrem. A tam podle mě chybělo to, že neměli ten terapeutickéj výcvik...

Takže tam v tom týmu asi propojení sociální práce a psychoterapie chybělo... Vidíš to tak, že kdyby tam v tom týmu byl psychoterapeut, mělo by to ještě jiný rozměr?

Já jsem s tou sociální pracovnící ráda mluvila, bylo to někdy skoro jako psychoterapeutický sezení, ale ona na to nebyla vycvičená, třeba když jsem chvíli mlčela, myslela si, že jí nějak manipuluju, že jí chci někam dostat. Když jsem seděla schoulená, tak zase jí to bylo nepříjemné. Prostě si myslela, že si tím říkám o nějakou pozornost... Nevím, jestli bych radši mluvila s nějakým terapeutem než s ní, ale prostě její pohled byl tak strašně zraňující, ponižující, ona mi říkala, jestli s ní hraju nějakou hru... Nevím, jestli pak byla unavená nebo vyhořelá...

Tohle by sociální pracovník každopádně neměl dělat... A dalo by se ještě víc konkretizovat, co v jejím přístupu ti nepomohlo? Bylo to teda nějakým způsobem zraňující...

Mně nepomohlo, že se mi třeba snažila podsouvat něco, co dělám a já jí vysvětlovala, že to tak není... Myslela si třeba, že jí nějak manipuluju a já z toho byla úplně v šoku... Najednou mi vytkla, že se vracím k něčemu, co chci probrat... No jo, ale to už je měsíc staré, já se s váma o tom nechci bavit... Ale já jsem říkala, že pro mě je to důležité... To, co se stalo, to nedorozumění s váma porušit... Dokázala povzbudit, ale vnímala jsem, že neunášela moje emoční naladění, že mi je špatně, nechtěla se bavit o nějakém nedorozumění... Nebyla schopná, když se něco mezi náma stalo, se o tom zpětně pobavit... Ona to odsekla: já to mám vyřešený a to, že ty to nemáš vyřešený, je tvůj problém...

A bylo to takhle od začátku nebo až po delší době?

Ze začátku, když jsem přišla v krizi, tak se mi strašně věnovala. Furt říkala, že jsem strašně schopná, cítila jsem strašný tlak, že bych se měla zlepšit... A že bych za půl roku neměla být v krizi... Když jsem byla v krizi, tak jsem se cítila za to špatně... A vnímala jsem z její strany, že mi vytkla, že mi to vůbec nic nepřináší, když chodím do své terapie a ještě chodím k ní... Já jsem říkala, že mi pomáhá tam chodit a že mě to neudrží v nějaké pozici nemocného... Ale ona to ke konci řekla, že mi nechce dát sebemenší péči, sebemenší pozornost, vyloženě takhle ti to řekne... A ty jsi úplně v prdeli, řekneš si: Co? Co??? Ale hlavně mě štvalo, že svým názorem ovlivňovala ostatní, kolegyni, se kterou jsem se chtěla taky rozloučit... A ona reagovala tak, jako nikdy za celou dobu: A vy byste to opravdu potřebovala? Jako že se jí zdá,

že mám té péče hodně... To, co říkala ta moje pracovnice, tím ovlivnila ostatní... A když řekla: celý tým si myslí, že jste přepečovaná, celý tým... A odkud to asi ten celý tým má, když jsem se s nikým jiným nevidala...

To muselo být teda fakt těžký, odnášet si ze spolupráce s tím týmem takový zklamání... Každopádně moc děkuju, pro výzkum to může být cenná zkušenost... Ještě se chci zeptat, jak se ti daří teď a jestli teď ještě využíváš nějakých sociálních nebo terapeutických služeb...

Vyžívám toho DBT centra, jezdím ještě za mojí psychoterapeutkou do Hradce, to je i psychiatricka... V krizovém centru jsem dlouho nebyla, protože jsem byla znechucena tím přístupem... A úplně mám strach tam jít, protože celý tým přece ví, že jsem „přepečovaná“, takže ti, co zůstali, mám hrůzu, že se ke mně budou chovat úplně stejně... Fakt tam nemám vůbec chuť jít...

A to, že jsi tam zažila určitou stigmatizaci, co to způsobilo v tobě emočně?

Já jsem byla strašně naštvaná... Že s tou diagnózou se na nás hned koukaj jinak, přišlo mi to hrozně nefér... Že možná má něco nastudované, a ještě blbě nastudované... A pak jsem se bála jakkoliv projevit, protože co když v tom uvidí manipulaci? Pořád jsem se kontrolovala, jak se budu chovat a nebyla už sama sebou, tohle vnímám fakt strašně blbě... Ještě teď ta zkušenost, že jsem chtěla jít do Šternberka a zase, hraniční porucha osobnosti děsnej problém, na férovku tě nikdo nevezme, ale kdyby to bylo po známosti, tak možná jo... Nikdo nechce pracovat tady s tím... Věřím tomu, že někteří hraničáři jsou fakt otrěsní a fakt se s nima nedá vyjít, ale nejsme takoví všichni... A to, že nás hází do stejného pytle, se mi vůbec nelíbí...

A mám se... tak teď mám naplánovanou hospitalizaci, tak uvidim, no... Někdy to je lepší, jindy horší...

Je třeba nějaká oblast, ve který se ti vyloženě daří, vlivem komunity nebo psychoterapií...? Mluvila jsi o tom, že pár let po Kaleidoskopu to bylo lepší a potom už tolik ne, ale jestli aspoň v něčem pořád cítíš ten pozitivní vliv na sebe?

Hodně ve vztazích, že vím, jak s těma lidma komunikovat, říkat to, jak se cítím... Jít přes pocity, neříkat někomu: ty jsi blbá, ale říct, že mám takovej pocit, že teď se cítím prostě takhle...

Spoustu technik, jak mluvit, spoustu terapeutických věcí, to mi strašně pomáhá v komunikaci... Strašně mi to pomohlo v tom povídání, řešení konfliktů... Mluvit prostě o pocitech...

A pomohl ti v něčem i ten krizový tým nebo z toho v tobě zůstávají jen ty negativní pocity?

Tehdy mi fakt pomohl, pomohl mi v těch těžkých situacích, poprvé jsem s nima byla na diskotéce, zažila jsem různé fakt úžasné věci... Ale ta moje sociální pracovnice musela mít pak už nějaké osobní problémy nebo byla nějaká vyhořelá... Ale vnímala jsem to jako perfektní zázemí... Fakt mi to pomohlo strašně moc... I moje terapeutka byla ráda, že mám někde možnost někoho, kdo mi dá okamžitou krizovou intervenci, což většinou terapeut není schopný... Takže jako bylo to dobrý, až na ten konec...

Rozhovor D – Jakub

Zeptám se nejdřív, jakých všech služeb jsi využíval v Kaleidoskopu a jaký to tam pro tebe bylo...

Já jsem tam byl ve stacionáři pro pracující, měl jsem tam individuál jednou týdně a jednou týdně byla skupina, tříhodinová. Jednu a půl hodiny byla teorie a jednu a půl hodiny. Bylo to vždycky o těch úkolech a vyhodnocovala jsi tam ty úkoly. To je v Kaleidoskopu všechno, co jsem využíval.

A jaký to pro tebe bylo?

Tak jako ze začátku to bylo šílené, když jsem přišel, tak jsem si říkal: k čemu jsem se to zase upsal? Jak na mě začali chrlit různý ty „mindfulnessy“ a přišlo mi, že to všechno zavání takovou východní, buddhistickou... V té době jsem byl dost proti těmhle věcem... Byl jsem pak hodně překvapený, jak ty lidi pracujou, předtím jsem měl zkušenost jenom s individuálem, který neměl žádnou formu, jenom ten povídací. A byl jsem překvapenej, jak je to dobře strukturované, po měsíci jsem začal mít pocit, že to bude docela dobré... Ten první měsíc jsem si říkal, že tomu dám ještě šanci a uvidím, ale nedával jsem tomu moc šancí. V tom období jsem byl trochu ještě rozjetý v tomhle, impulzivní, že mě třeba něco nasralo a pak jsem nešel...

A ta strukturovanost programu ti pak pomáhala?

Ta mi hrozně pomáhala, že jsem přesně věděl, co můžu od toho čekat, ze začátku jsem měl strach, co se tam bude řešit, měl jsem úzkost a radši jsem ani nedošel...

...a tady jsi přesně věděl ty témata...

Věděl jsem, co budu řešit, jak to bude vypadat, na co se mě budou ptát, hlavně ta moje první terapeutka, Jindřiška, ta byla úplně fantastická, i když ze začátku jsem byl proti tomu, že bych měl mít ženskou jako terapeutku... Že jsem byl takový, že před ženskýma jsem se snažil vypadat líp, než to doopravdy je, říkal jsem si, že by to mohlo nějak nabourávat ten terapeutický proces...

Ale nakonec to teda nebyla překážka?

Ne, díky tomu, že jsem měl jako první terapeutku ženskou, tak mě to právě nakoplo tím správným směrem, začal jsem uvažovat jinak, ona byla taky fakt dobrá terapeutka, byla taková pevná v těch svých přesvědčeních a neuhýbala přede mnou... Měl jsem perfektní schopnost se vymluvit na spoustu různých věcí, ale ona mě nutila všechno dělat, všechny úkoly...

Takže to pro tebe bylo taky vyhovující, že to bylo víc direktivní, jestli se to dá takhle říct?

To nebylo vůbec direktivní, ona mi hned ze začátku vysvětlila, že musí trvat na tom, co se tam po mně vyžaduje, což jsou ty úkoly a abych chodil. A že prostě je jedno, jak ty úkoly udělám, jestli tam udělám chybu... Já jsem ze začátku byl hodně nastavený, že když něco dělám, tak to musím dělat na 250 % nebo nedělám nic, takže většinou jsem neudělal nic...

A na těch individuálech jste teda taky řešili, co se dělo na skupinách... ? Ty úkoly a když jsi s něčím měl problém...

Jo, já jsem byl ze začátku takový hodně machistický, že jsem nerad přiznával, že něčemu nerozumím, takže jsem radši nepřišel, než že bych někomu řekl, že nevím, co se po mně chce...

A díky čemu se to potom prolomilo?

To bylo víc věcí, tam jsem zaznamenal trošku změnu myšlení, ze začátku jsem se bál, že mě nebudou mít rádi, že si budou myslet, že jsem blbec nebo že jsem hloupý nebo něco takového, tak jsem třeba radši nějaká témata vůbec neotvíral... Jak zněla ta otázka ještě jednou?

Díky čemu se to prolomilo, že jsi ta témata potom otvíral? Mohlo hrát roli potom i nějaký přijetí z jejich strany?

Spíš z mojí strany, že jsem nad tím začal přemýšlet jinak, že jsem nepřemýšlel tak, že někam docházím, musím mít úkol, ale řekl jsem si, že chci ten úkol udělat, abych na tom mohl nějak pracovat... A snažil jsem se dělat ty úkoly pravdivě, ze začátku to bylo tak, že jsem se hodně snažil ukázat, že ty úkoly dělám nejlíp, že jsem na jiném levelu než ti ostatní, což jsem potom zjistil, že jsem možná ještě níž než většina těch vrstevníků...

A ty obavy, že tě budou nějak hodnotit, tak prolomilo se to třeba i díky tomu, jaká tam byla ta skupina nebo terapeuti?

Mně strašně sedli ti lidi, ta Jindřiška a ještě ten Honza, i ti lidi na skupině... Ta první skupina, tam jsem nebyl tak úplně spokojený... Tam se to mění, každou chvíli někdo odejde, někdo přijde, a jak se proměnila ta první, tak tam byla ta druhá skupina, a tam už mi byli hodně sympatičtí ti klienti. Ze začátku to bylo hodně takové, že se mi nechtělo ani mluvit, ale myslím, že to mělo nějaký svoje místo. A myslím, že kdybych v tom Kaleidoskopu byl ten poslední půl rok s těma lidma, co jsem tam byl na začátku, že by mi taky víc sedli, že jsem si kvůli těm skupinám vytvořil i mnohem lepší vztah k lidem, že jsem tam jako když se mi někdo nelíbil, tak jsem se s ním nebavil...

Takže už jenom ta skupina ti dala hodně...

Skupina hlavně náhled na mě samotného, když jsem slyšel ty lidi jak o tom mluví, najednou slyšíš, když někdo mluví o něčem, co se tobě taky děje a on to řeší nějakým způsobem, když ho pochválí, že to řešil dobře, tak si řekneš: tak to taky můžu zkusit, když to funguje jemu... Více přikládám váhu tomu individuálu, ty skupiny tak ten první tři čtvrtě roku pro mě byla důležitá, tam probíhala ta DBT terapie, každý půl rok se probíhá to stejné...

Takže to už pro tebe pak nebylo nic nového a tolik ti to asi nedávalo...

Jako ty příběhy těch lidí, to je vždycky nějaká obměna, téma je podobné, ale obsah je potom jiný, i potom jsem tam chodil rád, i když ta teoretická část už mi nedávala tolik, většinu jsem toho už znal...

Ještě k těm skupinovým terapiím, kolik tam vlastně bylo lidí na skupině? Nevím přesně, jak je to na tom staciku...

Když nás tam bylo úplně nejmíň, tak kolem desíti... Třeba přes léto je tam míň lidí, protože se nikomu nechce chodit, takže se stávalo, že jsme tam byli třeba čtyři včetně dvou terapeutů... Když tam bylo víc lidí, tak to mělo větší koule, bylo to zajímavější...

A k těm dovednostem a teoriím, co jste se tam učili, můžeš ještě víc rozvést, co ti to dalo a co konkrétně ses naučil, jak ti to pomohlo v životě?

Mě to zachránilo úplně, z šíleného dna mě to dostalo, hodně dlouho jsem byl přesvědčený, že to nikdy nepřejde, že už jsem měl fázi té depersonalizace, fakt už mi jebalo... Tak to už jsem se vracel hodně do minulosti...

...a tam se ani nepracuje tolik s minulostí, spíš ta přítomnost a současný vztahy...

Jo, no ono je to strukturované tak, že ze začátku se řeší takové ty sociální věci, terapeut se ptá, jak jsi na tom s penězma, jaké máš zázemí, jestli máš kde bydlet, jestli se myješ, jestli zdravě jíš... Potom když ten terapeut je přesvědčený, že máš zajištěný takový ten základ, abys tam mohla vůbec dojít, abys měla prachy na jídlo...

A to se tě ptají na přijímacím pohovoru nebo ze začátku na individuálu?

Dotkneš se toho u toho přijímacího pohovoru, oni musí vědět, jestli jsi schopná si to platit, protože se to platí... Zároveň se tam řeší sebevraždy, co si k tobě ten člověk může dovolit a co může otvírat za témata, aby neriskoval to, že po dvou sezeních tam otevře nějaké téma: máma, táta nebo něco a ty se mu tam nerozložíš, nepůjdeš se někde zasebevraždit. A vlastně jak oni

mají podchycené tyhle věci, ze začátku se tam stanovují cíle, v mém případě to byly takové obecné věci jako mít se rád, během půl roku jsme si definovali, co bude ten můj cíl... A když mají tohle podchycené, můžou tě konfrontovat s něčím, co jsi dělala blbě, protože vědí, že se pak nepůjdeš pořezat nebo něco takového, tak se řeší hlubší témata... A hodně se řeší přítomnost, hodně se řeší témata, co se ti děje každý den, ze začátku dostáváš takovou kartu, nevím jestli jsi to viděla, můžu ti ukázat... Tomu se říká DBT karta, tam si zapisuješ náladu, mapuješ si je, protože... Pak po určité fázi vlastně zjistíš, že nevíš, kdo jseš, že vůbec nevíš, já jsem třeba nevěděl, proč mám úzkosti, říkal jsem si: nemám co řešit, prostě se furt všeho bojím, nemůžu zvednout telefon a takové věci... Pak jakmile si to mapuješ, děláš to podrobně, snažíš se psát si to podle pravdy, tak začneš zjišťovat, že ty věci se ti dějí z nějakýho důvodu. Že to je vždycky reakce na něco, ty propady, podle té karty to ten terapeut vyhodnotí, že máš sebevraždu 5, tak se tě zeptá: a co se dělo, já řeknu, že nevím... Tak běž zpátky, co se dělo v pondělí, no byl jsem v práci a už najednou zjišťuješ, že to s něčím souvisí... A pak jsem zjistil, že to, co se stalo, tak vlastně moje reakce byla neadekvátní tomu, že se třeba při rozhovoru někdo podíval na hodinky a já jsem odešel, že jsem si myslel, že o mě nemá zájem a takové srandy... A pak když do toho pronikneš, začneš vědět, ono je to hodně spojené s tou teorií, vysvětlí ti, čeho si máš všimnout, jak ty věci vlastně fungují v tobě, jak fungují ty reakce emoční. A čím víc to chápeš, tak tím víc je to pro tebe užitečnější, protože víš, jak to dělat, aby to mělo nějakou výpovědní hodnotu... Když jsem to dělal deset minut před individuálem v tramvaji, tak to většinou moc výpovědní hodnotu nemělo... Tak a začínáš vlastně s tímhle tím, většinou ze začátku ty individuály se točí kolem tady tohohle, pak ještě většinou nějaké řetězové analýzy, vezmeš si nějakou situaci a všechno si tam popíšeš...

Dá se říct třeba příklad nějakých konkrétních situací, kdy ti pomohly tyhle cvičení nebo nácviky? Jak se to potom projevilo v životě, třeba v komunikaci nebo ve vztazích?

Pro mě úplně stěžejní bylo to mindfulness, protože jsem měl hrozný problém, že jsem nedokázal udržet klidnou hlavu, nespál jsem kvůli tomu, pak jsem skončil v blázinci, že jsem nespál asi týden, chodil jsem do práce... A přišel jsem úplně vyřízenej a lehl jsem si a takhle... A ta mindfulness... Ze začátku je to hodně těžké, já jsem se tomu nějak bránil, jakmile mi někdo řekl, že se musím nějak sebeuklidnit a přijmout se a takové, tak jsem říkal, to jsou takové kecy, co má brácha, který cvičí jógu... A hlavně ti to ze začátku vůbec nejde, protože jsem tomu nerozuměl, co se po mně chce, protože je to vysvětlené, ten manuál je psaný takovým hodně ezo jazykem, „musíte přijímat světlo z vesmíru“, ne, takhle to není, to přeháním... Ale je to

takový, když jste v krizi, zapalte si svíčku a dívejte se na ten plamen, to jsme si dělali prdel, když jsem v krizi, tak poslední, co budu dělat je, že budu čumět do svíčky...

To jsem ani nevěděla, že tam něco takového je, ale slyšela jsem o různých DBT technikách... Pomohlo ti z nich v krizi něco jiného?

Jsou tam různé bloky, ten první, to je právě to mindfulness... Ta myšlenka toho je, že abys mohla nějak fungovat, tak musíš se umět nějak zklidnit, musíš najít něco, co tě, když to vezmeš ze škály od jedny do deseti, tak aby to aspoň na sedmičku pomohlo, aby sis uvědomila, že se to aspoň trochu snížilo. Jinak se nedá nic dělat, když jseš v nějaký akutní úzkosti, tak potřebuješ se dát trošku do klidu...

A co se třeba osvědčilo tobě?

To mindfulness je označení technik, kterých je milion, třeba to čumění do svíčky, poslech hudby nebo třeba, že si zvědomuješ procházení dveřma, vracíš se z bouře těch myšlenek a emocí sama k sobě a do té přítomnosti... A tohle to jsem dělal jedině a tohle mi fakt pomohlo. Pak tam je blok stresové tolerance, nějaké vztahy, tam toho je hodně... Já teď hodně příkládám svůj dobrý stav tomu, že jsem si začal dělat ty techniky, ráno si pět minut zavřeš oči a poslechněš si svůj dech, dáš se tak do klidu... Jakmile jsem to dělal každý den, tak už to nepotřebuju moc, už jsem takový bdělý stále, je to fajn věc...

A teď už nechodíš na ty skupiny, skončil jsi?

V únoru. A teď od května bych tam měl začít dělat toho peera taky....

Zeptám se taky na ty sociální věci, který jsi řešil ze začátku, bylo ti nějak k užítku i to sociální poradenství?

Toho bylo ze začátku hodně, když se starali o to, abych chodil čistý, abych nesmrděl a tak... A ten závěr, to už jsem se dostal do bodu, kdy jsem se toho terapeuta ptal, co ještě dál, že nechci zůstat v tom bodě, ve kterém jsem, i když jsem byl spokojený, tak jsme začali řešit... Nevím jestli sociální věci, sport a stravu... Třeba i práci jsme řešili...

Takže nějaký poradenství ohledně práce?

Práci jsme řešili poměrně hodně, jak vztah k práci, tak vztahy v té práci s těma lidma, to bylo jedno z mých hlavních témat, jak se k tomu mám stavět, škola taky, vlastně i nějaké poradenství ohledně těch vztahů, to se taky možná dá považovat za oblast sociální... Ale práce byla, jak říkám, jedno z hlavních témat....

Řešil jsi změnu práce?

Ze začátku jsem řešil, že jsem si myslel, že jsem příšerný pracovník, potvrzoval jsem si to tak, že jsem dělal různé blbosti... A pak ke konci jsme řešili změnu... Nevěděl jsem, jak se připravit na to, že jim řeknu, že prostě nechci... Tak jsme řešili, jak to mám vlastně udělat a co dál... A přišel Fokus. A vyšel Fokus. A jsem za to extrémně vděčný.

A bylo to tak, že by ti vyloženě pomáhali a radili s hledáním práce nebo sis to spíš vyřizoval všechno sám a měl jsi jejich podporu v tom?

No, takhle. Myslím, že by mi s tím pomohli, kdybych to po nich nějak chtěl... Nebo asi by to nebylo jako kdybys šla za pracovním konzultantem a hledali byste spolu ty nabídky, ale asi nějaký ten rámeček by ti nějak přiblížili...

Takže spíš, než že bys měl problém si tu práci najít, nějaká podpora v tom, že na to máš?

No, mně pomohli objevit nějakou tu vlastní hodnotu...

Ještě jsem se chtěla zeptat, ti terapeuti, jak to měli s tím vzděláním, jestli to víš? Třeba v komunitě jsou terapeuti s psychologickým vzděláním i se sociálním...

V té mojí skupině byli všechno psychologové...

Ale zároveň teda ti psychologové řešili ze začátku ty sociální věci?

Jo, dá se říct, že jo... Ale bylo to víc terapeutické...

A byl tam i vyloženě někdo, kdo by měl sociální i terapeutické vzdělání? Teda pokud o tom víš...

Já vím, že těch týmů je tam právě víc – pro pracující, nepracující, ale sociální pracovníci jsou možná spíš v komunitě...

To vím, že v komunitě určitě... Ale jestli to správně chápu, tak i když to byli psychologové a neměli vystudovanou sociální práci, byli schopní to s klientama řešit, když na tom sami chtěli pracovat...

Jo... Já neměl nikdy problém, že bych musel řešit sociálku nebo nějaké prachy, nějaké dluhy... Ale vím, že moji spolupacoši, někteří to tam potřebovali řešit... Jakým způsobem se mají oddlužit, zároveň tam byla ta terapeutická podpora, jak by k tomu měli přistupovat... Jako věděli, na co člověk má nárok a na co ne...

A když sis vybíral pro sebe terapii, asi jsi neuvažoval nad něčím pobytovým? Měl jsi to tak, že jsi byl schopný více méně fungovat a stačilo ti to docházení jednou dvakrát týdně?

Mně to stačilo tohle. Říkal jsem si, že na tom asi nejsem až tak špatně, že bych potřeboval na rok se sebrat a někam jít...

A teď máš pocit, že ta terapie takhle stačila a ty změny byly natolik výrazný, že teď můžeš být spokojenej, nemáš výraznější duševní problémy...

Je to teďka úplný cajk...

A dál pokračuješ v individuálu nebo jsi to úplně všechno ukončil?

Ne, teď jsem to úplně ukončil, teď si dávám pauzičku od terapií a ještě mám v plánu psychoanalýzu. Nabídl mi to psychiatr, že by to mohl být ještě další krok...

K psychiatrovi ještě chodíš?

Jasně...

A k nějakým dalším psychologům jsi chodil?

To jsem chodil, ještě jak jsem bydlel v Ostravě, tak jsem chodil docela dlouho, ale to nebylo nic moc, víceméně první zkušenost s psychologem...

Nesednul ti?

To byla taková povídací terapie, že jsme na ničem nepracovali, jenom jsem tam šel říct, že se mám blbě a on mi řekl, že to je mu moc líto, přijďte příští týden...

Takže tam asi chyběly nějaký zpětný vazby...

Pro mě to byla blbá zkušenost, protože on mi tvrdil... Teda on nic netvrdil, on navrhoval nějaké věci, ale já jsem v té době to nevnímal, že mi navrhuje nějaký pohled, ale že mi říká, co si myslí... A on mi říkal, že možná jsem líný... A to pak vznikl dost velký blok proti němu...

To je docela takový hodnotící mi přijde...

Ted' když to zpětně hodnotím, tak to vnímám, že on celkově svým projevem... To nebylo poradenství objektivní, to bylo jenom takové nahazování témat takové... Ale v té době, to jsem byl rozjetý úplně šíleně... V té době kdybych šel do Kaleidoskopu, tak by mi to nebylo k ničemu, musel jsem dojít do určitého bodu, abych to začal víc se o to zajímat nebo starat...

No, asi jsme probrali tak nějak všechno, ještě se podívám na témata, co mi tam vplynuly z předchozích rozhovorů, jestli ještě něco je zásadní... Hmm, asi už se na nic nepotřebuju zeptat, docela se divím, to je zatím můj nejkratší rozhovor... Tak asi už jenom, jestli tě nenapadá něco hodně zásadního, nějaký hodně zásadní téma nebo přínos té terapie pro tebe, který jsi zatím neřekl nebo něco k terapeutům ještě... Ke skupině...

Musím zaklepat, že jsem to tam vydržel, že jsem to absolvoval... Ten přínos pro ten můj život je tak velký, že už si občas říkám, jestli se mi to třeba nezdá...

Tak možná jestli ještě můžeš shrnout, co všechno se ti změnilo v životě?

No, jsem schopný pracovat, fakt jsem schopný se soustředit, jsem schopný se bavit s lidma bez toho, aniž bych neustále přemýšlel nad něčím, nad tím, že mě někdo soudí nebo si něco myslí o mně, jsem schopný chodit ven s čoklem v žabkách nebo chodím v županu do obchodu... Přestal jsem mít úzkosti skoro úplně, přestal takové věci řešit... Ale to je přirozené... Říkám, zbavil jsem se těch úzkostí na 80%, depresí taky, vztahu k chlastu, už to není to zběsilé se ožírání, aby člověk byl co nejvíc tupý... Vztah k lidem jsem změnil, začal jsem mít lidi rád... Začal jsem být takový víc v klidu, beru telefony, volám lidem... S rodičema se mi zlepšil vztah, s fotrem jsme měli úplně šílený, tak s nim jsme zase kámoši docela, že si s nima i normálně pokecám...

A jak se to stalo, že se zlepšila tvoje komunikace s lidma, dovednostmi, co ses tam naučil?

Oni ti tam říkaj, že dokud se nemáš ráda sama, nemůžeš mít dobrý vztahy. Na to samozřejmě vznikalo spoustu hodinových debat, jestli to tak opravdu je a tak... To byl jeden z mých prvních cílů, začít se mít rád, tak v rámci možností... Jasně, hlavně moje komunikace vůči lidem, i to, jak nahlížím, jak ty lidi mluví se mnou, dřív jsem to všechno bral, že mě hrozně hodnotí... Teď jsem schopný se s někým bavit a dívat se tomu člověku do očí, když s ním mluvím, předtím jsem byl furt nervózní, furt jsem se škrábal, furt jsem se upravoval, jo... A teď' najednou tadyto mi úplně odpadlo... Což taky příkládám, myslím, že to není jen tou terapií, ale i úpravou léků, který teď' beru... Beru teď' úplně minimum toho, co se bere, plánuju tak nějak za rok, za dva, postupně se tohle taky zbavit, nechat to jenom na čistě přírodních věcech... Našel jsem si kvůli tomu práci, která mě úplně kurevsky baví... Fakt v tom vidím budoucnost, konečně v tom vidím budoucnost, oženil jsem se...

To je strašně moc změn...

...pořídil jsem si čokla... To je hrozná bestie, ale myslím, že se k sobě docela hodíme... Začal jsem uklízet, začal jsem se starat o věci, pořídil si diář, toho je tolik... Úplně když se vidím ty dva tři roky zpátky, jak jsem byl sto dvacet kilo, v depresi doma u notebooku a křičím po mámě, ať mi udělá šťávu... A teď', je to poměrně velký rozdíl... Už mám jenom sto kilo a řvu doma na manželku (smích).

Rozhovor E – Jana

(...)

No, mě právě hlavně zajímalo, k čemu jim to pomohlo, já jak jsem na té svépomocné skupině na tom facebooku, tak tam čtu od hodně lidí z Kaleidoskopu, že jsou na tom špatně. Docela by mě zajímalo, proč jim to pomohlo, nevím, jestli někomu může pomoci nelidskej přístup ve vyléčení traumatu...

Je to asi určitej systém, kterej nesejde každému... Ale ti, kterým to pomohlo, říkali, že ze začátku bylo těžký si zvyknout si na ty pravidla a jak to tam funguje. A že to nějakým způsobem pochopili až po čase... Když porušíš třeba nějaký pravidlo a udělá to něco s celou tou skupinou... Kdyby to bylo úplně individuální, tak by byl chaos v tom, co se smí a co se nesmí, vznikaly by tam dohady ohledně nějaký nespravedlnosti... Asi to tam stojí i na těch zásadách, že hraničáři potřebují nějaký režim, zvyknout si znovu fungovat, ale chápu, že to nesejde každému...

Tam jde o to, že těch, kterým to pomohlo, je strašně málo a i těm, kterým to pomohlo, se pořád nedaří fungovat, mít zvládnutý věci jako jsou třeba strachy...

Ono jde možná i o to, do čeho se klient vrací, jestli má dobrou i následnou terapii, jestli si zvládne najít kvalitní vztahy, přátele...

Ale to se má učit v Kaleidoskopu a myslím, že se to tam opravdu neučí... Ono to je na delší povídání, ani nevím odkud začít...

Asi každý to vidí jinak, ty zkušenosti jsou různý...

A ti, se kterýma jsi dělala rozhovory, měli pozitivní zkušenost?

Většinou jo, k těm lidem je i snazší se dostat, k těm, co měli pozitivní zkušenost. Víc to píšou na diskuzích, jsou dohledatelný, ti s negativní zkušeností o tom tolik nemluví nebo nepíšíou...

Na tý skupině je jich myslím spousta, pokud někdo po roce a půl pobytu v Kaleidoskopu cítí v sobě prázdnotu nebo nějakou černou díru, tak to pro mě není efektivní léčba...

Hmm. Ty jsi říkala, že jsi to tam vnímala jako hodně omezující... Nebo co tam pro tebe bylo nejvíc traumatizující?

Spíš zacházení s jinými klienty... Ale tím, že jsem zažila omezující, trestající výchovu, tak to pro mě bylo ještě větší trauma, v podstatě jsem ty terapeutky považovala za horší než moje máma, a moje máma to dělala nevědomě. A oni na to maj mít jako kompetenci a chápat, že tam jsou takoví lidi a je jich hodně a nemůžou takhle přistupovat ke všem...

Takže ti tam chyběl individuální přístup a zaměření na tvoje potřeby?

No a já jsem se chtěla ještě zeptat, v čem to pomohlo těm lidem, kteří na to maj pozitivní názor, co zvládli?

Někteří zvládají fungovat výborně, předtím byli v šílených depresích, nezvládali školu, práci...

A neužívaj léky?

Třeba taky neužívaj léky... A jsou celkově spokojení, jsou na tom dobře psychicky... Naučili se jinak komunikovat ve vztazích a vytvářet pozitivní vztahy, někteří si tam pořešili traumata... Ale ty traumata se řeší až trošku v pozdější fázi, první měsíce jsou víc o tom, aby si tam člověk nějak zvyknul, slyšela jsem od klientů, že do těžších témat se pouštěli až později...

Já jsem tam právě ale hodně mluvila s těma lidma a právě mě frustrovalo, že holka po třinácti měsících Kaleidoskopu má deprese, má v sobě černou díru, přitom to byla inteligentní, komunikativní holka a já jsem z toho byla strašně zklamaná. Aby za třináct měsíců jí tam nikdo nepochopil tak, aby se dostala do nějakýho stavu, kdy by mohla nějak fungovat, tak, aby tohle neprožívala. A ještě říkala, že nevěří, že tu její prázdnotu, černou díru něco zaplní, že nevěří vůbec vyléčení té poruchy, po třinácti měsících, což mě hodně frustrovalo...

Hm, tak to není zrovna pozitivní příklad...

Jenže těch lidí, kteří nezvládli tu léčbu přístupem terapeutů, bylo víc...

A říkali vyloženě to, že jim nesedí přístup terapeutů?

Tak tam maj toho terapeuta, co nemá dokončenou ani tu školu, on dost i klienty provokuje a já si myslím, že u těchto poruch osobnosti to není vhodný ze začátku... Když to budu brát, že mám tu poruchu vážnou, tu hraniční, tak Kaleidoskop není vůbec vhodná komunita...

Takže ti přijde, že kdybys měla lehčí poruchu, dalo by se to tam zvládnout?

Já ji mám vážnou, akorát já se zajímám ještě o mystiku, mám zkušenost i s meditacemi, přečetla jsem hodně knížek, takže některý věci mám zvládnuté, mám v hodně věcech i takovou pokoru, takže to mám hodně propojený s tím duchovnem... Takže kdybych se nedozvěděla to onkologický onemocnění, tak... Kvůli tomu onemocnění jsem tam spala i patnáct hodin denně a před Kaleidoskopem jsem spala dvanáct hodin denně, takže kdybych porovnála vnější život venku a v Kaleidoskopu, tak určitě byl horší, co se týče stresu... Což u začátku léčby je úplně nevyhovující u poruchy osobnosti, takže tam to nešlo kvůli té extrémní únavě, ve stresu se mi zhoršuje komunikace nebo když se mi připomene nějaký zážitek, který souvisí s kontaktem s více lidma, tak mám i horší schopnost sebevyjadřování. A já si to dokážu zpětně napsat nebo zpětně říct a to tam taky šlo, řešit všechno zpětně, ale ten největší problém byla moje fyzická nemoc a velký stres, který vyvolával trochu i impulzivitu, ale teď se vnímám jako klidnější, ale není to díky Kaleidoskopu určitě...

A dokážeš si vybavit nějaký situace, kdy se k tobě terapeut choval tak, že to na tebe působilo tak, že to bylo trestající nebo omezující nebo nespravedlivý, jak jsi zmiňovala?

Určitě, mně tam vyhovoval jediný psycholog, ten mi přišel chováním, že má opravdu vliv na to léčení, a říkalo mi to i víc lidí. Jsem si říkala, jestli to není jenom můj dojem, ale víc lidí mi říkalo, že ty klienty uklidňuje, dokonce měl i dlouhý mimořádky, ty mu tam potom zakázali. Vlastně na těch mimořádkách jsem pozorovala, že poskytoval to, co je potřeba, tu krizovou intervenci než prostě dělat mimořádku proto, abych někomu řekla, že má jít skočit do vody, umýt si obličej nebo se podívat na film. To prostě tu krizi vůbec neřešilo, to by ten člověk musel

čekat na psychoterapii a vlastně se pořádně nedostal ani ke slovu a vůbec je špatně nastavený ten systém, že oni byli zavření za těma dveřma a museli jsme si svolávat ty mimořádky, oni s náma byli jenom na těch terapiích...

Já jsem tam tu situaci mapovala a povídala jsem si s těma lidma, já jsem tam přišla i kvůli tomu, že se tomu v budoucnu chci věnovat. A vždycky ta příčina byla, já jsem myslela, že jsem na 72hodinovce, ale ve skutečnosti jsem byla na 24hodinovce, můj psychické a fyzické stav byl stejně špatnej, kdybych si zažádala o veto, tak bych se tam mohla vrátit. Hlavně ta nemoc to způsobila, já jsem to chtěla s tou ředitelkou řešit nějakými stížnostmi, který se můžou podat prý jednou týdně, ale... Já nevím, jestli to mám dělat podle těch otázek, cos mi poslala...

Když se o tom už nějak teď bavíme, tak je to asi jedno... Spíš záleží na tom, co všechno ti přijde důležitý, s tím odchodem třeba, jestli to chceš ještě nějak rozvést?

Já si myslím, že kdybych tam zůstala, tak mi to stejně nepomůže, protože jsem byla nemocná, nemohla bych fungovat v té komunitě a zastávat se těch klientů, jak bych si představovala. Já jsem třeba i DBT úkoly dělala těsně předtím, protože já jsem předtím spala, v každém volném čase jsem spala... A nemyslím si, že to bylo způsobeno jen tou fyzickou nemocí, ale i frustrací. Ale možná kdybych nebyla nemocná, tak bych mohla bych vysvětlovat terapeutům a ředitelce, co nám škodí...

Já mám problém, že když se mě takhle zeptáš, tak mám potřebu se zamyslet...

Klidně se zamýšlej dýl, jak dlouho potřebuješ...

Já mám ještě tu poruchu takovou, tak se cítím podle toho, s kým jsem... Ta moje identita je taková, nevím, jestli slabá, ale když se s někým cítím dobře, tak jsem v klidu... Ale když se cítím frustrovaně, tak mám pocit, že se dusím, že musím křičet nebo s něčím třískat... Jak ses mě zeptala k tomu odchodu, tak s tebou se cítím dobře, žejo, teď si nedokážu převést úplně ty pocity, co tam byly... Ale když si je převedu, a nebyla bych fyzicky nemocná, ale deptali mě tam, tak tam třeba opravdu nevydržím, ale ta motivace by mě tam držela. Neumím to posoudit, možná bych tam vydržela do konce, možná jenom další měsíc, dva... Ale oni nebyli přístupný tomu, jak to některým lidem může škodit a že je to taky příčinou odchodu a že mě to taky frustruje. Protože mně záleželo i na těch ostatních lidech, ale záleželo by to na nich, jak oni by byli přístupný tomu, aby se tam s lidma zacházelo taky jinak... Takže si myslím, že úplně nedokážu posoudit ten odchod...

Tak a kdybych měla říct ještě víc k tomu pobytu, tak bylo to pro mě extrémně frustrující, protože to nesplnilo očekávání, co se týče jak toho systému a chováním terapeutů. A sice jsem tam měla občas pozitivní pocity, ale převládala tam strach, smutek, úzkost, stud, projevovalo se to uzavíráním se na pokoji... A když už jsem musela být mezi těma terapeutama, tak vztekem a znechucením... No a já to s těma poruchama mám těžký, předtím jsem měla smíšenou poruchu osobnosti a trpěla jsem i sociálníma fobiema a vůbec jsem nedávala najevo vztek, o těch hraničních poruchách se tvrdí, že jsou to spíš konfliktní lidi...

To je individuální, to se projevuje fakt různě, někdo ten vztek víc drží v sobě a obrací proti sobě, někdo ho dává víc najevo...

Ale jsou tam předsudky, když někdo řekne doktorům, že je hraničář, tak ho považují, že je to hrozně problematická osoba...

Ta stigmatizace mi zatím zaznívala ve většině rozhovorech s klienty, ať už se to týká toho, že je do nějaký služby nevzali právě kvůli diagnóze nebo se to týkalo odlišného chování k nim na základě předsudků...

Vůbec se mi nelíbí, že hraniční porucha se dokonce hodně porovnává s psychopatií a dokonce jsem to našla na wikipedii... A s tím teda nesouhlasím, hraniční lidi jsou impulzivní, jenom když je něco ohrožuje nebo když mají i strach, nejsou impulzivní na základě toho, že by neměli svědomí... Že by chtěli někomu ubližovat...

Jo, to je prostě nedostatečná informovanost...

A zažila jsem to i v léčebně, že prý hraničáři schválně narušují pravidla, což já vůbec nemám, jenom se jedná o pravidla, která si myslím, že porušují moje lidská práva nebo mě omezují nějak hodně, mojí osobnost. Ale takový pravidla slušnosti, spolužití, jsou pro mě samozřejmostí... Nebo když hraničáři nevydrží v nějaký práci, tak samozřejmě, když šéf je nadřazený a nechová se hezky k tomu zaměstnanci, tak ten hraničář má k tomu konfliktu blíž, ale proto, že se s ním nezachází dobře...

Jasně, je citlivější na odmítnutí...

Ale určitě to není proto, že nechce přijít v šest do práce, že chce přijít v osm, aby někoho provokoval... Když jsem měla nějaký konflikt v práci, tak to bylo právě tím, že se mnou zacházeli špatně... Že mě třeba nutili chodit do práce šest dnů v kuse, nedali mi něco, co mi slíbili... Tak tam byl občas výbuch, nechtěla jsem v takové práci pracovat...

Tak to je pochopitelný...

Hlavně nechápu, že mám teď diagnostikovanou jenom hraniční poruchu, myslím, že mám těch poruch víc, třeba schizotypální, protože mám sklon meditoval a utíkat z reality a zajímat se třeba o jasnovidnost, minulý životy a takové věci... Což hodně souvisí s tou schizotypální poruchou, ale oni tohle neberou na vědomí, když jim to říkám... No z té hraniční mám třeba to, že je mi těžko bez druhé osoby, že v té samotě je mi špatně, vlastně mám potřebu být v přítomnosti nějaký pečující osoby, ale určitě ne typu většiny terapeutů v Kaleidoskopu... Ale kdybych měla mluvit o těch metodách, nevím, jestli to, jak se chovali, jsou nějaký terapeutický metody, ale já to, jak se chovali, přisuzovala tomu, že nemají dostatečnou asertivitu a dostatečnou praxi...

Jak se třeba chovali?

Já jsem se třeba naštvála na jednoho klienta, protože jednu klientku obvinil z krádeže, tak jsem na něho vybuchla a ta terapeutka na mě začala křičet... Křičela na mě, že jestli nepřestanu, nepřestoupím do F1 a cítila jsem se hodně špatně, protože jsem to považovala za takový nadřazený chování, neefektivní... Čekala bych, že mě třeba uklidní, myslela jsem si, že od toho tam ty terapeuti jsou, aby vyrovnávali tu labilitu a vedli klienty ke stabilitě... V té chvíli jsem ale nepřemýšlela úplně rozumně, že si mám svolat mimořádku na ohrožení, že ten klient ohrožuje tím, jak napadá někoho jiného... A tím, že jsem si myslela, že terapeut je ten klidnej, vyrovnanej a asertivní, mi řekne: tady není prostor to řešit, můžeš si svolat mimořádku... To byla moje představa, proč jsou terapeuti v komunitě, ty konflikty učit zmírňovat... A ti klienti se tím učí té asertivitě, učí se zklidňovat, pak jim funguje víc rozum než emoce...

Ta moudrá mysl v DBT...

My potřebujeme, aby k tomu ten terapeut takhle přistupoval... Takže mě dusilo na lících, cítila jsem se úzkostně, ukřivděně, uzavřela jsem se, protože jsem myslela, že ona chce takhle se

mnou zacházet, takhle nehezky... A těch situací tam bylo hodně, už první den mi přišli klienti chováním ke mně hodnější než terapeuti, říkala jsem si, že to nemůže být žádná metoda, takový arogantní přístup...

A v jakých situacích jsi tu aroganci ještě vnímala?

No, to bylo první den v Kaleidoskopu, přišla jsem a ztratila jsem papíry od doktorky... Měla jsem pocit, že by mě nejrádši poslali rovnou domů a já jsem se s nima v klidu bavila, že je co nejdřív seženu... Ale viděla jsem to i z toho neverbálního – jak se na mě terapeut tvářil, jak se mnou mluví z vrchu a ne přátelsky... A nedělalo mi to dobře, ale byla jsem rozhodnutá, že to tam zkusím, že se nenechám odradit hned prvním dnem... Oni nakonec řekli, že jim to mám co nejdřív přinést, jenže já jsem to té psychiatrice řekla, co se stalo, a ta psychiatricka nebyla ochotná jim to poslat, říkala, že když něco chtěj, tak ať jí to řeknou, já jsem jim to opakovala... Takže jsem se tam cítila měsíc deptána, řešila jsem to s terapeutkou, která nedělala žádný kompromisy s klientama, furt je nutila striktně dodržovat to, co se muselo, nemuselo... A samozřejmě nebyl problém, že z Kaleidoskopu napíšu mail, jak si to přála moje psychiatricka, ne, byla jsem tam měsíc deptána, že si to musím zařídit sama, i když moje psychiatricka to odmítla... Až když jsem dostala toho garanta, což pro mě byl nejlepší psycholog v komunitě, tak mi řekl, že nejbližší návštěvu, co mám s ním, že ať to přinesu... Já jsem v týhle situaci si nedokázala poradit, udělala jsem všechno, co jsem mohla, projevila samostatnost, kterou po každém vyžadují... A už to nešlo dál a oni nebyli ochotní udělat ten kompromis... A ten psycholog neměl problém, viděl, že jsem pro to dost udělala a snažil se mi vyjít vstříc... S ním jsem se cítila nejvíc, jako když tam dochází k tomu léčení... Že u něho jsem se cítila přijímaná i s těma špatnýma vlastnostma, i že respektoval moji osobnost, že prostě byl ochotnej k tomu kompromisu, přátelskej... Třeba když někdo byl impulzivní, on vůbec nevybouchnul, přiznal si chybu, když se někdo na něj oprávněně naštvál a udělal to jinak. A když si myslel, že je v právu, tak to dokázal vysvětlit... A já jsem myslela, že třeba on mě dokáže dostat do té moudré mysli, ale problém byl, že on byl jedinej, kterej se takhle choval. Byl tam jednou za dva týdny, bylo i léto, čas dovolených, takže jsem s ním nemluvila tak často. A ostatní terapeuti nepodporovali tu moji moudrou mysl. Sice na DBT něco vysvětlovali, ale když jsem se jich zeptala, jak se spojují protiklady, tak mi to vůbec neuměli vysvětlit. Ta DBT terapie vznikla proto, aby pomohla integrovat ty protiklady, hraničáři mezi těmi protiklady bývají v extrémech, buď můžou cítit velký úzkosti a strachy nebo můžou přejít do té impulzivity. A když jsem se jich ptala, tak v podstatě jenom vysvětlovali, co bylo v těch papírech... Já to úplně neumím

posoudit, jak dobrý v tom byli, to DBT bylo jen dvakrát týdně a jednou byl ten workshop o tom...

Já tam vnímám, že pro tebe to jejich jednání bylo prostě v rozporu s těma metodama, na kterých je to tam založený...

Hodně v rozporu, když jsem mluvila třeba s jednou holkou, která trpěla OCD, tak terapeut, který se snažil dost často zesměšňovat klienty, jí třeba řekl, že upoutává pozornost, to mi přišlo hodně zraňující... Pokud šlo o nějakou provokaci, tak to nebylo vhodné, protože ona se spíš ještě neměla ráda, když se takhle k ní začal chovat... Potom jednomu klientovi říkal, že za to si může sám, co mu tam povídal, což vůbec není terapeutický přístup... A on se začal uzavírat do sebe a když se tam k němu tak zachovali víckrát, šel na 72hodinovku a potom se už nevrátil... Přestal se tam svěřovat se svými pocitema a potom měl pocit, že ho tam týrají nebo nechápou, taky si přišel na to, že mu to nepomáhá. Potom jsem byla na pokoji s jednou dívkou, která byla v Kaleidoskopu už potřetí a řekla mi všechno o sobě, byla jsem čím dál víc frustrovaná, protože to byly negativní zkušenosti s Kaleidoskopem. Že jí vyhodili v sedm večer, kdy jí nejel autobus, ona stála na zastávce, byla už docela zima a šla nějaká paní z dětského domova, co je poblíž, která ji odvezla do Prahy. Jinak já nevím, třeba by tam zmrzla i na té zastávce a to chování, to si nemůžou dovolit, protože vyhazují klienty, kteří mají zaplacený pobyt a to znamená, že ta smlouva je neetická, hodně vyhovuje jim. Dokonce když mě vyhodili, mi nezaplatili dvanáct dní nájemného a vymlouvali se, že kdyby to bylo jinde, bylo by to stejné. Ale smlouva je neetická a možná i protiprávní v tom, že oni mají čtrnáct dní výpovědní lhůtu a my nemáme žádnou. Takže když tam někoho vyhodí, a většinou se ani nezajímají o to, proč ten člověk udělal to a to, a ani se nejedná o závažné věci, kdyby se jednalo o krádež nebo o trestný čin, tak to chápu, že ho vyhodí ze dne na den, ale i tak by mu měli vrátit ty peníze. Zase jsem tam viděla tu nadřazenost. Je ani nezajímá, jestli mi jede autobus a jestli budu spát na zastávce, takový bezohledný chování jsem nezažila nikde... Já jsem dostávala ty stavy toho dušení... Já jsem tam přišla proto, že jsem věřila, že tam se mnou budou zacházet lidsky, že se budou chovat podle situace, zastane se toho klienta, když se hlasovalo... O nějakým tom povolení přespat, to je pro mě nedůstojná záležitost za věc, za kterou ani nemůžu a skončit na nějakým povolení přespat...

Vím, že se tohle se stávalo nováčkům, když omylem něco udělali...

No, vůbec by za tohle nemělo být žádný povolení přespat... Vím, že jeden klient, chudák, si zapnul po desátý konvici, protože ty pravidla se někomu za tři dny do hlavy úplně nedostanou, protože někdo má problém s pamětí... Tam je problém s tou pamětí a pozorností, že ten člověk není uzemněnej, je kolikrát i kvůli těm traumatům odtrženej od reality, zhoršuje to tu paměť a soustředěnost, takže mně to přijde jako nelidský zacházení s lidma, oni říkali, že to není trest, pro mě je ale důležitý, jak to působilo na mě. Třeba ta řetězová analýza, tak dobře, je to zajímavý... Ale je to strašně zdlouhavý... Ale jako to by šlo, ale abych se sedm dní ptala, jestli tam můžu přespat, pro mě bylo ponižující a nedůstojný, ale nedokázala jsem to ani říkat, protože jsem věděla, co budou říkat... Že to nepochopí, že mi budou vnucovat svůj názor, že to má efekt... Pro mě to nemělo žádný efekt, protože nesoustředěnosti se nezbavím za sedm dní nějakýho povolení přespat a řetězový analýzy. Jako ta řetězová analýza pomůže zmapovat nějaký věci... Ale nějaký povolení přespat je nedůstojný... Já jim říkám sedm dní, že něco už neudělám a oni mě tam velkoryse nechají přespat, když mám zaplacený pobyt, jídlo, všechno... A ještě hlasují a je to takový nepříjemný, protože když hlasují... Já mám ráda lidi a nedokážu si představit, kdybych vedla komunitu, že takhle budu zacházet s lidma... A tohle se dá řešit... Já nevím, ty lidi kolikrát trpí nesoustředěností a nejsou schopní si ty pravidla zapamatovat za týden kolikrát... Prostě se dá říct člověku, že ho chápeme, že má tyhle problémy, ať si na to příště dává větší pozor a možná tu řetězovou analýzu...

Chápu, že by bylo pro tebe a jiný klienty přijatelnější, kdyby se to řešilo víc individuálně...

Na příklad ty zakázaný simky... Oni mi vnucovali, že simky zakázali proto, že lidi se nesvěřují s pocítama v komunitě, ale píšou to známým... Já na to mám jiný názor, pro mě je to omezování svobody, to, jestli se svěřím terapeutům, závisí na tom, jestli si získají moji důvěru... A moji důvěru si nezískali, dokonce jsem si nesvolala žádnou mimořádku, ani když jsem ji potřebovala... Já jsem nechtěla otvírat svoje traumata, protože si myslím, že se mnou nezacházeli hezky... Ani jsem tam necítila lidskej zájem, jako bych byla až terapeutů vlastní dítě... A já kdybych byla terapeutka, tam myslím, že takhle bych chtěla zacházet s lidma, že to v podstatě až moje vlastní dítě... A tohle jsem tam vůbec necítila a ještě když jsem viděla, co tam těm lidem raděj na těch mimořádkách, tak mně to přišlo úplně kontraproduktivní, myslím si, že takový rady, že si pudu zkusit skočit do řeky, jestli mě to nezbaví úzkosti nebo si opláchnout tvář nebo se podívat na film, neměla jsem pocit, že se tam řeší ta krize, to byl další důvod, proč jsem si je nesvolávala... Před tím svým oblíbeným terapeutem bych si ji svolala, ale on tam byl jednou za dva týdny, tak jsem si ji nesvolala... Nechtěla jsem, aby ta komunita

o mně věděla tyhle věci, tam byli třeba i narcistický nějaký lidi a oni nezacházeli hezky s lidma, který měli slabiny. Tak já jsem se tam necítila v bezpečí, když ten terapeut by tam nebyl... Jemu bych se svěřila, ale cítila bych se ohrožená některýma klientama... A 99 % lidí mi přišlo, že neporušili nějaký pravidlo schválně, buď to porušili proto, že to tam cítili nebo to bylo kvůli jejich nemoci, jako nějaká nesoustředěnost, zapomnětlivost, únava, kterou často trpí lidi s problémama a ta únava je často kvůli těm traumatům... A prostě mám pocit, že se tam s tím vůbec nepracovalo do hloubky... A mám pocit, že i ten Kaleidoskop má stigma vůči hraničním poruchám osobnosti, já jsem měla celou dobu dojem, že nás považují za osobnosti, který jsou až psychopatický, že mají sklon třeba manipulovat druhý, že mají sklon třeba ubližovat... A já to nechápu, proč si stojí za těma stejnýma metodama... Já jsem byla v tý komunitě podruhé... A podruhé když jsem tam šla, tak sociální pracovnice, která mě přijímala, mi říkala, že jsou tam jiný terapeuti...

A když jsi tam byla poprvé, to bylo kdy?

To bylo asi od roku 2011 nebo 2012...

A to jsi tam byla jak dlouho?

To jsem tam byla měsíc... Jakoby to chování bylo podobný... Měli jsme sportovní den a měli jsme hrát volejbal a já jsem měla fobii spíš, že jsem měla spíše poruchu a já jsem vlastně měla z těch lidí strach a byla jsem tam první týden a měla jsem tam hrát volejbal... A ty lidi asi nikdy neprožili sociální fobii nebo nemaj dostatečnou empatii... A oni mě obvinili, že jsem narušila fungování skupiny, že jsem nešla hned hrát, a přitom já jsem potřebovala od nich krizovou intervenci, potřebovala jsem, aby mě uklidnili a aby mně dali nějaký pocit bezpečí a aby hráli třeba s náma ti terapeuti a aby ta fobie nějak ustoupila. A já jsem se cítila strašně ohrožená, nebylo mi z toho dobře a cítila jsem se ohrožená. Nepotřebovala jsem, aby mě někdo obviňoval z toho, proč jsem tam přišla. A nebyla jsem jediná, byla tam holka, která taky nešla hned hrát a zase jí řekli, že narušila fungování skupiny... A přitom nějaký trauma se jí připomnělo a utekla do tý šatny a zase místo aby dostala pochopení, tak jí zase ten terapeut řekl, že to si nesmí dovolit, aby narušila fungování skupiny...

Tak to je klasický příklad posttraumatické poruchy, to vyhýbavý chování, zrovna včera jsme se to učili na semináři... Když se člověku připomene to trauma, tak ho chytne úzkost, panika a musí odtamtud utéct...

No a mně tam přišli všichni takový sebevědomí, znali se tam už dýl a mně se to aktivovalo to trauma, že se něco špatného stane, že na mě někdo bude zlej nebo mě zdeptá něčím... A já jsem byla v té úzkosti a oni mi dali deset minut a já jsem nakonec hrát šla, ale stejně jsem to hrála v úzkosti, nebylo mi dobře. Potom se zase stalo, že někdo na kotli nechal toaletní papír a nikdo si nemohl vzpomenout, kdo by ho tam dal, takže celá komunita na to měla doplatit podle nich a druhý den jsme tam neměli žádný terapie za trest...

To je ten očištný proces, ne?

Sice to zrušili, ale zase mě to zdeptalo, frustrovalo, že někdo nade mnou má moc, zase jsem tam cítila, že je to špatně, že někdo má špatnou paměť, že někdo něco zapomene. A to mě strašně frustrovalo, to mně vůbec nepřišlo asertivní chování, takže jsme zase celý den uklízeli budovu a cítila jsem se ponížene, museli jsme psát nějaký traktát, takže jsem pochopila, že bysme si měli uvědomit, že nemáme právo dělat chyby a že o tom musíme sáhodlouze přemýšlet, proč jsme si to dovolili udělat... A ten traktát píšeme, abychom to už neudělali nikdy, což není možný... Protože s tou pamětí je to tak, s těma kognitivníma funkcema...

Tak to se může stát úplně každému, že na něco zapomene...

A oni vlastně za tu dobu, co jsem tam byla poprvý, i po těch stížnostech jsem si tam poprvé na to stěžovala... Tak mě trápí, že oni neberou moc v potaz ty stížnosti...

A jaká byla ta odpověď, jestli ti to nevadí říct... Nepřišlo ti, že by to bylo bráno na zřetel, že by se to nějak projednávalo, co by mohli udělat jinak...?

Ne. Já jsem byla ta špatná, vždycky. Když jsem měla traumatizující situaci, když jsem něco zapomněla, a takhle zacházeli i s ostatníma klientama. No a když jsem přišla teda podruhé v tom 2017, tak jsem tam změny, co se týče empatie vůči klientům moc neviděla... A deptalo mě to, protože každý odchod klienta mě zdeptal, protože jsem je znala a nepřišlo by mi, že by dělali něco naschvál. Třeba jednomu klientovi řekl terapeut, že ze sebe dělá oběť, přitom ten

terapeut vůbec neznal okolnosti. A mně už v té době bylo tak blbě, že jsem se nedokázala tak vyjádřit, abych se ho zastala. A ten klient to psychicky nevydržel a vím, že ten klient to cítil dobře, že prostě nemůže někdo takhle výrazně omezovat někoho... Tam se prostě zakazuje brát na úzkosti cokoli... No a někdo tam má třeba jenom cigarety, aby se dostal z té úzkosti. A jemu ukřivdili klienti a terapeut se ho nezastal a ještě ho obviňoval dál jeho a on to nevydržel a vybuchnul... A měl do deseti minut přijít, jinak ho neodhlasujou. A on samozřejmě do deseti minut nepřišel a odešel a ukřivděnej. Ani se tam vůbec nepomáhaj zpracovávat ty křivdy. On maloval a dělal do čtyř do rána nějaký obraz a dělal to na nějaký Kulturfest. No a on si tam zažádal o půjčení cigaret a ti klienti na něj dost útočili, on si na to chtěli půjčit a oni mu na to nechtěli půjčit, on se urazil, protože on se tam nějak pro tu komunitu obětoval... Měl úzkosti, byl unavený, potřeboval ty cigarety, důchod mu přijde až za týden. Když mu někdo nabídl, že mu půjčí, tak klienti šli proti němu, nikdo se do něj nevcítil a ten terapeut nezasáhl. Být terapeutem, tak řeknu, že to není fér, že proti němu takhle jdou, když se někdo nabídl, že mu půjčí, když se pro ně takhle obětoval... A myslím, že to by pro něj znamenalo hodně a že by neodešel, kdyby měl aspoň to zastání. Všechny ty věci, který by se měly dostávat od terapeutů ke klientům, tam prostě nejsou. Potom jednu klientku obvinili, že byla na neschopence, aby napsala review. Jenže ona už dlouhodobě říkala, že je strašně unavená, že ji lidi vysávají, přenášela pocity z nich na sebe. Neměla tam tu hranici, nedokázala dávat, oni ji to tam nenaučili, i když o tom pořád mluvila. A ona pak už ani nedokázala dopsat to review. A ona ho odevzdala, když odešla z té neschopenky a hned byla obviněna, že zneužila tu neschopenku. Ale podle mě to nebyla pravda, ona na tom byla špatně už delší dobu a když si odpočinula, asi se jí nějak ujasnily myšlenky. Začali tam na ni útočit a zase se jí nedostalo zastání. A co se týče toho jednoho psychologa, tak ten se choval jinak vždycky, dokázal se mě zastat a uklidnit mě, a právě díky němu jsem neodešla. Když ještě terapeut začne být jako klienti, začne být obviňující a vyčítající, tak většina lidí to psychicky nezvládne a odejde z té komunity, protože tam necítí žádný bezpečí. Říkám to proto, že tam se nejedná o nějaký disociální poruchy osobnosti, který dělaj věci schválně, využívaj, manipulujou. Proto tam má být zastání těch klientů, za tím chováním se skrývá nějaká úzkost, nemoc, takže to mě strašně frustrovalo. Že k tomu nedocházelo, akorát ten jeden terapeut, on byl takovej rodičovskej, on se zajímal o to bezpečí těch klientů, co prožívaj a proč se tak chovaj, to mě uklidnilo, to mi vždycky pomáhalo. Ale už v té době, kdy jsem od nich dostala ten vyhazov, i když jsem nic neprovedla, tak on už dokonce v té komunitě nebyl. On byl vlastně v F0 a F1 mě už neměl, takže jsem tam v nikom necítila tu oporu, takže bylo tam hrozně těžký pro mě zůstat a kdyby se nezměnilo to jejich chování, tak bych určitě odešla. Pořád jsem se snažila ještě získat ty informace od klientů a

chovat se jako Matka Tereza, chtěla jsem pořád ochraňovat ty lidi, chtěla jsem, aby dostali ten soucit...

Takže trošku sis tam přišla sama jako terapeut...

Trochu jsem četla nějaký knížky o terapii a taky jsem taky spíš ten rodičovskej typ, chci ty lidi pochopit a pomoci jim... A nemám zájem o to, abych ty lidi deptala, vyčítala, obviňovala... To právě dělali ty naši rodiče, a to nám právě způsobilo tu duševní nemoc, takže to nemůžou dělat stejný praktiky jako v komunitě...

Chápu, že klient potřebuje často opak toho, co dostal v rodině a co mu nějak ublížilo...

Když nedostal pocit bezpečí a nefunguje jako ta samostatná identita, tak určitě potřebuje terapeuta, který mu to bezpečí dává, ale zároveň mu dává odvahu dělat ty nové věci, když má třeba fobii, tak odvážit se mluvit ve skupině, potřebuje tam tu oporu, potřebuje tam toho terapeuta v blízkosti, aby se k tomu odvažoval, až dojde časem k tomu, že bude mít to bezpečí v sobě, ale podle mě to ze začátku bez terapeuta nejde, od rodičů to bezpečí nikdy nezažil, takže potřebuje nějakou tu osobu, ale je jasný, že se potřebuje naučit, dávat to bezpečí sobě. Já si říkám po těch zkušenostech v komunitě, jestli se člověk může vyléčit bez terapeuta, jestli mu může pomoci třeba partner nebo přátelé nebo nějaká literatura nebo si udělat nějaký výcvik terapeutický nebo kurz krizový intervence a tím víc pochopit sám sebe. Teď když jsem se zklamala v těch terapeutech, tak se z toho snažím dostat sama tímhle způsobem...

A zažila jsi někdy přístup, který by ti seděl víc, terapeuta nebo sociálního pracovníka?

No, v organizaci Baobab... Jenže tam není komunita, takže když je tam kurz sociálních dovedností jednou za čtvrt roku týden, tak tam není šance, že se člověk naučí být plně asertivní. Jejich přístup je ale lidskej, tam jsem zažila, že se mi snažili naslouchat, měli se mnou trpělivost, pravidla jsme si tam tvořili sami, na kterých jsme se shodli... A cítila jsem, že se snažili dělat kompromisy a zajímali se o naše pocity, ale nikdy jsem tam nezažila žádný obviňování, žádný vyčítání, žádný zesměšňování, žádný provokování, vůbec... Snad tohle jsem zažila jenom v tom Kaleidoskopu...

A v tom Baobabu, tam je to asi čistě sociální organizace, nemají tam psychologa?

V tom je ten problém... S psychologem mám zkušenost jenom z toho Kaleidoskopu. Já mám strašně vysoký nároky na ty terapeuty a musím mít pocit, že to berou jako poslání. A u toho psychologa, u toho nejlepšího z Kaleidoskopu, jsem si nebyla jistá, protože on prý odešel kvůli líp placenému zaměstnání, to na mě moc dobře nepůsobilo... Tak to mě zklamalo, že on nemá sklon až k tomu altruismu, já ten ideál mám ty Matky Terezy, a to zatím nesplnil žádný terapeut, ale tenhle byl nejbližší... Ale co jsem měla předtím terapeuta dva roky, taky jsem měla pocit, že mu na mě moc nezáleží, terapeut, se kterým jsem byla zatím spokojená, byl jen ten v Kaleidoskopu. No potom jsem byla spokojená ve Fokusu v tom podporovaném zaměstnávání, to mi pomáhali najít zaměstnání...

Taky to ale patří do těch sociálních věcí, takže pokud k tomu chceš něco říct, můžeš...

Tak tam jsem taky zažila lidský přístup, pochopení, trpělivost. Potom mám zkušenost taky s krizovou intervencí ve Fokusu, s mužem a ženou... Tak s tou ženou jsem byla docela spokojená, dokonce minule jsem k ní chtěla jít na krizi a už tam nepracuje, což pro mě taky nebylo příjemný... Když jsem měla krizi, tak pracovala s mými pocitama a pomohla mi zpracovat ty pocity... A toho psychologa, kterýho jsem tam zažila, mi nepřišlo, že by mi pomohl vyřešit ten problém, který jsem měla... Potom jsem zažila psychology v Bohnicích a krizovou intervencí v Bohnicích... Tak asi taky pokud mám nějaký jeden problém, kterej jdu řešit, tak s tím mi pomůžou... S tou poruchou ne, tam člověk může být jenom týden, je tam ale taky hodně lidskej přístup. Potom mám zkušenost v Bohnicích na oddělení 3, kde jsem byla hospitalizovaná...

Jo, to je to terapeutický oddělení, žejo?

Jo, tam mi taky vyhovoval přístup psychologů, akorát mi nevyhovoval přístup jednoho terapeuta, který byl doktor, ten mě třeba obviňoval... Říkala jsem mu třeba, že moje mamka mi v dětství říkala, že jsem pomalá a že mě hodně kritizovala a srovnávala se sestrou, to byl takovej ten pocit nedostatečnosti... A on mi začal tam povídat, že jsem asi byla pomalá, že moje máma měla pravdu, tak jsem úplně nechápala, co se děje. Tak bych čekala, že mi řekne: tak někdo je takovej, někdo takovej proto, že má takovej temperament... A prostě čekala jsem od něj jiný přístup, nevěděla jsem, jak mám reagovat a cítila jsem se špatně, že jsem jako špatná, že jsem teda pomalá a moje máma měla v tom pravdu. Vůbec jsem se mu nedokázala pak otevřít,

protože mě deptal tím, ale jedna psycholožka v těch Bohnicích, ta se mi snažila pomoci, ale zase tam je to na šest týdnů a nestihne se to zpracovat za těch šest týdnů. Taky tam neměli pro mě pochopení v tom, že jsem občas přišla třeba na večeri třeba v šest pět nebo sedm a už mě za to chtěli vyhazovat z té léčebny. A to jsem taky neudělala schválně a vůbec je to nezajímalo. A to byla ta propustka, chodila jsem pomáhat jedny paní a nestihla jsem se vrátit, ale zase měla jsem tu nálepku, že jsem hraniční, takže jako že to dělám schválně a oni si to vůbec nenechali vysvětlit. A potom taky jsem trpěla chronickou únavou a odpoledne jsem si potřebovala odpočinout, měla jsem antipsychotika a oni mě vyhazovali z té postele, zakazovali mi spát a takovýchle věci... Tam to bylo tak půl napůl, ty terapie tam byly hodně dobré, ale měla jsem pocit, že člověk má nálepku té poruchy. Ale tak jako spát tam bylo zakázané a já myslím, že je to hodně bezohledný vůči těm lidem, kteří trpí únavou, berou antipsychotika... Zase je to špatně nastavený v tom systému. Pak tam byla jedna psycholožka, která se chovala tak trochu jako generál k těm klientům, když se nechovali podle ní, ale neměl jsem jí na individuálu, takže jsem to takhle neprožívala a zase že by mi extrémně vadila, když jsem jí neměla. Ale nechápu teda, že ten pobyt je šestitýdenní a ne třeba tříměsíční, protože je hodně terapeutické a hodně to máj zajímavě udělaný ty aktivity a všechno, za tu dobu tam člověk nevyřeší všechno...

Tam je to hodně intenzivní, každý den skupiny, podle toho, co jsem slyšela...

Jo, každý den dvě tři terapie nebo pracovka, ale taková pracovka, když to mám porovnat s Kaleidoskopem, tak mě tam vadilo, že jsme tam lidi pracovali tři a půl hodiny denně, i když měli plný důchody a i když nebylo co dělat, chyběla tam ta ergoterapie, pracovní terapie jako jsou v Bohnicích, že si tam člověk vyrobí něco rukama. V Bohnicích je asi sedm dílen, třeba papírnická nebo dřevařská a hodně je to i léčivé a tohle bych čekala, takovou pracovní terapii v Kaleidoskopu. V Kaleidoskopu to bylo tak, že jsme museli furt něco uklízet nebo dělat nějaký činnosti, kolikrát nudný nebo nebylo co dělat a považuju to zase za protiprávní, protože já s plným důchodem jsem neměla pocit, že bych tam tři a půl hodiny denně měla uklízet, ale jo, zvládla bych dvě, tři hodiny denně, hodinu denně tam s něčím pomáhat a dvě hodiny dělat třeba nějakou tvořivou činnost, rukama, která je jako léčivá. Jako ve středu bylo sice volno, ale to se někam chodilo, to jsme měli volno. V pondělí, úterý, čtvrtek, pátek jsme tam měli nařízenou terapii tři a půl hodiny, což si myslím, že mělo být až v pozdějších fázích, když už se člověk připravuje na nějakou práci, ze začátku terapie mi to nedělalo dobře, mě to unavovalo, potřebovala jsem o hodně víc terapií. V tom mi vyhovovala víc ta terapie na oddělení 3 v Bohnicích, člověk mohl na sobě víc pracovat...

A pomohly ti tam nějak i ty skupiny?

Určitě, byla tam hagioterapie a skupinová terapie a třeba ten terapeut nikdy nepůsobil nijak direktivně, dával třeba nějaký inspirace, určitě kdyby to trvalo aspoň tři měsíce, tak mi to pomůže nějak výraznějc, mnohem víc než ten Kaleidoskop... Chyběla mi tam ta ergoterapie, ta práce s rukama, něco tvořit a něco si vyrobit... takže zařízení, ve kterém bych se chtěla úplně vyléčit, by byly ty Bohnice, kdyby to tam bylo delší nebo ten Šternberk...

(Malá pauza, Jana hledá v poznámkách, které si napsala k otázkám, které jsem jí předem posílala)

No, tady mám, že mě stížnosti a odchody druhých traumatizovaly, viděla jsem o nich víc než oni a věděla jsem, že za ty odchody můžou ty terapeuti a systém té komunity, který působí tvrdým a nekompromisním způsobem. Režim je pro mě v pořádku, pokud zohledňuje tu situaci. Pravidla podporují tu strukturu, ale záleží, jaká jsou to pravidla, pokud jsou to pravidla spoluzití, tak jsou v pořádku, ale pokud jsou to pravidla, která utlačují osobnost, tak to podle mě v pořádku už jako není... Třeba přišel do Kaleidoskopu jeden kluk, kterej se měl starat o babičku a o dědečka a potřeboval mít mobil u sebe, kdyby se něco stalo. A on, když cítil tu nejistotu, když mu tu simku vzali, odešel, protože nemohl být s nimi v kontaktu. Myslím, že výjimka potvrzuje pravidlo a taky bych přistoupila na výjimku, v tomhle případě bych s tím neměla problém...

Hmm, to chápu...

Nevyšlo se mu vstříc... Problém v tom režimu nastává, když je strnulý a rigidní. Prostě každý člověk je jiný a někdo se může tím omezováním cítit hůř, než když šel do té komunity. To jsem tam zažívala taky, nevyhovovalo mi, že jsem nemohla jít ven, na výlet a nechtěla jsem obtěžovat ostatní klienty, protože tam bylo vidět, že oni se nám často nechtějí ve svém volném čase věnovat. V tom režimu nebyla možnost svobody pohybu, nemožnost mít simku, nemožnost jít do sprchy na neschopence, povolení přespat mi přišlo nedůstojný...

Nemožnost jít do sprchy na neschopence?

Nemůžeš vycházet ze svého pokoje do sprchy... A když jsem chtěla jít na neschopence do sprchy, tak mi řekli, že si mám svolat mimořádku... Tak jsem jim řekla, že to je pro mě nějaká hygiena, úplně normální věc... No zpětně to vnímám tak, že kdyby tam byl takový systém a nedostatek empatie jako jsem tam zažila, tak bych se tam vrátit nechtěla... Jako pozitivní vnímám, že jsem tam od jedny klientky získala to DBT... Celkově klienti byli hodnější než terapeuti, byli víc empatičtí... Celkově u lidí s hraniční poruchou se říká, že tam ta empatie je, že můžou být dobří terapeuti... Další dobrá věc byly ty funkce, vztahovka, ale bylo by dobré mít možnost ji svolat hned... Mimořádku by mi vyhovovala, pokud by se tam poskytovala krizová intervence... Pozitivní bylo, že tam byl jeden terapeut, který mi dal naději, že je nějaký terapeut, který to umí... Ale jak říkám, nejsem si u něj jistá tím posláním... Když tam nad tím přemýšlím, tak bych si to s ním chtěla ujasnit, proč odešel...

Máš na něj kontakt?

Mám na něj facebook. Můžu mu napsat a zeptat se ho... Ty prvky sociální práce myslíš v komunitě?

Jo, jestli jsi tam zažila třeba nějaký sociální poradenství... Nebo třeba ty úklidy a další činnosti, to jsi vlastně už říkala, že ze začátku ti tam přišlo moc těch prací nebo úklidů...

To mi přišlo nevhodný pro ty lidi ze začátku... To uklízení mě spíš unavovalo, protože já neuklízím třeba tři a půl hodiny denně, ale když jsme připravovali jídlo, tak to mě docela bavilo, když jsme to připravovali pro ostatní klienty... Ale ten úklid mě frustroval, že to bylo hodně, že to přeháněli prostě... že tam mohla být nějaká jiná činnost, tvořivá třeba... A pokud někdo nezvládá domácnost, může za to únava a únava je způsobená psychickými problémy, takže to je propojený... Když nejsem unavená, tak zvládám tu domácnost, hlavně je problém ta psychika... A jednání s úřady, to mi nenabídli za ten pobyt, byla jsem tam dva a půl měsíce, tak mi to nenabídli za celou dobu... A hlavně mi nevyhovovalo, že jsem si nemohla sama dojít na poštu, na úřad a k doktorovi, cítila jsem se frustrovaně, úzkostně, prostě to omezení... Takže když jsem skončila na nějakém trestu, protože já to jinak než trest nemůžu vnímat, tak se mi třeba jednou zrušila dovolenka nebo doktor, hodně důležitý doktor, a to bylo v souvislosti s tou nemocí... Takže kvůli nim jsem šla na to vyšetření o tři týdny později a bylo to ze strachu, že mě vyhodějí... Je to nezajímalo, oni mají to svoje rigidní chování bez toho, aby přihlíželi k té situaci a strašně mi to taky psychicky neudělalo dobře... A ty psychologové spíš zesilovali to

superego, to je ten týrající rodič, posilovali tím svým chováním... A tady mám ten Baobab, pozitivní přístup vnímám v tom, že když je ke mně někdo empatický, má se mnou trpělivost a pomáhá mi s těma pocitama a dostává mě do té moudrý mysli... A přístup, kterej mi nevyhovoval, byla ta nadřazenost, poučování, bezohlednost, impulzivita těch terapeutů, nepochopení, neasertivita, deptání, zákazy, strašně mě to prostě frustrovalo...

Vybavuješ si v nějaký organizaci multidisciplinární tým? Tým, který je tvořený sociálníma pracovníkama, zdravotníkama, a právě i psychologem, třeba i psychiatrem, peer konzultantem...

Určitě bych to chtěla zažít... V Bohnicích na té trojce, tam byla sociální pracovnice, psychologka a doktor...

A víš, jestli fungovali jako tým nebo jak to tam fungovalo?

Když měli vizitu, tak tam byli všichni, takže si myslím, že si asi říkali o klientovi všechno, tak to asi mohl být multidisciplinární přístup... Sociální pracovnice se mnou řešila ty sociální věci, psycholog ty psychický a doktor léky...

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Klára Vaníčková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Spolupráce sociálního pracovníka a psychoterapeuta při práci s klientem s
hraniční poruchou osobnosti

Vedoucí/oponent* práce: doc. PaedDr. Slavomír LACA, PhD.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 101

Počet stránek příloh:

Počet titulů v seznamu literatury:

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

	•			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	•			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	•			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

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

	•			
--	---	--	--	--

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

		•		
--	--	---	--	--

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

		•		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		•		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	•			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	•			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

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

	•			
--	---	--	--	--

*

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

Naplnění cílů práce

		•		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

		•		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	•			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

		•		
--	--	---	--	--

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

		•		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Nemám otázky do diskusie.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Diplomantka Klára Vaníčková sa zaoberá vo svojej práci sociálno-terapeutickou problematikou a to spolupráca sociálneho pracovníka a psychoterapeuta pri práci s klientom konkrétne s hraničnou poruchou osobnosti. Štruktúra práce je dobrá a je vyvážená v jednotlivých kapitolách a podkapitolách. V úvode autorka charakterizuje celú problematiku, ktorú rozoberá v jednotlivých kapitolách, taktiež si vytýčila cieľ svojej teoretickej a empirickej časti v práci. Autorka pri písaní použila adekvátnu odbornú literatúru, ktorú uvádza v zozname bibliografických odkazov (autorka použila nielen domácu literatúru ale aj zahraničné publikácie, k tejto problematike). V práci sa nájdu ešte formálne nedostatky. Predkladaná diplomová práca sa člení na teoretickú a empirickú časť. V rámci teoretickej časti práce diplomantka opisuje pohľad na zvolenú problematiku v dvoch kapitolách a podkapitolách (Hraniční porucha osobnosti a její teorie, Sociální práce a psychoterapie s klienty s HPO, Metódy a služby sociální práce s klienty s HPO a jiné). Praktickú časť tvorí posledná kapitola. Autorka použila metódu pološtruktúrovaného rozhovoru, kde si stanovila výskumné otázky. Následovne k analýze textu - rozhovorov bola použitá metóda interpretatívna fenomenologická analýza (IPA), kde si stanovili základne okruhy rozhovoru, ktoré vyhodnotila. Na základe stanoveného cieľa sa autorke podarilo splniť cieľ práce a došla k zaujímavým výsledkom, ktoré zhrnula do záverečnej kapitoly. Domnievame sa, že predložená práca je zaujímavá spracovaná a spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

- práca spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu, preto ju doporučujem k obhajobe.

Navrhovaná klasifikace:

- klasifikujem ju stupňom – 1 - 2 (výborne - veľmi dobre – záleží na obhajobe)

Datum, podpis: 05.05.2018



* nehodici se, škrtněte

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Klára Vaníčková
 Obor studia: Sociální program se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
 Název práce: Spolupráce sociálního pracovníka a psychoterapeuta při práci s klientem s hraniční poruchou osobnosti
 Oponent práce: Mgr. Barbara Kostelacová
Technické parametry práce:
 Počet stránek textu (bez příloh): 102
 Počet stránek příloh: není uvedeno
 Počet titulů v seznamu literatury: 32

Výběr tématu	0**	1	2	3	4
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)	X				
Naplnění cílů práce		X			
Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu			X		

** 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:

1. Vyjádřete se k nedostatkům uvedeným v celkovém hodnocení (předporozumění, diskuze)
2. Má dle vás vaše práce nějaké konkrétní uplatnění v praxi? Jaké?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka se ve své diplomové práci zabývá tématem hraniční poruchy osobnosti z hlediska sociální práce a psychoterapie. Téma je jí blízké, sama s touto cílovou skupinou dlouhodobě pracuje.

Práce je rozdělena do teoretické a výzkumné části. Teoretická část zpracovává východiska dané tematiky v poměrně širokém záběru, který umožňuje hlubší porozumění tématu. Autorka zpracovává diagnózu hraniční poruchy osobnosti, její projevy, příčiny a problematické stránky života lidí s touto poruchou. Dále se věnuje současné situaci v oblasti sociálních služeb a psychoterapie zaměřených na práci s uvedenou cílovou skupinou. Za přínosné lze považovat zařazení kapitoly o stigmatizaci, neboť tato problematika se v praxi objevuje a odborné prameny či výzkumy se jí příliš nevěnují. Autorka pracuje s poněkud omezeným počtem zdrojů v literatuře a odborných pramenech a sama uvádí, že v české literatuře je tematice hraniční poruchy osobnosti věnována dosud jen malá pozornost. Čerpá tedy především z titulů zahraniční literatury, což si zasluhuje ocenění. Teoretická část je zdařilá, poskytuje ucelený a provázaný pohled na předkládané téma.

Empirická část si klade za cíl zkoumat a zachytit zkušenost klientů s propojením služeb sociální práce a psychoterapie. Autorka vhodně zvolila kvalitativní výzkumnou metodu IPA. Popis metodologie je poměrně stručný, za nedostatek lze považovat absenci zachycení konkrétních vlastních prekonceptů v samostatné kapitole předporozumění, neboť tyto prekoncepty jsou důležitou součástí IPA a nemají být eliminovány, ale naopak zvědomovány a reflektovány. Z přepisu rozhovorů (v příloze pouze v elektronické podobě) je zřejmá autorčina schopnost vést polostrukturovaný rozhovor, v němž dává dostatečný prostor respondentům pro vlastní vyjádření. Občas však klade návodné otázky, v nichž sama formuluje či pojmenovává problém (rozhovor A: „Jak vnímáš tyhle předsudky?“ „Takže tě rovnou šoupli do nějaké škatulky.“, rozhovor B: „Vycházím z předchozího rozhovoru...“, „To, žes tam zažila určitou stigmatizaci...“ apd.). Diskuze přináší pouze hypotézy pro případný další výzkum a zcela postrádá kritický pohled na vlastní výzkum, což lze považovat za výrazný nedostatek.

Formální zpracování odpovídá nárokům na diplomovou práci (číslování stránek textu je proti číslování v obsahu posunuté). Autorčin projev je kultivovaný a jazykově správný. Práce je velmi zdařilá a zpracování dané problematiky se jeví jako potenciálně přínosné.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: 1 - 2

Datum, podpis:

