

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Sociálně-terapeutická péče o klienty s poruchou osobnosti
v terapeutické komunitě**

Diplomová práce

Andrea Varcollerová

Vedoucí práce: Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

Praha 2019

Prague College of Psychosocial Studies



**Socio-therapeutic care of clients with personality disorder
in therapeutic community**

Diploma Thesis

Andrea Varcollerová

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Michal Slaninka,
Ph.D.

Praha 2019

Anotace

Tato diplomová práce se zabývá zkoumáním pobytu klientů s poruchou osobnosti v terapeutické komunitě, a to se zaměřením na skutečnost, jak se v daném zařízení cítí a jak vnímají poskytovanou péči. Teoretická část práce je tvořena základními teoretickými východisky pro oblast poruchy osobnosti společně s příznaky, druhy, průběhem a možnostmi léčby, stejně jako definování terapeutické komunity jako prostoru, který je součástí sociální služby v České republice. Diplomová práce má přesah do sociální práce s klienty.

V praktické části práce je představen průběh a výsledky výzkumného šetření, provedeného prostřednictvím rozhovorů s klienty terapeutické komunity s následným rozborem dat na základě metody interpretativně-fenomenologické analýzy. Ze zjištěných výsledků vyplynulo, že pro osoby s poruchou osobnosti jsou terapeutické komunity a poskytovaná sociálně-terapeutická práce naprosto klíčová, protože pro ně představují základní prostředek pro zkvalitnění následného života ve společnosti.

Klíčová slova

Terapeutická komunita, klient, porucha osobnosti, sociální práce, terapie

Abstract

This Thesis deals with the examination of the issue of the residence of clients with personality disorder in the therapeutic community, focusing on the fact how they feel in the facility and how they perceive the care provided. The Theoretical part of the work consists of basic theoretical bases for the area of personality disorders together with symptoms, types, course and treatment options, as well as defining the therapeutic community as an area that is part of the social service in the Czech Republic. Diploma thesis has an overlap in social work with clients.

In the practical part of the work is presented the course and results of the research survey, conducted through interviews with clients of the therapeutic community with subsequent analysis of data based on the method of interpretative-phenomenological analyses. The results revealed that, for persons with personality disorder, the therapeutic communities and the socio-therapeutic work provided are absolutely crucial, as they represent an essential means of improving the quality of subsequent life in society.

Key words

Therapeutic community, client, personality disorder, social work, therapy

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů a 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

.....

Andrea Varcollerová

Poděkování

Rády bych tímto chtěla poděkovat Mgr. Michalovi Slaninkovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a velkou ochotu, které ve velké míře přispěly k výsledné podobě diplomové práce. Zároveň děkuji respondentům, kteří byli ochotni zúčastnit se výzkumného šetření a poskytnou své zkušenosti v oblasti pobytu v terapeutické komunitě.

Obsah

Úvod	1
1 Poruchy osobnosti	2
1.1 Definice osobnosti	2
1.2 Definice poruchy osobnosti	4
1.3 Společenský nesoulad	8
1.4 Terapie poruch osobnosti	10
1.5 Klasifikace poruch osobnosti	14
1.6 Hraniční porucha osobnosti	19
2 Terapeutická komunita	24
2.1 Základní definice terapeutické komunity	24
2.2 Další charakteristiky terapeutické komunity	28
2.3 Cesta ke zralosti	29
2.4 Pravidla komunity	35
3 Metody práce s klienty v terapeutické komunitě Kaleidoskop	37
3.1. Terapeutická komunita Kaleidoskop	38
4 Praktická část	42
4.1 Cíl	42
4.2 Výzkumné otázky	42
4.3 Použitá metoda výzkumného šetření	42
4.4 Místo výzkumného šetření	43
4.5 Výběr respondentů	43
4.6 Popis vzorku	44
4.7 Charakteristika respondentů	45
4.8 Sběr dat a jejich zpracování	45
4.8.1 Etické aspekty	46
4.8.2 Osnova rozhovoru	46
4.8.3 Přepisy rozhovorů, práce se záznamem a zpracování rozhovorů	47
4.8.4 Zdroje validity	48
4.8.5 Vlastní předporozumění zkoumanému tématu	48
5 Výsledky výzkumného šetření	50
5.1 Jak se klienti cítí v terapeutické komunitě	50
5.1.1. Nástup do terapeutické komunity v návaznosti na pobyt v psychiatrické nemocnici	51
5.1.2. Mezilidské vztahy v životě klientů terapeutické komunity	52
5.1.3 Sebehodnota	54
5.1.4 Smysl života	54

5.2 Jak respondenti vnímají sociálně-terapeutickou péči?	55
5.2.1 Vnímání terapeutů	55
5.2.2. Vnímání terapeutické komunity	57
6 Diskuse.....	62
Závěr	64
Použitá literatura.....	66

Úvod

Předložená diplomová práce s názvem *Sociálně-terapeutická péče o klienty s poruchou osobnosti v terapeutické komunitě* se podrobně zabývá problematikou terapeutické komunity a práci s jejími klienty. Jedná se o kvalitativní výzkum, který je proveden formou řízeného rozhovoru, prostřednictvím kterého se autorka práce snaží zjišťovat, jak klienti terapeutické komunity vnímali sociální službu, která jim byla poskytována. Autorka práce se stala součástí terapeutické komunity jako pracovník – terapeutka. Jednalo se o terapeutickou komunitu *Kaleidoskop* v Solenicích u Příbrami. Jde se o jedinou terapeutickou komunitu, jež se zabývá prací s poruchami osobnosti.

Práce je dělena do tří základní částí. První část je teoretická, která se věnuje problematice ze tří hledisek. Prvním hlediskem je popis poruch osobnosti, který tvoří první kapitolu. Poruchy osobnosti jsou zde představeny v jejich definici a diagnostice. Podrobněji se zabývám poruchami osobnosti z hlediska jejich projevů. Projevy vztahuji k porušování standardních způsobů normovaného společenského chování. Poruchy osobnosti nesleduji jako choroby. Jednak chorobami nejsou, a jednak je jejich dle MKN-10 poměrně velmi přesná.

Druhá kapitola se podrobně věnuje definici terapeutické komunity. Kapitola třetí se zabývá metodami práce s klientem v terapeutické komunitě. V praktické části je představen průběh a výsledky provedeného výzkumného šetření, které bylo uskutečněno prostřednictvím rozhovorů s klienty terapeutické komunity s následným rozбором dat, a to na základě metody interpretativně-fenomenologické analýzy. Přepis rozhovorů tvoří samostatnou přílohu diplomové práce, která bude k nahlédnutí při obhajobě. Praktická část práce obsahuje definici cíle výzkumného šetření, jakož i jeho metod a místa k provedení s popisem výběru respondentů a popisem výzkumného vzorku. U sběru dat jsou představeny etické aspekty, jejich zpracování, dále základní osnova rozhovoru s informacemi o postupu při přepisu rozhovoru a jejich zpracování společně s nutnými zdroji validity. Hlavní část praktické části je věnována výsledkům výsledků výzkumného šetření.

1 Poruchy osobnosti

1.1 Definice osobnosti

Hovoříme-li o poruchách osobnosti, je potřeba se hned v úvodu kapitoly především pozastavit nad pojmem osobnost. Praško uvádí, že „osobnost představuje individuální soubor duševních a tělesných vlastností člověka, které se utvářejí v průběhu vývoje a projevují se v sociálních vztazích“ (2009, s. 15). Z této definice vyplývá, že se jedná o biologicky i psychicky podmíněnou entitu. Tuto skutečnost akcentuje i Vágnerová, jež charakterizuje osobnost jako duševní celek, který vykazuje následující tři charakteristiky:

- a) vnitřní jednotu a strukturovanost jeho dílčích složek,
- b) individuální specifčnost, odlišnost od jiných osobností
- c) vývojová kontinuita, tj. relativní stálost psychických vlastností v průběhu vývoje (1999, s. 46).

Osobnost je tedy jakousi daností, která vykazuje znaky struktury, která propojuje jednotlivé její aspekty do jakéhosi uceleného strukturního tvaru, kde všechny jednotlivé složky do sebe zapadají ve své specifčnosti a vzájemně se ovlivňují. Tímto vzniká jedinečnost osobnosti. Homogenní aspekty osobnosti nejsou prvky, které by mohly stát o samotě jako funkční celky. Až právě jejich společná provázanost nastavuje výsledek osobnosti, která je uložena v biologickém těle člověka. Na tomto místě si tróufáme poznamenat, že osobnost není dána a priori, nicméně je strukturována a posteriori při každém okamžiku, který jedinec prožívá v průběhu vývoje osobnosti, a to už v průběhu prenatálního vývoje. Shora uvedenou danost tedy je potřeba vnímat relativně jako danost procesuální, která je tvárná a která je podmíněná celou řadou aspektů, které vstupují do její tvorby, jedinci s poruchou osobnosti jsou produktem biologických a sociálních procesů, které se navzájem ovlivňují. V knize Roberta Wrighta (1995) *Morální zvíře* se hovoří o tom, že člověk je nositelem velmi skrytých adaptací, které se projevují jako lidské chování a které jsou jemu samému dány tak, aby jejich původní motivace jako adaptabilních systémů v přírodním prostředí zůstaly zastřeny. Jinými slovy jde o to, že člověku je dána určitá biologická výbava, která je vrozena jednak člověku jako příslušníku rodu

homo sapiens, jednak je dána předáváním konkrétní genetické výbavy z otce a matky a potřeby jsou tyto biologické systémy nastavovány prostředím jako systém pák, jež lze specificky a jedinečně nastavit pro konkrétního člověka. Osobnost člověka je pak významnou složkou souboru sociální skupiny, ve které člověk žije. V rámci tohoto společenského celku tedy jednoznačně musí docházet ke standardizovanému jednání ve společnosti, a rovněž k jednání nestandardizovanému, které je pak považováno za projevy poruchy osobnosti. Porucha osobnosti je tedy relativním pojmem, který vychází pouze z toho, co je a co není z hlediska společenského vnímáno jako standard. V žádném případě nelze hovořit o poruchách osobnosti jako pouze o problematickém společenském jevu, neboť existuje celá řada těch, kteří se svým jednáním a schopnostmi, dovednostmi či určitým typem chování vymykají ze společenského standardu tak, že jsou pro společnost přínosem (např. vědci). Klást si otázku, proč k takovému vymykání ze společenského standardu dochází, je otázkou psychologie a do značné míry také genetiky; je ovšem velmi obtížné nahlížet na lidskou přirozenost právě z pozice příslušníka druhu, který stejný druh zkoumá (Wright, 1995). Porucha osobnosti je „obecně definována jako přetrvávající, stabilní způsob myšlení, cítění a chování, který vede k adaptačním potížím s důsledky v oblasti sociální, profesní či v oblasti subjektivního prožívání“ (Probstová – Pěč, 2014, s. 119). K tomu je uzpůsobena škála institucionálního zabezpečení, která zajišťuje práci s klientelou trpící poruchou osobnosti. Je jí sociální práce. Sociální práce je ovšem podmíněna tím, „že je ve svém působení závislá na občanském povědomí o tom, co sociální problémy jsou a jak by se měly řešit. Z tohoto povědomí se odvozuje formulace sociální politiky a volba jejích nástrojů“ (Řezníček, 1994, s. 18).

Osobnost je tvořena dvěma základními složkami. Jednak je to temperament, který je dán vrozenými dispozicemi člověka. U temperamentu hovoříme o trvalé charakteristice osobnosti, která je patrná i u velmi malých dětí a která je velmi důležitou složkou dospělého člověka (Matoušek, 2008, s. 226). Na druhé straně utváří osobnost také charakter, který je souborem nabytých vlastností člověka, tj. získaných vlivem sociálního prostředí, ve kterém člověk žije a je vychováván a z něhož čerpá určité modely chování. Ty se dají shrnout pod pojem vzorec chování, který je výsledkem determinace prostředím. Charakter lze shrnout pod pojem povaha, což je celek podstatných a stálých rysů, které člověka charakterizují.

Nejdůležitější definicí osobností je definice, která říká, že „osobnost je dynamická organizace psychofyzických systémů uvnitř individua, která determinuje jeho jedinečné přizpůsobení se prostředí“ (Blatný, 2008, s. 12). Z výše uvedeného vyplývá, že u osobnosti jedná o determinismus dvojího typu: jednak je to determinismus biologický, který vychází z nového darwinismu jako prizmatu, jež nazírá na veškeré jednání a chování člověka prostřednictvím neměnných přírodních vlivů, na druhé straně jde o determinismus sociální. Obě tyto determinanty jsou podrobeny aktivní součinnosti právě v dynamicky se organizujícího jedince. Existují i nedeterministicky orientované teorie, které zdůrazňují svobodu rozhodování člověka.

1.2 Definice poruchy osobnosti

Jak jsme uvedli výše, osobnost člověka buď splňuje předpoklad společenského standardu, anebo se mu vymyká, čímž je splněn předpoklad k tomu, aby byl tento společenský nesoulad považován za určitý typ poruchy. Porucha osobnosti neznamena pouze to, že se člověk vymyká nějaké normě. To je až důsledek poruchy osobnosti. Samotná porucha je definována jako nedostatek určité schopnosti, např. empatie chybící u člověka s disociální poruchou. Jinak tomu může být např. u schizoidní poruchy osobnosti, jejímuž nositeli chybí potřeba být v kontaktu s vnějším světem. U úzkostně-vyhýbavé poruše osobnosti chybí člověku sebedůvěra. Vágnerová hovoří u poruch osobnosti především o „odchylných různých psychických funkcí, které vedou k odlišnému způsobu prožívání, uvažování a chování“ (1999, s. 46). Mezi nejzávažnější poruchy pak spadá zejména dezintegrace, tedy rozpad osobnosti, kdy dochází k narušení celistvosti, neboť jednotlivé složky neutvářejí homogenní celek ve struktuře, ale fungují samostatně, nekoordinovaně. Je možné, že takto narušený jedinec pak není schopen vnímat čas jako základní životní linii, je narušen kromě jiného vztah k minulosti a současnosti.

Ponecháme nyní stranou biologickou podmíněnost vzniku poruch osobnosti, zaměříme se spíše na sociální a vztahovou determinaci. Vznik poruch osobnosti je propojen s vývojem dítěte již v prvních třech měsících života. Hovoří se o tom, že pro práci s poruchami je nejdůležitější právě vývoj v batolecím období (srov. Vymětal, 2010, s. 55). Oddalování od matky, kdy je dítě čím dál častěji schopno

samo ode sebe opustit blízký matčin prostor, je klíčový. Vede to totiž k tzv. psychickému oddalování. Tento proces psychického oddalování jinými slovy znamená, že matka již nemá aktivitu dítěte zcela pod kontrolou, a tím pádem nesleduje dítě v plném rozsahu, jak tomu bylo do té doby. Z tohoto vyplývá, že dítě neprožívá potvrzení ze strany matky stále, nýbrž pouze selektivně. Dítě tak je schopno dospívat k pevnější hranici mezi sebou a ostatním světem; „usiluje o přízeň matky, ale učí se i protestovat a prosazovat, říká „ne“ již vědomě a mnohdy na zkoušku, zkouší, co si může dovolit, vymezuje se a potvrzuje sebe. K osamostatnění přispívá, že se pohybuje mimo dosah matky, zprvu ji potřebuje mít 'na dohled', později si matku představí, a nevyžaduje proto nutně její přítomnost“ (Vymětal, 2010, s. 55). Jedná se o oddálení a znovupřiblížení, které pak postupem času vyplyne v relativní stálost – tzv. stálost objektů. Z toho pak u dítěte vychází stálost sebe sama a dítě se stává osobností s individuálním svérázem. V posledku to ovšem neznamená, že se dítě a matka oddělují; právě naopak, dítě a matka jsou stále jeden pro druhého významným prvkem, neboť přítomnost matky, ať již v blízkosti, či pouze jako možnost „přítomné matky na dohled“ je zcela zásadní pro osobnostní vývoj dítěte: v opačném případě se jeho „já“ při matčině nepřítomnosti nemůže řádně vymezit, strukturovat a ohraničit, „což bývá důvodem dalšího nerovnoměrného osobnostního vývoje ve směru poruchy osobnosti“ (Vymětal, 2010, s. 55).

Porucha osobnosti se označuje jako duševní onemocnění, které se projevuje jako trvalá anomálie osobnosti. Jedná se o projev stereotypní reakce na širokou škálu situací. U poruch osobnosti neexistuje jednoznačný konsenzus na tom, jak vznikají. Psychodiagnostika poruchy osobnosti se provádí v dospělém věku. V období dětství a dospívání hovoříme o poruchách chování. Na rozvoj poruchy osobnosti může mít vliv celá řada aspektů: jsou jimi určité vrozené predispozice a stejně tak je to prostředí, v němž je jedinec vychováván a ve kterém vyrůstá. Tyto dvě entity, tj. prostředí a vrozená predispozice, a jejich vzájemná kombinace jsou původcem poruchy. Jde tedy o určitý komplex vlivů. „Etiologie poruch osobnosti představuje komplexní kombinaci mezi temperamentem (tj. genetickými a dalšími biologickými faktory) a charakterem (tj. vývojovými a environmentálními faktory“ (Oscisková - Práško, 2015, s. 197). Nejde ovšem jen o komplex vlivů, nicméně i komplex projevů. Poněšický uvádí, že „mezi poruchy osobnosti patří nejen poruchy ve vztazích a komunikaci, ale také symptomatika paranoidní úzkosti, neschopnosti se ovládat,

depresivních pocitů prázdnoty a bezvztahovosti, fobie a obsese, disociační a hypochondrické stavy, alkoholismus, narkomanie, sexuální perverze“ (2012, s. 158). U vzniku poruchy osobnosti se pracuje také s termínem „prepsychotická osobnostní porucha“ (Poněšický, 2012, s. 159). Jde o to, že dítě v průběhu prvního roku života není odděleno od světa matky, ale svět prostřednictvím osoby své matky prožívá a takto jej uchopuje; „vnitřní fantazijní svět se smísí se zevními podněty do spojitých fantazií a ztráty smyslu pro realitu, důvodem může být jeho vrozená slabá jáská schopnost rozlišit sebe od okolí tak i snížená tolerance snášet úzkost, neboť ono odlišení sebe a okolí nepřináší jen výše zmíněné výhody postupného osamostatňování se, nýbrž i úzkost z opuštění symbiotické fantazie a z nutnosti se sám o sebe postarat“ (Poněšický, 2012, s. 159). Vzniká hrubá frustrace z uspokojování vlastních potřeb, jinými slovy se dítěti pečující osoba nevěnuje v dostatečné míře; pečující osoba v tomto případě buď sama vykazuje poruchu osobnosti, nebo prostě není schopna odhalit, že dítě takové potřeby vůbec má, anebo v této situaci je nevnímá jako důležité. Tím pádem dochází u dítěte k frustraci a k rozvoji prepsychotické osobnostní poruchy. Je třeba zdůraznit, že k rozvoji prepsychotické osobnostní poruchy nedochází pouze v domácnostech a rodinách např. s nízkým sociálním standardem, nýbrž že k ní dochází prakticky ve všech sociálních vrstvách společnosti. U dětí dochází k této poruše např. chaotickou výchovou, zanedbáním nebo agresivním chováním k dítěti. Dochází pak u dítěte k rozpadu opozice Já a Ne-Já. Znamená to, že se u dítěte rozmaže rozdíl mezi tím, co by mělo dělat, a tím, co by dělat nemělo. V důsledku toho dítě není schopno rozlišit dva různé vzorce chování. A dále také není schopno vnímat motivy, proč se pečující osoba staví do role osoby, která mu způsobuje frustraci v určitých aspektech. Je otřesena důvěra a spolehlivost v pečující osobu. Později toto přeroste v nedůvěru v sebe sama.

Poruchy osobnosti trvají až do dospělosti. Vznikají tím, že člověk některé situace prožívá s bolestí. Jedná se tedy o bolestivé a nezvladatelné situace a stavy, mezi něž patří např. psychické i fyzické týrání, dlouhodobá nemoc, nepřijetí sebe sama, šikana, vyřazení z dětského kolektivu, prostředí, v němž dítě nemá podporu, kterou by potřebovalo atp. Matoušek uvádí, že „může jít o přecitlivělost na sociální odezvy stupňovanou až do vnímání neexistujících reakcí (...) emoční chladnost a staženost, sklon k dramatizacím a přehnanému vyjadřování emocí, perfekcionismus, váhavost,

pochybovačnost, silné zaujetí pravidly a detaily“ (2015, s. 144). Dříve se takové poruchy nazývaly psychopatie.

Porucha osobnosti není výsledkem jednoznačné klasifikace. V žádném případě se nejedná o kategorizaci pacientů jako duševně nemocných v pravém smyslu slova. Jde spíše o takové jedince, kteří jsou nositeli určitého svébytného osobnostního svérázu, který je charakteristický především tím, že se vymezuje od normativního, očekávaného způsobu společenského chování a jednání vůbec. Každá osobnost je v dětském věku zasažena při výchově určitými společenskými regulativy, které na základě sankcí při jejich porušení, mají formovat vnitřní hodnotový žebříček jedinců žijících v konkrétním kulturním společenství. Tyto sociokulturní regulativy se u člověka stíženého poruchou osobnosti nejsou schopny interiorizovat v psychice jedince a neslouží později jako systém brzd a rovnováh, které by chování a jednání člověka usměrňovaly, regulovaly. Jak jsme již uvedli výše, nelze se při sledování vlivů na poruchu osobnosti bezpečně držet pouze sociálního okolí či vrozené genetické dispozice, čímž dochází ke značné rozkolísanosti jednotlivých odchylek a rovněž tak vzniká celé kontinuum, v němž u některých vznikají odchylky, jichž si okolí vůbec nemusí povšimnout, či odchylky, které hraničí až se společenskou nebezpečností. U mnohých pacientů se proto hovoří spíše o „anomalitě osobnosti“, jak uvádí Vymětal (2010, s. 199), anebo jsou nazýváni jako pacienti psychopatičtí, pokud je jejich porucha závažnější, tedy pokud je jejich odlišení od běžné populace výraznější. Pokud hovoříme o dospělých, pak je označujeme pojmem akcentovaná osobnost, u dětí lze hovořit spíše o nerovnoměrném osobnostním vývoji. Terminologie je rozkolísána, akcentovaná osobnost neznamena osobu s poruchou osobnosti.

Porucha osobnosti je přítomna po celý průběh života jejího nositele. V určitých obdobích může být upozaděna; je to „období dekompenzace“ (Vymětal, 2010, s. 199), jindy si ji nikdo vůbec nemusí povšimnout. Ti, kteří se zabývají psychopatiemi, uvádějí, že jsou podstatné při jejím vzniku především konstitutivní faktory. Novější poznatky uvádějí, že je zde značný primární vliv především genetiky a vztahových faktorů a rovněž období nejmladší (Vymětal, 2010, s. 199).

U poruch osobnosti lze hovořit v současné době o velmi zneklidňujícím trendu,

neboť jejich počet ve společnosti velmi rychle narůstá. Vlivů je celá řada (genetické, sociální, výchovné, vztahové), které se nemusí projevit, pokud nedojde ke kombinaci rizikových faktorů – tehdy lze totiž očekávat, že se ve vývoji dítěte projeví. U poruchy osobnosti pak nutně musí docházet k tomu, že jedinec, který je jejím nositelem, je považován ostatní společností za substandardně se chovajícího člověka, a je tím pádem vystaven sociálnímu hodnocení své osobnosti. Takový tlak na člověka s poruchou osobnosti je problematický především ve formativním období, např. ve škole. Znovu opakuji již řečené, a to, že u školních dětí nelze hovořit o poruše osobnosti, ale o poruše chování. Formativní období je právě zrádné tím, že v něm dochází právě k formování vztahové sítě a utváření žebříčku hodnot mladého člověka. Je-li vystaven negativnímu hodnocení ze strany ostatních, pak je jeho společenské souřadnice vyhodnocovány jako nepřijatelné, což může mít velmi negativní dopad na strukturování jedince v sociálním konstrukt. Jinými slovy, člověk stížený poruchou osobnosti bude jen velmi obtížně nalézat vytoužené místo mezi ostatními lidmi, bude stát spíše mimo společenský konstrukt, čímž u něj bude docházet k jinému strukturování hodnot, z nichž poté bude následně vycházet jeho další chování a jednání vůči ostatním členům společnosti, jejich hodnocení a dále pak závazky ze sociálního soužití vyplývající. Negativní hodnocení ostatními může člověka s poruchou osobnosti do života velmi negativně ovlivnit, neboť šikana, výsměch, přísné tresty ze strany rodičů vývoj dítěte a dospívajícího u něj vyvolávají reakci negativní společenskou odpovědí, a vzniká problémový člověk s problémovým chováním (Vymětal, 2010, s. 200).

1.3 Společenský nesoulad

U poruch osobnosti dochází především k neschopnosti uchopit druhého jedince. Jde o zvláště přenastavený typ altruismu, který se přesunuje ve směru k ne-altruismu. Nezaměňujme tento ne-altruismus s egoismem, neboť se nejedná o to ostatní nikdy nepřijmout (neboť jsou potřební pro život člověka ve společnosti), ale o neschopnost – jak se domnívám – vnímat druhého optikou, kterou by společnost očekávala. Vymětal uvádí, že se jedná o jakousi „vztahovou slepotu“ (2010, s. 200), kdy člověk s poruchou osobnosti druhého vlastně sociálně necítí. Dalším projevem poruchy osobnosti je rovněž nereciprocita, která se projevuje tím, že vzájemná výměna se nerealizuje jako směna s nenulovým součtem, nýbrž jako směna se součtem

nulovým. Jinými slovy to znamená, že se jedinec s poruchou osobnosti neumí vyrovnat s empatií, která požaduje, aby se dávání a brání nějakým způsobem vyrovnávalo, a to navíc tak, aby každý výměnou něco získal; aby zde nebyl jeden poražený a druhý vítězem. Výslednicí by měla být taková výměna, že společensky získávají oba. Proto je mnohdy velmi problematické, aby pacienti s poruchou osobnosti začali spolupracovat s psychoterapeutem, což jsou nejčastější problémy při počátcích terapie samotné. Není možné se spolehnout na pacientovy osobní zkušenosti; zkušenostní prožití zde není možno využít jako nosnou strukturu, o kterou by bylo možno vzájemný vztah pacienta a psychoterapeuta opřít. Tím pádem se značná část psychoterapie věnuje právě navozování vzájemného vztahu: „terapeutický vztah v tomto pojetí se rozprostírá do skupiny a vnáší terapeutický potenciál do vzájemných vztahů mezi jejími členy“ (Kalina, 2008, s. 133).

Matoušek (2003, s. 144) uvádí, že za poruchami osobnosti stojí velmi často v pozadí také psychická deprivace, která se u malých dětí projevuje především výrazným vývojovým opožděním řeči, zpožděním sociálních a hygienických návyků či opoždění ve vývoji jemné motoriky. Tuto psychickou deprivaci lze právě subsumovat též frustraci z nedostatečné altruismu, který je podstatnou složkou ve vývoji člověka. Altruismus je základním předpokladem pro vznik člověka, který následně ve společnosti dokáže altruisticky regulovat své chování a jednání. Rodiče si mnohdy při výchově svých dětí vlastně vůbec nevšimají toho, že altruismus a jeho projevy jsou konstitučními faktory lidského soužití, a tedy i nezbytnou součástí výchovy; „málokdo si všimá toho, že každodenní život lidské společnosti není založen pouze na odplácení, ale na společném základu citů – jako je soucit, vděčnost, láska, odpovědnost, vina, nenávisť a tak dále“ (Wright, 1995, s. 214). Z hlediska genetické výbavy a adaptací jedince se vlastně jedná o investice do budoucnosti; pokud tyto investice jsou promrhány, pak je i jejich funkčnost pro budoucnost zcela nulová a vede k problematickému společenskému postavení, opovržení či kriminalizaci.

U poruch osobnosti jde o to, že se očekávání v podobě projevu standardního jednání v určitém aspektu u jedince neprojevuje; jde tedy o jakousi disharmonii vlastností, které tak nejsou v harmonickém souladu se společenskou očekávaností. Osobnost jedince tak neutváří stabilní celek. Nicméně tato disharmonie neznamená, že by se nejednalo o jedince s individuálně typickými charakteristikami. Ty jsou přítomny,

vždy ovšem záleží, k jakému společenskému standardu takto tuto osobnost vztahujeme. Jak jsme již uvedli výše, porucha osobnosti je velmi relativní pojem a zaujímá určité místo na škále kontinua, které je odvozeno právě od určitého typu společenského konstruktů. Domnívám se, že vlivy jsou zde do značné míry i kulturního charakteru, neboť některé projevy mohou být v jiných civilizačních okruzích chápány jako zcela standardní.

Vágnerová uvádí, že porucha osobnosti je „trvalý stav, projevující se nepříznivými nebo nadměrně zvýrazněnými vlastnostmi osobnosti, odchylkami v oblasti citového prožívání, uvažování i chování, zejména ve vztahu k druhým lidem a společnosti“ (1999, s. 254). V její definici je právě altruismus významnou složkou, která je pro kategorizaci poruchy osobnosti klíčová. Projevy různých individualit totiž mohou být různé v různých prostředích; jako poruchu osobnosti považujeme tedy pouze ty, které vyčleňují člověka za společnosti právě pro porušování základních společenských dogmat a regulativů. Poruchy v altruistickém vnímání světa jsou tedy pro diagnostiku poruch osobnosti zásadní. Domníváme se, že celá řada lidí nebude nikdy diagnostikována jako člověk s poruchou osobnosti, i když se některé jejich individuální vlastnosti vymykají populačnímu standardu, a to právě z toho důvodu, že výrazná individualita, svéráznost jedince nebude v nesouladu se společenským očekáváním, že nebude vyhodnoceno jako substandardní či nebezpečné, anebo proto, že bude svérázná individualita jedince pro společnost přínosná, zisková, a tím pádem přijatelná a hodna obdivu. Oba výkyvy od standardu ale již z podstaty definice poruchami osobnosti tak či onak jsou. Do poruch osobnosti se řadí i ti, kteří jsou sice společensky přijatelní, nicméně kteří vykazují neschopnost navazovat vzájemně fungující vztahy.

1.4 Terapie poruch osobnosti

Poruchy osobnosti jsou tedy určitým souborem či škálou odchylek, které se vymykají běžnému způsobu chování, myšlení a vnitřního prožívání. V určitých případech se u člověka mohou některé jeho vlastnosti stávat zřetelnějšími a nabývat tak na akcentovanosti; nehovoříme v těchto případech o poruše osobnosti, ale o tzv. akcentované osobnosti. U poruch osobnosti jde totiž především o to, že se již dají definovat jako určitý zaběhnutý vzorec chování, myšlení a prožívání. Tento vzorec se

promítá do většiny situací a kontextů, ve kterém se osoba s poruchou osobnosti může vyskytovat. Tyto vzorce chování jednoznačně narušují integritu člověka ve společnosti, neboť mu prakticky znemožňují si udržet blízké vztahy ve společnosti, jinými slovy je pro ně běžný život poměrně obtížný. Tato obtížnost se může projevat různými překážkami, které jsou takto člověku kladeny, např. neschopnost ráno vstát, dojít do zaměstnání, udržovat zde přátelské vztahy, rozumět ostatním, vnímat blízkost ostatních lidí, nejsou schopni vymezit své vlastní hranice, neznají hranice ostatních lidí a tím pádem tyto hranice překračují a velmi často podnikají průnik do osobního prostoru ostatních. Může tomu být i naopak, tito lidé jsou často též odtažití, jsou dominováni určitou obavou, strachem, vykazují znaky paranoi, nejsou schopni si uvědomit vlastní hodnotu osobnostní, protože se s negativním hodnocením setkávali až příliš často a přijali jej jako jediné možné hodnocení sebe sama. Toto v nich vyvolává dojem, že jsou společensky méně platní, méně validní, a proto se u nich objevuje touha po navázání lidského kontaktu, který by si alespoň určitou dobu udrželi. Tato snaha je vedena touhou po sebeurčení, po sebezachycení do společenského konstruktů, chtějí žít jako jejich vrstevníci, hledají cesty k tomu, aby jejich vzorec chování byl přijat.

V průběhu historie se s lidmi s různým stupněm psychické poruchy zacházelo dosti nehumánně. Nelze tedy nalézt dostupné zdroje, které by popisovaly tyto poruchy či nabízely vhodná řešení. K rozvoji dochází první zprávou od Boneta v roce 1684, a dále pak dochází k rozkvětu v 19. století (Huges, J. C. Rosse), kdy se poprvé zmiňují duševní choroby hranice. Adolf Stern pak v roce 1938 zavádí pojem „hranice“. Jde o to, že se v určité skupině nacházeli pacienti, jejichž stav se pohyboval na hranici mezi neurózou a psychózou. Postupem času se definice vyvinula v pracovní označení nepořádku a nestability nálady. Oto Kernberg se začal touto poruchou soustavně zabývat a popsal projevy této poruchy a určil mechanismy, které vedou k jejímu vzniku. V současné době v rámci psychiatrické reformy lze pozorovat snahu o deinstitucionalizaci léčby. Podpora se přesouvá od státem zřízených institucí ke přirozenější léčbě mimo ústavy, neboť „společenství je organizované a pravidla existují, je to však zcela jiný typ struktury, než je běžný na psychiatrických klinikách a v psychiatrických nemocnicích“ (Kalina, 2008, s. 19).

Své potíže tito lidé řeší prostřednictvím sebepoškození a pokusy o sebevraždu.

Dnes jsou tedy hospitalizováni v psychiatrických nemocnicích. Ty ovšem skutečně řeší problém klienta pouze v tom případě, pokud jsou schopny nabídnout klientovi především terapeutickou práci vedle léčby medikací, tedy přistupují-li k léčbě komplexním a dlouhodobým způsobem, který nepřináší okamžité výsledky. Samotná medikace problém vyřešit nemůže, protože se jedná o velmi dlouhodobý proces, který mohou medikační přípravky pouze dočasně zmírnit, nemohou však odstranit příčinu poruchy osobnosti. Tu může do určité míry odhalit terapeutická práce, ale ani ta tuto příčinu nikdy neodstraní. Terapeutická práce podává především praktické návody, jak se v určitých situacích zachovat, jak přijmout určité společenské danosti, jež nelze změnit, jak se s nimi prakticky vyrovnat a tím pádem se ve společnosti alespoň trochu přiblížit standardnímu způsobu chování. Terapeutické působení na jedince s poruchou osobnosti pracuje se čtyřmi aspekty, které se týkají 1. emocí, 2. mezilidských vztahů, 3. práce se stresem a 4. uměním být tady a teď. Jednou z terapií, jak se vyrovnat s poruchami osobnosti, je kognitivně-behaviorální přístup. Uvádí se konkrétně terapii depresí: „podle kognitivně-behaviorální teorie vzniku deprese jsou depresí ohroženi lidé postrádající dostatek pozitivní sociální odezvy a pozitivního potvrzení sebe. Z tohoto názoru vlastně vychází celá terapie“ (Vymětal, 2010, s. 49). U poruch osobnosti lze užívat i datatymní prožívání obrazů jako druh terapie. Jde vlastně o třístádiové vnímání určitých motivů. Tato metoda prožívání obrazů se užívá u větších dětí, dospívajících a dospělých; „hlavní indikační oblastí jsou neurózy, psychosomatická onemocnění a ty poruchy osobnosti, jež jsou přístupné psychoterapii“ (Vymětal, 2010, s. 91).

V posledku je psychoterapeutická práce s pacientem s poruchou osobnosti dlouhodobou záležitostí. Vymětal hovoří o tom, že se vlastně jedná o jakýsi typ „výchovy“ a „převýchovy“, která nabývá různých forem (2010, s. 200).

Velmi důležitým momentem při léčbě duševně nemocných je, že se klade značný důraz na práci s rodinou. Duševně nemocní nejsou schopni opustit rodinu v okamžiku, kdy jejich vrstevníci již zakládají vlastní rodiny či odcházejí z domova. Tím pádem se duševně nemocní nemohou vymanit z vlivu rodinného prostředí, které na ně může mít velmi negativní dopad či až zničující vliv. Totiž duševně nemocní nemohou sami zabezpečit své potřeby bydlení či zajistit svou vlastní nezávislost. Lidé trpící duševním onemocněním mohou využít různé stupně podpory institucí, které nabízejí služby stacionární, ambulantní služby a terapeutickou komunitu. Tyto

skupiny mají jednoznačně kladnou hodnotu pro každého, neboť zabezpečují pevný řád a bezpečí: „komunita je tedy více to, co vytváří strukturu, která má zajistit bezpečí, trvání a dosahování cílů“ (Sobotka, 2008, s. 8).

1.5 Klasifikace poruch osobnosti

V tomto oddíle se pozastavíme alespoň nad základními způsoby klasifikace poruch osobnosti. Není našim úkolem zde podat ucelený přehled všech různých typů klasifikací, nýbrž podat alespoň vhléd do základních kategorizací, které se v různých úpravách objevují téměř vždy. Z předchozího textu kapitoly vyplývají určité aspekty, které různí psychologové při definování poruchy osobnosti akcentují. Shrňme-li tyto odborné deskripce, pak lze uvést následující tezi: u poruch osobnosti je nutno vycházet z předpokladu, že může být narušena jedna, anebo druhá součást osobnosti, tj. buď temperament, anebo charakter. Je možný ovšem též stav, kdy jsou obě součásti osobnosti nějakým způsobem narušeny. Poruchy osobnosti jsou

hluboko zakořeněné maladaptivní způsoby chování obvykle rozpoznatelné v době dospívání; nebo dříve. Trvají pak po větší část dospělého věku, i když se často ve středním nebo stařeckém věku stávají méně nápadnými. Osobnost je abnormální buď co do rovnováhy svých složek, jejich kvality a vyjádření, nebo ve svém celku. Pro tuto úchytku nebo psychopatii trpí pacient nebo musí trpět jiní, takže nepříznivý účinek pociťuje jednotlivec nebo společnost. Patří sem i to, čemu se říká psychopatická osobnost (MKN-10, 1977).

Definice poruch osobnosti doznala od roku 1977 (viz výše) značného posunu co do terminologie a je v zásadě velmi problematická, neboť se jedná vždy o komplexní soubor symptomů, které mají také velmi komplexní původ. Projevy se velmi často různě kombinují a tím pádem platí, že i spouštěče těchto komplexů musejí být do značné míry rovněž velmi komplexní. U nositelů poruch osobnosti lze vypočítat určité shodné znaky, nicméně nelze tyto jedince jednoznačně diagnostikovat, neboť existuje celá řada různých klasifikací poruch osobnosti. Tím pádem tyto poruchy nelze jednu od druhé zcela jednoznačně odlišit.

Mezi poruchy osobnosti patří tyto poruchy: 1. paranoidní porucha osobnosti, 2. schizoidní porucha osobnosti, 3. disociální porucha osobnosti, 4. emočně nestabilní porucha osobnosti, 5. histrionská porucha osobnosti, 6. anankastická porucha osobnosti, 7. vyhubavá porucha osobnosti, 8. závislá porucha osobnosti, 9. další poruchy osobnosti (např. narcistická porucha osobnosti a pasivně-agresivní porucha

osobnosti). Všechny shora uvedené poruchy se projevují „charakteristickou a trvalou vnitřní strukturou a projevy chování jedince, které jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného přijatelného chování dané společnosti“ (MKN-10, 1992). Tento společenský nesoulad se musí projevit v určitých specifických oblastech, jako jsou v první řadě poznávání. Pokud jde o poruchu osobnosti založenou na poznávání, takový jedinec není schopen interpretovat věci, osoby a jejich činy tak, jak se očekává. Je zde nesoulad s vnímáním sebe sama i ostatních. Člověk s narušenou poznávací funkcí tedy není schopen vnímat společenský kontext standardním prizmatem; jeho perspektiva je zcela jiná, mnohdy jinak orientovaná, anebo je velmi zúžená. Druhou oblastí, kam poruchy osobnosti zasahují, je emotivita. Emotivita je zde narušena ve své intenzitě, tj. spadají zde osoby emočně ploché či emočně vysoce akcentované. Další oblastí je ovládání impulzů a uspokojování potřeb a čtvrtou oblastí je způsob chování k ostatním a zvládání interpersonálních potřeb. Praško uvádí, „že pro osobu s poruchou osobnosti jsou tyto nesoulady s výše uvedenými oblastmi přijatelné, nejsou však přijatelné pro jejich okolí“ (2009, s. 18). Domníváme se ovšem, že tyto symptomy jsou mnohdy nepřijatelné ani pro jejich nositele, jak vyplývá z rozhovorů vedených v prostředí terapeutickém. Porucha osobnosti znamená, že se její nositel ocitá v situaci, kdy pociťuje značnou nepohodu, která se rovněž promítá do jeho aktivizace v zaměstnání i v dalších společenských oblastech; výkon člověka je snížen. Porucha osobnosti je často pouze jedním z psychických problémů, které je potřeba řešit. Bývá často spojena s úzkostí, depresí, závislostí na návykových látkách atp. Důležitým aspektem je, že lidé trpící poruchou osobnosti často vnímají problém mimo ně samotné; vnímají ho jako problém okolního světa, okolní společnosti, kterou vnímají jako nositele záporných hodnot. Takové záporné hodnocení čili nespokojenost s ostatními projevují lidé trpící poruchou osobnosti v okamžiku, kdy se jejich vzorec chování dostane do konfliktu se vzorcem chování většinové společnosti. Domnívám se, že teprve tehdy dojde k vyvolání stavu nespokojenosti.

Poruchy osobnosti jsou v populaci poměrně časté, různé studie uvádějí různá rozpětí procentního zastoupení poruch ve společnosti. V průměru lze hovořit o poruchách osobnosti mezi 6% - 9%. U poruch osobnosti je potřeba si uvědomit, že se nejedná o poruchu vyvolanou jedním jednoduchým spouštěčem. Jde o velmi složitý komplex prožitých situací a stavů (různých typů frustrací, prožitků, zážitků), kterým byl

jedinec vystaven, a to vše v návaznosti na biologickou podstatu člověka (temperament) a na jeho složku společenskou (charakter). Neexistuje faktor, který by byl méně či více důležitý. Jedná-li se o komplex faktorů, pak jsou důležité všechny pro vznik poruchy osobnosti. „Jde tedy o multifaktoriální biologické determinanty (genetické vlivy, perinatální poškození, záněty mozku apod.) a vlivy z okolního prostředí (rodinné, sociální a kulturní vlivy, psychotraumatické životní události)“ (Praško, 2009, s. 21). Shrnuji, že u predispozice se hovoří o tom, že se jedná o vliv genetický, ale též o vliv zátěže v průběhu těhotenství. Tyto aspekty mohou ovlivnit vývoj mozku dítěte. Absolutní význam má po narození dítěte rodinné prostředí, ve kterém je vychovááno. Zde může totiž docházet k určitým defektům v tomto prostředí, pod které lze zahrnout následující: neúplnost rodiny, konfliktní emoční vypjaté rodinné prostředí, příliš trestající, restriktivní nebo tvrdá výchova, na druhé straně i nadměrné rozmazlování jsou původci vedoucí k poruše osobnosti. Podmínkou pro diagnostikování poruchy osobnosti je podmínka, že příslušné odchylky nejsou způsobeny duševním onemocněním nebo mozkovým postižením. Kritéria pro hodnocení poruch osobnosti lze shrnout do tří základních aspektů:

1. Struktura osobnostních vlastností se odlišuje od normy

a) **u kognitivních funkcí:** v procesu uvažování a hodnocení (egocentrismus, vztahovačnost, emotivní hodnocení atp.)

b) **emotivita v její intenzitě i ve své kvalitě** na jedné straně, na druhé straně svou přiměřeností – přiměřenost se zde odchyluje právě ve vztahu k realitě či k sobě samému.

2. Chování – je maladaptivní a projevuje se ve všech vztahových relacích a ve všech situacích; není možný objektivní náhled na situace, na společenské dění, na společenská pravidla; je zde časté neovládání sebe sama.

3. Chování je nedospělé, pro společnost je značně zatěžující a nepřijatelné; chybí altruismus, empatie, odpovědnost (Vágnerová, 1999, s. 245).

Na základě vyhodnocení těchto shora uvedených faktorů lze poruchy osobnosti kategorizovat dle následujícího schématu (Vágnerová, 1999: 256 – 265):

1. Paranoidní porucha osobnosti – lze ji shrnout jako nadměrnou citlivost k negativnímu hodnocení a neschopnosti odpustit ostatnímu světu to, co je vnímáno

jako společenské bezpráví. Je zde zdůrazňována vlastní osoba a jsou kladeny na první místo především osobní práva a jejich vymáhání. Je zde typická podezřívavost, vztahovačnost a sklon k nesprávné interpretaci chování a postojů ostatních.

2. Schizoidní porucha osobnosti – projevující se neschopností prožívat uspokojení; je přítomen rys emočního útlumu, chladnosti a zaměřenosti na vlastní prožívání a uvažování. Osobnost stížená touto poruchou se projevuje mírnou introverzí, odstupem od ostatních a oploštěným citovým prožíváním; okolní svět je nepodstatný – nelze prožívat vřelé citové vztahy, je přítomen strach z intimity; názory a hodnocení ostatních jsou odsouvány jako nepodstatné.

3. Disociální porucha osobnosti – člověk není schopen přiměřené sociální adaptace, neřídí se normami, jelikož pro něj nejsou závazné; tito lidé jsou značně netolerantní, i když toleranci směrem k sobě sama vyžadují; uspokojují pouze své potřeby, jsou silně egoističtí, zaměřeni na své vlastní uspokojování; jsou neustále podrážděni a nejsou v životě vlastně vůbec spokojeni. Velmi zajímavou skutečností je fakt, že nesnadno prožívají nudu, proto mívají nutkavou potřebu silného vzrušení, tj. je u nich typický hlad po podnětech – drogy, sexuální praktiky nestandardního typu, dobrodružství, riskantní chování atp. Nejsou schopni tlumit vlastní reakce. Jsou netolerantní k zátěži, mají vždycky pravdu a často reagují výbuchem, agresivitou a násilím. Nemohou situaci vyhodnotit adekvátně, vidí svět bipolárně, černobíle, nemají rozvinuté svědomí, neprožívají vinu, obviňují ostatní, sebe sami nikoliv, zato se však velmi dobře umí omlouvat a zdůvodňovat pohnutky svého jednání, neuvažují v časové ose – minulost nepovažují za směrodatnou, budoucnost je nezajímá. Nemohou se naučit empiricky z vlastní zkušenosti, nemohou čerpat ze společenského dění jako z regulativu, jež by jim poskytoval určité návody na to jak se chovat. Nevidí nesoulad mezi očekáváním a vlastním chováním. Jsou bezohlední a nestálí. Většinu života stráví ve vězení, protože nejsou schopni zvládat roli dospělého zodpovědného člena společnosti.

4. Emočně nestabilní porucha osobnosti – tito jedinci mají tendenci jednat impulzivně, nejsou emočně vyladěni tak, aby jejich chování nebylo proměnlivé a nepředvídatelné; nevnímají regulativy jako normy, chovají se neukázněně, narušují řády, a vlastně nejsou schopni v posledku zvládnout orli dospělého člověka. Neumí

systematicky pracovat, jsou v pracovním tempu nestálí, neudrží pozornost, jsou v partnerských vztazích přelétaví, často velmi promiskuitní. Tímto se dostávají do konfliktu se všemi, kteří nejsou na stejné úrovni jako oni. Kladou často na přední místo svá práva a zbavují se společenských závazků a povinností; vinu nepřijímají, její nepřijetí opírají o svůj vlastní názor, který se snaží vštěpovat ostatním. Jejich vztahy s lidmi jsou velmi povrchní, nejsou založeny na srdečnosti ani na pozitivních emocích; často se hovoří též o přimykání spíše než o skutečném vztahovém přátelství. Nezvládají své sociální role, často z nich vystupují, neboť nemají schopnost sebeovládání v určitých místech nebo společenských situacích. Jako důsledek toho jsou často pod vlivem psychotropních látek, zejména alkohol je běžnou součástí jejich života a vede k ustavení jedince do nezdravé sociální skupiny, ze které není úniku. Tato sociální skupina vypěstuje u těchto jedinců nejenom závislost na psychotropní látce, ale též závislost vztahovou, která je v jejich životě jedinou možnou, což v budoucnosti velmi často vede k dalšímu chování vyznačujícího se značnou kriminalizací jednání.

Do této kategorie poruchy osobnosti spadá také **hraniční typ nestabilní osobnosti**, která se projevuje zejména v tom, že osoby touto poruchou trpící mají jednoznačně narušení identity. Nejsou schopni sebe sama vnímat jakou součást určitého společenského konstruktů, neznají své vlastní hranice, čímž je vystupování z rolí a neschopnost chovat se jako dospělý značně podmíněna. Vytvářejí velmi intenzivní emoční vztahy, které jsou ovšem velmi nestálé. Tato nestálost a zároveň intenzita a touha po ní pak vedou k frustraci postupující v hlubokou emoční krizi. Tato frustrace vede k impulzivnímu, nekontrolovatelnému jednání (drogy, sexuální zneužívání), které může vyústit až k sebepoškozování. Emoční krize je pak spouštěčem až chronického pocitu prázdnoty, která se stává začarovaným kruhem, jehož opuštění vnímá tento člověk jedině prostřednictvím sebevražedných aktů. Budeme se jí věnovat v samostatném oddíle pečlivěji, neboť je stěžejní poruchou, která je součástí našeho výzkumného úkolu.

5. Histrionská porucha osobnosti – projevuje se především uměním společenské hry, teatrálnosti, přehráváním sociální role či akcentováním určitých jejich projevů chování; při důkladném pozorování si ovšem lze povšimnout labilitu a povrchnosti, která pramení z této teatrálnosti (a nikoliv vnitřní interiorizace sociální role). U

těchto lidí je významným projevem důraz na svou vlastní sobu; projevy egocentrismu jsou tak značné, že upoutávají pozornost okolí, zvláště svou sugestivností, která vyplývá z jejich potřeb být vnitřně velmi vzrušeni. Je typická spíše u žen než u mužů. Vztahy jsou povrchní, často racionálně vedené a udržované jen pro svůj osobní zisk, touží být oceňováni a obdivováni. Tyto osoby jsou vybaveny značnou schopností lhát i v prostředí, kde je jejich lež na první pohled odhalena; na této lži dokáží trvat a v podstatě vyvolávají svými lživými tvrzeními senzací, která je pro ně primární. Senzace, se kterou hrají teatrální roli, pokrývá je samotné, ostatní přítomné osoby mají být touto senzací postaveni na vedlejší, společensky nezajímavou kolej. Jsou velmi častým zdrojem problémů v zaměstnání, i v institucích, pokud tyto nejednají v jejich zájmu.

6. Anankastická porucha osobnosti – ovlivňuje všechny složky osobnosti, které se projevují v lpění na určitém vzorci přemýšlení a interpretování světa; jde o jakousi rigiditu, které je neměnná a postihuje především muže. Projevují se především mrzutostí a náladami negativního ladění, což vyúsťuje v neschopnost pozitivně prožívat. Jde vlastně o skryté projevy nerozhodnosti, opatrnosti, která vede ke zvýšené sebekontrolě, především ve veřejném prostoru. Lidé s touto poruchou se obávají toho, že jejich výkon nebude dobrý, jsou zaměřeni na perfekcionismus a jsou velmi svědomití, což se u nich projevuje i tím, že rigidně plní sociální normy a považují sociokulturní regulativ za zcela zásadní normu, již je potřeba ctít. Plnění sociálního regulativu je jejich obranným mechanismem. V partnerství nejsou příliš aktivní, jsou často odmítáni.

1.6 Hraniční porucha osobnosti

Pro definování hraniční poruchy osobnosti neboli *borderline personality disease* (BPD), je nutno si nejprve uvědomit, co je to hraniční typ nestabilní osobnosti. Jde o takovou osobnost, která nemá jasně a velmi zřetelně stanovenou hranici mezi sebou samým a ostatními jedinci, kteří ji obklopují a se kterými se dostává do interakcí. Z toho vyplývá, že hraniční typ osobnosti nemá zřetelnou představu o vlastní totožnosti, čímž je u takového člověka vyvolán pocit prázdnoty, z níž pak vyplývá i další stupeň této poruchy, a tím je nízké sebehodnocení. Snížení vlastní společenské hodnoty a pocit odcizení mohou přerůst až do situace, kdy jsou tyto osoby zcela

odtrženy od reality všedního světa. Potřeba těchto osob plyne z pocitu, že veškeré jejich prožívání musí být ostatními pocíťováno, a tím pádem že budou naplněny jejich potřeby. Opak je ovšem pravdou, neboť ostatní společnost není schopna naplnit předpoklady osob s hraniční poruchou, čímž u nich dochází ke značné frustraci, jež je doprovází prakticky ve všech životních situacích. Tato frustrace vede k intenzivním emočním reakcím, které jsou pro poruchy osobnosti společné a které jsme již uváděli shora (zneužívání návykových látek, deprese, psychosomatické poruchy atp.).

Prožívání dalších osob je problematické v tom, že je zde patrný značný rozkmit mezi adorováním a zatracováním. Dotčené osoby jsou vtlačeny do situací, kdy je jich zneužíváno pouze k uspokojování specifických potřeb osoby s touto poruchou. Kolísání mezi idealizací a zatracováním je rovněž akcentován ještě neschopností respektovat druhé, čímž jsou vazby mezi jednotlivci spíše krátkodobé. Druzí jsou manipulováni, přesvědčováni a tlačeni do situací, kde jako nástroj této manipulace používají osoby s hraniční poruchou právě sebevražedné výhrůžky, dramatické a emočně vypjaté potkávání a rozcházení se (Grambal a kol., 2017, s. 22-23).

Podrobně se této poruše věnuje Bohus (2002), který uvádí všeobecná kritéria poruchy osobnosti dle DSM-IV:

A. Přetrvávající vzorec vnitřního prožívání a chování, který se výrazně odlišuje od očekávání sociokulturního prostředí. Tento vzorec se manifestuje nejméně ve dvou následujících oblastech:

1. kognice, tedy způsobu vnímání a interpretace sebe, druhých a událostí
2. afektivita, tedy rozsah variací, intenzity, lability a přizpůsobivosti emočních reakcí
3. utváření mezilidských vztahů
4. kontrola impulzů

B. Přetrvávají vzorech není flexibilní a výrazně zasahuje do širokého okruhu osobních a sociálních situací.

C. Přetrvávající vzorech vede ke klinicky závažnému typu utrpení nebo omezení v sociální, pracovní nebo jiné oblasti fungování

D. Vzorec je stabilní a dlouhotrvající a jeho začátek se dá vystopovat přinejmenším

v adolescenci nebo v rané dospělosti.

E. Přetrvávající vzorec se nedá vysvětlit jako projev nebo následek nějaké jiné psychické poruchy.

F. Přetrvávající vzorec není následkem přímého účinku nějaké látky (např. drogy, léku) nebo nějakého onemocnění (např. poranění hlavy).

Tato obecná kritéria se poté následně specifikují pro hraniční poruchu osobnosti:

Výrazně působící vzorec nestability v mezilidských vztazích, v obraze o sobě a v afektech, jako i výrazná impulzivita. Začátek je v rané dospělosti a projevuje se v různorodých oblastech života. Musí být splněno nejméně pět následujících kritérií:

1. Zoufalá snaha zabránit skutečnému nebo domnělému opuštění. Pozn.: Nebere se tu v potaz suicidální nebo sebepoškozující chování, které je obsaženo v kritériu 5.
2. Vzorec nestabilních ale intenzivních mezilidských vztahů, které se vyznačují změnami mezi extrémní idealizací a znehodnocováním.
3. Porucha identity: výrazná a trvalá nestabilita obrazu o sobě a vnímaná sebe sama.
4. Impulzivita v nejméně dvou oblastech s rizikem sebeohrožení (utrácení peněz, sexualita, návykové látky, bezohledná jízda, záchvaty žravosti). Pozn.: Nebere se do úvahy opět suicidální nebo sebepoškozující chování, které je obsaženo v kritériu 5.
5. Suicidální a sebepoškozující chování, sebevražedné náznaky nebo hrozby.
6. Afektivní nestabilita v rámci výrazné reaktivity nálady je charakteristická (např. epizodická dysforie, dráždivost nebo úzkost, přičemž tato rozladění obvykle trvají několik hodin a jen zřídka více než několik dní.
7. Chronické pocity prázdnoty.
8. Nepřiměřená, silná zlost nebo těžkosti při ovládnutí zlosti či hněvu, např. časté záchvaty zuřivosti, trvalá zlost, opakované fyzické konflikty.
9. Přechodné, zátěží spuštěné paranoidní představy nebo těžké disociační symptomy.

Hraniční porucha osobnosti se projevuje nejčastěji v rovině afektů, především nízkého prahu dráždivosti (Bohus, 2005, s. 13). Dráždivost a její nerušení se vyznačuje rychlými nástupy předrážděnosti, zaplavujícími emocemi a celkový

emoční zmatek, neboť není zcela homogenní emoční charakter prožitků. Poté jsou tyto stavy vystřídány pocity otupělosti, což je stav, jež se popisuje jako vysoce trýznivý a nepříjemný. Ruku v ruce s tímto prožíváním se objevují okamžiky ztráty vlastní identity.

Osobnost s hraniční poruchou má rozloženu osobní integritu. Tento stav lze vyzorovat už v raných stádiích poruchy, kdy si pacienti stěžují, že nemají pevně zakotvenou představu o jejich místě ve společnosti, jinak řečeno nejsou si vědomi společenských souřadnic, nejsou schopni se situovat ve společenské hierarchii, jak na úrovni vertikální či horizontální. Obraz sebe sama je tedy poškozen do té míry, že pacienti prožívají nepříjemný dojem, že jsou vydáni napospas a že jsou tedy v neustálém nebezpečí. Jde tu do značné míry o poškození elementu psychosociální integrity, jež vyvrcholí pocitem prázdnoty a absolutního osamocení i v prostoru zaplněném lidmi. Touha po navázání trvalého vztahu vede pacienty k pokusům o navázání takových mezilidských kontaktů, které ovšem nejsou schopni udržet, neboť se jim střídají fáze přijímání s následnou fází odmítnutí, čímž dynamizují vzájemné přibližování a oddalování. Jsou si vědomi toho, co dělají a jak jejich chování může na ostatní působit, do určité míry mají představu o problematičnosti jejich vlastního chování, nicméně nejsou schopni první fázi přibližování dominovat natolik, aby ji udrželi jako trvalou. Aby alespoň nějakým způsobem napravili situaci, ubírají se do hry na méněcennost a bezmocnost, kterou až teatrálně dávají najevo. Tím ovšem vztahy s ostatními ještě více narušují (Vágnerová, 1999, s. 256-265).

Disociace, depersonalizace a derealizace vede k narušení vnímání časoprostoru a vnímání smysly je zmírněno, resp. zastřeno. Právě změnou perspektivy času jsou schopni častých návratů do situací, kdy prožívají skutečně traumatizující bolest. Trauma je prožíváno znovu, i když je odsunuto do minulosti, pacient trpí obrovskými bolestmi (Vágnerová, 1999, s. 256-265).

U některých pacientů dochází k sebepoškozování, které začíná nejprve na povrchových částech těla, později se překlápí ve vpichování, opáření nebo rozleptání. Při těchto sebepoškozujících aktivitách jsou pacienti většinou autoanalgetizováni. Po těchto aktivitách dochází k uvolnění, odlehčení a uspokojení, která pramení z dočasně nabyté jistoty. K vysoce rizikovému chování pak spadá

balancování na zábradlích, na okrajích střech či propastí, sezení na železničních kolejích. Tento typ chování má za úkol kompenzovat ztrátu bezmocnosti. Jiným typem závažného chování jsou záchvaty žravosti či naopak bulimické stavy. Tekutiny jsou problémem také, neboť pacienti jsou schopni redukovat jejich příjem až na jeden litr či dva za týden (Vágnerová, 1999, s. 256-265).

Poruchy příjmu potravy u pacientů s poruchou osobnosti se projevují již ve 14 letech ve spojitosti se suicidálními pokusy a afektivními stavy (Bohus, 2005, s. 12-16). Pro hraniční poruchu osobnosti je podstatná právě charakteristika principů terapeutické práce, které formulovala Linehanová (1993):

- Každé chování pacienta má v subjektivním kontextu smysl. Pokuste se udělat to nejlepší z její současné katastrofální situace. Proto je úkolem terapeuta přepracovat aktuální spouštěče, schémata a důsledky.
- Pacienti s hraniční poruchou osobnosti se chtějí zbavit svých problémů.
- Musí se mnohem více namáhat, usilovněji pracovat a být více motivováni, což je nespravedlivé.
- Pacienti s hraniční poruchou osobnosti si ne všechny problémy zapříčinili sami, musí se s nimi ovšem sami vypořádat.
- Suicidálně orientované pacientky s hraniční poruchou osobnosti prožívají pocit nesnesitelnosti.
- Musí se naučit chovat novým způsobem, a to ve všech osobnostních rovinách.
- V cestě za učením se novým vzorcům chování mohou i selhat.
- Terapeuti pracující s touto poruchou musí mít podporu.

2 Terapeutická komunita

2.1 Základní definice terapeutické komunity

Pojem komunita je pojmem komplikovaným co do jeho definice, neboť na něj lze nazírat ze dvou různých pozic: sociologické vymezení tohoto pojmu je ustaveno jako „souhrn osob žijících ve vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity a obvykle tvoří autonomní jednotku“ (Sobotka, 2010, s. 6); na druhé straně existuje též psychologická perspektiva, která definuje komunitu jako typ organizace, „kde jsou odstraněny vztahy podřízenosti a nadřazenosti, čímž je dosaženo lepší komunikace“ (Sobotka, 2010, s. 7). V psychoterapii je pak komunita definována jako zvláštní forma intenzivní skupinové práce, jejímž účelem je změna v osobnostním nastavení jedince, který je členem této komunity. Sociální skupina funguje jako „pracovní metoda, která má své postupy a zákonitosti, jejichž ovládnutí usnadní a urychlí orientaci v různých životních situacích a v nežádoucích sociálních a psychických problémech“ (Muhlpachr, 2006, s. 8). Sociální skupina, která se stává pro klienta zmenšeninou skutečného světa, který zůstává za branami komunity, poskytuje klientovi skupinová sezení a další společný pracovní i zájmový program. Ten má zabezpečit, aby si klient uvědomoval za pomoci druhých sebe sama a dokázal vnímat své skutečné místo ve společenském konstruktu tak, jak to vyžaduje většinově orientovaná společnost.

V demokraticky uspořádaném světě plní nestátní organizace následující funkce:

- a) posilují povědomí občanské odpovědnosti a solidarity při řešení konkrétních, místně a časově determinovaných sociálních problémů svých spoluobčanů,
- b) prohlubují státní sociální politiku o etický kontext moderního občanství jako výrazu příslušnosti ke státu a spoluodpovědnosti za věci veřejné,
- c) zefektivňují sociální činnost zvýšením jejich adresnosti a snižováním jejich nákladů (Matoušek, 2012, s. 173).

Terapeutická komunita je od 40. let 20. století novým způsobem organizace

psychiatrické léčebny; jedná se o institucionální prostředí, které se zaměřuje na specifickou komunikaci mezi pacientem a personálem. Komunikační relace ale může postoupit ještě do mnohem propracovanějších a systémově složitějších forem, např. lze vytvářet vhodné prostředí pro komunikaci mezi různými skupinami pracovníků nebo různými skupinami pacientů, anebo se aktivita zaměřuje na zapojení pacientů do vlastního léčebného procesu, který se tak uskutečňuje za jejich spoluúčasti. Jedná se tedy o druh zařízení, které je nějakým ústrojným způsobem vnitřně organizováno; nejde jen o jakési komunitní sdílení v kruhu v jedné místnosti, nýbrž jde o systémové ustavení řádu, který nabízí pořádek jistoty a vjemově uchopitelnou hierarchii společenství, do kterého pacienti přicházejí. Toto ustavení je neměnné a vychází z účelnosti, ku které je zřízeno, tj. za účelem pomoci prostřednictvím vhodného prostředí vyrovnat se s psychickými obtížemi. Jde o typ skupinové terapie, která se v terapeutické komunitě uskutečňuje. Původ terapeutických komunit byl vyvolán při pokusech o resocializaci mládeže závislé na drogách a od sedmdesátých let se terapeutické komunity využívají k fázování léčby. Toto fázování vyplývá z potřeby socializace jedince nejdříve v institucionálním, bezpečném prostředí, ze kterého později pacient přechází do prostředí mimo toto společenství. V rámci terapeutické skupiny se má pacient naučit odpovědnosti sám za sebe, což mu pomůže na cestě za získáním odpovědnosti za svůj vlastní život mimo komunitu. Velmi podstatnou složkou je v rámci socializace práce s rodinou: po skončení akutní fáze je vhodné zpracovat s rodinnými příslušníky plán sociální a pracovní rehabilitace, která bude zahrnovat návštěvu terapeutické komunity (Matoušek – Pazlarová, 2014, s. 133).

Základním předpokladem pro terapeutickou komunitu je skutečnost, že se pacient stává agentem změny; znamená to, že „uspořádání pobytové léčby, které zajišťuje vysoce strukturované, pro-sociální prostředí (...) se liší od ostatních léčebných přístupů zásadně tím, že využívá společenství jako klíčového agens změny“ (Kalina, 2008, s. 18). Jde o to nastavit takové prostředí, které představuje plánované úsilí utvářet psychosociální prostředí tak, aby navodilo pozitivní změny u jednotlivých účastníků, ve víře, že utváření prostředí a změna jsou kauzálně zapojeny (Kalina, 2008, s. 18). Někdy lze hovořit také o metaterapii, kdy vyvolání změny u pacienta se vnímá jako ustavení se do sítí vztahů, jejich modelování a uvědomování, jejich přijetí, nabytí určitých vzorců chování, komunikace, přijetí pravidel a jejich dodržování, vymezení pacientovy role v té které životní situaci a ustavení

hodnotového žebříčku, který si s sebou pacient má odnášet do života mimo komunitu. V důsledku se vlastně jedná o podpůrnou psychoterapii, která „se nesnaží měnit osobnost, ale poskytuje porozumění, podporu a pomoc osobnosti takové, jaká je. Zdůrazňuje její pozitivní rysy, vede k pozitivnímu myšlení a důvěře ve vlastní síly a pomáhá při zvládnání aktuálních situací a problémů“ (Kratochvíl, 2017, s. 17). Právě jiný přístup ke v terapeutické komunitě přínosný, neboť, jak se ukázalo, „lidé zpravidla dávají přednost souladu před konfliktem, ale mnohdy to nedají najevo, a dokonce si to ani pořádně neuvědomují“ (Kopřiva, 2011, s. 109).

Zobecníme-li celou řadu definic komunitní péče, pak lze obecné charakteristiky shrnout následujícím způsobem. Je silně upozaděna individualita, i když jej náprava zacílena právě na ni. Individualita se ovšem v terapeutické komunitě stává jednotkou, která utváří organickou součást sítě sociálních vztahů. Vztahy pak mají za úkol ustavit odpovědnou pacientovi individualitu. Jde tedy do značné míry o integrační typ léčby. Z toho vyplývá, že podstatnou složkou existence terapeutické komunity je síť vztahů, které se zaměřují na přirozenost v lidském životě. Vzniklá síť má ukazovat pacientovy model chování a prožívání v rámci lidského společenství, má mu ukazovat funkčnost těchto vztahů a jejich emocionální i jinou výtěžnost. Podstatnou součástí je tedy to, „podporovat dotyčného, ale i to, napravit a posílit přirozenou podpůrnou síť tak, aby byla víc a víc schopná zvládat a řešit budoucí krize s minimem profesionální pomoci“ (Carling, 1995, s. 61). Tento způsob ustavení institucionální prostředí se nezabývá tím pádem pouze léčebnými metodami, tj. nejedná se tu o zařízení zaměřené na léčbu duševně nemocných; jde o to nabídnou službu takového charakteru, která se zaměří na praktické každodenní situace a jejich zvládnání v rámci možnosti klientů. Ti přicházejí do terapeutické komunity s tím, že „očekává doručení okamžitých, přiměřených a odpovídajících řešení skutečných sociálních, psychologických a zdravotních potřeb vymezené populace“ (Mosher-Burtl, 1989, s. 359). Léčebné prostředí terapeutické komunity se řídí hodnotami rovnosti, čestnosti, otevřenosti a důvěry; je zde silně akcentována demokratičnost a je důrazně potírána či redukována autoritativnost, čímž pacienti přebírají zodpovědnost za své léčení, a tímto způsobem přispívají k léčbě jeden druhému. Ačkoliv jsme hovořili o tom, že terapeutická komunita je institucí, pak právě v porovnání s nemocničními zařízeními či ústavy pro duševně nemocné, se vlastně jedná o prostředí deinstitucionalizované. Z toho nutně vyplývá, že musí docházet ke změně

perspektivy na členy terapeutické komunity – nejsou to pacienti, nicméně stávají se klienty nebo členy komunity. Uvnitř terapeutické komunity jsou mezi personálem a klienty zavedeny vzájemné vztahy, které jsou ustaveny na základě liberálního skupinového pořádku, což znamená, že vzniká specifická humánně založená kultura vedoucí k účasti jednotlivců na dobru celého skupinového konstruktu. Tímto způsobem ustavená vnitřní kultura terapeutické komunity zabezpečuje potlačení tradiční hierarchie. Tato je nahrazena kulturním vnitřním pořádkem, který je vyjednatelný v rámci hlasování a demokratického rozhodování všech členů komunity. Nejedná se ovšem o příklon k anarchii, i v terapeutické komunitě jsou zachovávány základní role a statusy, které nejsou překročitelné či jinam modifikovatelné – jde zkrátka o zcela nový typ vnitřní společenské struktury. Tato specificky ustavená struktura pak má jednoznačně bezpečný a pozitivně stimulující dopad na klienta, u kterého má být vyvolána změna.

Hovořili jsme zde o klientovi. Klient je totiž základním předpokladem toho, že se tento typ terapie dá nazývat komunitou. Opouští se zde institucionální léčba v pravém smyslu slova je nahrazena právě komunitním sdílením, které se tradiční ústavní léčbě vymyká. Jde o určitý vývojově rehabilitační model. Klientem terapeutické komunity bývají různě socializovaní jedinci. Právě tato různost je klíčová pro to, aby byla zřejmá nesourodost jednotlivých členů komunity, což každému jednomu z nich poskytuje, různé úhly náhledu na druhé, a tím pádem i na sebe sama. Komunita má mít kontrolu nad socializací a resocializací jedince, což je „prostředek k zajištění kontroly chování a myšlení členů společnosti“ (Sobotka, 2010, s. 9). Problém moderní doby totiž v sobě přináší mnohost různých socializačních klíčů, mezi nimiž se klienti terapeutických komunit nedokáží orientovat. Proto by služby sociální péče měly být zabezpečovány tak, aby „napomáhaly lidem zajistit si fyzickou a psychickou soběstačnost“ (Mahrová – Venglářová a kol., 2008, s. 41).

Normy, způsoby chování, pravidla, jednání a myšlení se tak stává souborem individuálních charakteristik klienta, který se však stává cílem komunitního pozorování. Komunita tak získává nad klientem určitou moc. Nebude-li tato moc zachována, pak patrně ani jednotlivec nedosáhne vytčeného cíle, kterým je změna. „Je velice důležité vnímat moc, kterou komunita nad jednotlivcem má, i když na

rozdíle od původního socializačního procesu má člověk většinou možnost volby, zda v té které komunitě setrvá“ (Sobotka, 2010, s. 9).

2.2 Další charakteristiky terapeutické komunity

Pojmem komunita se rozumí nejenom určité uzavřené společenství, ale také způsob psychoterapeutické metody. V pojetí rozšířeném znamená „terapeutická komunita specifickou formu organizace léčebné instituce. Znamená zrušení tradiční autoritativní organizace“ (Hartl, 1997, s. 181). K této metodě je potřeba podotknout, že její blahodárný vliv má především projekce, prostřednictvím které se klienti dokáží orientovat ve vztazích, což jim tak umožňuje získávat zpětné informace o maladaptivních způsobech chování, podněcuje to u nich získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů (Kratochvíl, 1979). Velmi výraznou charakteristikou terapeutické komunity je její kreativnost a nácvik. Projekce je v terapeutické komunitě přímo úměrné korekci maladaptivních mezilidských vazeb a odstranění vžitých stereotypů prožívání a chování.

Terapeutickou komunitu lze definovat rovněž z generického hlediska jako prostředí akcentující změny maladaptivního návyku nácvikem základních interpersonálních principů. Z toho vyplývá též funkcionalita a metodologické zaměření terapeutické komunity; jde o hledání morálních a etických hranic, které ustavují bezpečný prostor pro klienty, který se tak může naučit tento vymezený prostor vnímat a své chování a prožívání udržet právě v těchto vymezených limitech. K tomu se užívají různé psychické stavy a postavení v určitých situačních kontextech (stud, vyloučení, trest, vina atp.). Hledisko účelu terapeutické komunity je ztotožněno s vytvářením nových sociálních dovedností klienta.

Pro terapeutickou komunitu jsou důležité i další aspekty vycházející z její struktury. Totiž i v deinstitutionalizovaném prostředí musí být zabezpečena základní hierarchická struktura rolí a statusů, její uzavřenost či otevřenost, pohyb v rámci hierarchie.

Základními dvěma vzorci terapeutické komunity je tzv. demokratická komunita, jež se ustavena především pro klienty s duševními poruchami a za účelem jejich

osobnostního rozvoje. Jako druhý typ komunity je hierarchická komunita, která se zaměřuje především na léčbu drogově závislých. Každá z těchto modifikací je založena na svébytné kultuře, vlastním způsobu jednání, organizování, na vlastním komunikačním kódu.

Pokud jsme hovořili o kultuře, která je vnitřní vlastní organizací rituálních činností uvnitř společenství, které je nějakým způsobem uzavřeno či vymezeno vůči okolnímu světu, pak je nutno podotknout, že kultura je vytvářena především lidmi uvnitř ní. Jedinec tuto kulturu nabývá, je schopen se jí naučit, interiorizovat ji, přijmout ji jako danost, „osvojuje si atributy jako normy, tradice, rituály“ (Sobotka, 2010, s. 10). Kultura je spojena také se změnou, kterou je v terapeutické komunitě stěžejním stavebním kamenem, ke kterému veškerá aktivita terapeutické komunity cílí. Jestliže je uvnitř terapeutické komunity nastavena určitá kultura, kterou klient může přijmout jako způsoben života, jež mu usnadňuje pohyb ve společnosti, pak je možno, aby si po opuštění komunity vypěstoval kulturu jinou, vlastní, osobní či osobitější, personalizovanou. Hovoříme o produkci vlastní kultury. Každé kulturní společenství je tedy založeno na normách, které jej homogenně udržují ve tvaru, struktuře v možnosti postupu v čase směrem do budoucnosti, s čímž je spojeno přijímání rysů kultury dalšími generacemi. S tím je spojena i vysoká obřadnost čili rituálovost, se kterou se rysy uchovávají.

Úkolem těch, kdo s komunitou pracuje, je mít na zřeteli normy a hodnoty společenství a to, jestli rituální obřady těmito hodnotám v čase dále odpovídají. Musí si všimnout společného porozumění symbolickému obsahu a v případě, že dojde k významovému posunu, je třeba tento fakt vrátit jako téma společenství k diskusi, případně jinak zasáhnout (Sobotka, 2010, s. 13).

2.3 Cesta ke zralosti

Podstatným rysem terapeutické komunity je skutečnost, že ve svém vymezeném prostoru nabízí dokonalejší řád než okolní svět. Prostřednictvím této dokonalejší verze světa, a také v jeho zmenšené podobě zabezpečující orientaci všech členů ve vztazích ustavených mezi jejími členy, se lze úspěšně nastavit k cestě ke zralosti. Pro to je nutné, aby členství v terapeutické komunitě bylo vnímáno jako skutečná

osobnostní hodnota. Jedině takto lze nastavit osobnostní charakteristiky klientů určitým hodnotovým systémem. Omezenost terapeutické skupiny zabezpečuje jednoznačné oddělení od okolního světa. Pro klienta se jeho světem stává právě limitovaný prostor sociálního okolí. Pro sociální okolí je požadováno, aby v rámci terapeutické komunity byly zásady ustavené pro dané společenství pokládány za přitažlivé, atraktivní, a to alespoň z menšiny, z většiny je pak podstatné, aby byly zásady vnímány jako nedevariantní (Kalina, 2008, s. 77). Pro to, aby klient objevil svou cestu, je nutné, aby v rámci terapeutické komunity docházelo k demokracii, která se zde stává typem vnitřní kultury. Ta je založena na průhlednosti, zřejmosti, jednoznačnosti, nerelativnosti, a dále na participativnosti v rozhodování, v zodpovědnosti za rozhodnutí, za objasnění motivací, ve srozumitelnosti, což pak následně vede k distribuci moci mezi klienty a rovnoměrné distribuci odpovědnosti. „Komunita může mít relativně velký počet členů, jelikož těžiště komunitní práce nespočívá v jednotlivých osobních příbězích a jejich souvislostech, ale ve vzájemném spoluzítí členů komunity“ (Sobotka, 2010, s. 22). Komunita sama o sobě je strukturně ustavena; tato strukturnost je mnohem propracovanější, než je třeba při práci ve skupinách. Obecně bývá komunita vyladěna na dva základní principy. Prvním z nich je prostor sdílení a vyladění; druhým je prostor plánování, organizací a hodnocení.

Každá komunitní práce začíná sdílením, což je pro práci s klienty vždy výhodou. Sdílení je založeno na tom dopřát klientům dostatečný čas na to, aby se zamysleli nad svými prožitky, momentálními náladami, stavy a strachy, aby si uvědomili, co zažívají a co v nich přetrvává. „Cílem prostoru sdílení je vzájemná informace členů o svém emočním i tělesném rozpoložení a naladění se na společnou práci nebo ukončení společné práce“ (Sobotka, 2010, s. 22). Sdílení může být ještě dále strukturováno. Tato další struktura je pak vlastně jakousi tematickou či vztahovou orientací, kdy se klienti mají vyjadřovat jen k určitým typům jejich nálad, chování a prožívání. Jsou to tak zvaná tematická okénka, která jsou ustavena vedoucím komunity. Pokud sdílení není nijak vnitřně strukturováno, mohou klienti přicházet s čímkoliv, což jim zabezpečuje jakýsi plnohodnotný prožitek plné svobody. Po sdílení dochází k vyladění prostřednictvím tělesného cvičení nebo interakčními hrami, do kterých musejí být zapojeni všichni členové komunity.

Druhým principem, který následuje po sdílení a vyladování, je organizační prostor. Ten zahrnuje proces plánování, proces hodnocení a proces rozhodování. U procesu plánování je nutný konsenzus na tom, jakým způsobem bude organizována práce (časově, prostorově, role jednotlivých členů atp.) na společnou práci, na níž jsou již klienti vyladěni. „Vyjasnění pracovní struktury může mít podle typu komunity podobu představení předem daného programu anebo společného plánování. V případě společného plánování se členové na struktuře programu mohou dohodnout podle svých i společných potřeb“ (Sobotka, 2010, s. 23). K plánování se připojuje i proces hodnocení. Plánování je s hodnocením v úzkém kontaktu. Jelikož naplánovaná aktivita, její organizace, se může, anebo nemusí povést. Hodnotící proces je podstatnou složkou toho, jak bude plánování vypadat následujícího dne. „Zpětná vazba reflektuje to, jak se komu daří pracovat na svých a společných záležitostech“ (Sobotka, 2010, s. 24). Zpětná vazba je základním stavebním kamenem skupinové práce. Je do značné míry také zatížena odměnami a sankcemi, která vycházejí z pravidel komunitního života. Komunita je tedy spíše místem pro adekvátní vedení života v určité pospolitosti než místem pro psychoterapii. Posledním procesem je rozhodování. Komunita je totiž místem, kde dochází k rozhodování o všech věcech v rámci komunity. Rozhodování se uskutečňuje v mnoha směrech (přijetí členů, vyloučení, potrestání, pokárání, odměna atp.). Rozhodování je vedeno různými formami – konsenzem, dohodou, většinovým hlasováním; může jít o hlasování transparentní anebo skryté, můžou být zapojeni profesionální pracovníci.

Člověk se stává nositelem vlastností otevřenosti a neukončenosti, čímž je v klientovi budována apriorní důvěra v sebe sama a ve zlepšení stavu prostřednictvím změny, kterou si klade za cíl. Terapeutická komunita prací personálu, jeho schopnostmi, zkušenostmi, emočním nastavením se snaží zabezpečit rozvoj lidského potenciálu, který musí pramenit z vnitřního přesvědčení všech účastníků komunity.

Cesta ke zralosti je pak dlážděna podstatnými charakteristikami, které se v rámci terapeutické komunity musí nutně budovat jako základové segmenty, jež pak utvářejí vhodné terapeutické prostředí. Spadají sem klíčová pravidla, které lze shrnout následovně: Klient se stává klientem, nikoliv nositelem diagnózy, což by mělo značně stigmatizující dopad na jedince, je nutno upozadit stereotypy takové

diagnózy. Druhým klíčovým rysem je práce na příznacích spíše na vztahové úrovni než na úrovni samoučelné. Příznaky poruch jsou komentovány pouze do té míry, jak znemožňují zdárný průběh socializace klienta; terapeutická komunita se tedy zaměřuje na podstatu poruchy. Tím pádem není možno vystavět terapii v komunitě na pojmu nemoci, ale především na zdraví jako pozitivisticky definovaném cíli, ku kterému klienti směřují prostřednictvím navazování nemaladaptivních vzorců chování a ustavení vztahové sítě. Pracuje se s dichotomií teď a tady, která na za následek úzdravu potom a tam, tedy ve společnosti okolního světa mimo terapeutickou komunitu. Úzdava zahrnuje udržení změny, je fixována její dlouhodobost, trvalost prostřednictvím obnovených schopností sociálních a lpěním na nabytých vnitřních hodnotách klienta. Tento způsob vnímání sebe sama v rámci vztahů v okolním světě vede klienta k odstranění symptomatiky a zmírnění vlastního selhávání v životě. S tím přichází ruku v ruce i fakt, že takto nastavené vnímání u klienta vede k tomu, že si uvědomuje možnosti svého celoživotního růstu. Toto je základním předpokladem fungování služby, která je hodnocena jako sociální: jde o „druh sociální péče poskytované konáním státní instituce ve prospěch jiné osoby“ (Tomeš, 2010, s. 38).

Ohniskem naší práce je porucha osobnosti. Vzhledem k tomu je nutno uvést, že terapeutické komunity postupně opouštěli klienti s čistými neurózami a přibývali pacienti s poruchami osobnosti. Do terapeutických komunit tak začali pronikat spíše klienti, kteří potřebovali nějakým způsobem narovnat své charakterové neurózy, čímž se značně změnila i terapeutická práce a metodologie, neboť se tu jednalo zejména o symptomy povahových rysů. Lees a Kennard charakterizují tuto klientelu následujícím způsobem:

jedním za charakteristických rysů těchto osob je, že vyvolávají vysokou hladinu stresu a úzkosti v nejbližším okolí, zejména u těch, kteří se o ně starají - u členů rodiny i u profesionálů. Mívají v anamnéze poměrně frekventované a občas eskalující kontakty s různými službami, například s psychiatrií, sociálními službami, praktickými lékaři, zdravotnickou pohotovostí a rovněž s policií a soudy. Dlouhodobá historie neuspokojivých vztahů je naučila očekávat od druhých lidí spíše hostilitu, zneužití,

traumatizaci či odmítání a zavrhování než bezpečně emoční přimknutí (1999: 45).

Nastoupení cesty vede přes změnu. Terapeutická komunita je tedy primárně místem této změny. Změna se týká celé osoby, ne pouze její části. Jde tedy o změnu celkovou, která se metaforicky přibližuje až jakési náboženské konverzi (Kalina, 2008, s. 86). Změna je ovšem procesem ne zcela bezpečným, neboť klient se musí zbavit svého starého a nabýt to nové. Jeho staré Já se postupně proměňuje v jeho nové Já. To s sebou přináší problém v tom, že do značné míry je nutno rozbořit hranice, které utvářely původní klientovu identitu. Výše jsme uvedli, že terapeutická komunita pracuje především v lidském potenciálem. Totiž dočasná ztráta identity a hledání identity nové, její vystavění, konstruování vyvolává u klienta úzkosti, strachy, které se projevují celou řadou obranných mechanismů, jež jsou spouštěny do značné míry nevědomky. Právě ostatní členové prostřednictvím navázání vztahů s klientem určují posun k bodu obratu, neboť jsou nápomocni klientu v riskantním okamžiku podpořit.

První fáze práce s klientem je součinnost se všemi členy terapeutické komunity. Ta je základním předpokladem pro fáze další. Hovoříme zde tedy o dvou cílech: o cíli psychoterapeutickém a o cíli resocializačním, který již pokrývá prostor mimo terapeutickou komunitu. Tyto dva rozměry se vzájemně podmiňují.

Změnu nelze chápat jako nácvik, jde spíše o zcela nové sebepojetí, vnímání sebe sama v jiné perspektivě, prostřednictvím náhledu jiným prizmatem, které bylo do té doby klientovi skryto, anebo do kterého nemohl proniknout, neboť mu řádně neporozuměl. Tím se klientovi odkrývá budoucnost, která je sice stále nejistá, ale která zároveň poskytuje možnosti pochopení sebe sama, tedy vlastního Já v životním prostředí většinové společnosti, tedy v prostředí vymezeného jako Oni. Právě takové antropologické štěpení je podstatné, neboť pro úzdravu je nutná nejenom sebereflexe a sebepojetí vlastního Já, ale také nastavení pojetí druhých, jejich vyhodnocování, přiřazování jim určitých společenských hodnot atp.

Hovoříme-li o druhé fázi terapie jako o zvládnutém resocializačním rozměru, pak ji můžeme charakterizovat jako úzdravu, která znamená pro klienta určité

charakteristiky (srov. Kalina, 2008, s. 87-88):

1. udržení celkové změny sebepojetí, vztahů a chování, k níž došlo k terapeutické komunitě.
2. obnova ztracených schopností a dovedností potřebných pro život nebo začátek jejich ovládnutí a používání. Hovoříme zde o rehabilitaci a habilitaci. Úzdava znamená pro mnoho klientů rehabilitaci ve smyslu obnovy ztracených schopností a dovedností, pro mnohé další habilitaci, jejich primární nabytí a uplatnění tam, kde předtím nebyly, faktický začátek plnohodnotného života.
3. uplatnění morálních hodnot a norem získaných v terapeutické komunitě (pravdivost, otevřenost, čestnost, altruismus). S tímto je spojena i problematika nevyrovnání se se světem okolo, neboť ten je jiný a nekoresponduje s tím, jak byl světa ve zmenšeném měřítku nastaven v rámci terapeutické komunity. Klienti jsou tak mnohdy indoktrinováni hodnotami, které ve skutečném světě zas až tak zcela nefungují.
4. symptomatická úleva – příznaky někdy ustoupí, zeslábnou nebo se proměňují v příznaky kvalitativně jiné.
5. abstinence
6. rozvoj osobnostní identity a celkové změny životního stylu včetně životního scénáře, postojů a hodnot.

Celkově lze shrnout tuto pasáž tím, jak to uvádí Kratochvíl:

Pozná-li člověk důkladněji, jaké je vlastně jeho sociální chování, z čeho v minulosti vzniklo a jaké má sociální důsledky, a naučí-li se novým užitečným sociálním dovednostem, které dříve neovládal, neznamená to ve svých důsledcích jeho omezování, nýbrž naopak rozšiřování jeho možností volby. Nepodléhá již slepě nepoznaným zákonitostem. Jeho život se může stát bohatším i svobodnějším (2017).

V habilitační fázi, či ve fázi resocializační se musí počítat také s tím, že musí docházet i ke změnám v prostředí běžného života, kam se klienta z terapeutické komunity navrácí. S tím je spojena především sociální práce s rodinou klienta,

intervence na úřadech či u zaměstnavatelů, zajištění následné péče, zapojení klienta do širších sociálních vazeb apod.

2.4 Pravidla komunity

V rámci terapeutické komunity hovoříme spíše než o pravidlech o metapravidlech. Jsou to vlastně pravidla pravidel. Metapravidla lze shrnout do základních bodů, kterými se terapeutické komunity charakterizují.

1. Terapeutická komunita zůstane i nadále terapeutickou komunitou a její význam, účel a měr se nezmění.
2. Konečnou i primární zodpovědnost má vždy personál.
3. Všechna další pravidla jsou odvozována od toho, aby udržovala chod terapeutické komunity a udržovala tak její existenci.
4. O dalších pravidlech lze vést demokratickou diskusi; vždy ovšem se zřením ke skutečnosti, že terapeutická komunita na svém čelu a cíli nesmí být nikdy ohrožena.
5. Pravidla jsou jednoduchá, je jich poměrně malý počet a musí být vyžadována všemi členy komunity.
6. Při vzájemném překřížení pravidel má přednost pravidlo, jež zabezpečuje prospěch skupiny před prospěchem individuálním (Sobotka, 2010, s. 36).

Terapeutické komunity jsou vybaveny tzv. kardinálními pravidly, která utvářejí základní součást bezpečného komunitního prostoru. Přestoupení takových pravidel vede k ukončení členství v komunitě. Takový klient se totiž prohřešil tím, že ostatní členy komunity vystavil značnému nebezpečí. Užívání návykových látek, fyzické násilí, sex, krádež, poškozování majetku, podvod, vydírání atp. jsou tedy zapovězeny pravidly zákazu; jako trest následuje vyloučení. K bezpečnému prostředí jen nutno zabezpečit i další pravidla, která vycházejí z etických zásad:

1. Ochrana jednotlivců před ohrožujícím tlakem skupiny (např. právo klienta říci „ne, o tom teď nebudu mluvit“)
2. Ochrana osobního sdělení před zneužitím ve vnějším prostředí („nevynášení z komunity, „komunitní tajemství“)

3. Možnost okamžitého projednání mimořádné záležitosti (každý člen terapeutické komunity má právo svolat kdykoliv mimořádné setkání společnosti) (Kalina, 2008, s. 93)

Nicméně, není v silách kolektivu žádné terapeutické komunity, aby zabezpečila absolutně všechna pravidla, která si nastavila, a tím tak není možno zajistit absolutní bezpečí. Nebezpečí, které je s prostředím terapeutické komunity spojeno, vyplývá především z podnětů sexuálních a erotických, které vnášejí do klidu terapeutické komunity právě určité nežádoucí stavy jako jsou žárlivost, rivalita, napodobování atp. Rovněž čas a jeho vnímání, jeho parcelace, uspořádání je značnou problémovou proměnnou, neboť klienti právě u času trpí značnými distorzemi, čímž průběh časového harmonogramu komunity narušují a nejsou schopni se v časové ose strukturovat. Je nutno klienty vést k určité časové rituálovosti, harmonizaci potřeb svých a potřeb ostatních a vměstnat obojí do předem rozvrženého plánu. Pro pravidla jsou typické také normy vycházející ze zapojení klienta do provozu komunity. Takové zapojení je vyžadováno a je strukturně ohraničeno, je předem dáno a časově vymezeno. Pomáhá to klientovi zapojit se do celkové struktury, kterou není vhodné opouštět, jelikož by mohla narušit cestu k úzdavě (Sobotka, 2010, s. 35-38).

Jestliže klienti v terapeutické komunitě mají nastavenou vnitřní hierarchizaci, pak je nutné zabezpečit pravidly i takovou hierarchickou stratifikaci, tedy distribuovat moc na základě předem daných a ustálených pravidel a norem, které klienti po celou dobu pobytu v komunitě musí ctít. Musí vzniknout u klienta dojem, že je součástí pevně zakotveného sociálního organismu, který mu poskytuje bezpečnou orientaci ve vztazích, z nichž pak může čerpat svůj osobní prospěch.

Pravidla a noremní nastavení komunity je vlastně určitým nástrojem skupinové dynamiky. Tuto skupinovou dynamiku založenou na pevném strukturním řádu je nutno podporovat a v čase ji tak udržovat jedině prostřednictvím sankcí, které přicházejí po porušení jednoho z pravidel, a také komunitním dialogem, který na klienty vytváří neustále působící tlak na jejich vzorce chování a zpětnou vazbu.

3 Metody práce s klienty v terapeutické komunitě Kaleidoskop

V této kapitole se budeme podrobněji zabývat charakteristikou konkrétní terapeutické komunity Kaleidoskop. Kaleidoskop nabízí tři typy základních sociálních služeb: První službou je terapeutické skupina Kaleidoskop fungující od roku 2006. Druhou službou je ambulantní služba Kaleidoskop, rovněž od roku 2006. Třetí službou v nabídce je DBT Centrum fungující od roku 2015.

Kaleidoskop byl založen jako občanské sdružení v roce 2005 a již rok poté otevřelo první terapeutickou komunitu v České republice pro lidi s poruchou osobnosti a zároveň poradenskou sociální službu, Ambulanci Kaleidoskop. Počátky této instituce byly podpořeny finančním krytím z evropského sociálního strukturálního fondu. Inspirovujícím elementem byla fungující britská terapeutická komunita v nemocnici Henderson Hospital. Tento model terapeutické komunity, kde dochází k intenzivní terapii v prostředí lidí se stejnými problémy, je efektivním způsobem léčby u lidí s poruchou osobnosti. V roce 2015 byla rozšířena nabídka služeb o DBT Centrum, které nabízí denní a večerní program pro lidi s poruchou osobnosti a skupiny pro rodiče a blízké osob s poruchou osobnosti.

Služby Kaleidoskopu jsou určeny těm, kteří mají psychologem či psychiatrem diagnostikovanou poruchu osobnosti, či těm, kteří diagnostikováni nejsou, ale přesto vykazují určitou symptomatiku: pocity samoty, potíže s navázáním či udržením si plnohodnotného blízkého či partnerského vztahu, přehnaná snaha zamezit tomu, aby vás druhý opustil; velké výkyvy v emoční rovině, problémy se vztekem, hněvem a jeho ovládnutím; impulzivní chování, sebevražedné a sebepoškozující tendence a chování; nedostatečná dovednost zacházení se životní stresovou zátěží; dlouhodobé pocity prázdnoty; zkreslený či nestálý sebeobraz.

Nejde jen o to poskytovat účinnou pomoc pro zvládnutí poruchy osobnosti či o metody jejího překonání, ale jde také o útvar, který do značné míry může zabezpečovat bezpečné prostředí pro osobnostní rozvoj těch, kteří do centra docházejí.

3.1. Terapeutická komunita Kaleidoskop

Jedná se o pobytovou službu s dlouhodobým intenzivním programem pro mladé dospělé osoby, které trpí některou z poruch osobnosti. Komunita sídlí v třípodlažní budově v obci Solenice v okrese Příbram zasazená do přitažlivého prostoru s přírodním charakterem poblíž Orlické přehrady. Kapacita služby je 22 klientů, kteří se distribuují do tří segmentů, z nichž první skupinu utváří ti klienti, jež vstupují do adaptační fáze ihned po nástupu. Dále následuje skupina, kterou utvářejí klienti, jež postoupili do fáze F1+ až F5. Tito tvoří uzavřenou skupinu, která se rozděluje do dvou podskupin. Při postupu klienta z adaptační fáze do fáze následující, je dělení mezi dvě podskupiny podmíněno požadavkem vyváženosti těchto podskupin (např. genderově či na základě specifických osobnostních projevů).

Léčebná metoda spočívá v tom, že je ustavena samotná komunita osob, které sdílejí podobné či shodné problémy, kteří si navzájem pomáhají a podporují se, a tímto způsobem se snaží dosáhnout svého cíle, který je definován jako překonání obtíží jednotlivců na základě společného sdílení životního příběhu. Druhou částí je poté DBT terapie (dialekticko-behaviorální terapie) jakožto terapeutický rámec celého programu. Jde vlastně o typ vzdělávání, které probíhá formou předávání teoretických nástrojů pro zvládání situací, jež jsou zátěžové pro je samotné i pro jejich společenské okolí. Jednou týdně dochází k tzv. „vyučování“ této metody, který probíhá formou workshopu. Jeho účelem je skutečnost, že klienti jsou i mimo tento specificky orientovaný den seznámeni s metodou, kterou lze uplatnit v kterékoli situaci pro regulaci jevů výše uvedených. Každý týden probíhá ve workshopu jiná tematická kapitola DBT metody s tím, že během dlouhodobého pobytu se celá metoda opakuje několikrát, aby bylo zabezpečeno její vtištění a dostatečného prožití u klientů.

Sociálně-terapeutický program obsahuje skupinovou a individuální terapii, skupinový i individuální DBT nácvik dovedností, vyhodnocování zadaných cvičení, DBT workshop, pracovní terapii, psychoedukaci, kulturní kluby, kreativní terapii, sportovní, relaxační a volnočasové aktivity a také několik výjezdních aktivit během celého roku.

Dialekticko-behaviorální terapii začala rozvíjet v 80. letech 20. století profesorka Marsha M. Linehan jako terapii přímo zaměřenou na sebepoškozující se klienty se sebevražednými myšlenkami či pokusy o sebevraždu a na klienty s hraniční poruchou osobnosti. Efektivita DBT pro osoby s poruchou osobnosti byla v zahraničí prokázána. Členové akreditovaného terapeutického týmu Kaleidoskop prošli DBT výcvikem ve Velké Británii a získali tak možnost zavést tuto metodu léčby do českého prostředí, kde ji doposud nikdo neposkytoval. Pomocí DBT metody se klienti učí nabývat efektivitu v mezilidských vztazích, regulování vlastních emocí, stresovou toleranci a zvládání stresových situací, všímavost, koncentraci a schopnost být „tady a teď“. Forma sociální terapie je pravidelná skupinová výuka dovedností a schopností jejich používání, individuální koučing v DBT dovednostech, plánování individuálních cílů.

DBT terapie vlastně vznikla jako modifikace několika psychoterapeutických směrů: psychodynamického přístupu, rogeriánského přístupu (přístupu zaměřeného na klienta) a KBT terapie (kognitivně-behaviorální terapie). KBT terapie byla příliš orientována na změnu, což se ne zcela krylo s potřebami klientům, neboť v průběhu této terapie se necítili komfortně; přílišná orientace na změnu s sebou přinášela přílišný tlak na osobu s hraniční poruchou, neboť jim nepřímo sdělovala, že problém je v nich samotných, je přítomen a je nutno ho změnit. Orientace na změnu vedla k tomu, že klienti měli dojem, že se jim tuto nepodaří realizovat, že je pro ně nedosažitelná. Tím pádem muselo dojít k tomu, aby se terapie orientovala spíše na přítomný okamžik, na „tady a teď“, čímž byl částečně odstraněn strach z neúspěchu. DBT terapie tedy v sobě integruje terapeutické postupy z KBT, ale navíc je terapeutické práce obohacena o skutečnost, že klient je vnímán a přijímán takový, jaký v ten okamžik je. Tím pádem dochází v DBT terapii ke dvěma polohám: jednou je tlak na změnu a druhou je lpění na současném stavu. Vzniká tak dialektický přístup, kde se kombinují, slučují a jinak vzájemně prolínají postupy, které stojí zdánlivě v protikladu. Tento proklad je ovšem funkční v tom smyslu, že reprezentuje svět, který nás obklopuje; je to způsob zobrazení světa, který se spíše blíží prožívané realitě. Klienti se touto cestou naučí ve světě mnohem lépe orientovat, naučí se svět přijímat takový, jaký je, tedy proměnlivý, nestálý. Tímto se u klientů dosáhne stavu, kdy jsou schopni nazírat na své vlastní černobílé vnímání reality.

Požadavky kladené na terapeuta v DBT metodě vycházejí ze samotné definice DBT terapie: terapeut musí zachovávat dialektický postoj; dále vede klienta k samostatnosti; musí zapojit všechny přístupy a jednou z podstatných vlastností je ta, že i terapeut je osoba chybující. Musí na sobě pracovat, neboť „existuje řada dobře prozkoumaných strategií, u kterých se prokázalo, že snižují míru nedokončení terapie a zvyšují pravděpodobnost pozitivních výsledků léčby“ (Schwartz – Flowers, 2012, s. 11). Terapeut se může řídit svými vlastními postoji a pravidly, ale nesmí porušovat zásady a principy terapeutické komunity, která jsou dána. Rozhodujícím aspektem DBT terapeuta je fenomenologický přístup, který je založen na tom, že žádný klient není nositelem své diagnózy, nýbrž že se stále jedná o individualitu, která má své potřeby a kterou nelze zaškatulkovat či kategorizovat dle předem ustavených kritérií a tříd.

V tomto smyslu musíme hovořit o konceptu socializace, což je „kulturní prostředek k zajištění kontroly chování a myšlení členů společnosti“ (Sobotka, 2008, s. 9.). K socializaci je nutno vnímat kontext určitého civilizačního okruhu, kde jsou určité vlastnosti či způsoby chování hodnoceny jako přijatelné. Jde tedy o kulturní předpoklad, který nutí jedince prožívat své životy v rámci společenského okolí právě tak, aby se jedinec nevyčleňoval z kulturního schématu ani o samotě (Sobotka, 2008, s. 9.). Socializace vychází z potřeby principu rovnosti a rovnostářství, které mají způsobit, že i ti, kteří jsou v určitém aspektu vyčleněni, např. svým chováním vůči ostatní, mají právo být zařazováni do společnosti jako její integrální jedinci. Princip porušení těchto základních předpokladů je pak vnímán jako „zásah do přirozených práv člověka. Je to takové jednání či opomenutí, jehož důsledkem je narušení rovnosti mezi lidmi“ (Tomeš, 2011, s. 19). Socializace vychází z potřeby společenství jako základního předpokladu pro život člověka. Při práci s osobami s poruchou osobnosti je právě společenství základním kontextem, který vede k úspěšné socializaci. „V komunitní a skupinové psychoterapii vidíme společenství lidí a jsme jeho součástí. Dáváme mu rozměr komunity a skupiny tím, že předem vydefinujeme nějaká pravidla, případně necháme definování dalších pravidel na členech společenství“ (Sobotka, 2008, s. 8.). Společenství pak zabezpečuje, že proces socializace je do značné míry kontrolovatelný, čímž splňuje požadavky hlavního nástroje realizace rovnosti. „Tento koncept je pro nás zajímavý tím, že zdůrazňuje

socializaci jako nástroj sociální kontroly a moci“ (Sobotka, 2008, s. 9). Se socializací se propojuje důstojnost, která je „etickou kategorií o uznání člověka a jeho práv ve společnosti“ (Tomeš, 2011, s. 29). Důstojnost je člověku zabezpečena právě systémem kontroly, která zabezpečuje, aby se aktivity v rámci komunity nevymykaly očekávané normě: „komunita se snaží zajistit prosazení svých norem v zájmu zachování vlastního bezpečí a časové kontinuity, její zájem je v jistém smyslu nadřazen zájmu jednotlivce – nebude-li zachována kontinuita, ani jedinec pravděpodobně nedosáhne svých zájmů“ (Sobotka, 2008, s. 9).

4 Praktická část

4.1 Cíl

Cílem praktické části je na základě vlastního šetření analyzovat pocity a vnímání klientů terapeutické komunity z poskytované sociální služby, jakož i doprovodných sociálně terapeutických aktivit. Jak uvedeno v teoretické části, terapeutická komunita představuje pro značnou část klientů s poruchou osobnosti útočiště, v rámci kterého nalézají potřebné zázemí a podporu pro svůj další sociální život. Poskytované sociálně terapeutické aktivity jsou pak primárně zaměřeny na zlepšení kvality života klientů terapeutické komunity tak, aby byli schopni adaptace, resp. návratu do původního sociálního prostředí. Pro naplnění cíle byla použita metoda polostrukturovaných rozhovorů s vybranými klienty terapeutické komunity zařízení Kaleidoskop s cílem zjistit, zda služba využívaná v terapeutické komunitě naplňuje očekávání klientů a jakým způsobem svůj pobyt v terapeutické komunitě vnímají včetně určení jeho případných pozitiv a negativ. Rozhovory byly následně zpracovány metodou interpretativní fenomenologické analýzy (IPA).

4.2 Výzkumné otázky

Pro potřeby výzkumného šetření byla stanovena základní otázka, orientovaná na vnímání a pocity klientů v terapeutické komunitě v souvislosti s jejich pobýváním v zařízení a poskytovanou sociálně-terapeutickou péčí.

Výzkumná otázka: **Jak klienti terapeutické komunity vnímají poskytovanou sociálně-terapeutickou péči?**

4.3 Použitá metoda výzkumného šetření

Cílem praktické části je zjistit, jak se klienti cítí v terapeutické komunitě a jak vnímají poskytovanou sociálně-terapeutickou péči. Navíc se výzkum orientoval na to, odkud klienti přišli, s jakými problémy do komunity vstoupili, co bylo pro ně během pobytu v komunitě zásadní, co jim pomáhalo setrvat v komunitě a svůj terapeutický pobyt dokončit. Z tohoto důvodu byla jako metoda výzkumného šetření zvolena interpretativní fenomenologická analýza (IPA), která je zaměřená na analýzu

toho, jak člověk prožívá své zkušenosti s umožněním porozumět jednotlivým událostem či celému procesu, resp. fenoménu (Říháček a kol., 2013, s. 9). Tradiční fenomenologie vychází z deskriptivního zaznamenání zkušenosti, protože pouze tato forma umožňuje zápis fenoménu v jeho originální podobě bez vlivů interpretujícího. Předpokladem pro efektivní provedení metody v praxi tak vyžaduje oddělení zaznamenaných událostí a osobního postoje výzkumníka. Tento při prozkoumávání zkušenosti konkrétní osoby z jeho perspektivy svou zkušeností a životním pohledem má klíčovou roli v daném porozumění, stejně jako v jeho přímém kontaktu s respondentem. Výzkumné otázky v rámci metody IPA jsou zaměřeny na dotazování, jak osoba nebo skupina vnímají a prožívají určitou situaci, jaké u ní mají pocity, a jaký daná situace má pro ně význam, resp. smysl. Výzkumná otázka je formulována fenomenologicky, tj. je zaměřena na porozumění individuální zkušenosti člověka a jejího významu. Metoda nemá za cíl objasňovat zjištěné, naopak se zaměřovat na exploraci, tudíž popisovat více proces než výsledek a definovat spíše význam než příčiny a důsledky. Metodu IPA je zároveň vhodnější použít pro malou skupinu respondentů s akcentem na kvalitní zpracování zkoumaného fenoménu při využití širokého rozsahu dat k jednotlivým případům. V rámci jejich záznamu je elementární doslovný přepis nahrávky rozhovoru s kladením důrazu na obsah s vedlejším zohledňováním neverbálního doprovodu (srov. Říháček a kol. 2013: 9-15).

4.4 Místo výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno v nestátní neziskové organizaci Kaleidoskop v Solenici v okrese Příbram. Kaleidoskop je organizací s působností 14 let. Hlavní zaměření zařízení je poskytování komplexní sociálně-terapeutické péče o osoby s dlouhodobým duševním onemocněním.

4.5 Výběr respondentů

Výběr respondentů probíhal na základě mojí absolvované praxe vycházející ze zaměstnaneckého poměru v terapeutické komunitě Kaleidoskop, která poskytuje služby maximálně do počtu 22 klientů. V první řadě byla organizace oslovena z mojí strany se žádostí uskutečnit výzkum prostřednictvím pohovorů s klienty terapeutické komunity za účelem zpracování mojí diplomové práce, s čímž byl vysloven souhlas.

Byli osloveni ti klienti, kteří byli v terapeutické komunitě v okamžiku, kdy jsem byla zaměstnancem a kteří zároveň ukončili úspěšně pobyt v komunitě, tzn. s těmi, kteří jsou úspěšnými klienty. V rámci zpracování podkladů pro moji práci byla případná účast klientů výhradně dobrovolná. Výběr respondentů vycházel ze skutečnosti, že jsem do Kaleidoskopu docházela do zaměstnání jako sociální terapeutka, tudíž jsem pro klienty nepředstavovala cizí anonymní osobu, nýbrž v průběhu práce došlo k vytvoření vzájemně dlouhodobému a důvěrnějšímu vztahu se základní znalostí jejich zdravotního a psychického stavu a diagnózy. Pro účely výzkumu bylo osloveno pět klientů terapeutické komunity s tím, že předběžně všichni oslovení projeví zájem o spolupráci. V druhé fázi se všech pět klientů postupně fyzicky dostavilo v jednotlivých časových lhůtách na pohovory do neutrálního prostředí, které nabízelo partnerské vyvážení polostrukturovaného rozhovoru. Ty probíhaly v příjemném prostředí klidné a tiché kavárny.

4.6 Popis vzorku

Celkový výzkumný vzorek čítal celkově pět osob, z toho čtyři ženy a jeden muž. Věkové rozpětí klientů se pohybovalo v rozpětí od 18 do 35 let a jejich pobyt v terapeutické komunitě se pohyboval v intervalu od jednoho roku a tří měsíců do jednoho roku a šesti měsíců. Vzhledem k uvedeným údajům je nutné konstatovat, že pro samotný výzkum převaha genderu, věková kategorie ani délka pobytu v chráněném bydlení nepředstavovaly žádný limitující prvek, a naopak jejich rozptyl poskytl příležitost sondy klientů v různých věkových kategoriích odlišného smýšlení a rozdílných zkušeností. Všichni respondenti se vyznačovali dlouhodobým duševním onemocněním, konkrétně poruchou osobnosti. Vzhledem k dané diagnóze byla pro výzkumné šetření zvolena metoda interpretativní fenomenologické analýzy, která je zaměřena na kvalitativní hloubkovou analýzu. Tato byla v praxi představována metodou individuálního a nikoliv skupinového sezení s respondenty, protože v rámci rozhovorů docházelo k poskytnutí hluboce intimních a důvěrných informací, které byly následně doslovně zaznamenány v audio i v písemné podobě, viz příloha. Na začátku jim byla vysvětlena logika a postup chystaného individuálního sezení se žádostí. V rámci individuálních rozhovorů bylo klientům opakovaně zdůrazněno, že jejich osobní údaje nebudou zveřejněny, tudíž bude zachováno právo na ochranu osobních údajů a nedojde k jejich identifikaci.

4.7 Charakteristika respondentů

Respondent A Žena, 30 let, diagnóza: F60.5 Obsedantně kompulzivní osobnost, F61 Smíšená porucha osobnosti

Respondent B Žena, 27 let, diagnóza: F60.31 Hraniční porucha osobnosti

Respondent C Muž, 30 let, diagnóza: F60.31 Hraniční porucha osobnosti, F60.7 Závislá porucha osobnosti.

Respondent D Žena, 35 let, diagnóza: F60.31 Hraniční porucha osobnosti

Respondent E Žena, 19 let, diagnóza: F60.31 Hraniční porucha osobnosti

4.8 Sběr dat a jejich zpracování

Díky absolvované praxi v rámci pracovního poměru v organizaci *Kaleidoskop - centrum terapie a vzdělávání, z.ú.* mi bylo umožněno provést polostrukturované rozhovory se skupinou pěti respondentů. Samotné povolení organizace bylo poskytnuto v červnu 2018, v následujících měsících došlo k oslovení všech pěti klientů terapeutické komunity a v průběhu září a prosince 2018 byly realizovány jednotlivé rozhovory. Klienti, kteří se výzkumu zúčastnili, byli na jeho počátku informováni a srozuměni s tím, že jejich účast na rozhovorech je zcela dobrovolná, a stejně tak je jim umožněno kdykoliv během rozhovoru tento ukončit bez udání důvodu. Stejně tak byl respondentům při zahájení rozhovoru zdůrazněn význam jejich aktivní účasti a upřímnosti během rozhovorů. Skutečnost, že se jedná o validní a nezbytné podklady pro mou diplomovou práci, se zdála být ze strany klientů účastnících se rozhovorů vysoce ceněna, protože daný fakt v nich vyvolával pocit osobní důležitosti, a investovaný čas do rozhovorů nevnímali jako ztrátu času, nýbrž jako přidanou hodnotu. Dále, jak sami zmínili, polostrukturovaný rozhovor jim pomohl osvěžit samotný pobyt v terapeutické komunitě tím, že se nad ním sami zamysleli a tato reflexe jim poskytla zpětný pohled a zpětnou vazbu na vlastní nabytí nových sociálních dovedností a schopností. Stejně tak byli respondenti upozorněni na to, že pokud se v rámci rozhovoru vyskytne téma, o kterém nebudou chtít hovořit, mají na to právo a tato témata budou z rozhovoru vyňata. Jak zmíněno, další poskytnutá informace se týkala anonymity jejich osobnosti, resp. absence jakéhokoliv zveřejnění jejich soukromých údajů, jako jsou primárně jméno a

příjmení. V přepisu rozhovorů tak byla použita pro označení jednotlivého respondenta písmena. Celkový průběh rozhovorů lze hodnotit velmi pozitivně, protože jednotliví respondenti byli v jejich průběhu velmi otevření a aktivní, čímž se je podařilo posunout na vysokou kvalitativní úroveň. Rozhovory byly polostrukturované s otevřenými otázkami. Důvodem byla použitá metodologie IPA, resp. její princip spočívající v prohloubení diskutované problematiky s vyplynutím názorů a postojů respondentů. Výchozí bylo předchozí stanovení okruhů, mapující daný problém. Minimální délka rozhovoru byla 55 minut, nejdelší rozhovor trval 75 minut. Samotné rozhovory byly kontinuální bez přestávky, ačkoliv tato možnost byla respondentům nabídnuta. V případě známek únavy respondentů bylo nabídnuto občerstvení v podobě kávy a vody, což respondenti vesměs uvítali. Veškeré rozhovory byly registrovány ve formě audio nahrávky a jejich kompletní přepis tvoří přílohou součást této práce.

4.8.1 Etické aspekty

Jak uvedeno, kvalitativní výzkumné šetření probíhalo pod podmínkou naprosté anonymity. Pro zajištění souladu s etickým kodexem byli respondenti před zahájením audio nahrávky seznámeni s nutností podpisu informovaného souhlasu, který je rekapitulací cílů výzkumného šetření všech zachování osobní anonymity, a zároveň tvoří součást kapitoly příloh této práce. Dalším prvkem v rámci etiky je závazek použití a zpracování získaných dat výhradně pro potřeby této diplomové práce. V neposlední řadě byla účast respondentů v kvalitativním výzkumném šetření zcela dobrovolná s tím, že dotazovaní měli v jakémkoliv okamžiku možnost rozhovor přerušit a celkově od něj odstoupit. Rozhovory byly v jejich průběhu nahrávány na diktafon a samotná audio nahrávka sloužila jako podklad pro doslovný přepis rozhovorů a následnou analýzu získaných dat.

4.8.2 Osnova rozhovoru

Pro účely výzkumného šetření byla z důvodu zvolené metodologie interpretativní fenomenologické analýzy IPA zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru. Výběr dané metody nebyl náhodný, protože ve svém pojetí umožňuje hloubkové zaměření se na zkoumané fenomény a jevy v dostatečně detailním pohledu.

Rozhovory nebyly uzavřené, ale polostrukturované, a to z důvodu potřebné flexibility. Jak zmíněno, účast respondentů na rozhovorech byla nakonec velmi aktivní, a tudíž jakékoliv odklonění či rozšíření původního tématu bylo hodnoceno jak přidaná hodnota pro získání dat. Respondenti byli v rámci rozhovorů opakovaně vyzýváni k volnému vyjadřování myšlenek, stejně tak jim byly v případě potřeby pokládány podotázky, tvořící celkový rámec s hlavními otázkami rozhovoru. V případě, že v rámci rozhovoru nedošlo u respondentů k pochopení otázky, byla jim tato opětovně položena v jiné podobě tak, aby byla ve výsledku lépe srozumitelná.

Níže seznam hlavních dotazů pro rozhovory:

1. Co tě přivedlo do terapeutické komunity?
2. Co bylo v terapeutické komunitě pro tebe důležité?
3. Která chvíle, situace, byla pro tebe v terapeutické komunitě těžká?
4. Co ti ji pomohlo překonat?
5. Jak se ti daří po odchodu z terapeutické komunity?
6. Co jsi si ze života v terapeutické komunitě odnesl/a do života?
7. V čem je nyní tvůj život jiný, než byl před nástupem do terapeutické komunity?
8. Jak jsi vnímal/a sociálně-terapeutickou péči?

4.8.3 Přepisy rozhovorů, práce se záznamem a zpracování rozhovorů

Každý absolvovaný rozhovor byl zaregistrován v audio podobě, resp. v nahrávce na diktafon s následným doslovným přepisem. Daný přepis obsahuje konkrétní otázky autorky práce a následující odpovědi respondentů. V případě výrazových prostředků (citoslovce, pomlky, gesta) respondentů, které byly důležité pro kvalitu přepisu daného rozhovoru, byly tyto zaznamenány v textu. Zpracování dat bylo zahájeno doslovným přepisem rozhovorů, které byly před zpracováním v rámci analýzy opakovaně naslechnuty tak, aby došlo ke snadnější asociaci rozhovorů a jejich kontextu s jednotlivými respondenty. Jak uvádí M. Kocvrchlichová (2005), po evaluaci výhod a výhod souvisejících se zásahy do přepisovaného textu ve smyslu jazykových korektur je vhodnější tento nechat v původní podobě. I přes nevýhodu existence jevů, znesnadňujících čtení textu, jsou tyto zároveň zdrojem informací a

neupravený text vykazuje vyšší známky autenticity. Je důležité zároveň zdůraznit, že ke každému rozhovoru bylo přistupováno individuálně a bez jakéhokoliv náznaku ovlivňování či přenosu vlastních myšlenek autorky do jednotlivých rozhovorů. V rámci analýzy při čtení a náslechu rozhovoru bylo následně přistoupeno k postupnému zvýrazňování nejvíce relevantních pasáží z rozhovoru se zaznamenáváním vlastních poznámek, týkajících se popisovaných událostí, pocitů či názorů jednotlivých respondentů. Jednotlivé poznámky bylo nutné poté seskupit do jednotlivých celků, tvořících základ pro další pracovní postup. V další části výzkumné části byly vytvořeny jednotlivé komentáře s vytvořením jednotlivých témat, doplněných citacemi z rozhovorů. Tento postup byl opakován u každého jednotlivého rozhovoru s finálním porovnáním jednotlivých případů a zaznamenáním vznikajících témat. Uvedená témata a poznámky mají za cíl vystihnout základní smysl, obsažený v odpovědích jednotlivých respondentů. Doslovné přepisy rozhovorů jsou v samostatné příloze, jelikož jsem vycházela z informace, že přepisy rozhovorů tvoří součást diplomové práce. Během rozhovoru jsem takto respondenty informovala.

4.8.4 Zdroje validity

Aby byli respondenti otevření hovořit na dané téma, je nutné se řídit základní zásadou, a to během rozhovoru, resp. tématu klienty nehodnotit, ale přijímat je takové, jací jsou. Validita práce duševních prožitků respondentů je garantována doslovným přepisem rozhovorů, které obsahují poznámky, vypovídající o kontextu a zabraňující případnému špatnému porozumění kontextu. Dalším nástrojem pro zajištění validity je opakované čtení i náslech rozhovorů tak, aby byla autorka opětovně zpětně vtažena do děje uskutečněného rozhovoru, aniž by došlo k následnému zkreslení kontextu z důvodu časového rozestupu mezi realizací rozhovoru a analýzou dat. V neposlední řadě uvedená témata obsahují doslovné citace z rozhovorů s respondenty, což zaručuje jejich pravost.

4.8.5 Vlastní předporozumění zkoumanému tématu

Po dobu necelého roku jsem byla zaměstnána v terapeutické komunitě pro klienty s dlouhodobým duševním onemocněním, v tomto případě se konkrétně jednalo o

klienty s poruchami osobnosti. Během této doby jsem se seznámila s klienty terapeutické komunity a byla přítomna veškerému dění a programu, které v něm probíhá. Jak se zdá, klienti oceňují partnerský přístup ze strany terapeutů, otevřený, upřímný, nehodnotící, přátelský, kdy jsou přijímáni takoví, jací jsou. Cílem mého výzkumného šetření je zjistit, jak se klienti v terapeutické komunitě cítí a jak přijímají sociálně-terapeutickou péči. Očekávám, že analýza rozhovorů přinese zjištění, že se klienti v terapeutické komunitě cítí převážně dobře. Že jsou rádi za možnosti žít v místě, kde nejsou sami a kde je jim pomáháno nabýt sociálních dovedností pro následné zapojení se do běžného života. Totiž různé životní situace vzhledem k jejich dlouhodobému duševnímu onemocnění u nich vyvolávají obavy. Domnívám se, že terapeutická komunita má velký sociálně-terapeutický význam.

5 Výsledky výzkumného šetření

Cílem této kapitoly je zodpovědět stanovenou výzkumnou otázku. Odpovědi na danou otázku vycházejí ze základu témat, identifikovaných v rámci uskutečněných rozhovorů, a jejich autentičnost je potvrzena citacemi některých výroků jednotlivých respondentů.

Citace respondentů jsou následně v příslušném řádku číselně označeny s tím, že první číslo indikuje stranu, a druhé číslo řádek, na kterém se výpověď respondenta nachází. Pro zjednodušení například 11.258 znamená, že daná citace se nachází na straně 11 a řádku číslo 258. V případech, že se v rámci citací nachází vyjádření výzkumníka, je označeno jako J. Vzhledem k šíři zaznamenaného materiálu jsou zmíněny pouze relevantní odpovědi respondentů, vztahující se k tématu a mající příslušnou vypovídající hodnotu pro potřeby této práce.

5.1 Jak se klienti cítí v terapeutické komunitě

Výzkumná otázka je zaměřena na zjištění hlavních pocitů klientů v terapeutické komunitě. Pozornost je věnována konkrétním aspektům, jak klienti svůj pobyt v terapeutické komunitě vnímají, jaké pro ně byly začátky, co je do terapeutické komunity přivedlo, jak vypadaly jejich mezilidské vztahy před nástupem do terapeutické komunity, co od pobytu v terapeutické komunitě očekávali. Zamýšlejí se nad chvílemi, které pro ně byly v terapeutické komunitě těžké a co jim pomohlo, tyto chvíle překonat. V čem pro ně bylo přínosné bydlet v prostředí, kde je více klientů se stejnou nebo podobnou diagnózou, ale oproti nemocničnímu prostředí, jsou zde klienti vedeni k samostatnosti a zodpovědnosti za svůj život, a sociální terapeuti jim pomáhají tyto cíle naplňovat. V čem jsou jejich životy nyní jiné, než byly před nástupem do terapeutické komunity. Co jim dala Dialekticko-behaviorální terapie a jak jim pomáhá nyní, kdy už v komunitě nebydlí. S danými souvisí následující podkapitoly: Zkušenost s psychiatrickou péčí, vztahy, sebehodnota, smysl života. Samostatnou kapitolou je jejich vyjádření k otázce, jak samotnou sociálně-terapeutickou péčí vnímají.

5.1.1. Nástup do terapeutické komunity v návaznosti na pobyt v psychiatrické nemocnici

Všichni klienti mají zkušenost s pobytem v psychiatrické nemocnici, kde někteří dostali kontakt na Kaleidoskop, případně se o něm dozvěděli od jiných pacientů. Jak respondenti odpovídají, cítili potřebu svůj život změnit.

Respondentka A říká, že možnost nástupu do komunity vnímala, jako svou šanci na změnu ve svém životě: *„Tak proto jsem se rozhodla to zkusit. Říkala jsem si, že nemám, co ztratit.“* (RA 1.10-1.11).

Respondentka B popisuje svůj nástup do komunity jako poslední možnost před sebevraždou: *„Kamarádka mi to doporučila, že bych to měla zkusit, protože jsem přemýšlela nad sebevraždou a kamarádka mi řekla, ať zkusím Kaleidoskop, než udělám ten finální krok.“* (RB 1.2-1.4).

Respondent C popisuje své pocity z pobytu v nemocnici: *„Pak jsem si šel na měsíc odpočinout do Bohnic...Ono to stejně nějak extra nepomohlo, ale nasadili mi tam nové léky, ale bylo to strašný období.“* (RC 1.17-1.18, 1.20-1.21).

Respondentka D říká, jak vypadal její život před nástupem do komunity: *„No (smích), no asi, že jsem si nevěděla rady sama se sebou, měla jsem..., končila jsem hodně v Bohnicích, ..., když jsem cítila úzkost, tak jsem se sebepoškodila, protože to nešlo vydržet.“* (RD 1.2-1.4). Pak ještě dodává: *„Poslední kapka byla, když jsem už fakt chtěla zabít, stála jsem na tom mostě a chtěla jsem skočit dolů. No tak to pak nějak přišlo, že to takhle dál nejde, že ze sebou musím něco dělat. Dostala jsem kontakt, byla jsem v azyláku, na Kaleidoskop.“* (RD 1.6-1.9).

Respondentka E popisuje svůj život před nástupem do komunity takto: *„Já jsem asi půl roku, ..., byla hospitalizovaná na psychiatrii. Já jsem vždycky byla chvíli hospitalizovaná, pak jsem šla domů a tak. No, a to jsem byla v léčebně, kde mi nic nepomáhalo, mi prostě bylo blbě.“* (RE 1.2-1.5).

5.1.2. Mezilidské vztahy v životě klientů terapeutické komunity

Autorka zaznamenala jako významný prvek výzkumu mezilidské vztahy v životech klientů. A to, jak vztahy vypadaly před nástupem do komunity, během pobytu a též po odchodu z komunity. Vztahy jsou pro klienty zásadní součástí jejich životů, důvodem k jejich bytí, motivací ke změně, ale i oporou ve chvílích smutku.

Respondenti A a E uvádějí, že důvodem k nástupu do komunity byla podpora či zájem ze strany jejich blízkých: „*No, bylo to na popud mého táty, kdy on mi našel terapeutickou komunitu a řekl mi, ať to zkusím,...*“ (RA 1.2-1.3). A dodává: „*A táta se toho chytnul a řekl mi o tom, že existuje terapeutická komunita Kaleidoskop a jestli bych to nechtěla zkusit.*“ (RA 1.15-1.16).

Respondentka E vnímala též podporu ze strany svého táty: „*A pak mě vlastně táta nějak..., to bylo takový první přesvědčení, on mě tak trochu zviklal, mi říkal, že je to sice rok, ale že z hlediska celého života, kdyby mi to pomohlo, že to není tak hodně.*“ (RE 1.6-1.8).

Respondentka B popisuje rozhovor se svou kamarádkou, který též napomohl jejímu nástupu do komunity: „*Mluvily jsme o tom snad pět, šest hodin, a tak jsem si říkala, že to zkusím. Že to snad je taková moje poslední šance, jak si pomoci.*“ (RB 1.21-1.23).

Respondentka D popisuje podporu během svého pobytu v komunitě: „*No asi měsíc jsem chtěla jít domů. Tak jsem volala ubřečená, třeba své právniče, my jsme měly hodně blízký vztah, ..., že nechci a že už nemůžu, že jsem si komunitu spletla, že to není možný. A ona mi říkala, ať tady zůstanu, dávala mi podporu.*“ (RD 2.47-2.50).

Vztahy byly zásadní i během pobytu v komunitě, respondentka E říká: „*Řekla bych, že vztahy byly pro mne hodně důležitou složkou tam. Že jsem tam potkala spoustu lidí, se kterými jsem i teď v kontaktu, tak to*“ (RE 2.30-2.31).

Respondentka B zmiňuje: „*..., ty lidi, myslím, že jsem tam měla dobrou partu lidí, protože pro mne je důležitý to prostředí okolo mě*“ (RB 3.72.3.74), ale zároveň dodává: „*Ale ty dva měsíce pro mne byly náročné, protože jsem necítila, že tam*

zapadám. A říkala jsem si, jestli to má smysl. Protože komunita je hodně o vztazích a ty mi tam nešly,“ (RB 3.77-3.79).

Respondentka A zmiňuje vztahy v souvislosti s osobní krizí. Na moji otázku J: *„Když tedy nastala nějaká těžká situace, co ti pomohlo ji překonat?“* odpovídá těmito slovy: *„No ostatní. Ta parta lidí, že jsem tam nebyla sama...A že jsem fungovala i přes ty všechny náročný situace a nejvíc mi pomohli ti ostatní klienti, kteří tam byli se mnou. Podporovali mne, povzbuzovali, že v tom nejsem sama.“* (RA 5.137-5.141)

Respondenti A,B,E zmiňují v souvislosti se vztahy i zamilovanost, s kterou se během pobytu setkali. Respondentka B říká: *„Povídali jsme si o věcech, co nás baví. Já v tomhle nikdy neuměla být, nikdy jsem se nesvěřovala s tím, co mě zajímá, co mě baví...No a prostě jsem se nějak zamilovala.“* (RB 5.148-6.151). Stejně tak respondentka E prožije svou první zkušenost se zamilovaností během pobytu v komunitě: *„A hodně důležitý vztah pro mě byl s jednou klientkou, kde jsem vlastně s ní nějak prožívala takovou zamilovanost.“* (RE 2.32-2.33). Později dodává: *„Tak bylo to pro mě nějak hodně důležitou částí tam, té léčby.“* (RE 2.35-2.36).

Součástí vztahů byly též zmínky o vztazích s terapeuty. Tyto vztahy pomáhaly klientům získat představu o vztazích, kde jsou přijímáni a tuto zkušenost si pak odnášeli do svých životů po odchodu z komunity: *„A co přijde hodně důležitý, jsou vztahy mezi klienty a terapeuty. Je hodně poznat, když je ten terapeut otevřený anebo když je uzavřenější, ...,ale nebyl tam tak extrémní rozdíl klient a terapeut. Že to prostě bylo jako lidi mezi sebou...A ono je hrozně důležité, si myslím, aby ten terapeut dával kus sebe, protože klientovi se líp otevírá a líp nachází to souznění s terapeutem.“* (RB 12.368-13.375).

Respondent C popisuje svůj vztah k terapeutce: *„Protože já si před ní nepřípadal jako klient, mně před ní bylo trapně, uráželo mě to, ponižovalo. Já ji prostě bral jako holku, ne jako terapeutku.“* (RC 7.213-7.215). Později dodává: *„...,že mi v léčbě pomohlo stavět se trošičku na stranu terapeutů a brát si z nich. A být jako v jejich roli a stavět se na stranu odborníků, nejdřív vůči sobě a pak i vůči ostatním, to bylo hrozně zajímavý.“* (RC 10.291-10.294).

5.1.3 Sebehodnota

Respondenti A, B, C zmínili uvědomění si své hodnoty: „*A nenechat si líbit všechno a nedělat vše, co mi kdo řekne. Nějak ve vztazích rozumně fungovat a nedělat vždy vše jen podle ostatních. To se se mnou táhlo celý pobyt.*“ (RA 3.79-3.81). Konkrétně to popisuje: „*...no a pak se rozhodnout při tom hlasování, aby tam zůstal nebo ne, to bylo pro mne takový dilema, protože jsem věděla, že pokud budu hlasovat proti přespání, tak už si spolu nepromluvíme, a když budu hlasovat pro přespání, tak je to zase nefér.*“ (RA 4.121-4.124).

Respondentka B zmiňuje pocity méněcennosti před nástupem do komunity: „*A se spolužačkama a lidma z Prahy jsem se cítila hodně méněcenně. To byl takový můj zásadní rys, že jsem se se všema cítila spíš méněcennost ve vztahu k nim*“ (RB 2.42-2.44). Později však dodává: „*A já jsem vždycky strašně bála, když jsem na tom místě byla sama jít na ty kameny, protože jsem si říkala, že bez taťky to asi fakt nezvládnou a v ten moment, kdy jsem tam byla sama na té „dvaasedmdesátce“, tak jsem to přešla sama.*“ (RB 4.112-4.115). Na můj dotaz, jak se jí to podařilo, odpovídá: „*Zkusila jsem věřit ve své schopnosti a když to pokazím, tak prostě někam odplavu, ale už mě ten strach neparalyzoval.*“ (RB 5.124-5.125).

Respondent C říká: „*Prostě pomoci nebo poradit ostatním. Jako kdybych při těchto radách, radil i sobě, a to mi strašně dávalo. Když jsem pak na konci pobytu viděl, jak na mne nováčci vzhlíží, tak mi to pomohlo a zaslouženě.*“ (RC 5.155-5.158). Později dodává: „*Jsem ke konci komunity vedl s těma novýma rozhovory a oni fakt poslouchali a bylo to hezký, protože oni chtěli tu zkušenost.*“ (RC 9.265-9.267). Jako příklad udává: „*Mohl jsem mluvit o terapeutickém tématu a hrozně mě to baví, no. Přišel jsem si jako nikdo, když jsem přišel do komunity a teď si připadám jako někdo v rámci psychologie.*“ (RC 9.270-9.273).

5.1.4 Smysl života

Respondenti A, B, C, E zmiňují své hledání smyslu života: „*Takový, no, neměla jsem smysl života, vůbec. Důvod, na co se oblíknout, na co jít ven, pro koho bych to dělala?*“ (RA 7.200-7.201). Jak říká, v pobytu v komunitě se její náhled změnil:

„Tak v komunitě jsem se naučila, že tam jsem musela, byla jsem tam mezi lidma, musela jsem nějak fungovat, nesmrdět.“ (RA 7.205-7.206).

Respondentka B říká: *„Mám zlé myšlenky, jestli to má smysl. Jestli to, jak žiju, je v pořádku. Jestli to má smysl. Já s tím smyslem hodně bojuju, jestli má smysl žít. A objevuje se to pořád i po komunitě. Ale už to nejsou sebevražedné myšlenky, ale přemýšlím nad tím smyslem.“ (RB 8.211-8.214).*

Respondent C popisuje hledání smyslu života ještě před nástupem do komunity: *„Neuvažoval jsem o konci života, ale pokládal jsem si otázku, jak žít dál. To nešlo, strašně to bolelo a každou vteřinu to bolelo víc.“ (RC 1.11-1.12).*

Respondentka E zmiňuje nalezení důvodu k životu: *„No a vrátila jsem se do komunity tak nějak s myšlenkou, že to není tak, že bych nechtěla žít, že mám do toho nějakou sílu a energii a tak. A došlo mi, že jsou věci, kvůli kterým nechci umřít.“ (RE 2.58-2.60).*

V souvislosti se smyslem života respondentka B popisuje své přijetí sebevražedných myšlenek během pobytu v komunitě: *„Já nevím, něco se otevřelo, a to bylo důležité vědět, že i ke konci komunity se ve mně ty pocity, že chci umřít, že ve mně pořád jsou. I přes to, že to nebyla ta hlavní myšlenka v hlavě, takže tam furt je... V té době jsem si uvědomila, že ten život není jen o povinnostech toho, co musím zvládnout, ale i to že musím hledat, co mě dělá šťastnou.“ (RB 6.173-6.178).*

5.2 Jak respondenti vnímají sociálně-terapeutickou péči?

Samotná výzkumná otázka zněla, jak klient vnímá sociálně-terapeutické péči v terapeutické komunitě. Jakým způsobem vnímají terapeuti, jakým situacím jsou během pobytu v komunitě vystaveni, co jim terapeutická komunita poskytuje a co jim dala Dialekticko-behaviorální terapie.

5.2.1 Vnímání terapeutů

Respondentka A porovnává přístup terapeutů v komunitě oproti přístupu lékařů

v psychiatrické nemocnici: „*No, bylo to úplně jiné, než co znám. Znáám doktory, ne terapeuty, když jsem byla ve špitále na psychiatrii. V tom to bylo jiné, přistupovali k nám úplně jinak. Například jsme si všichni tykali, takže už ten přístup, nechci říkat, že jsme byli kámoši, pořád tam byl ten vztah terapeut-klient, ale to tykání pro mne bylo hodně příjemný.*“ (RA 8.237-8.241). A později dodává: „*Byla to taková rodina, hodně domácký a rodinný. Že fakt jako vyslechnou, pomůžou, někteří terapeuti jdou i mezi nás ve svém volnu, jdou hrát nějaké hry, nebo si jdou jen tak pokecat, nebo přijdou do kuchyně a pomůžou s něčím.*“ (RA 9.272-9.275).

Respondentka B u terapeutů oceňuje: „*U některých terapeutů jsem prostě cítila, že se víc zaměřovali na mě jako na mě a že se mne snažíte vidět jako kdyby jste mne viděli jako tu hlavní, ..., ale já byla v tom ta hlavní a zaměřovali jste se na vztah ke mne samotné a ne na ty vztahy okolo mě a ty technické věci..., ale pro mě bylo hrozně důležité, že jste uznávali mě jako mě.*“ (RB 11.328-11.334). A doplňuje to slovy: „*Ale pamatuji si a mám to doted', kdy na jedné „mimořádkce“ všichni vymýšleli, co teď půjdu dělat a (jméno terapeuta) mi prostě klidným tónem řekl, že mě přijímá i smutnou. A to pro mne v tu chvíli bylo prostě to nejdůležitější a co jsem potřebovala.*“ (RB 12.347-12.351).

Respondent C si uvědomuje podobnost svého chování mezi ním a terapeutem a ním a svou matkou: „*To bylo jako s mou mámou, když jsme se pohádali, tak já se pak stáhl. Cítil jsem se ublížený a nevyslyšený a vždycky musela přijít ona a všechno to „vyžehlit“, no a tady nikdo nepřišel. To bylo pro mě nový.*“ (RC 12.368-12.370). Též zmiňuje: „*No já můžu říct, že mám všechny strašně rád, že mi dovedli pomoc. Že to, co jsem nedostal od mámy, ..., tak tady jsem to dostal.*“ (RC 11.345-11.347).

Respondentka D popisuje i pocit nevyslyšenosti u terapeutů: „*...,no měla jsem pocit, že jsem nevyslyšená, že mi nikdo nerozumí, že mě nechápou, co říkám*“ (RD 5.145-5.146). A dodává: „*Já jsem měla za to, že to pochopili špatně. I když vím, že tam nějaká pravidla být musí. Já jsem to nechápala a plácala jsem se v tom.*“ (RD 5.148-5.149). Též terapeuty chválí a popisuje, co bylo ze strany terapeutů nesrozumitelné: „*Mně se hrozně líbilo, že byl každý jiný, a i jsem vyposlechla spoustu jiných názorů na jednu věc a z toho jsem si mohla i něco vzít. Ale pak mě teda hrozně štválo, že když se to lišilo, že když jsme měli třeba skupiny a někdo řekl něco o pravidlech, tak*

řekl něco a druhý den přišel jiný a řekl něco jiného, tak já jsem v tom měla zmatek.“ (RD 12.347-12.351).

Respondentka E zmiňuje důležitost v dodržování pravidel: *„A měla jsem ráda, když byl v tý službě někdo, kdo se vyznal v pravidlech a tak.“* (RE 6.158-6.159). Později dodává: *„...,když tam třeba byl větší prostor si tam povídat s tím terapeutem, tak jsem z toho občas byla taková rozpačitá. Ale to záleží jak u koho, u někoho to bylo třeba úplně v pohodě. U někoho jsem ten rozdíl klient a terapeut vnímala mnohem, mnohem víc než třeba u někoho jiného.“* (RE 6.170-6.173).

5.2.2. Vnímání terapeutické komunity

Respondenti A, B, D a E zmiňují chvíle, které pro ně byly v komunitě těžké.

Respondentka A popisuje své pocity: *„Tak když třeba vezmu psaní review, tak mne moje garantka na Offside, tak to jsem byla hodně naštvaná, hodně vzdorovitá, viděla jsem to černobíle, že prostě neexistuje žádná varianta, že prostě ukončím pobyt...Byla jsem hodně naštvaná, měla jsem hodně velký vztek a cítila jsem vzdor.“* (RA 9.253-9.257). Později ale dodává: *„Ale potom se to zlomilo, odevzdala jsem to review a my se spolu začaly znovu bavit. Já jsem nakonec byla ráda, že jsme to zvládly, že jsme to překonaly, že to dopadlo, jak to dopadlo.“* (RA 9.261-9.263).

Respondentka B říká: *„Což po tom následoval i náročný individuál, kdy mi terapeut řekl, že jsem jako moje máma. Že vlastně mamka opustila mě a já jsem opustila psa. To byla pro mě těžká chvíle, hrozně těžká.“* (RB 9.243-9.245).

Respondentovi C chyběla kritika: *„No možná to přeháním, ale já tu kritiku takhle neslyšela. Jo, to že jsem měla ty pépečka, tak tam nějaká kritika byla, ale to mi přišlo jako málo. Tak jsem se bála, že se nikdy nedovím tu pravdu, jestli vůbec nějaká je.“*

Respondentka D popisuje své obavy: *No, z toho jsem měla velkou obavu, z toho rituálu. Byla jsem nervózní z toho, že budu muset mluvit. Ale nakonec se to zvládlo.“* (RD 3.85-3.86). A později vzpomíná: *„Ještě jsem si vzpomněla, jak jsi se ptala na ty těžké situace, že to byl démonický rituál. Všechny, které jsem v komunitě zažila.“* (RD

9.241-9.242). Na můj dotaz, co ji tu situaci pomohlo překonat, odpovídá: „*No v tu chvíli asi to, že jsem si říkala, že je to jenom démon, že je to tady ten rituál a není to nic opravdu nebezpečného. A že to prostě zvládnou, ale bylo to děsivý, těžký.*“ (RE 9.252-9.254).

Respondenti A, C, D se vyjadřují k důležitosti denního programu v komunitě, který se jí pak daří plnit i po odchodu z komunity: „*Nastavila jsem si, jak to bylo v komunitě, že v tolik a tolik musím vylézt z postele, udělat si jídlo, jet pak třeba do města něco vyřídit, sejít se s holkama, prostě udělat si nějaký program. Prostě neležet v posteli a udělat si nějaký režim.*“ (RA 6.156-6.159). K programu v komunitě ještě dodává: „*Bylo to hodně intenzivní, není to jako když jdu k psychiatrice nebo psycholožce jednou za měsíc. Bylo to intenzivní v tom, že jsme se viděli každý týden na individuálech nebo i na skupinách.*“ (RA 8.244-8.246).

Respondent C říká: „*Režim v komunitě byl podstatný a teď je potřeba ho mít v životě. Takže mít náplň a pak si i víc vážit svého volného času. Tohle je hrozný.*“ (RC 10.284-10.286).

Respondentka D popisuje důležitost aktivního přístupu k programu: „*Pak jsem začala hodně mluvit na skupinách, to mi hodně pomáhalo, že už jsem nebyla tak uzavřená, že jsem to pouštěla ven.*“ (RD 7.193-7.195).

Respondenti C, D zmiňují pocit bezpečí v komunitě: „*Tak to byl ten nejlepší krok, co jsem mohl udělat. Jsem okamžitě zaplul, jsem mohl zase spát, zase jsem uměl odpočívat díky tomu bezpečí, přijetí.*“ (RC 2.58-2.60).

Respondentka D odpovídá na můj dotaz, co pro ni bylo v komunitě důležité: „*No, asi taková ta semknutost té komunity. Že jsem tam cítila takové bezpečí, když jsem se vracela domů, že je to taková rodina.*“ (RD 3.70-3.71).

Respondenti A, B, C, D, popisují změny náhledu na své vnímání a chování během pobytu v terapeutické komunitě.

Respondentka A říká: „*Jsem si postupně začala uvědomovat, co jsem třeba*

v minulosti dělala pro partnery nebo i pro rodinu, že jsem se taky starala tak, aby vše fungovalo.“ (RA 3.87-3.89).

Respondentka B popisuje: *„To byl ten moment, kdy jsem si uvědomila, že ten život je můj, a ne těch lidí okolo, že v tom potřebuji hledat i to těžké na uvolnění.“ (RB 7.186-7.188).* A dodává: *„Náš poslední hovor byl o tom, že má psychické problémy kvůli mně. A já bych si to dřív hrozně vyčítala, ale teď už vím, že hledá důvod, proč to nejde. Celý můj život mi říkal, co je špatně kvůli mně“ (RB 9.266-9.269).*

Respondent C vypráví: *„To mi taky hodně lidí a pár mi jich řeklo, že o mě hodně pečují a že když to dělají, tak jim za to nic nedávám. A to mi jednak na jejich popud a taky na svůj bylo trapný, že o mě furt pečují a já jim za to nic nedávám. To mě taky naučilo to nějak recipročně vracet.“ (RC 5.128-5.131).* Později upřesňuje: *„A to se pak postupně začalo projevovat ve vztahu k ostatním, kdy dřív byla nevraživost, podrážděnost, naštvání nechtít pouze člověka, jen brání a žádné dávání.“ (RC 5.146-5.148).*

Respondentka D se zmiňuje: *„No a pro mě bylo důležitý, že když jsem byla v těch starších fázích a přišel někdo mladší a zrcadlil mi ty moje věci, tak jsem si říkala, že jsem to já, když jsem nastupovala. A byla jsem ráda, že se tohle stalo, že jsem mohla vidět, jak jsem se chovala já nebo nějak podobně.“ (RD 3.83-3.86).* V kontextu s odchodem z komunity ještě dodává: *„Já si zase myslím, že když jsem z té komunity, že to není tak, že člověk odejde a je z toho úplně venku a je všechno ok. Je to prostě na dlouhou trať, než to vymizí a třeba to nikdy nevytizí, já fakt nevím.“ (RD 10.310-10.312).*

V terapeutické komunitě se klienti pravidelně účastní výuky Dialekticko-behaviorální terapie. Na otázku, co jim tato výuka dala, odpovídají.

Respondentka A na můj dotaz, co jí nejvíce uvízlo v paměti, říká: *„Ty emoce asi..., kdy jsem si myslela, že je neumím projevovat a že spousta jsem jich ani neměla, jsem si myslela.“ (RA 10.294-10.296).* A dodává: *„Bylo pro mě důležitý zjistit, že nějaké emoce mám a všude se o tom teď mluví, třeba že je někdo emoční. A já jsem ráda, že jsem teď s nima v kontaktu, to je pro mě nové.“ (RA 10.299-10.301).*

Respondentka B popisuje, jak konkrétně s metodou pracuje: „*Třeba když mám úzkost, tak vím, že to není jen úzkost, ale že se v tom skrývá spousta věcí a jakmile ty věci pojmenuju, tak je to lepší, víc se to rozmělnuje a líp se s tím pracuje.*“ (RB 10.301-10.303). Dále popisuje: „*Když jsem nastupovala do komunity, tak jsem cítila smutek anebo v malinkých částech radost nic jiného. Přes emoční regulaci jsem zjistila, že je tam toho mnohem víc, větší škála a rozpoznávat ty emoce je pro mě hrozně důležité a že se poznávám sama.*“ (RB 12.358-12.361).

Respondent C se k výuce vyjadřuje: „*Jako jo, používám ty metody, ale ne že bych si někdy sedl a učil se to. Jako jsem tomu otevřený, ale někdy jsem to prostě nedělal. No pro mě byla ta výuka strašná otrava.*“ (RC 13.400-13.402).

Respondentka D popisuje používané metody: „*Protože já asi hlavně používám přesměrování mysli, když se potřebuju přesměrovat na jinou myšlenku.*“ (RD 13.399-13.400). Dále říká: „*Nebo pozoruju, pozoruju lidi, když mi je hodně špatně.*“ (RD 13.402).

Respondentka E říká: „*Strašně mě nebavila všímavost, to se bralo nejčastěji, a to mě fakt nebavilo, pozorovat, popisovat.*“ (RE 12.207-13.208). Na můj dotaz, jak to dovednosti využívá ve svém životě, odpovídá: „*Myslím si že jo, že hodně používám všímavost no.*“ (RE 13.218).

Ze získaných informací vyplývá odpověď na hypotézu, zaměřenou na zjištění, jak se klient v terapeutické komunitě cítí. Podle výsledků výzkumného šetření dává terapeutická komunita klientům především vztahy, uvědomění si své hodnoty, porovnání péče s psychiatrickou péčí, motivaci ke změně ve svých životech. I přes občasné prožívání nepříjemných či konfliktních situací, hodnotí klienti svůj pobyt v komunitě jako důležitý, a to zejména z důvodu možnosti změnit svůj přístup ke svému prožívání.

Respondenti byli již na začátku rozhovorů upozorněni na to, že pokud nebudou chtít na některé otázky odpovídat, tak nemusí a ze strany autorky jim byla dána plná volnost v jejich vlastní volbě, kam až chtějí v daných tematických okruzích zajít. Pro navození příjemné atmosféry byli respondenti informováni o tom, jak si autorka váží

jejich ochotu spolupracovat na výzkumu s tím, že jejich aktivní přístup je velmi důležitý a nápomocný pro zdárnou realizaci i výsledek výzkumu. Vzhledem k tomu, že autorka se s respondenty znala již skoro rok před zahájením výzkumu díky pravidelnému docházení terapeutické komunity, benefitem byla existence bližšího vztahu oproti situaci, kdy by se vzájemně neznali. Z tohoto důvodu byli respondenti během rozhovorů velmi otevření, samozřejmostí bylo potvrzení o zachování jejich anonymity. Na začátku výzkumu byl stanoven okruh otázek s cílem udržet linii zadaných zkoumaných otázek a během samotných okruhů vznikaly i další podokruhy otázek, tudíž vzhledem k velkému objemu významových kategorií jsou v rámci analýzy obsaženy pouze ty základní a pro účely této práce nejvýznamnější.

6 Diskuse

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak se klienti cítí v terapeutické komunitě a jak vnímají poskytovanou sociálně-terapeutickou péči. Respondenti byli dle názoru autorky velmi otevření a potěšení možností spolupracovat. Dané potvrdilo autorčin předpoklad, že klienti terapeutické komunity jsou rádi, že si právě díky udělaným rozhovorům mohli zpětně uvědomit některé další okolnosti ze života v terapeutické komunitě a připomenout si své motivace vedoucí ke změnám v jejich životech, aniž by u toho byli jakýmkoliv způsobem hodnoceni. Díky tomuto aspektu mluvili velmi otevřeně.

Z daných zjištění vyplynulo, že možnost pobytu v terapeutické komunitě je pro klienty naprosto klíčová a zásadní. Každý z respondentů má zkušenost s psychiatrickou péčí, která pro ně byla též zásadní, nicméně oceňují odlišný přístup ke klientům, který je v terapeutické komunitě nastaven. Oproti pobytu v psychiatrické nemocnici, který byl většinou klientů vnímán nepříjemně, oceňují partnerský přístup ze strany terapeutů, budování si mezilidských vztahů s dalšími klienty, uvědomění si své sebehodnoty a individuální přístup, kterých se jim v terapeutické komunitě dostává. Jak respondenti zmiňovali, v terapeutické komunitě dochází občasně i ke konfliktním situacím, které díky přístupu sociálních pracovníků zvládají. Autorka tento atribut vnímá jako zásadní, tj. možnost klientů se naučit tyto situace v bezpečném prostředí komunity učit zvládnout tak, aby je to později nelimitovalo v jejich běžných životech. Zároveň jsou klienti v terapeutické komunitě vedeni k pravidelným aktivitám, což posiluje jejich sociální dovednosti ve vztahu k okolí.

Záměrem výzkumu bylo prozkoumat pocity respondentů v terapeutické komunitě, jejich vnímání těžkých situací a zejména jejich schopnost si uvědomit, co jim v těchto chvílích pomáhá tyto chvíle zvládnout. Dále prozkoumat jejich schopnost náhledu na svůj dosavadní život a zároveň jejich motivaci ke změně. Důležité též byly jejich plány do budoucna jako najít si práci, osamostatnit se, ve smyslu žít ve svém domově bez rodičů a též si najít práci. Ze zkoumání, jak klienti vnímají sociálně-terapeutickou péči, vyplynulo, že pro respondenty představují sociální pracovníci velmi důležitou součást jejich sebepoznání. Konkrétně jsou pro ně oporou při zvládání různých konfliktních situací, nácvicích běžných životních situací, ale i při individuálních posezeních, kdy mají klienti sociální pracovníky tzv. „jen pro sebe“.

Autorka během rozhovorů vnímala u respondentů pocity samoty, které je před nástupem

do komunity často trápil, a jsou nejspíš díky duševnímu onemocnění u těchto klientů časté. Ať už jde o pocity nepochopení ze strany blízkých, je to něco, co jim dříve znemožňovalo resocializaci a zařazení do běžného života. V tomto autorka shledává existenci terapeutické komunity jako nejpřínosnější. Klienti v něm totiž mohou vést život, který je naučí zvládat běžné životní situace a připraví je i na samostatném bydlení, chození do práce, navštěvovat různé zájmové kroužky, a především se vyznat v mezilidských vztazích tak, aby pro ně přestali být bolestivý. V rámci pobytu si klienti zažijí situace, které jim život přinese i mimo terapeutickou komunitu.

Autorka během procesu tvorby celé diplomové práce přicházela na další možnosti výzkumu a sice se více se zaměřila na hlubší sondu do duší respondentů, kteří jsou již po odchodu z terapeutické komunity několik let, aby mohla porovnat vnímání klientů, kteří už žijí mimo komunitu dlouhou dobu. K tomuto účelu by ke svému průzkumu oslovila bývalé klienty terapeutické komunity, kteří by byli ochotni se tohoto výzkumu zúčastnit. Realizací případných rozhovorů by bylo následně zjištěno a porovnáno, jak se mění vnímání žití klientů po delší době. V obou případech by šlo o klienty s diagnózou porucha osobnosti. Vzhledem k minimální dostupnosti zveřejněných výzkumů na toto téma by tak záměr autorky měl přidanou hodnotu pro praktické využití získaných zjištění.

Závěr

Tématem této diplomové práce byla problematika sociálně-terapeutické péče o klienty s poruchou osobnosti v terapeutické komunitě. Jako cíle práce bylo stanoveno zodpovězení výzkumné otázky, týkající se skutečnosti, jak se klienti v rámci terapeutické komunity cítí, a jak vnímají poskytovanou sociálně-terapeutickou péči. Pro zjištěného byla nejprve v teoretické části práce představena základní teoretická východiska, která jednotlivě mapovala jednotlivé oblasti, relevantní pro potřeby práce. Konkrétně se jednalo o problematiku onemocnění poruchy osobnosti s vysvětlením základních pojmů v tom smyslu, jaké jsou příznaky, druhy a průběh onemocnění, jakož i možnosti léčby. Další teoretická východiska mapovala situaci terapeutické komunity s definováním existujících druhů tohoto zařízení. V neposlední řadě bylo nutné pracovat s literární rešerší, objasňující základní metody sociálně-terapeutické práce s klienty terapeutické komunity tak, aby společně s jejich pobytem v zařízení byl splněn základní cíl, a to přispívat ke zvyšování kvality jejich života.

Následující praktická část popisuje realizaci a výsledky uskutečněného výzkumného šetření. Pro jeho potřeby byly provedeny polostrukturované rozhovory s klienty konkrétní terapeutické komunity a získaná data byla následně analyzována prostřednictvím metody interpretativní fenomenologické analýzy.

Ze zjištěných údajů vyplynul klíčový význam terapeutické komunity a související sociálně-terapeutické péče pro klienty s diagnózou porucha osobnosti. Tito i přes některé problémy (většinou sociálního charakteru) svůj pobyt v terapeutické komunitě označují za naprosto klíčový pro svůj život, ovlivněný onemocněním. I přes jejich diagnózu, je pro ně důležité zjištění, že je možné na svůj život nahlížet tak, že změna je možná a jak i respondenti uvádějí, vlastní změnu během pobytu v terapeutické komunitě vnímali. Z tohoto důvodu je pro ně zkušenost v terapeutické komunitě zásadní. Druhý zkoumaný atribut byl zaměřen na zajištění hodnocení poskytované sociálně-terapeutické péče ze strany klientů. Z výzkumného šetření vyplynulo, že přítomnost a podpora (fyzická i psychická) ze strany sociálních terapeutů je pro klienty terapeutické komunity druhým klíčovým prvkem pro jejich životní styl. Jako hlavní benefit shledávají možnost setkání se s někým, kdo jim důvěřuje, kdo je podporuje ke změně a kdo jim je oporou ve chvílích, kdy se cítí zranitelní. Ale také základní oporu ve smyslu nácviku běžných životních situací. V rámci reformy psychiatrické péče jsou důležité návazné sociální

služby, kam mají klienti možnost jít po svém odchodu z psychiatrické nemocnice, případně mohou i využít bez zkušenosti s pobytem v psychiatrické nemocnici, Z tohoto důvodu je význam terapeutické komunity a sociálně-terapeutická péče naprosto klíčový pro zajištění kvality života lidí s poruchou osobnosti v běžném životě.

Použitá literatura

- BOHUS, Martin. 2002. *Borderline – porucha osobnosti. Pokroky psychoterapie*. Trenčín: Vydavatelstvo F.
- CARLING, P. J. 1995. *Return to community. Building support systems for people with psychiatric disabilities*. New York: The Guilford Press.
- GRAMBAL, Aleš; PRAŠKO, Ján; KASALOVÁ, Petra. 2017. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada.
- HARTL, Pavel. 1997. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: SLON. Kaleidoskop. <http://www.kaleidoskop-os.cz/terapeuticka-komunita-kaleidoskop/>
- KALINA, Kamil. 2008. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada.
- KOCVRHLICHOVÁ, Marta. 2005. *Vina*. Praha: Triton.
- KOPŘIVA, Karel. 2011. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. 2017. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. 1979. *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.
- LESS, J. – KENNARD, D. 1999. Association of Therapeutic Communities' Response to: „Meaning dangerous people“ (Proposal for Policy Development. *Association of Therapeutic Communities*. Internetové stránky: www.therapeuticcommunities.org [15-08-2018].
- LINEHAN, Marsha. 1993. *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. Guilford Publications.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2003. *Metody řízení a sociální práce*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2015. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, Oldřich – PAZLAROVÁ, Hana. 2014. *Podpora rodiny*. Praha: Portál.
- MAHROVÁ, Gabriela – VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada.
- Mezinárodní klasifikace nemocí. <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- Mezinárodní klasifikace poruch chování. <https://web.archive.org/web/20111026155340/http://www.behavenet.com/capsules/disorders/dsm4TRclassification.htm>
- MOSHER, L. – BURTL, L. 1989. *Community Mental health: Principles and Practice*. New York: W.W. Norton & Company.
- MUHLPACHR, Pavel. 2006. *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: MU.
- OCISKOVÁ, Marie; PRAŠKO, Jan. 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada.
- PENĚŠICKÝ, Jan. 2012. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
- PRAŠKO, Jan a kol. 2009. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galen.
- PROBSTOVÁ, Václava – PĚČ, Ondřej. 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál.
- ŘEZNÍČEK, Ivo. 1994. *Metody sociální práce*. Praha: SLON.
- ŘIHÁČEK, T., ČERMÁK, I. HYTYH, R. a kol. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- SOBOTKA, Jan. 2010. *Práce s komunitou*. Praha: Pražská škola psychosociálních studií.
- SCHWARTZ, Bernard – FLOWERS, John V. 2012: *Jak selhat jako terapeut*. Praha: Portál.
- TOMEŠ, Igor. 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál.

TOMEŠ, Igor. 2011. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál.
VÁGNEROVÁ, Marie. 1999. *Psychologie hendikepu*. Praha: Karolinum.
VYMĚTAL, Jan. 2010. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada.
WRIGHT, Robert. 1995. *Morální zvíře*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

PŘÍLOHA Č. 1:

Informovaný souhlas s využitím výzkumného rozhovoru pro účely zpracování diplomové práce

Sociálně-terapeutická péče o klienty s poruchou osobnosti v terapeutické komunitě

Účelem rozhovoru je sběr informací od klienta terapeutické komunity. Otázky budou zaměřené na jejich pobyt v terapeutické komunitě, co pro ně pobyt znamenal a s čím z terapeutické komunity odcházejí. S účastníkem rozhovoru bude veden rozhovor, z něhož bude pořízen audiozáznam. Účastník může kdykoliv odstoupit bez udání důvodů. Rozhovor je striktně anonymní. Data, která by mohla vést k identifikaci účastníka, budou v diplomové práci pozměněna, nebo úplně vynechána.

Získané informace budou použity pouze k účelu zpracování diplomové práce.

S výše uvedenými podmínkami souhlasím

Podpis výzkumníka:

Podpis účastníka:

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení: Andrea Varcollerová

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii (NMgr.)

Název práce: Sociálně terapeutická péče o klienty s poruchou osobnosti v terapeutické komunitě

Počet stran (bez příloh): 66

Počet stran přílohy: 2

Počet titulů české literatury a zdrojů: 27

Počet zahraniční literatury a zdrojů: 3

Počet internetových odkazů: 3

Vedoucí práce: Mgr. Martin Slaninka, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2019

Počet znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 10 428

Ostatní text: 130 052

Celkový počet znaků: 140 480

EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Andrea Varcollerová

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

Název práce: Sociální terapeutická péče o klienty s poruchou osobnosti v terapeutické komunitě

Vedoucí/oponent* práce: Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

Technické parametry práce:

Celkový počet znaků: 140 480

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová přiléhavost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

Návaznost kapitol a subkapitol

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

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

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

Vhodnosť prezentácie záverov práce (publikácie, referáty, apod.)

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

Otázky a námety k diskusi pri obhajobe:

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky):

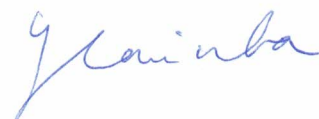
Bc. Andrea Varcollerová predkladá prácu, v ktorej sa venuje sociálne terapeutickému starostlivosti o klientov s poruchou osobnosti v terapeutickom komunitnom prostredí. Za cieľ si zvolila vnímanie tejto starostlivosti u klientov, pre ktorých môže byť komunita podstatným zázemím. Okrem iného autorka skúmala situovanosť klientov v živote pred nástupom do komunity a predovšetkým v komunitnom prostredí (zásadné chvíle, vplyv starostlivosti a pod.). Teoretická časť práce sa pomerne detailne venuje charakteristike porúch osobnosti a charakteristike terapeutického komunitného prostredia, na záver popisuje terapeutickú komunitu Kaleidoskop i s formou liečby, ktorú uplatňuje.

V praktickej časti si autorka zvolila súhrnnú analýzu pomocou metódy IPA. Prácu považujem za dôležitú sondou do motivácie ľudí liečiť sa v komunitnom prostredí a ich pohľad na to, čo je pre ich život v komunitnom prostredí dôležité a zásadné (napr. vzťahy k terapeutom, medzi sebou, otázka sebahodnoty, postoj k liečbe, vnímanie sociálneho starostlivosti atď..) Prácu považujem za kvalitne vypracovanú, odporúčam ju k obhajobe s výsledkom výborne.

Doporučení k obhajobe: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikácia: 1

Datum, podpis: 12.5.2019



* nehodící se, škrtněte

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Andrea Varcollerová**

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

Název práce: **Sociálně-terapeutická péče o klienty s poruchou osobnosti v terapeutické komunitě**

Oponent práce: Mgr Iveta Jelínková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 66

Počet stránek příloh: 2

Počet titulů v seznamu literatury: 30

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		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

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

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

V čem vidíte specifika sociálně-terapeutické péče o klienty s poruchou osobnosti.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Studentka ve své diplomové práci vypracovala téma Sociálně-terapeutická péče o klienty s poruchou osobnosti v terapeutické komunitě.

V teoretické části práce se v první kapitole zabývá poruchami osobnosti, zmiňuje definici osobnosti a definice poruch osobnosti, terapie poruch, jejich klasifikace a podrobněji zmiňuje hraniční poruchu osobnosti. V druhé kapitole práce nazvané Terapeutická komunita, definuje tento pojem, uvádí její další charakteristiky, pravidla. Poslední kapitola teoretické části je věnována metodám práce s klienty terapeutické komunity Kaleidoskop.

Teoretická část je obsahově psána v souladu s tématem práce, nicméně hlavně první kapitola práce by si zasloužila pečlivější uspořádání jednotlivých kapitol tak, aby na sebe logicky navazovaly a zároveň bylo autorkou nastíněno, proč právě tato problematika a tomto místě. Autorce bych vytkla nedostatečné uvádění zdrojů. V textu většinou uvádí zdroj pouze za přímými citacemi, a tak není zřejmé, z jakých zdrojů čerpala dále, zda ze stejného zdroje jako přímou citaci či jiného, v některých částech textu, kde jsou uváděny např. definice pojmu zdroj zcela chybí (např. str. 2, 16, 17, 18, 19, 21, 26-28, 31, 32, 39).

V praktické části práce autorka zmiňuje cíl práce, uvádí výzkumné otázky, použitou metodu výzkumného šetření, místo šetření, výběr respondentů, a jejich charakteristiku, apod. Dále se věnuje výsledkům výzkumu a jejich rozboru. Výzkumná část práce je přehledná, obsahuje všechny potřebné charakteristiky, výsledky výzkumného šetření jsou přehledně zpracovány. Název Praktická část není vhodným názvem, výstižnější by byl název Metodologie výzkumu nebo Výzkumná část. V této části práce mi chybí charakteristika kvalitativního výzkumu, který autorka použila a rozhovoru jako metody.

V Diskusi práce autorka rozebírá v posledním odstavci možnosti dalšího výzkumu této problematiky. Tato úvaha patří do Závěru práce.

Str. 60ze získaných informací vyplývá odpověď na hypotézu..... O jakou hypotézu se jedná?! Otázka do diskuse.

Formální stránka práce vykazuje tyto nedostatky – hrubé chyby (např. str. 26, 63); v práci je několik významných překlepů, které mění smysl textu nebo mu vůbec smysl nedávají (např. Úvod odst. 1,2; str. 4 odst.1; str. 26 odst.2; str. 33 odst. 1; str. 38 odst. 2; 42 odst. 1; str. 61, 62 odst. 3; str. 63 odst. 2, str. 64).

Nedostatky vykazuje i seznam literatury. Někteří autoři uvedeni v obsahu např. Blatný, Huges, ale nejsou uvedeni v seznamu a naopak.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**
Navrhovaná klasifikace: 2 – **velmi dobře**

Praha 11. 5. 2019


Mgr. Iveta Jelínková