

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Martina Nedělníková

*Tréninkový program STEPPOS jako specifická forma
práce s lidmi s hraniční poruchou osobnosti*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Hana Krylová, Ph.D.

2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 8. 8. 2011

.....
Martina Nedělníková

Poděkování:

Zde bych chtěla poděkovat vedoucí práce paní Mgr. et Mgr. Haně Krylové Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, vstřícnost a trpělivost.

Dále děkuji mému strýci Mgr. Břetislavu Lalinskému za pomoc s překladem odborného textu a konzultaci.

A v neposlední řadě patří mé díky všem blízkým a rodině, kteří mě při práci podporovali a zasloužili se o její vznik.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 Hraniční porucha osobnosti v kontextu duševních onemocnění	8
1.1 Duševní onemocnění.....	8
1.2 Poruchy osobnosti	11
1.3 Hraniční porucha osobnosti	13
1.3.1 Vznik hraniční poruchy osobnosti	13
1.3.2 Psychiatrická diagnostika	14
1.3.3 Projevy hraniční poruchy osobnosti	15
2 Možnosti psychosociální rehabilitace hraniční poruchy osobnosti	17
2.1 Charakteristika psychosociální/psychiatrická rehabilitace	17
2.2 Léčba hraniční poruchy osobnosti v kontextu psychosociální rehabilitace	18
2.3 Sociální práce v kontextu psychosociální rehabilitace	20
3 Kognitivně behaviorální terapie jako výchozí model pro program STEPPS	23
3.1 Charakteristika kognitivně behaviorální terapie	23
3.2 Základní rysy kognitivně behaviorální terapie.....	25
3.3 KBT poruch osobnosti se zaměřením na hraniční poruchu osobnosti.....	26
4 STEPPS jako konkrétní metoda práce	29
4.1 Historie programu STEPPS	29
4.2 Cíl a struktura programu	31
4.3 Výběr účastníků pro program STEPPS.....	33
4.4 Skupinový trénink	34
4.5 Práce s krizí v rámci programu STEPPS	36
4.6 Zakončení programu	37
4.7 Možnosti využití programu STEPPS v rámci sociální práce.....	38
5 První krok: Rozumět hraniční poruše osobnosti	40
5.1 Úvodní setkání	40
5.2 Týden první: Onemocnění rozeznat a přijmout	44
5.3 Týden druhý: Schémata	45

ZÁVĚR	52
BIBLIOGRAFICKÝ SEZNAM	54
PŘÍLOHY	59

ÚVOD

Během mého studia na VOŠ Caritas jsem vykonávala praxi v rozdílných zařízeních a měla jsem tak možnost setkat se s různými cílovými skupinami. Na základě přibývajících zkušeností a poznatků jsem se začala zaměřovat na skupinu osob s duševním onemocněním. Pozorovala jsem a poznávala způsob práce s duševně nemocným se všemi specifiky, které tato cílová skupina přináší. Naskytla se mi možnost absolvovat stáž v zahraničí, kde sociální práce má již dlouhou tradici a nabízí inspiraci pro sociální práci v České republice. Zařízení, které jsem si zvolila, je pobytového typu a poskytuje své služby osobám s duševním onemocněním. Nese název Noah-Wohnstätte a bylo založeno roku 1997 charitou Lippstadt. Hlavním cílem služby je vést klienty k samostatnosti a účasti na životě ve společnosti. Stanoveného cíle dosahují skrze trénink úkonů potřebných pro sebe-péči, podpory utváření, uspořádání a zachování sociálních vztahů, dále podporují komunikaci, zdravý životní styl, pracují na sebeovládání a mnoho dalších. V návaznosti na různé druhy pomoci je zde využíván program STEPPS, který tvoří podpůrnou složku pro zkvalitnění života tamějších klientů trpících hraniční poruchou osobnosti. Ve chvíli, kdy jsem já poprvé seznamovala s tímto druhem terapie, měli vedoucí také svoji první zkušenost s vedením. Lze říci, že jak pro mne, tak pro vedoucí a klienty Noah-Wohnstätte to bylo nové. Měla jsem možnost účastnit se začátku prvního sezení a program mě záhy zaujal díky svému specifickému zaměření a novosti. Vzhledem k důvěrnosti informací jsem se bohužel nemohla dále podílet na sezení a získala jsem tak jen dílčí organizační informace. Vzhledem k jeho atraktivitě a využitelnosti v našich podmínkách jsem se až v ČR rozhodla přiblížit alespoň základní body tohoto druhu terapie a upozornit tak na jeho existenci.

Cílem mé práce bude představit tréninkový program STEPPS a poukázat na jeho možnosti využití nejen v sociální práci s duševně nemocnými. Tréninkový program STEPPS se zaměřuje jak na osoby s hraniční poruchou osobnosti, tak na osoby s poruchou regulace emocí a chování, u nichž není stanovena žádná diagnóza z okruhu duševních onemocnění.

Práce by mohla být přínosem nejen pro osoby s hraniční poruchou osobnosti a poruchou regulace emocí a chování, ale také pro osoby v jejich blízkosti a pomáhající pracovníky.

Sociální práce je obor, který se vyvíjí a je otevřený novým poznatkům a metodám. Vzhledem k dlouhodobé tradici sociální práce v některých zahraničních zemích se můžeme inspirovat a učit. Přeci zájem každého z pomáhajících pracovníků směřuje ke klientovi, tudíž přebírání již fungujících a osvědčených systémů není pokořením odborníků z oblasti sociální práce v České republice, ale rozumným krokem k rozvoji kvality práce a pomoci.

Práce je členěna do 5 kapitol. V první kapitole se věnuje hraniční poruše osobnosti v kontextu duševních onemocnění obecně a poruch osobnosti. Přibližují kritéria diagnostiky hraniční poruchy osobnosti, příčiny vzniku tohoto onemocnění a jeho projevy v běžném životě. V druhé kapitole popisují psychosociální neboli psychiatrickou rehabilitaci, která zahrnuje léčbu hraniční poruchy osobnosti a jejíž součástí by mohl být také program STEPPS. Následně se zaměřují na kognitivně behaviorální terapii, jejíž prvky jsou z velké části obsaženy v programu STEPPS, neboť program z této terapie vychází. V kapitole čtvrté seznamují se základními informacemi o STEPPS terapii. Přikládám své zamyšlení nad možnostmi využití tohoto programu v českých podmínkách a jeho uvedením do praxe. Poslední kapitola obsahuje podrobný popis prvního kroku programu STEPPS. Ten jsem zvolila z důvodu jeho novosti a možné využitelnosti nejen v sociální práci.

1 Hraniční porucha osobnosti v kontextu duševních onemocnění

V první kapitole bych se chtěla věnovat charakteristice hraniční neboli borderline poruchy osobnosti, pro kterou byl systém STEPPS terapie vytvořen. V textu budu pro tento typ poruchy většinou uvádět zkratku BPD (borderline personality disorder).

Vzhledem k možné využitelnosti této metody i u jiných duševních onemocnění, považuji za důležité nejprve obecně představit pojem duševní onemocnění a nastínit jejich základní dělení. Dále se zaměřím na onemocnění s označením poruchy osobnosti, které zahrnují širokou škálu blíže určených poruch. Budu se věnovat obecné charakteristice poruch osobnosti a poté navážu konkrétně na jeden z typů, kterým je hraniční porucha osobnosti.

1.1 Duševní onemocnění

Duševní onemocnění lze definovat jako „stav nerovnováhy, na jehož uvedení do původního stavu nestačí vlastní zdroje (adaptační a překonávající mechanismy, změna dané situace)“ (Frischenschlager, 1995 podle Rahn, Mahnkopf, 2000, s. 13). V literatuře bývá využíváno označení duševní porucha, kdy pojem porucha značí nejasnou etiologii vzniku onemocnění (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006).

I u zdravé populace se vyskytují izolované příznaky některých duševních poruch, však o onemocnění lze hovořit až v případě, když se vyskytuje řada příznaků, které zasahují do normálního fungování jedince ve společnosti (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006). Označení normální v tomto případě je možno pojmut z hlediska tzv. funkční normality, která posuzuje fungování jedince jako normální v případě, že naplňuje svůj účel (Mlčák, 2003).

Onemocnění představuje jistou zátěž, která vzniká nejen působením duševních symptomů nemoci, ale týká se i projevů způsobujících značné sociální limity (Šupa, 2006). U závažně a dlouhodobě duševně nemocných osob dochází k výraznému poškození sociálních a pracovních schopností. Mohou vznikat stavy, kdy nepoznají

důsledky svého jednání, a tak nejsou schopni jej korigovat. Často těmto osobám schází náhled nad chorobností svého stavu (Pfeiffer, Pěč, Baudiš, Stuchlík, nedatováno).

Pro orientaci v oblasti duševních onemocnění jsem zvolila základní klasifikaci nemocí dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů neboli MKN-10, kterou lze definovat jako „soustavu kategorií, do kterých jsou zařazovány chorobné jevy podle zavedených kritérií“ (WHO, 2008, s. 6). Tato struktura umožňuje dle přesného postupu zjistit konkrétní diagnózu (Mahrová, Venglářová a kol., 2008). Duševní onemocnění jsou označována jako poruchy duševní a poruchy chování písmenem F (WHO, 2008).

F00-F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických

F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

F20-F29 Schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy

F30-F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)

F40-F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

F50-F59 Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-F79 Mentální retardace (duševní opoždění)

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci

F99 Nespecifická duševní porucha

(WHO, 2008, s. 185)

U jednotlivých duševních onemocnění dochází k odchylkám psychických funkcí. „Mohou se vyskytovat v různých kombinacích a zpravidla nejen u jednoho typu onemocnění“ (Vágnerová, 2004, s. 61). Mezi hlavní z nich patří poruchy vědomí a pozornosti, poruchy vnímání, myšlení, paměti, dále poruchy řeči a emocí, poruchy jednání, motivace, vůle a mezi poslední z řady poruch se řadí poruchy osobnosti (Vágnerová, 2004).

Vzhledem k tomu, že program STEPPS je určen také osobám s poruchou regulace emocí a chování, budu se těmto poruchám věnovat podrobněji.

„Emoce jsou výrazem našeho subjektivního vztahu ke světu i k sobě samému. Slouží jako prostředek aktuální orientace a s ním související regulace chování“

(Vágnerová, 2004, s. 67). Emoce jsou charakteristické svojí subjektivitou, aktuálností, polaritou (protikladností), ambivalencí (smíšeností), intenzitou a stálostí. Dělí se na afekty, které představují krátkodobé a intenzivní citové stavy, dále na nálady, jako déle trvající citové stavy menší síly. Posledním typem emoce jsou vášně, déletrvající citové stavy vysoké intenzity (Mlčák, 2003). Mezi poruchy afektů se řadí patický afekt jako velmi silný emoční výbuch spojený s krátkodobou poruchou vědomí a fobie jako „vtíravé chorobné strachy, jež svou intenzitou neodpovídají vyvolávajícímu podnětu“ (Vágnerová, 2004, s. 67). Poruchu nálady představuje (1) depresivní nálada - extrémně smutná, spojená s celkovým útlumem, (2) manická nálada - nepřiměřeně optimistická, rozjařená, (3) euforická nálada - typická povznesenost a blaženost, (4) úzkostná nálada - charakteristická nepřiměřenými obavami z nějakého nepřesně určeného ohrožení, (5) výbušná nálada - sklon k hněvu a vzteku s tendencí agresivního chování, (6) apatická nálada – celková vyhaslost a nezájem, snížená aktivita a nechuť k čemukoli (Vágnerová, 2004).

Jednání lze obecně chápat „jako plánovité, promyšlené a zacílené chování“ (Vágnerová, 2004, s. 68). Člověk o svém jednání uvažuje a volí z různých variant. Patologické jednání vzniká v souvislosti s narušeními psychickými či somatickými funkcemi. „Poruchy chování jsou charakterizovány opakovaným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním“ (WHO, 2008, s. 245). Mohou mít podobu kvantitativních či kvalitativních poruch. Kvantitativní se projevují buďto nápadně sníženou aktivitou nebo naopak nadměrnou aktivitou. U kvalitativních se hovoří o impulzivním jednání, které je uskutečňováno bez rozmyslu, bez posouzení následků a často i bez odpovídajících emocí. Dále sem patří raptus, jako zuřivé jednání vyplývající ze silné úzkosti. Znamá porucha chování spojená zejména s obsedantně kompulzivní poruchou je nutkavé obsedantní jednání, které vychází z vtíravých myšlenek (Vágnerová, 2004). „Člověk je vnitřně nucen konat opakovaně činnost, která je mu nepříjemná, ale nedokáže přestat, protože by to vedlo k nárůstu úzkosti a nepříjemného napětí“ (Vágnerová, 2004, s. 69). Do kvalitativních poruch chování patří také sebepoškozující nebo suicidální jednání, jedná se o narušení pudově zakotvené potřeby sebezáchovy (Vágnerová, 2004).

1.2 Poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti jsou jednou z nejsložitějších částí psychiatrie. V poslední době dochází k jejich častější diagnostice, a proto také vzrostl zájem klinické psychiatrie intenzivněji se zabývat o tuto skupinu duševních onemocnění. Uvádí se, že zhruba polovina psychiatrických pacientů trpí poruchou osobnosti, jež často koexistuje s jinou duševní poruchou, případně predisponuje její vznik (Balon, Kosová, Praško, 2002).

U poruch osobnosti se hovoří o abnormální struktuře osobnosti, která je vnímána jako setrvalý stav. Osobnost je možné definovat jako „jedinečné struktury relativně stabilních povahových vlastností, jimiž se člověk odlišuje od ostatních“ (Mlčák, 2003, s. 47).

Rozsáhlejší definici poruch osobnosti nabízí Praško a kol. (2003, s. 15), který uvádí, že „poruchy osobnosti jsou variantou charakterových a temperamentových rysů, které se významně odchyľují od rysů patrných u většiny lidí. K těmto rysům patří hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, projevující se jako stereotypní reakce na široký rozsah osobních a sociálních situací. Specifické poruchy osobnosti tedy nejsou omezeny jen na určitý „spouštěcí podnět“, ale projevují se v širším okruhu osobních a sociálních situací.“

Autoři Dušek, Večeřová-Procházková (2010) popisují poruchu osobnosti jako disharmonicky vyvinutou osobnost, kdy některé rysy osobnosti jsou nadměrně zvýrazněny, jiné naopak potlačeny či chybějí.

Další pohled na oblast poruch osobnosti nabízí publikace světové zdravotnické organizace, a to mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10. Zde jsou poruchy osobnosti vnímány jako odchylky od normy stanovené v dané společnosti. Tato klasifikace zahrnuje poruchy osobnosti jako duševní onemocnění do oddílu F60-69 poruchy osobnosti a chování u dospělých, kam se řadí např. specifické poruchy osobnosti, smíšené a jiné poruchy osobnosti, přetrvávající změny osobnosti, návykové a impulzivní poruchy osobnosti, poruchy pohlavní identity, poruchy sexuální preference atd. (WHO, 2008). Každá porucha je klasifikována podle přetrvávající formy projevů, chování a utváření sociálních vztahů. „Jednotlivé typy se navzájem nevyklučují a někdy se v různých charakteristikách překrývají“ (Praško a kol., 2003, s. 18).

Pro podrobnější informace o poruchách osobnosti a jejich dělení je vhodné zvolit diagnostický a statistický manuál duševních onemocnění DSM IV., který vydává americká psychiatrická asociace (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition).

Lze říci, že již zmiňované maladaptivní vzorce chování jsou ustáleny a projevují se v několika oblastech (Praško, Kosová, Pašková, Prašková, 2001a, s. 25): „(1) Poznávání – způsob vnímání a interpretace věcí, lidí, událostí a formování vztahu k sobě samému a ostatním. (2) Emotivita – přiměřenost emoční reakce na podnět, její intenzita a rozsah. (3) Ovládání impulzů a uspokojování potřeb. (4) Způsob chování k ostatním a zvládání interpersonálních potřeb.“

Lidé trpící poruchou osobnosti často nevidí problém u sebe, ale u druhých. Nespokojenost se projevuje ve chvíli, kdy zaběhlé rigidní vzorce chování selhávají a brání v uspokojení jejich potřeb. Při frustraci podléhají úzkosti, somatoforním poruchám, depresi nebo závislosti na návykových látkách (Praško, Kosová, Pašková, Prašková, 2001a). Obecně lze říci, že důsledkem poruch osobnosti je narušení osobní pohody a sociální adaptace (Vágnerová, 2004).

Často nejasnou hranici mezi normálním osobnostním charakterem a poruchou osobnosti vymezují specifické rysy, kdy diagnostika poruchy je možná „jen pokud jsou rigidní, maladaptivní, přetrvávající a zapříčiňující závažnou funkční poruchu či vnitřní pocit tísně, nepohody a potíží“ (Balon et al., 2002, s. 529 podle Unger, 2009).

F 60.0. Paranoidní porucha osobnosti

F 60.1. Schizoidní porucha osobnosti

F 60.2. Disociální porucha osobnosti

F 60.3. **Emočně nestabilní porucha osobnosti**

F 60.30 Impulzivní typ

F 60.31 **Hraniční typ**

F 60.4. Histrionská porucha osobnosti

F 60.5. Anankastická porucha osobnosti

F 60.6. Anxiózní porucha osobnosti

F 60.7. Závislá porucha osobnosti

F 60.8. Jiné poruchy osobnosti

F 60.9. Porucha osobnosti nespecifikovaná

(Smolík, 1996 podle Hlavsa, 2007, s. 10)

1.3 Hraniční porucha osobnosti

Hraniční porucha osobnosti je jednou z nejčastějších poruch osobnosti, se kterou se lze setkat v rámci poruch osobnosti (Grambal, Sigmundová, Látalová, Praško, 2010). Heinz-Peter Röhr (2003) uvádí, že až 50% psychoterapeutických pacientů vykazuje hraniční poruchu osobnosti. K její diagnostice dochází častěji v USA a v zemích západní Evropy, což je přisuzováno bližší specifikaci DSM IV. kritérií nežli je tomu u MKN-10 (Pastucha, 2003). Navíc v americké diagnostice se hraniční porucha osobnosti vyskytuje již 30 let na rozdíl od diagnostického manuálu MKN-10, kam byla zařazena po poslední revizi (Hlavsa, 2007).

1.3.1 Vznik hraniční poruchy osobnosti

Rané poruchy rozvoje osobnosti, mezi které se řadí i hraniční porucha osobnosti, vznikají v prvních letech života člověka (Röhr, 2003). Odborníci se shodují, že se jedná o první tři roky, kdy vznikají takto závažná psychická onemocnění (Hlavsa, 2007). Úlohu zde hrají genetické dispozice, biologické faktory a sociální vlivy (Röhr, 2003; Vágnerová, 2004). V prenatálním či perinatálním období mohou drobná poškození mozku podmínit podobné projevy poruch osobnosti jako u genetických dispozic. V oblasti sociálních vlivů hraje významnou úlohu rodinné prostředí. Za zvlášť nepříznivé faktory se považuje raná citová deprivace a chronická zátěž v raném dětství (Vágnerová, 2004). Jako výrazně ohrožující bývají označována psychická traumata z dětství, kdy 40%-76% hraničních pacientů popisuje sexuální zneužívání v dětství. 20-73% popisuje odmítání či fyzické zneužívání (Slováková, 2010). Rodinná anamnéza často zahrnuje agresivní chování rodiče, manželský nesoulad, nedostatek vhodné rodičovské péče, případně jiní členové rodiny nadužívají alkohol nebo byli v péči psychiatra kvůli depresi (Cohen, 2002).

Konkrétně modely vzniku hraniční poruchy osobnosti se odkazují na vývojovou psychologii, která zdůrazňuje, že dítě prochází určitými vývojovými stádii, jež jsou

důležité pro jeho vývoj (Hlavsa, 2007). Pokud se vytvoří nedostatky v některé fázi vývoje, stále chybí něco, co přispívá ke zdravé osobnosti bez poruch (Röhr, 2003). Mezi modely vzniku hraniční poruchy osobnosti se řadí vývojový model Máhrové, Kleinové či Kernberga (Hlavsa, 2007). Mezi často zmiňované patří Kernbergův „konfliktový“ model, nazírající na hraniční poruchu osobnosti čistě s psychodynamického hlediska (Blanck et. Blanck, 1992 podle Harazimová, 2007). Tento model je založen na myšlence nezvládnutých vývojových úkolů (Boleloucký, 1993 podle Hlavsa, 2007), díky nimž dochází k zárazu vývoje (Faldyna, 2000) a chybným internalizovaným neboli zvnitřněným objektivním vztahům (Harazimová, 2007).

1.3.2 Psychiatrická diagnostika

Z hlediska psychiatrické diagnostiky a manuálu MKN-10 je hraniční porucha osobnosti řazena do oblasti specifických poruch osobnosti s označením F60 jako subtyp emočně nestabilní poruchy osobnosti F60.3 (MKN-10, 1992).

K hraniční poruše osobnosti se vztahují obecné projevy emočně nestabilní poruchy osobnosti, mezi které se řadí zkratkovité jednání, bez domýšlení důsledků, neschopnost kontroly emočních výbuchů a konflikty s okolím (WHO, 2008). Vágnerová (2004) podobně uvádí dva základní znaky emočně nestabilní poruchy a to psychickou nestabilitu a neschopnost ovládat své chování. Bližší specifikaci lze určit pomocí rozlišení dvou subtypů, impulzivního (F60.30) a hraničního (F60.31) (Faldyna, 2000). Impulzivní typ provází neočekávané jednání, nesnášenlivé chování, sklon k nekontrolovatelným výbuchům hněvu a zuřivosti, nestálá a nevypočitatelná nálada.

Pro diagnostiku hraničního typu podle MKN-10 (1992, s. 181) jsou směrodatná kritéria jako „(1) narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních, (2) sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím, (3) přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí, (4) opakované nebezpečí nebo realizace sebepoškození, (5) chronické pocity prázdnoty.“ Podmínkou splnění kritérií pro hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti je podle MKN-10 nutné splnění kritérií pro poruchu osobnosti obecně, ale rovněž i splnění kritérií pro impulzivní typ emočně nestabilní poruchy (Unger, 2009).

DSM IV. podává rozsáhlejší soubor kritérií, podle kterých je možno diagnostikovat hraniční poruchu osobnosti. Pokud osoba splní alespoň pět z nich, je možno stanovit tuto diagnózu (Slováková, 2010).

(1) Lidé trpící touto poruchou se snaží vyhnout reálnému či domnělému odmítnutí. (2) Vyskytují se u nich vzorce nestálých a nestabilních vztahů, které jsou význačné svou inklinací ke střídání extrémních postojů ve formě devalvace a idealizace. (3) Příznačné je také zmatení identity projevující se jako nestabilní či zkreslený obraz sebe sama. (4) Zřejmá je existence impulzivního chování, alespoň ve dvou oblastech – např. utrácení, sexualita, abúzus látek, bezohledné řízení vozidla. (5) Opakované suicidální tendence, pokusy, hrozby nebo sebepoškozující jednání. (6) Postižení trpí emoční nestabilitou, která se může projevovat jako epizodická podrážděnost či úzkost, trvající několik hodiny či dnů. (7) Dalším kritériem je chronický pocit prázdnoty. (8) Společný charakter sdílí s impulzivním typem, jež se projevuje zbytečným intenzivním rozhněváním nebo ztrátou kontroly nad hněvem, kam patří častý vztek, agresivita, fyzické násilí. (9) Posledním kritériem jsou přechodné stresem vyvolané paranoidní myšlenky, případně těžké disociační stavy (DSM IV., 2005 podle Balon, Kosová, Praško, 2002).

1.3.3 Projevy hraniční poruchy osobnosti

V této podkapitole se budu věnovat podrobnějšímu popisu osob s hraniční poruchou osobnosti, který se částečně překrývá s diagnostickými kritérii, ale přináší komplexnější náhled na problémy takto nemocných.

„Pacienti s hraniční poruchou osobnosti jsou velmi bystří lidé, obvykle se dobře verbálně vyjadřují. Často mluví o tom, že nevědí, kým ve skutečnosti jsou a ani jak se cítí“ (Praško, 2001, s. neuvedeno).

Lidé s hraniční poruchou osobnosti trpí určitou rozpolceností neboli rozštěpem osobnosti. Všechno je extrémní, černé nebo bílé (Röhr, 2003). Vágnerová (2004) hovoří o tzv. dichotomickém myšlení. S úžasnou schopností dělí okolí na ty, kteří je nenávidí a které oni nenávidí a na ty, kteří je milují a které milují oni (Harazimová, 2007). Lze říci, že se stále pohybují v extrémních kategoriích, ideál versus zatracení (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Pro hraniční poruchu osobnosti je typická deprese a agresivita, což je vysvětlováno právě raným odmítnutím, kdy dítě nezažije prvotní symbiózu s matkou. Má strach a je nejisté. Díky tomu, že ještě neumí tyto pocity zpracovat, dochází k jejich odštěpení a úzkosti. Tato úzkost získává postupem času na výbušnosti a mění se v „destruktivní energii, kterou postižený namíří proti sobě nebo jiným“ (Röhr, 2003, s. 20) Sachsee (1995 podle Harazimová, 2007) chápe agresivní dekompenzaci jako cestu úniku před traumatizujícími vzpomínkami z dětství. Balon, Kosová, Praško (2002) uvádějí, že tzv. velká deprese se vyskytuje až u 24-74% osob s hraniční poruchou osobnosti.

S předchozími projevy se úzce pojí chronický pocit prázdnoty. Cítí se nemilovaní, opuštěni, mají strach ze samoty (Harazimová, 2007). V této souvislosti se vyskytuje často touha po nebezpečí, která je v první řadě snahou zvládnout vnitřní prázdnotu. Nezřídka si tito lidé zahrávají se životem ve formě sebevražedných pokusů, alkoholových či drogových excesů (Röhr, 2003). Sebeпоškozování (pálení cigaretou, škrábance na pažích a nohou) a sebevražedné pokusy (60-70%) patří k určité „behaviorální specialitě“ osob s hraniční poruchou (Harazimová, 2007; Balon, Kosová, Praško, 2002).

Tito lidé se paradoxně cítí nejlépe, když stojí na pokraji své existence (Röhr, 2003). Röhr (2003, s. 30) uvádí příklad svého pacienta s hraniční poruchou osobnosti, který mu sdělil: „Cítím se pořád přitahován ke své temné stránce, tu nechci postrádat, protože, když jsem s ní v kontaktu, je mi líp.“

Jejich vztahy k rodičům mají formu tzv. opičí lásky a vztah k partnerovi hraničí se sebeidentifikací a extrémní závislostí. Láska je zaměňována se závislostí (Röhr, 2003). Záměrně vyvolávají v druhém pocity viny, aby si udrželi závislý vztah. Nejsou schopni zakusit pocit autonomie. Mají potřebu se druhým podrobit nebo je naopak ovládnout (Harazimová, 2007). Ve vztahu u nich neexistuje citová vřelost, neboť neumějí zacházet se svými emocemi. Pozitivní pozornost je často reinpretována v negativní, neboť negativní je známé ačkoli neuspokojující (Röhr, 2003).

Velmi často u žen s poruchou koexistují poruchy příjmu potravy jako řešení intrapsychických konfliktů. Neméně častá je také závislost na návykových látkách, která slouží ke korekci neúnosných emocí (Harazimová, 2007).

2 Možnosti psychosociální rehabilitace hraniční poruchy osobnosti

Psychosociální rehabilitace je jedním z důležitých článků péče o psychicky nemocné, zahrnuje farmakoterapii, psychiatrickou péči a péči poskytovanou v oblasti sociálních služeb. Systém STEPPS terapie může být v našich podmínkách pojímán jako součást psychosociální rehabilitace osob s poruchou osobnosti. Proto bych ráda v této kapitole blíže představila systém psychosociální rehabilitace, která je považována za „srdce“ moderní psychiatrie.

2.1 Charakteristika psychosociální/psychiatrická rehabilitace

Rehabilitace v širším slova smyslu znamená znovuoobnovení výkonnosti a soběstačnosti (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Psychosociální rehabilitace je definována jako proces, který umožňuje zlepšení kvality života jedinců s handicapem (Wilken a Hollander 1999).

Nejrozvinutější část psychosociální rehabilitace tvoří rehabilitace psychiatrická (Wilken a Hollander 1999). Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík, Krivošíková (2009) dokonce uvádějí, že psychiatrická rehabilitace je v dnešní době významově shodná s psychosociální rehabilitací.

V řadě textů lze pod pojmem psychosociální a psychiatrická rehabilitace nalézt synonymický výklad (Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík, Krivošíková, 2009). Kulhavá (2009) ve své práci zmiňuje, že psychosociální rehabilitace ve svém původním konceptu neobsahovala možnost užití psychofarmak. Naopak psychiatrická rehabilitace měla blízko k biologické psychiatrii. V 90. letech došlo ke sloučení těchto proudů, neboť součinně dochází k využívání prvků obou z nich.

Psychiatrická rehabilitace je pojímána jako propojení biologické léčby, psychologické a sociální terapie (Vachková, 2008). Jako dvě základní intervence v rámci psychiatrické rehabilitace se uvádí rozvoj klientových dovedností a rozvoj zdrojů podpory (Šupa, 2006).

Psychiatrická rehabilitace je zaměřena na všechny složky osobnosti duševně nemocného (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). W. Anthony a kol. (2002 podle

Pěč, 2008, s. 1) definoval poslání psychiatrické rehabilitace takto: „Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svoji schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.“ Wilken a Hollander (1999) uvádějí, že jejím cílem je zvýšení kvality života, kdy koncept kvality života je jedním ze základních principů komplexního přístupu k psychiatrické rehabilitaci.

Psychiatrická rehabilitace se orientuje na osoby s dlouhodobým duševním onemocněním. Ty mají narušeny schopnosti v oblasti sociální, pracovní a psychické. Z hlediska onemocnění se jedná zejména o schizofrenii, afektivní poruchy nebo poruchy osobnosti (Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík, Krivošíková, 2009). Při léčbě dochází ke snížení symptomů nemoci, přesto však člověk může v běžném prostředí selhávat (Šupa, 2006).

Rehabilitace tohoto typu je zaměřena na specifický kontext, ve kterém osoba žije (Pěč, 2008). Musí tedy vždy splňovat požadavky individuálního a zároveň komplexního přístupu, o kterém byla řeč výše (Wilken a Hollander 1999). Aby mohlo dojít k rozvoji osobnosti duševně nemocného, je nutné rehabilitovat „osobnost jako celek v kontextu celého jejího života.“ (Wilken a Hollander 1999, s. 7).

Rozvoj osobnosti je možný ve čtyřech osobních a životních doménách. Jako osobní domény jsou označovány: osobní péče, zdraví, účel a smysl, sociální vztahy. Jako životní domény: bydlení, práce, učení se, volný čas/rekreace (Wilken a Hollander 1999). Psychiatrická rehabilitace umožňuje překonávat bariéry, které se mohou v těchto doménách vyskytovat (Wilken a Hollander, 1999).

Rehabilitace duševně nemocného je prováděna v systému zdravotnických a sociálních služeb (Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík, Krivošíková, 2009).

2.2 Léčba hraniční poruchy osobnosti v kontextu psychosociální rehabilitace

Jak už je výše uvedeno, psychosociální rehabilitace zahrnuje farmakoterapii, psychiatrickou péči a péči poskytovanou v oblasti sociálních služeb. V této podkapitole bych se chtěla věnovat podrobněji jednotlivým součástem psychosociální rehabilitace se zaměřením na hraniční poruchu osobnosti.

Biologická léčba u hraniční poruchy osobnosti se zaměřuje nejprve na přidružené akutní poruchy, mezi které se řadí depresivní epizoda, úzkostná porucha, závislost na alkoholu nebo porucha příjmu potravy. „Léčba akutní poruchy bývá zdlouhavější a obtížnější než u pacientů bez poruchy osobnosti“ (Praško, 2001, s. neuvedeno). V rámci farmakoterapie se užívají malé dávky antipsychotik, dále antidepresiva a stabilizátory nálady (Praško, 2001).

Tradičně užívanou metodou pro léčbu tohoto typu poruchy je psychoanalytická terapie (Praško, 2001). Psychoanalýza patří mezi nejznámější psychoterapeutický směr vytvořený Sigmundem Freudem na přelomu 19. a 20. stol. Je metodou usilující o osobnostní růst a vývoj skrze změnu osobnostní struktury. Upozorňuje na hybné síly neboli nevědomé procesy v člověku, které nelze pozorovat a ani je nedokážeme kontrolovat (Holub, 2010). Tento přístup je založen na předpokladu, že aktuálně přítomné chování, emoce a vztahové vzorce jsou ovlivněny minulými zkušenostmi, nejvíce z raného období života daného jedince (Herman, 2001 podle Praško, Pašková, Červená, Prašková, 2001). Využívá se postupu, při kterém nemocní musejí na kratší či delší dobu podstoupit období regrese na ranější hladinu osobnosti a vytvořit zralejší, objektivní vztahy a lépe adaptovanou osobnostní strukturu (Praško, Pašková, Červená, Prašková, 2001).

Další možností léčby je dynamická skupinová terapie (Praško, Pašková, Červená, Prašková, 2001). Dynamická psychoterapie sdílí určitá klíčová přesvědčení s psychoanalýzou. Označení dynamická odkazuje na dynamiku neboli napětí či konflikt v lidské psychice a vztazích člověka. Dynamizující je například využívání psychických obran, které vznikají jako reakce na nevědomý strach, zlost, agrese atd. Dynamický model vzniku a udržování psychických problémů vychází z rané zkušenosti, odkud pocházejí vztahové vzorce, které člověk ve svém životě replikuje (Vybíral, Roubal, 2010). Forma skupinové terapie přináší určitá specifika ve srovnání s individuální dynamickou psychoterapií. „Skupinová psychoterapie může pomoci jedinci poznat vzorce chování k druhým lidem a reakce, které toto chování u druhých evokuje“ (Praško, Pašková, Červená, Prašková, 2001, s. neuvedeno). Skupina je specifická tím, že si vytváří svůj sociální mikrosvět, ve kterém se po určité době začnou členové skupiny chovat stejně jako mimo ni. Není tedy potřeba zde podrobně vysvětlovat a popisovat svoji osobní historii, neboť dříve či později ji poznají členové skupiny „na vlastní oči“ (Yalom, 1995). Nejen u hraniční poruchy osobnosti, ale i dalších duševních

onemocnění může skupinová terapie poskytnout korektivní zkušenost. Konkrétně u této poruchy se často vyskytuje neomezená potřeba pozornosti druhých, kdy zpětná vazba od členů skupiny jim může pomoci pochopit nepřiměřenost jejich očekávání a formovat hněv či napětí z frustrace. Výhody dále spočívají v podpoře sebedůvěry a zlepšení kvality sebehodnocení, navíc tlak skupiny brání v prudkém chování. Na druhé straně právě u hraniční poruchy dochází k řadě obtíží, zejména ve spojitosti s dělením členů na přátele a nepřátele a častou existencí silného odporu k terapeutům (Praško, Pašková, Červená, Prašková, 2001).

Další možnosti psychosociální rehabilitace v oblasti psychoterapie hraniční poruchy osobnosti nabízí gestalt-terapie, případně dialektická behaviorální terapie a kognitivně behaviorální terapie (KBT) (Faldyna, 2000). KBT se budu podrobněji věnovat v následující kapitole, neboť její základní principy tvoří základ STEPPS terapie. Mezi nejvíce využívané patří psychoanalytická terapie a kognitivně behaviorální terapie (Praško, 2001), i když je Faldyna (2000) nepovažuje za nejúčinnější a přiklání se spíše k humanistickým směrům.

2.3 Sociální práce v kontextu psychosociální rehabilitace

Sociální práce v oblasti duševního zdraví a práce s cílovou skupinou duševně nemocných se zaměřuje zejména na rehabilitaci v tzv. životních doménách, kam se řadí práce, bydlení, volný čas/rekreace a vzdělávání (Wilken a Hollander 1999). Jedná se o problémové okruhy, s nimi souvisejí obtíže, které přináší symptomy nemoci. Podporu v těchto problémových okruzích nabízí systém sociální služeb.

V oblasti práce mají nemocní často problémy v oblasti motivace a vůle. Tito lidé chtějí pracovat, ale schází jim podpora při hledání práce a zapracování. Nejsou schopni se déle soustředit, což je zapříčiněno také vedlejšími účinky léků. Provází je poruchy paměti, strach ze selhání, potíže při vycházení s ostatními. Často nemají dostatek pracovních zkušeností, nedostatečné vzdělání (Farbiaková, 2008).

Pracovní rehabilitace reaguje na tyto vnitřní bariéry člověka s duševní nemocí a pomocí individualizované intervence se je snaží překonávat (Probstová, 2005) „...je složena ze všech aktivit, které směřují k úzdavě, udržení a dalšímu rozvoji pracovních kompetencí klienta ve všech pracovních situacích“ (Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík, Krivošíková, 2009). Mezi služby podpory práce a zaměstnání se řadí: centra denních

služeb §45, denní stacionáře §46, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením § 66, sociálně terapeutické dílny §67, sociální rehabilitace §70 (Zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). U nás v rámci těchto služeb existují různé programy a intervence, jež lze dále zaměřit podle typu a závažnosti onemocnění (Šupa, 2006). Jedná se o dobrovolné zaměstnání, chráněné pracovní dílny, přechodné zaměstnávání, podporované zaměstnávání a podpůrné edukativní programy při pracovní rehabilitaci (job club) (Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík, Krivošíková, 2009). Možnost pracovního uplatnění nabízí sociální firmy, které zaměstnávají osoby s postižením a zároveň vyvíjí podnikatelskou činnost (Novák, Erbanová, 2007).

Samostatné bydlení je pro člověka s duševním onemocněním náročné díky projevům onemocnění, které mohou mít i epizodický charakter. Jednotlivé epizody často výrazně poškozují stabilitu a identitu člověka (Farbiaková, 2008). Problémy v této oblasti vznikají také vzhledem k časté hyperprotektivní výchově, kdy intenzivní péče rodiny způsobila jejich neúměrnou neschopnost v sebe-péči či rozhodování (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Psychiatrická rehabilitace v oblasti bydlení se snaží umožnit lidem i přes omezení samostatně a nezávisle bydlet a nést odpovědnost za svůj život a náklady, které jsou s tímto spojeny. Zaručuje individuální podporu klienta, tak aby mohl udržet, získat nebo zlepšit dovednosti a sebedůvěru potřebnou ke kvalitnímu životu v běžném prostředí. Pomáhá vytvořit stálý domov jedince, který bude odrážet představy klienta o vyhovujícím domově a přispívající k jeho úzdavě. Zároveň je cestou k osamostatnění se od rodiny jako součást přirozeného životního procesu (Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík, Krivošíková, 2009). Mezi služby v oblasti bydlení se řadí: podpora samostatného bydlení §43, týdenní stacionáře §47, domovy pro osoby se zdravotním postižením §48, domovy pro seniory §49, domovy se zvláštním režimem §50, chráněné bydlení §51, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče §52, sociální rehabilitace §70 (Zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Z hlediska programů existujících u nás je uváděno: dlouhodobé chráněné bydlení, tréninkové bydlení, domy a byty na půl cesty a podporované bydlení (Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík, Krivošíková, 2009).

U osob s duševním onemocněním je nutno rehabilitovat také v oblasti volného času vzhledem ke snížené schopnosti strukturovat den a omezeným sociálním kontaktům (Šupa, 2006). Náplň volného času se odvíjí od individuálních bariér

nemocného, někdo se potýká s neobratností, nápadností v chování, potížími v komunikaci a strachem z nového prostředí (Probstová, 2005). Vzdělávání u nemocných často není dokončeno, protože začátek onemocnění často zasahuje do doby vzdělávání (Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík, Krivošíková, 2009).

Rehabilitace je realizována zejména v denních centrech (Šupa, 2006). K hlavním nástrojům psychosociální rehabilitace ve stacionářích patří nácvik sociálních dovedností a ergoterapie neboli pracovní terapie (Hejzlar, 2010). Mezi sociální služby nabízející aktivizaci a podporu integrace se řadí: centra denních služeb §45, denní stacionáře §46, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením § 66, sociálně terapeutické dílny §67 (Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách). V oblasti vzdělávání existuje program podporovaného vzdělávání, který zaručuje trvalou podporu a asistenci lidem s psychickým postižením, tak aby mohli dojít k jejich osobnímu rozvoji ve vzdělávacím prostředí, které si sami vybrali (Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík, Krivošíková, 2009).

V následující kapitole bych chtěla navázat na systém léčby hraniční poruchy osobnosti, kam se řadí, mimo jiné i kognitivně behaviorální terapie. Vyčlenila jsem pro tento směr psychoterapie samostatnou kapitolu, neboť chci zdůraznit její důležitost v návaznosti na program STEPPS.

3 Kognitivně behaviorální terapie jako výchozí model pro program STEPPS

V této kapitole bych chtěla věnovat psychoterapeutickému směru, ze kterého systém STEPPS terapie vychází. Považuji za důležité představit základní principy kognitivně-behaviorální terapie a její využití v léčbě poruch osobnosti, neboť tato znalost umožňuje lépe uchopit konceptuální logiku STEPPS metody.

3.1 Charakteristika kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie je jeden z významných psychoterapeutických směrů, který našel své hojné využití v dnešní době. Mezi množstvím různých přístupů a teorií si KBT uchovává svoji svébytnost a zřetelně se odlišuje od jiných směrů (Kratochvíl, 1997).

Pojem psychoterapie lze definovat jako léčebnou činnost, „při níž psychoterapeut využívá své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspokojivějšímu prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění“ (Vybíral, Roubal, 2010, s. 30).

Kognitivně behaviorální terapie je poměrně mladým směr (Kratochvíl, 1997), který se začal formovat v druhé polovině sedmdesátých let a plného rozvoje dosáhl v osmdesátých letech (Možný, Praško, 1999). Jak z názvu vyplývá, tento systém terapie vznikl integrací kognitivní a behaviorální terapie (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007).

„Behavioristé se zaměřili na podrobné sledování a analýzu zjevného chování živého organismu v určité situaci a na to, jakými vnějšími podmínkami lze toto chování měnit“ (Možný, Praško, 1999, s. 19). Behaviorismus je založen na vědeckém základě a vychází z teorií učení. Mezi významné osobnosti tohoto směru se řadí I. P. Pavlov, B. F. Skinner, J. B. Watson (Možný, Praško, 1999). Behaviorální terapie uplatňuje teorie vycházející z procesu učení (Kratochvíl, 1997). Terapeuty spojuje přesvědčení, že „poruchy chování nejrozumnějšího typu jsou v podstatě naučenými reakcemi“ (Kratochvíl, 1997, s. 59).

Kognitivní terapie se zaměřuje primárně na zkoumání kognitivních (poznávacích) procesů. Jedná se o procesy myšlení, pozornosti, uvažování, ukládání do paměti a vybavování. Mezi zakladatele se řadí A. T. Beck a A. Ellis (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007). Terapeuti vycházeli z předpokladu, že „organismus nereaguje primárně na podněty ze svého okolí, ale na mentální reprezentaci těchto podnětů“ (Mahoney, 1974 podle Možný, Praško, 1999). Problémy tedy vznikají tehdy, pokud člověk nesprávně vnímá, případně interpretuje podněty z vnějšího či vnitřního okolí (Možný, Praško, 1999).

Právě díky spojení předcházejících přístupů existují odlišná pojetí kognitivně-behaviorální terapie. Jejich jinakost spočívá v upřednostňování některého ze dvou přístupů, případně ve vyzdvížení specifických rysů a novosti KBT (Kratochvíl, 1997). Obecně lze však říci, že behaviorální terapie poskytla metodu, tedy „podrobnou analýzu a sledování podnětů, které předcházejí a následují zkoumaný problém, měření sledovaných aspektů a kvantitativní hodnocení změn dosažených během terapie“ (Možný, Praško, 1999, s. 23). Na druhé straně kognitivní terapie doplnila obsah o další sledované aspekty, které umožňují lepší porozumění problému a předpovědět účinnost terapie (Možný, Praško, 1999).

Současná KBT je charakteristická využíváním vědeckých postupů a zkoumáním terapeutické efektivity. Příčinou psychických potíží podle teorie KBT jsou chybné vzorce chování, které „jsou naučené, modifikované a udržované rozpoznatelnými vnějšími a vnitřními faktory“ (Praško, Možný, 2010, s. 195). Terapie tedy napomáhá tomu, aby se klienti učili novému a adaptabilnějšímu způsobu chování, které bude přispívat k řešení vzniklých problémů (Praško, Možný, 2010).

KBT se využívá jako významná složka komplexních rehabilitačních, léčebných a preventivních programů (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007). Pro KBT je typický její integrativní charakter a využití u velké řady psychických poruch (Dattilio, 2004). Možný (neuvedeno) indikuje několik skupin psychických poruch, u kterých se KBT využívá. Jedná se o úzkostné poruchy, depresivní poruchy, schizofrenii, bipolárně afektivní poruchu, poruchy příjmu potravy, sexuální dysfunkce, závislost na alkoholu a jiných návykových látkách, mentální retardace a autismus, poruchy chování u dětí, manželské, partnerské a rodinné problémy, poruchy osobnosti, chronické somatické nemoci.

Sociální práce užívá kognitivně behaviorální teorie k tomu, aby klient byl schopen samostatného a úspěšného fungování. Je možno využívat řady technik, mezi které se řadí systematická desenzibilace, expozice, vyhasínání, biofeedback, nácvik asertivity a další. Navrátil (2001) píše, že současná podoba KBT odpovídá cílům sociální práce, i její hodnotové orientaci. Z takového pohledu může nalézt v sociální práci hojné využití.

3.2 Základní rysy kognitivně behaviorální terapie

KBT je krátká a časově omezená, obvyklá délka terapie nepřevyšuje 20 setkání po 60 až 90 min. Možný, Praško (1999) uvádějí, že například u terapie poruch osobnosti může terapie trvat i déle. Je možno se tedy přizpůsobit potřebám klienta (Možný, Praško, 1999). Frekvence na začátku bývá jedno či dvě sezení za týden, později jednou za dva týdny (Praško, Možný, 2010).

Terapie je strukturovaná a terapeut je aktivní a direktivní. Sezení charakterizuje pevná struktura s jasně stanoveným a dohodnutým programem. Terapeut diskutuje a nacvičuje konkrétní dovednosti s klientem (Možný, Praško, 1999). Postupně se však jeho aktivita snižuje a přenáší odpovědnost za průběh terapie na klienta. Direktivní je v tom smyslu, že se zaměřuje na konkrétní problémy a dosažení stanovených cílů (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007).

KBT se opírá o vzájemný vztah mezi terapeutem a klientem a aktivní spolupráci. Terapeut informuje klienta o teoretických modelech, z nichž vychází, a smyslu metod, se kterými pracuje (Možný, Praško, 1999). Od klienta se očekává aktivní účast na řešení svých problémů ve smyslu plnění domácích úkolů, sdílení emocí, názorů a ochotu zkoušet nové způsoby chování a myšlení (Možný, Praško, 1999; Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007).

Vychází z ucelené teorie vzniku a udržování psychických poruch. Každý terapeutický postup je vždy podložen teoreticky a uplatňuje podrobnou analýzu konkrétních problémů (Praško, Možný, 2010).

V jejím zájmu stojí řešení přítomných problémů, které jsou konkrétní a ohraničené. Zpracování životních událostí, které pocházejí z minulosti, se provádí v závislosti na tom, jak se promítají do současného chování. Pozornost je věnována

spíše udržujícím faktorům problému (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007), neboť tyto faktory jsou přímo přístupné přímému pozorování a jsou spolehlivěji ověřitelné (Možný, Praško, 1999). „Problémy jsou definovány v pojmech pozorovatelného chování, konkrétních myšlenek a přesvědčení“ (Praško, Možný, 2010, s. 196).

„Používané terapeutické postupy nejsou cílem samy o sobě, ale jen prostředkem k dosažení konkrétního cíle, na němž se pacient s terapeutem dohodli“ (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007, s. 16). Při stanovování cílů se dbá na jejich funkčnost, konkrétnost, praktičnost a dosažitelnost. Cíl se stanovuje na začátku terapie. Většinou se volí hlavní cíl, který je rozpracován do cílů dílčích. Cíl stanovuje jasnou strukturu a pomocí dílčích je možnost rozpoznat, ve které oblasti se případně terapie nedaří (Možný, Praško, 1999).

KBT se zaměřuje na pozorovatelné chování a vědomé psychické procesy. Vychází tedy především z objektivních a pozorovatelných faktů, na kterých se shodne více nezávislých pozorovatelů. Tato fakta jsou podrobena vědecké metodologii, zjišťuje se jejich délka trvání, frekvence a intenzita (Možný, Praško, 1999).

Poslední ze základních rysů KBT a jako konečný cíl celé terapie se považuje dosažení samostatnosti. Klient pomocí pravidelného procvičování získává určité dovednosti, učí se zvládat problémové situace a tak se zvyšuje pocit vlastní zdatnosti a sebevědomí (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007).

3.3 KBT poruch osobnosti se zaměřením na hraniční poruchu osobnosti

Obecně lze říci, že klienti s poruchou osobnosti jsou často nedůvěřiví a vnímají své onemocnění jako stigma. Psychoterapeutickou pomoc hledají ve chvíli, kdy se u nich vyskytují úzkosti a deprese z nevydařených vztahů (Praško, Kosová, Pašková, Prašková, 2001a). KBT vykazuje dobrou účinnost, ale musí být v mnoha směrech přizpůsobena, protože běžně užívaná KBT nevykazuje takový efekt (Alden, 1989, Andrews a spol., 1990, Shea a spol., 1990, Linehan a spol., 1991 podle Praško, Kosová, Pašková, Prašková, 2001a).

Co se týče základních odlišností a struktury KBT u poruch osobnosti uvádí se, že je komplexnější, složitější a trvá delší dobu (Praško, Kosová, Pašková, Prašková,

2001b). Důležitou roli hraje terapeutický vztah, kdy klientovi by mělo být dáno najevo, že je přijímán „takový jaký je“. Struktura je variabilnější a je vytvářena na základě kompromisů mezi terapeutem a klientem. Klient dostává vysvětlení, jak jeho porucha funguje, jaká jsou jeho jádrová přesvědčení. Nezaměřuje se pouze na současnost, ale u poruch osobnosti je pozornost významně věnována minulosti a budoucnosti. Vzhledem k tomu, že vznik poruchy je datován do dětství, je nutné probrat jejich vývoj od raného dětství, což bude sloužit k pochopení stávajících reakcí na určité situace. Důležité je vytvoření seznamu cílů a problémů. Zde často nastávají zdoluhavé komplikace, neboť klienti by chtěli, aby se měnilo jejich okolí, případně odpovědnost za řešení problému či dosahování cíle je převedena na terapeuta (Možný, Praško, 1999).

KBT konceptualizace poruch osobnosti pracuje s tzv. jádrovými přesvědčeními, která jsou součástí individuálních kognitivních schémat. Jádrová přesvědčení mají podobu relativně pevného, globálního a negativního pohledu na sebe sama a okolí, jež se vytváří v průběhu dětství (Praško, Kosová, Pašková, Prašková, 2001a). Pojem schéma označuje základní přesvědčení, na jejichž základě si člověk organizuje svůj pohled na sebe, na svět a na budoucnost“ (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007) Beck (podle Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007, s. 60) uvádí, že schéma je „relativně stabilní způsob organizace myšlení a hodnocení událostí“. Jedná se zejména o nevědomé předpoklady o tom, jaký jsem já, ostatní lidé a svět okolo a co mohu od něj očekávat. U poruch osobnosti se hovoří o jádrových přesvědčeních jako synonymickém výrazu ke schématu. Ty se tvoří jako reakce na události z dětství a určují charakter osobnosti (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007). Young (1999 podle Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a) o schématech píše, že všechno jednání je založeno na utvrzení daného schématu, schéma odolává změnám, vyvolává intenzivní emoce, je těžko rozpoznatelné a zůstává stále do doby, než se na něj cíleně terapie nekoncentruje. Konkrétní schémata u hraniční poruchy osobnosti uvádím v poslední kapitole.

„Každý typ poruchy má svůj typický rejstřík jádrových přesvědčení o sobě a přesvědčení o druhých, ze kterých pak vychází jeho předpoklady pro účinné chování“ (Praško, Kosová, Pašková, Prašková, 2001a, s. 29) U hraniční poruchy osobnosti lze tedy nalézt typická jádrová přesvědčení. Jádrová přesvědčení o sobě: „Jsem vadný. Jsem bezmocný. Jsem zranitelný. Jsem špatný“ (Možný, Praško, 1999, s. 235). Přesvědčení o druhých: „Druzí lidé mě zradí. Lidem se nadá věřit. Bez druhých nemohu žít. Potřebuji někoho jen pro sebe“ (Možný, Praško, 1999, s. 235). KBT tedy pracuje

s těmito jádrovými přesvědčeními a schématy společně se snahou rozšířit úzké spektrum chování uplatňované v nejrozličnějších situacích (Beck, 1996 podle Praško, Kosová, Pašková, Prašková, 2001a; Možný, Praško, 1999).

4 STEPPS jako konkrétní metoda práce

STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) neboli systémový trénink práce s emocemi a řešení problémů je využíváný ke skupinové léčbě pro ambulantní pacienty s hraniční poruchou osobnosti (Blum, Black, 2008).

Program vychází z kognitivně-behaviorálního tréninku dovedností, kdy hraniční duševní porucha osobnosti je chápána jako porucha regulace emocí a chování (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002).

STEPPS tvoří rozsáhlý systém terapie hraniční poruchy osobnosti, ale pouze doplňuje existující nabídku terapií. Tento program je zasazen do kontextu různých terapeutických metod dotvářejících pozitivní rezonanci a vede k hlavnímu cíli, kterým je konstruktivní zacházení s nemocí.

Program STEPPS tvoří dvě fáze. První zahrnuje trénink bazálních dovedností, trvající 20 týdnů. Druhá fáze je pojmenována Stairways a jedná se o jednoroční program pro pokročilé, který navazuje na první fázi. Společná setkávání probíhají dvakrát za měsíc (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002).

V své práci se věnuji pouze manuálu pro trénink bazálních dovedností, neboť s programem Stairways jsem se na své praxi v Německu nesetkala a ani není předmětem mé práce.

4.1 Historie programu STEPPS

Program STEPPS byl vytvořen v roce 1995 v městě Iowa v USA jako reakce na zvýšený počet hospitalizovaných s hraniční poruchou osobnosti a příliš finančně náročnou péčí. Začalo se diskutovat o vytvoření nového programu pro ambulantní pacienty s BPD, a to nejen díky vysokému počtu nemocných, ale také nedostatkům tradiční léčby, která nebyla efektivní. Nedochovalo ke snižování četnosti sebepoškozujícího chování a opakovaly se rehospitalizace pacientů. Kromě fungujících programů a asertivní komunitní léčby (angloamerické označení případového vedení) pro pacienty s těžkou poruchou osobnosti vznikl tento program s výhledem na jeho komfortní a nízko-rozpočtové zavedení do existujících skupinových terapií. Program

STEPPS měl přispívat zejména ke snížení doby hospitalizace, počtu opakovaných hospitalizací a zajistit méně výdajovou možnost léčby. Mezi základní požadavky se řadila krátkodobost a snadné použití bez nároku na speciální pracovní sílu (Blum, Black, 2008).

Tento program se nevyvíjel jako kompletně nový systém terapie, ale jeho tvůrci zvažovali možnosti využití již existujících modelů. Jako nejvyužitelnější se jevil manuál od Norman Bartels a Theresa Crotty (1992) s názvem Systémový přístup k léčbě hraniční poruchy osobnosti, manuál k tréninku dovedností. Tento manuál využívá kognitivně – behaviorální principy a s povolením autorů byl upraven (Blum, Black, 2008). Z 12 týdnů se program prodloužil na 20 týdnů a vytvořil se zvláštní učební plán s doprovodnými úkoly (Blum et al., 2002a podle Blum, Black, 2008). Program byl přejmenován na STEPPS neboli zlepšení, které přichází po malých krocích. Další změny v původním manuálu zahrnují zvýšený počet pracovních listů obsahující řešení specifických situací, se kterými by se nemocný mohl setkat. Příručka byla zdokonalována v průběhu let v závislosti na zjišťovaných potřebách pacientů. Kromě zvýšení počtu týdnů byl vytvořen sebe-reflektující dotazník BEST, který slouží k posouzení změny a podpoře dalšího vývoje programu (Blum, Black, 2008).

Hlavním cílem bylo vyvinout detailně zpracovaný manuál, který by přesně stanovoval obsah a metody užití pro každé společné sezení. Manuál jako kurikulum vzdělávání v kombinaci s pracovními listy, letáky a dalšími podklady využitelnými pro veřejnost. Materiály, které mají k dispozici, jsou vytvořeny na vysoké úrovni se snahou minimalizovat jakékoli nejasnosti v tom, co by se mělo dít v průběhu dvouhodinového sezení. Čímž je zajištěn jasný detail vzdělávání vedoucích zaručující věrnost modelu v různě nastavených léčbách (Blum, Black, 2008).

Unikátní a přitažlivou součástí programu je systémová komponenta propojující sociální a odbornou podporu, která je k dispozici pacientovi. Tuto systémovou komponentu tvoří podporující osoby (manželé, rodina, terapeuti, přátelé) nazývané „posilující tým“, pro které existují taktéž materiály a učební pomůcky. Cílem je naučit pacienty využívat systém podpory a nabídnout konkrétní odpovědi pro členy posilujícího týmu v interakci s účastníkem (Blum, Black, 2008).

Program nevyžaduje dlouhodobé školení odborníků na duševního zdraví a ani není nákladné. Kladnou stránkou je také možnost využití terapeuty různých odborností

a teoretických základů díky obecným principům společným pro většinu terapeutických směrů. Program, který nenaruší systém léčby, ale podpoří jeho účinnost (Blum, Black, 2008).

4.2 Cíl a struktura programu

Cílem tréninku je zprostředkovat efektivní komunikaci mezi osobami s BPD, jejich profesionálními pomocníky, blízkými a rodinou. Taková komunikace umožňuje jednotné nazírání na onemocnění a odhaluje kroky potřebné k jejímu řešení (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Dosahování cílů ulehčuje vzájemná interakce a výměna vědomostí ve skupině, neboť každý z členů má osobní zkušenosti, jak lze s projevy onemocnění zacházet. Účastníci se učí pracovat s emocemi, získávají nové dovednosti pro jejich regulaci a osvojují si způsoby, jak ovládat své chování (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Členové posilujícího týmu, kterými mohou být rodinní příslušníci, kamarádi či profesionálové z oblasti zdravotnictví, jsou vzděláváni za účelem poskytování podpory a pomoci nemocnému při využívání nabytých dovedností (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a). Není účelem je přeměnit v terapeuty, ale zprostředkovat jim jazyk, který je užíván v programu STEPPS. Toto stejné „naladění“ jim umožňuje snáze reagovat na emocionální výkyvy a mohou také účastníkům připomenout, co se učí a jaký to má význam (Blum, Black, 2008).

V průběhu 20 týdnů tréninku vytvoří STEPPS - skupina jednotný minisystém. Jednotlivec bývá od trenérů a ostatních účastníků podporován. Nové zkušenosti vedou k vybudování velké sítě podporujících osob, která stimuluje ozdravující proces. STEPPS – trenéři (vedoucí) zprostředkovávají účastníkům informace potřebné k přijetí odpovědnosti za účinnou reakci klíčových osob v jejich okolí (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Systém podpory pomáhá postiženým překonávat poruchy vnímání a rozvíjet realistická očekávání se zřetelem k druhu a metodě podpory. Zprostředkovává strategie k zacházení se strachem, zlobou, depresemi, destruktivním myšlením a využití přiměřeně časté nabídky pomoci. Povzbuzuje ke konzultaci naučených dovedností

s blízkými přáteli a profesionálními pomocníky, umožňující lepší pochopení poruchy (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Trénink se uskutečňuje ve třech krocích, které na sebe navazují a tvoří základní strukturu programu.

Krok 1: Onemocnění rozpoznat a přijmout jej (1. a 2. týden)

První krok má za cíl rozšířit a popřípadě upravit porozumění týkající nemoci. Účastníci rozvíjí své povědomí o pocitech a způsobech chování charakterizující poruchu. Neboť platí, že chování lze změnit a pocity mohou být kontrolovány. Klienti často započínají terapii ve víře vlastnictví fatální vady, která si zasluhuje utrpení. Vědomí, že se jedná o onemocnění a mohou se naučit speciálním dovednostem, které jim umožní se s tím vypořádat, je výrazným předpokladem ke změně (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Klasifikace nemocí společně s příslušnými jevy obsahuje DSM – IV – Kriterien. Klienti jsou provedeni a seznámeni se způsoby chování provázející onemocnění a tak jsou s ním do určité míry konfrontováni. Další část tohoto kroku spočívá v seznámení se s konceptem schémat. Práce se schématy tvoří samostatnou „schémátovou-terapii“ vytvořenou Jefferey E. Youngem v roce 1999. Pro rozeznání negativních schémat, jejich společné propojení s kritérii DSM – IV a na nich založené vzorce pocitů, chování a myšlení byly vytvořeny samostatné pracovní listy (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Krok 2: Trénink zacházení s emocemi (3. až 12. týden)

V této části je popsáno 5 základních dovedností, které postiženým umožňují lépe zvládat emocionální následky onemocnění. Jedná se o následující dovednosti: (1) nalézt odstup (2) komunikovat (3) vnímat své předsudky, zkreslené myšlenky (4) schopnost rozptýlit se (5) zvládat své onemocnění. V kombinaci s prvním krokem je umožněno hlubší porozumění onemocnění a účinku negativních schémat. Klienti také mohou tyto dovednosti užít v předpovědi průběhu krize a rozpoznat velmi rizikové situace. Celkově tímto účastníci získávají větší sebedůvěru (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Krok 3: Trénink chování (13. až 20. týden)

Trenéři mohou pomoci zlepšit chování účastníků v 8 oblastech, mezi které se řadí (1) stanovování cílů (2) dovednosti v oblasti – stravování (3) dovednosti v oblasti – spánkového režimu (4) pohybové aktivity (5) organizace volného času (6) starost

o zdraví (7) vyhýbání se sebepoškozujícímu jednání (8) utváření společenských vztahů. Obtíže v těchto oblastech se dostávají v emocionálních krizích a postupem času mohou nabývat na intenzitě. Trénink chování zprostředkovává dovednosti k získání potřebné sociální podpory a umožňuje zvládat chování i během krize (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Jen s některými výjimkami je struktura programu přijata velmi dobře (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

4.3 Výběr účastníků pro program STEPPS

Při výběru potencionálních účastníků programu se kromě diagnózy zaměřuje pozornost také na to, zda je kandidát vhodný pro zařazení do plánované skupiny. V rámci skupinového trávení času je cílem STEPPS naučit klienty trávit čas s ostatními účastníky a vnášet osobní problémy jen pokud to slouží cíli programu.

Na úvod je nutné zhodnotit individuální možnosti jednotlivých účastníků. Zda jsou schopni zaměřit svoji pozornost na dané téma či přijmout konstruktivní kritiku. Každý z účastníků si musí uvědomit, že jsou tu další, kteří trpí stejně závažnými problémy (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Lidé s hraniční poruchou osobnosti mají často zkreslené pocity o tom, co si druzí lidé o nich myslí, popřípadě co skutečně cítí. Rozhodující pro účast je schopnost akceptace odlišného vnímání druhých a respektující přístup. V případě užívání pohrůzek a zastrašování ve skupině ze strany některého z účastníků, dochází k jeho vyloučení (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Účastníci často užívají různá psychofarmaka, zpravidla antidepresiva a stimulancia. Měli by užívat léky odpovědně a být v kontaktu s ošetřujícím doktorem. Užívání drog či alkoholu zamezuje účast v programu. Pokud ale projevuje zájem o účast ve STEPPS-programu člověk s problémy se závislostí, musí podstoupit speciální terapii, zaručující jistotu stabilizovaného stavu. Stejně tak klienti s poruchami příjmu potravy by měli vyhledat minimálně doprovodnou terapii.

Samozřejmě je možné účastnit se programu, i pokud klient současně navštěvuje individuální terapii. Terapeut by měl částečně konzultovat s klientem jeho účast v programu a v ideálním případě s ním procházet STEPPS – materiály.

Skupinu tvoří zástupci obou pohlaví s tím, že alespoň 2 členové musejí být stejného pohlaví.

4.4 Skupinový trénink

Program zahrnuje dvouhodinové setkání dvou trenérů s 6 až 10 účastníky. Účastníci obdrží pracovní knihu, kterou by měli nosit na každé sezení. Na konci tréninku budou sloužit jejich poznámky v pracovní knize jako důležitý zdroj pomoci v průběhu těžkých chvílí.

Sezení mají formu semináře, tedy nejsou koncipovány jako tradiční skupinové terapie. Klienti většinou sedí u stolu a před nimi se nachází tabule. Trénink je podporován tvorbou básní, muzikou, kresbou a relaxačními cvičeními. Je žádoucí, aby klienti nosili materiály sebou, ať jsou to básně či výtvarná díla. Neboť tyto materiály přispívají k vyzdvižení a objasnění naučených dovedností a témat (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Vedoucí by měli vyzvat účastníky k otázkám a námitkám k průběhu sezení a důkladně vysvětlit pracovní materiály, popřípadě zopakovat látku pro toho, kdo se nezúčastnil minule. Záměrem je také usilovat o co nejhlubší porozumění terapeutických konceptů. Jednotlivá skupinová sezení by měla zachovávat kontinuitu, představení dalších kroků a stanovení přestávky (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Skupina se snaží co nejvíce dodržovat stanovený koncept, který se zaměřuje na nabytí nových dovedností. Není zde prostor pro řešení aktuálních krizí účastníků. Pro takovéto krize se nabízí jiné možnosti jako například krizová intervence či individuální terapie.

Neměl by vyvstat dojem, že je s někým ve skupině speciálně zacházeno a dostává se mu větší individuální podpory. Zprávy o tom, že ve skupině dochází u některého z účastníků k sebepoškozování, sebepoškozovacím tendencím či sebevražednému smýšlení by měli projednány a řešeny pomocí zdrojů ve skupině nebo zprostředkováním potřebné péče. V případě akutních sebevražedných tendencí u některého z účastníků, je v každém případě na místě obrátit se na odborníka zejména tedy na psychiatra (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Pokud se skupina zaměří na problém některého z účastníků, mělo by dojít k jeho generalizaci a vyžádání si podpory ostatních. Vedoucí není v roli experta a řešení by mělo být nalezeno ve skupině samotné. Pokud je ale řešena situace jednoho z účastníků, která poškozuje chod celého programu a není brán zřetel na ostatní členy skupiny, považuje se to za nevhodné. Záměr struktury programu poukazuje na možnosti porozumění problému a nabídku včasné pomoci, aniž by docházelo k narušování časového rámce (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Autoři vyzývají k tomu, aby se prvního sezení zúčastnil člověk, který program absolvoval, aby mohl účastníky motivovat a pomohl jim na začátku jejich cesty.

Je jisté a přirozené, že po několika sezeních navazují účastníci užší vztah, ale pro cíl terapeutických sezení není dobré, aby se vytvářely podskupiny a docházelo tak k narušení skupiny. Takový stav může zapříčinit například vyměňování si telefonních čísel. Podobná situace může nastat také v případě rozdělení skupiny mezi dva vedoucí. Platí, že vždy musí být zachována jednota skupiny (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Vhodné je, aby skupinu vedli dva lidé, kteří mají potřebné vzdělání ve vedení programu STEPPS a zkušenosti v práci s duševně nemocnými. Jako skupinový vedoucí je doporučován sociální pracovník, sociální pedagog, psycholog a jiné psychosociální profese, které mají více jak jednoletou zkušenost s vedením skupiny či poradenstvím. Také zkušení zdravotníci se zkušenostmi s vedením skupiny jsou vítáni. Doprovázející supervize vedoucích je nezbytná.

Vedoucí skupiny musejí být schopni rozpoznat problémy související s poruchou a schémata. Jedno pravidlo zní: „Koncentruj se na poruchu jako celek, ne na podružnosti (symptomy)“ (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a, s. 20).

Možnost stát se vedoucím nabízí v Německu vzdělávací institut Dachverband STEPPS e. V. Ten organizuje certifikované kurzy, které trvají 2x 2 dny, v takzvaných dvou modulech. Kurz je zakončen kolokviem, zhruba za 5 měsíců, během kterých musejí budoucí trenéři absolvovat 24 supervizí. Dále vypracovávají projekt, jehož součástí je videozáznam vedení skupiny a záznam ze supervize (Dachverband STEPPS e. V., 2011).

Nejlepší variantou je kombinace muže a ženy, tedy zastoupení obou pohlaví. V průběhu 20 týdnů by nemělo být vedení měněno. Na konci programu je

s účastníkovým svolením zasláno shrnutí osobnímu terapeutovi (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Účastníci během tréninku pracují s různými materiály, mezi které se řadí *sebehodnocení, pocitový kalendář a dokumentace dovedností*. Ty určitým způsobem nutí účastníka vnímat projevy své nemoci a pomáhají zachytit účinek tréninku. Data slouží také k bilancování vzrůstu či poklesu sebepoškozujícího chování a příznivého (dodržování termínů) či nepříznivého chování (poruchy příjmu potravy, zneužívání léků). Nedílnou součástí jsou také *domácí úkoly*, které se probírají vždy na dalším sezení (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Na začátku každého setkání se doplňují resty z předchozího a jsou uvedeny materiály aktuální lekce. Účastnice a účastníci předčítají nové materiály nahlas před ostatními (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

4.5 Práce s krizí v rámci programu STEPPS

Krize vyskytující se v návaznosti na onemocnění, jsou rozdílně hodnoceny. V případě, že klienti krizi prožívají v současné chvíli, vnímají ji jako něco všeobjímajícího, mohutného a cítí pouze beznaděj. Pokud se na ni dívají zpětně, zpravidla ji nepovažují za něco důležitého a podceňují závažnost svého onemocnění. U lidí s hraniční poruchou osobnosti se periodicky vyskytují krize, které je nutné v každém případě brát vážně. V průběhu krize často nelze užít nabyté dovednosti, ani zprostředkované vzory chování (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

V této chvíli mohou pracovníci pouze neustávat v odolávání krizi. Je dobré klientům připomínat, že každá krize má svůj konec a že se mohou společně s pracovníky pokusit co nejvíce zmírnit dopady takovéto krize. Tato zpráva společně s pravidelným kontaktem pomáhá klientovi překonat těžkou situaci. Rozhodující je společná práce mezi klientem a pomáhajícím týmem. Za důležité je považováno posilování získaných dovedností a vzorců chování, jejich opakování a dovysvětlování.

Sebepojetí vedoucích nemusí být vždy v souladu s tradičním terapeutickým vnímáním. Nutné je mít stanoveny hranice a vnímat plně klienta (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

V průběhu telefonického krizového poradenství s lidmi s hraniční poruchou, je potřeba si zachovat určitou citlivost. Mělo by dojít k zaměření na mechanismy onemocnění udržující krizi, společně s nonverbálními projevy rozhovoru. Poté je vhodné odkázat na důležitost naučených dovedností, jež mohou snižovat potřebu telefonické pomoci. Ten z pracovníků, který je kontaktován, by měl nabídnout klientovi možnost pracovat na jedné nebo více z dovedností a následně by mělo dojít k ujednání dalšího telefonátu zhruba po 30-45 minutách. Zkušenosti autorů programu ukázaly, že se často krize do té doby zklidnila. Pokud účastníci volají členům podporujícího týmu, je důležité, aby všichni členové zaujali stejné stanovisko. Pokud účastník obdrží vždy tutéž odpověď, dosáhne okolí jednoty, která zaručuje nemocnému jistotu a není pro něj matoucí (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

4.6 Zakončení programu

Jak je očekáváno, účastníci na konci programu jsou znepokojeni, protože se obávají ztráty podpory ze strany skupiny. STEPPS mimo jiné učí, jak s tímto pocitem zacházet. Účastníci jsou hned na začátku seznámeni s časovým rozmezím a podporující síť osob by měla být udržována, nikoli nahrazena.

Někteří z účastníků mají problém uchopit principy tohoto programu. Potom je vhodné zopakovat první fázi, trénink bazálních dovedností. Na druhé straně je možnost využít návazný manuál Stairways, který prohlubuje a rozšiřuje získané dovednosti v první fázi (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002). Jednotlivé součásti programu Stairways znázorňují jeho počáteční písmena (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

S etting Goals (stanovování cílů)

T rying new Things (vyzkoušet si nové)

A nger Managment (zacházení s hněvem)

I mpulsivity Control (kontrola impulzivity)

R elationship Behavior (mezilidské chování)

W riting and Scrip (příprava na těžké situace)

A ssertiveness Training (trénink asertivity)

Y our Choices (trénink rozhodnosti)

S taying on the Track (zůstat vytrvalý)

4.7 Možnosti využití programu STEPPS v rámci sociální práce

V poslední podkapitole se budu věnovat programu STEPPS v souvislosti s jeho potenciálem, který nabízí pro sociální práci. Součástí bude jak jeho současné využití ve světě, tak moje zamyšlení nad možnostmi programu STEPPS v sociální práci v českých podmínkách.

Výhoda programu STEPPS spočívá v jeho variabilitě, je vytvořen tak, aby vyhovoval různě nastaveným zařízením. V USA našel své využití v rámci psychiatrických léčeben, denních zařízení či pobytových zařízení pro nemocné s hraniční poruchou osobnosti a pro osoby závislé na návykových látkách. Po částečné úpravě se stal součástí programu pro mentálně postiženou mládež a zájem o něj projevil také věznic, dnes je využíván například v Kalifornii, Nevadě či Minnesotě (Blum, Black, 2008).

V Německu je program STEPPS běžně využíván formou doprovázející terapie. Na podobné úrovni jako je STEPPS zde klienti absolvují dialektickou behaviorální terapii. Také v Německu je součástí ambulantních, denních a pobytových zařízení. Existuje zde vzdělávací institut pro program STEPPS s názvem Dachverband STEPPS e. V. se sídlem ve Warsteinu. Byl založen v roce 2009 a klade si za cíl co nejvíce rozšířit využití programu (Dachverband STEPPS e. V., 2011).

U nás by bylo možné využít program STEPPS jako součást psychosociální rehabilitace duševně nemocných, o které píše v druhé kapitole. Případně se lze nechat inspirovat jeho dalším zaměřením. Je zřejmé, že v praxi není zacílen pouze na osoby s BPD, ale i na ty, kteří se potýkají s problémovým chováním a s problémy v oblasti regulace emocí. Myslím si tedy, že program je vhodný například pro osoby s agresivním či asociálním chováním, případně jako doprovodná terapie postpenitenciální péče, aniž by u těchto osob byla stanovena diagnóza duševní poruchy.

V závislosti na časovém rámci a možnostech mohou být lekce rozděleny na kratší komponenty a přizpůsobeny počtu účastníků. Ve stacionární péči lze určité části programu využít jako zkoušku, zda je klient schopný absolvovat takto rozsáhlý program, případně klienty včas na účast připravit (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Program STEPPS dle mého názoru, může umožnit jednodušší a více zacílený proces rehabilitace v jednotlivých doménách, které uvádím v druhé kapitole. Neboť naučí člověka dovednostem potřebným ke každodennímu životu. Navíc může být také úspěšným krokem k úzdavě nemocného. Pokud nemocný bude schopen pracovat s projevy své nemoci nebo bude mít alespoň nástroj pro práci s nimi, celý proces rehabilitace se bude moci o něco opřít. Prakticky si představuji situaci klienta, který se účastní vzdělávacího kurzu v rámci rehabilitačního programu a bude jej absolvovat s cílem „dokážu své rodině, že jsem stejně schopný jako všichni ostatní a že nejsem nemocný“. Naopak člověk po terapii v programu STEPPS by mohl být na dobré cestě k uvědomění si „jsem nemocný, znám své limity a vím, že s nimi lze pracovat“. Ten si na začátku rehabilitace bude schopen stanovit cíl zaměřený na konkrétní osobní potřebu, nikoli jako důkaz nezátíženosti nemocí.

Považuji za vhodné program STEPPS zvolit jako vstupní bod pro rehabilitaci ve specifických oblastech, případně jej zařadit jako doprovodnou terapii k rehabilitaci, tak jak je tomu ve světě.

Co se týče konkrétní činnosti sociálního pracovníka, ten by měl v péči o duševní zdraví pracovat s dovednostmi „podpora self – managementu, sebeřízení“. V této oblasti se snaží sociální pracovník motivovat klienta k aktivitě ve vlastním terapeutickém procesu, podporuje ho v určení osobních cílů a práci na nich (Probstová, 2010). Povzbuzuje jej k samostatnosti prostřednictvím podpory v každodenních dovednostech, snaží se také podpořit klienta ve zvládání emocí. Vede jej ke svépomoci (Probstová, 2008). Myslím, že právě tato dovednost ilustruje hlavní body programu STEPPS. Tedy i pracovníci by měli mít pomyslnou „hůlku“, o kterou by se opřeli. Vždyť je jistě možné pro podporu využít dílčí kroky programu například pouze nácvik komunikace nebo naučit se dovednostem v oblasti sociálních vztahů. Využití dílčích kroků případně částečná úprava programu by tak mohla být lépe aplikovatelná i u jiných druhů duševních onemocnění.

5 První krok: Rozumět hraniční poruše osobnosti

Rozhodla jsem se ve své práci podrobněji věnovat prvnímu kroku programu STEPPS. Toto rozhodnutí plyne z mého prvního setkání s programem. V rámci mých zkušeností z odborné praxe jsem se zatím nesetkala při kontaktu s duševně nemocnými s prací na této úrovni, kterou osobně považuji za bazální. Sociální pracovníci často při individuálním plánování s klienty slýchávají v různých variantách tuto větu: „Chtěl/a bych dokázat své rodině/partnerovi/okolí, že nejsem nemocný/á.“ Z této touhy a potřeby jasně plyne skutečnost, že klienti se nesmířili se svojí nemocí a nepřijali ji jako součást sebe samého, se kterou dennodenně žijí. Řada pomáhajících pracovníků se díky tomu potýká s nesnadnou situací a myslím si, že jejich pocit by se dal vystihnout výrazem „bezradnost“. V následující kapitole tedy přiblížím s pomocí dostupných materiálů tuto oblast podrobněji.

Krok číslo jedna s názvem rozumět BPD je rozdělen do dvou týdnů v rámci 20 týdenní terapie, kdy se setkání uskutečňují v předem stanovený čas jednou týdně. V prvním týdnu se účastníci snaží poznat své onemocnění a přijmout jej, v druhém týdnu se pracuje se schématy, o kterých jsem se zmínila v rámci KBT. Jako první se budu věnovat prvnímu týdnu, jehož součástí je také úvodní sezení. Všechny informace uvedené v následujících podkapitolách jsou uváděny v souladu s manuálem pro vedoucí STEPPS terapie, tedy i ve stejném sledu a rozsahu. Vzhledem k tomu, že jsem neprošla školením, uvádím pouze informace, které popisují materiály.

5.1 Úvodní setkání

Úvodní setkání může být součástí prvního sezení nebo se odehrává samostatně a nezasahuje tak do 20 týdenní kontinuity programu. Osobně jsem se setkala se samostatným setkáním, trvajícím necelé dvě hodiny. Považuji jej za vhodné, neboť účastníci se většinou navzájem neznají a úvodní setkání jim dává možnost seznámit se s novým prostředím a lidmi, s kterými budou zanedlouho sdílet své osobní problémy.

Na úvod prvního setkání se představí trenéři a popíší svoji funkci ve skupině. Poté se představují účastníci a účastnice. Jsou vyzváni jednotlivě, každý uvede své jméno, důvody své přítomnosti ve skupině a jednoduše se charakterizuje (práce, koníčky, škola atd.). Pro následující tři sezení si vytvoří cedulky se svými jmény.

Další bodem úvodního sezení je vyplnění *sebehodnocení*. Sebehodnocení se týká oblasti myšlení a pocitů, negativního a pozitivního chování. Pro zaznamenávání je předem připravená tabulka, kde účastníci kroužkují hodnoty od 1 do 5 podle stupně zátěže, kterou pro ně představují mezilidské problémy a omezení při naplňování životních úloh (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Oblast myšlení a pocitů zahrnuje: „(1) Starost, že Vás někdo z vašich významných blízkých plánuje opustit. (2) Podstatné změny v myšlení jako například, že doposud věrného přítele či partnera nepovažujete nyní za důvěryhodného a máte pocit, že Vám chce škodit. (3) Výrazná změna sebevnímání. Změna sebejistoty v pocit „jsem špatný“ a nemá cenu, abych existoval. (4) Značné výkyvy nálady vícekrát za den, kdy i malé změny a události způsobují porušení nálady. (5) Pocit, že jste od ostatních ohrožován, a že Vám záměrně škodí nebo pocit ztráty kontaktu s realitou. (6) Pocit zuřivosti. (6) Pocit prázdnoty. (7) Být bez vůle k životu, omrzlost životem“ (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b, s. 6). Sebehodnocení negativního chování se týká těchto situací: „(1) Zacházíte do krajnosti v případě, že chcete zabránit, aby Vás někdo opustil. (2) Záměrné ubližování si (sebepoškozování) nebo touha spáchat sebevraždu. (3) Problémy s impulzivním jednáním (nikoli pokus o sebevraždu nebo sebepoškozování) jako neomezené utrácení peněz, bezohledná jízda, přejíždání se a podobné. (4) Záchvaty vzteku spojené s rvačkami a ničením předmětů“ (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b, s. 7). Třetí oblastí, která se hodnotí, je pozitivní chování posuzované na základě tohoto jednání: „(1) Uplatnění pozitivního jednání v situacích, které směřovaly k destruktivnímu a sebepoškozujícímu chování. (2) Emocionální těžkosti byly brzy rozpoznány a podnikli jste takové kroky, které problému předcházely. (3) Respektujete dohodnutý plán terapie (úkoly, užívání léků, dodržení ujednané schůzky, terapie atd.) (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b, s. 7).

Sebehodnocení se vyplňuje při každém setkání. Dosažený počet bodů za každé setkání se zapisuje do tabulky, která je vytvořena na celých 20 týdnů. Tyto záznamy umožňují získat grafickou křivku znázorňující stav emocionální intenzity a schopnost využívat naučené dovednosti (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Další částí úvodního sezení je seznámení účastníků s *hlavními zásadami* STEPPS terapie, kam patří co největší účast na sezení. V případě nemožnosti se dostavit, je pravidlem se vedoucím omluvit. Pokud má účastník tři neomluvené absence, je z terapie vyloučen. K dalším zásadám se řadí pravidelné plnění úkolů a nošení

pracovní knihy. Důležitá je také důvěrnost informací, neboť vše, co se stane v průběhu sezení, musí zůstat uvnitř skupiny. Pokud účastníci potřebují něco sdělit svým individuálním terapeutům, nesmí užívat jména účastníků. K úspěšným výsledkům je potřebná aktivní účast. V případě, že přijde situace, která v některém z účastníků vyvolá intenzivní emoce, je důležité, aby byly vyjádřeny. Nebo také mohou opustit místnost a vzít si čas na uklidnění. Verbální vyhrožování a tělesné napadení se řeší opuštěním skupiny, případně vyloučením z ní. V průběhu sezení mají účastníci prostor klást dotazy. Jak už jsem dříve zmínila, osobní problémy, těžkosti by se měly řešit pouze v případě, že se vztahují k aktuálnímu tématu nebo mají význam pro skupinu. Jinak jsou odkázáni na svého individuálního osobního terapeuta. Pokud existuje terapeutický vztah jednoho z účastníků s vedoucím, musí souhlasit celá skupina s touto individuální terapií mimo čas setkávání. Přátelství ve skupině je žádoucí, nesmí se však tvořit uzavřené podskupiny. Informace pro rodinu či blízké jsou předávány na společném setkání, kde se dozvědí více o této poruše osobnosti a získají přehled o dovednostech, které se budou účastníci učit. Po tomto setkání je možné, aby se zúčastnili společného sezení skupiny a viděli, jakým způsobem se zde pracuje (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b).

Účastníci také následně podepisují *smlouvu*, kde přijímají závazek účasti na skupině STEPPS a souhlasí, že budou jedním z jeho aktivních článků. Smlouva se konkrétně skládá ze tří částí. V první je obsažen souhlas s pravidelnou účastí, která představuje hlavní kritérium pro dosažení úspěchu. V druhém bodě se zavazují k pravidelnému plnění domácích úloh jako klíči celého tréninku a v posledním bodě uznávají nutnost respektovat důvěrnost všech informací, vyřčených v průběhu sezení. Smlouva představuje osobní závazek, proto zůstává u samotných účastníků a nevybírají ji vedoucí (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a; Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b).

Na podpis smlouvy navazuje *definice hraniční poruchy* podle DSM IV. Jednotlivá kritéria uvádím v kapitole první na s. 8. Účastníci si procházejí dílčí kritéria a uvádějí si k nim příklady. Vedoucí by měli zdůraznit, že účastníci mohou splňovat různé kombinace těchto kritérií a měli by zhodnotit, do jaké míry každý z nich svoji nemoc akceptuje. Vedoucí nakonec zařazují poruchu osobnosti jako poruchu emocionální stability, která se sebou nese nepřiměřené emocionální reakce a obtíže v regulaci emocí.

Jako další je uváděn *vzdělávací plán* na celých 20 týdnů. Účastníci získají přehled, co je v celém programu čeká, a kterou z dovedností se naučí v jakém týdnu.

Dle mého názoru si takto účastníci mohou být jisti pevnou strukturou, přesně stanovenými kroky v nácviku a požadavky, které na ně budou kladeny v rámci setkávání i domácích úkolů (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b).

Ve chvíli, kdy jsou účastníci zasvěceni do vzdělávacího plánu, seznamují se s *esejí* „Jako horská túra s batohem“, kterou napsal jeden z absolventů programu. Přepis eseje se nachází v příloze č. 2. Pomocí metaforických prvků popisuje bývalý účastník svoji cestu STEPPS programem, co doprovázelo jeho vstup, jaký byl průběh a jaký užitek mu v životě přinesl. Dle mého názoru může být text důležitým motivačním materiálem. Účastníci stojící na začátku své cesty a seznamují se s člověkem se stejnými problémy, které díky programu, své pili a snaze překonal, a nyní vede spokojenější život. Vhodné je v tuto chvíli pozvat také osobně některého z absolventů a přenechat mu slovo, aby seznámil ty, kteří stojí na počátku své cesty se svými zkušenostmi (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Nedílnou součástí je také tabulka, která nese název *dokumentace dovednosti*, zde si účastníci značí, kdy (datum) použili některou z naučených dovedností v oblasti regulace emocí (např. účastník byl schopen změnit centrum své pozornosti - rozptýlit se, dokázal o svém aktuálním stavu hovořit atd.) či chování (účastník pravidelně bral léky, využil aktivity k uklidnění, dostatečně spal, staral se o své zdraví atd.). Dohromady se to týká 13 dovedností. Na úvod každého následujícího sezení je každý z účastníků dotázán, kterou se zatím naučených dovedností využil.

Účastníci si stanovují *cíle*, kterých chtějí dosáhnout v průběhu následujících 20 týdnů STEPPS terapie. Na začátek sepisují hlavní důvody pro účast na STEPPS a způsoby chování, které jim činí největší problémy. Dále si stanovují konkrétní cíle pojící se ke změnám v jednotlivých oblastech. Týká se to oblastí: citových, tělesných, sociálních, ideálů a hodnot, vzdělání, budoucích plánů a dalších. Společně si s vedoucími uvádějí příklady, aby účastníci věděli, jak mají být formulovány.

Poslední díl úvodního sezení a jeho součástí tvoří tzv. *pocitový kalendář*. Každý dostane jednu kopii tohoto kalendáře, který je předtištěn v různých formách. Buď se jedná o hrnec, vulkán či počasí. Jedna z forem je pro názornost uvedena v příloze č. 5. Vedoucí jim poskytují prvotní instrukce, jak s kalendářem nakládat a k čemu slouží. Účastníci jej vyplňují každý den a začínají vždy u nejvyšší hodnoty napětí (5). Dále zaznamenávají situaci, ve které zažili takto silné napětí, doprovázející pocity, tělesné

vjemy, způsob myšlení, schémata, své impulzy k určitému jednání a ráz svého chování. Samozřejmě, pokud vnímají menší intenzitu emocí, vyplňují nižší stupeň a ostatní sloupce nechají prázdné. Opět je sestavena dokumentace, ve které se na rozdíl od sebehodnocení, zaznamenává častost výskytu určité výše hodnot v pocitovém kalendáři.

5.2 Týden první: Onemocnění rozeznat a přijmout

Terapie tedy začíná většinou druhým společným setkáním, které je však počítáno jako první v rámci 20 týdnů. Na začátku dvouhodinového sezení se vyplňuje sebehodnocení a výsledek se zapisuje do tabulky, tak jak je uvedeno v pokynech již zmíněných. Následně se diskutuje o pocitovém kalendáři. Vedoucí se informují, jak náročné bylo ohodnotit se, zda dělali záznamy každý den a vyplňovaly také příslušnou tabulku. Ptají se také, jak prožívali konkrétní stupeň napětí a chtějí, aby jej krátce popsali. Pokud někdo z účastníků prožil emocionální krizi, je dobré, aby zmínil, co ho k této krizi dovedlo. Vedoucí se ujistí, zda účastníci vyplnili dokumentaci užitých dovedností a zda mají sestavený podpůrný tým (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Je dobré, aby se všichni navzájem znovu představili, tentokrát krátce, jen pro „oživení paměti“ (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Poté je pozornost zaměřena na první bod terapie, kterým je schopnost rozpoznat projevy svého onemocnění a přijmout nemoc jako svoji součást. K získání této schopnosti slouží úryvek „Nemoc rozpoznat a přijmout“ uvedený v příloze č. 3. V textu jsou účastníci konfrontováni se svojí nemocí, zaznívá zde, že se jejich onemocnění jmenuje hraniční porucha osobnosti, zmiňuje se intenzita jejich emocí, která ve srovnání s emočními reakcemi ostatních na určité situace, není běžná. V úryvku je uveden názorný příběh. Nemocný pozdraví v supermarketu přítele, který si ho ale nevšimne. Takovou zkušenost má jistě řada lidí a pro velkou část není zdrojem zásadních starostí. Obvyklé vysvětlení je, že přítel byl pravděpodobně tzv. „myšlenkami jinde“, něco v supermarketu hledal, přemýšlel nad problémy v práci, soustředěně vybíral něco v regálu nebo tam bylo hodně lidí, takže nemohl pozdrav slyšet atd. Řada různých vlivů mohla způsobit, že na pozdrav neodpověděl. Avšak pro osobu s hraniční poruchou osobnosti může být tato situace interpretována veskrze negativně a může vést k pocitu méněcennosti, selhání, zrady ze strany přítele a následně k sebezpoškozujícímu jednání (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b).

Po přečtení tohoto úryvku směřuje pozornost k podpůrnému týmu, o němž jsem hovořila v kapitole č. 4. Účastníci si členy podpůrného týmu volí sami. V případě, že má některý z účastníků s volbou problém, může mu vedoucí pomoci vybrat vhodného člověka. Účastníci jsou povinni zprostředkovat informace týkající se tréninku, aby mohli členové podpůrného týmu poskytnout odpovídající druh a způsob pomoci. Autoři dokonce upozorňují účastníky, aby byli vždy vděční za podporu, kterou jim tito lidé poskytují. Členové se zapisují do tabulky, připravené v pracovních listech. Měli by uvést své jméno a telefonní číslo. Všichni členové podpůrného týmu dostávají sepsané pokyny, jak by měli plnit svoji funkci. Konkrétně se jedná o otázky, které by měli klást tomu, koho podporují. Např. „Jakého stupně napětí jsi dosáhl v rámci pocitového kalendáře? Využil jsi pracovní knihu? Které z naučených dovedností jsi využil a v jaké situaci?“ (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b).

Na konec dostávají účastníci seznam úkolů. Pro tento týden je to: přečíst si text „Zkušenosti s hraniční poruchou osobnosti“ (uvedeno v příloze č. 4), přečíst si z dalších zdrojů více o hraniční poruše osobnosti a probrat přečtené s někým z podpůrného týmu, vyplnit cíle pro STEPPS, předat členům podpůrného týmu sepsané pokyny a denně vyplňovat pocitový kalendář.

Úplně na závěr se jim nabízí volný list papíru s bohatým množstvím řádků, kde si mohou zaznamenat, co pro ně bylo na tomto sezení obzvlášť prospěšné (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b).

5.3 Týden druhý: Schémata

Na začátku terapie druhého týdne se opět vyplňuje sebehodnocení, probírá se pocitový kalendář a kontroluje se dokumentace dovedností.

Účastníci mají možnost klást dotazy týkající se diagnózy BPD. Vedoucí by měli vždy otázky usměrňovat tak, aby se opravdu týkaly pouze tohoto typu poruchy osobnosti. Dále se ptají účastníků, jaké byly jejich reakce při četbě o hraniční poruše osobnosti. Následně jsou probírány cíle, které si měli za domácí úkol stanovit (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a).

Tímto končí zahájení, které se bude opět opakovat na začátku příštího setkání a začíná se nové téma s názvem „schémata“.

V rámci programu existuje „schématický dotazník“, kde účastníci kroužkují čísla od 0 do 5 podle toho, do jaké míry souhlasí s daným tvrzením. Cílem dotazníku je zjistit, jaká schémata se u nich vykytují, dříve než se s nimi konkrétně seznámí. Ze zkušenosti plyne, že u většiny účastníků se vyskytují téměř všechna schémata. Účastníkům je v této chvíli ponechána svobodná vůle, zda chtějí test vyplnit. Výsledky si případně zapíší do předpřipraveného listu, ke kterému se budou moci později vrátit (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b).

Následně se v programu dostávají k negativním schématům podrobně popsáním v pracovních listech. Společně si schémata procházejí a věnují se jim. Mezi 10 negativních schémat se řadí: (1) emocionální strádání, (2) strach z rozluky, (3) nedůvěra, (4) méněcennost, (5) selhání, (7) náchylnost k zármutku a nemoci, (8) sebeobětování, (9) vysoké nároky, (10) nárokování.

V následující části uvádím konkrétní popis jednotlivých schémat podle Younga (1999) uvedený v materiálech pro STEPPS terapii (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b).

1. Emocionální strádání

Lidé s tímto kognitivním schématem věří, že vlastní důležité potřeby (např. láska, ochrana, péče-starost atd.) nemohou být naplněny druhými. Těžko si budují důvěru, neakceptují pomoc, jsou samostatní a někdy se tak distancují. Toto schéma může vzniknout, pokud důležité blízké osoby (někdo z rodičů nebo jiní blízcí lidé) neuspokojily potřeby nemocného.

Neobvyklé myšlenky, které s tímto schématem souvisejí, mohou být: Musím dávat pozor sám na sebe, neboť nemohu počítat s nikým jiným. Když někdo tvrdí, že by se o mne postaral, musí tato osoba ode mne něco chtít. Nikdo mi nemůže rozumět. Nezasloužím si dostat to, co chci nebo co potřebuji. Někoho prosit, aby pro mne něco udělal je sobecké (egoistické). Nikdo tu pro mne nebude. Nikdo nesplní má přání.

Myšlenky, kterými se toto schéma změní, mohou být: Existují lidé, kteří o mne pečují (starají se o mne). _____ (jméno) se alespoň částečně o mne stará, aniž by ode mne za to něco čekal. Ačkoliv mi nikdo nemůže zcela rozumět, existují lidé (např. členové jiných skupin, moje terapeutka, dobrý přítel), kteří se pokoušejí rozumět mi a mým potřebám. Učil jsem se, s kým mohu počítat, kdo je tu pro mne (Young, 1999 podle Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b).

2. Strach z rozluky (rozchodu, odloučení)

Lidé s tímto schématem si myslí, že každý, kdo jim stojí nablízku, je dříve nebo později opustí. Aby se vyhnuli strasti z budoucího rozchodu, nenavazují lidé s tímto schématem úzké vztahy nebo činí vědomě či nevědomě něco tak, aby ukončili vztah dříve, než jej může ukončit ten druhý. Dřívější velká ztráta nebo časté delší časové napětí, ve kterém postižená osoba zůstala sama (obzvláště během dětství) může vytvořit takové schéma.

Bezděčné myšlenky, které souvisejí s tímto schématem, mohou být: Každý, koho blíže poznám, mne opět opustí. On/Ona mne tak jako tak opustí, mohu tedy vztah hned skončit. Má-li mě někdo opravdu rád, bude tu vždy pro mě. Nakonec budu sám. Nemohu se s nikým sblížit, neboť mne ten druhý jistě opustí.

Myšlenky, které toto schéma změní, mohou být: _____ (jméno) byl stále při mne. Dokonce i v těžkých dobách. Někteří mne v minulosti nechali na holičkách, ale to neznamená, že to bude dělat každý. Mohu být šťasten, aniž bych byl někým zbožňován (Young, 1999 podle Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b).

3. Nedůvěra

Lidé s tímto schématem si myslí, že není možné důvěřovat jiným, neboť se budou jistě pokoušet je nějakým způsobem využívat nebo zneužívat. Někdo s tímto schématem očekává, že jej jiní zraní, oklamou, budou jím manipulovat, obelhávat, využívat nebo utlačovat. Každé ublížení se děje záměrně. Jako protiopatření by se mohla osoba s tímto schématem pokusit zaútočit nebo investovat do pomsty. Toto schéma může vzniknout dlouhotrvajícím zlým zacházením nebo nespravedlivým jednáním ze strany důležité blízké osoby (obzvláště rodičů).

Bezděčné myšlenky, které s tímto schématem souvisejí, mohou být: Vím, že dříve nebo později budu raněn. Lidé jsou nebezpeční a nedůvěryhodní. Lidé mi budou činit bolest. Musím se chránit. Každá dobrá doba uběhne rychle a poté budu opět raněn. Někdo jiný ví, co cítím a proto mi ublíží. Člověk nemůže nikomu důvěřovat. Byl bych pouze zneužit. Můj partner mi ubližuje, neboť je zlomyslný.

Myšlenky, které mohou toto schéma změnit, mohou být: Ačkoliv mne v minulosti zranil, nic to neznamená, nikdo k tomu nepřihlíží. _____ (jméno) mi nic úmyslně neudělal a mohu mu/ji důvěřovat. Těm, jež jsou mi nablízku, mohu důvěřovat. Neuškodí mi a ani mne nezneužijí pro své účely. Sice existují

nebezpeční lidé, ale existují také dobří lidé. Naučil jsem se, komu mohu důvěřovat. Třebaže mne příležitostně někdo zranil, důvěřuji mu, neboť se tak neděje úmyslně (Young, 1999 podle Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b).

4. Méněcennost (podřadnost)

Lidé s tímto schématem věří, že jsou jiní než ostatní, zatížení nějakým nedostatkem, špatní, nespolečenštlí nebo podřadní. Stane-li se, že je jiní poznají blíže, poznají to. Tento pocit, být nedostatečný, vede často k výrazným pocitům studu. Lidé s takovým schématem mohou reagovat přecitlivěle na kritiku, odmítnutí, obvinění a jednají často omezeně a nejistě v přítomnosti jiných. Toto schéma může mít svoji příčinu v soustavném odmítání ze strany důležitých blízkých osob.

Bezděčné myšlenky, které s tímto schématem souvisejí, mohou být: Nikdo mi nerozumí, neboť jsem jiný. Nikam nepatřím. Všichni jsou v pořádku, pouze já ne.

Myšlenky, které změní toto schéma, mohou být: Jsem milý člověk. Akceptuji sám sebe a mám se rád. Vím, že existuje prostor pro zlepšení a já se budu nadále ve svém životě učit, ale přesto jsem současně spokojen s tím, co nyní jsem. Jsem akceptovatelný v očích jiných a cítím se jako část mého sociálního prostředí (Young, 1999 podle Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b).

5. Selhání

Lidé s tímto schématem si myslí, že jsou neschopní, podat právě tak dobré výkony jako jiní (v povolání, škole nebo sportu atd.). Tito lidé se cítí být hloupí, nevhodní, netaentovaní nebo nevzdělaní a často se ani nepokusí něčeho dosáhnout, neboť si myslí, že ztroskotají.

Bezděčné myšlenky, které s tímto schématem souvisejí, mohou být: Já to neumím. Proč to tedy nezkoušet? Přál bych si, chtěl bych být jako _____ (jméno). Nikdy jsem ještě v ničem nebyl dobrý.

Myšlenky vedoucí ke změně schématu: Mohu dosáhnout cílů, které si stanovím. Vnímám své schopnosti a talent. Mohu růst vlivem situací, se kterými jsem předem neměl ještě žádnou zkušenost. _____ je výzva, kterou bych rád přijal. Jsem kompetentní zvládat každodenní problémy (Young, 1999 podle Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b).

6. Náchylnost k zármutku a nemoci

Lidé s tímto schématem jsou přesvědčeni o tom, že zažijí nějakou nepříznivou, čistě náhodnou katastrofu (finanční ztrátu, přírodní katastrofu, těžké onemocnění, zločin, atd.). Je úplně jedno, jak dobře se momentálně cítí, neboť nepříjemnost čeká již za následujícím rohem. Tito lidé si myslí, že se nevypořádají s každodenními těžkostmi. Mají sklony činit rozsáhlá preventivní opatření, aby se chránili. Mohou se vyhýbat příjemným činnostem, jen aby se vyhnuli nějakému eventuelnímu neštěstí či nehodě. Někteří lidé s tímto schématem nadměrně spoléhají na jiné. Správné rozhodnutí či započetí nového úkolu závisí na mínění ostatních. Toto schéma může začít výrazným traumatem, např. těžkou nemocí nebo ztrátou důležité blízké osoby.

Svévolné myšlenky, jež souvisejí s tímto schématem, mohou být: Nikdy nic nebude fungovat. Budu stále nemocný. Vím, že _____ (něco pěkného) nezůstane jednou pro vždy. Dříve či později to pomine a pak se stane skutečně něco hrozného. Měl bych být připraven na nejhorší, jinak se zklamou.

Myšlenky, které změní toto schéma, mohou být: Aktivita, navozující pozitivní reakce jako zábava, klid, odreagování jsou hodné úsilí a součástí zdravého životního stylu. Hry jsou zdravé, je jedno, zda hraji sám nebo společně s jinými. Hra umožňuje odreagovat se a pečuje o rovnováhu v životě. I když se jeví nějaká situace katastrofální, mohu se s ní většinou vypořádat, sám nebo s pomocí jiných. Sice by se v životě mohly stát hrozné věci, ale to neznamená, že budu trvale raněn (Young, 1999 podle Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b).

7. Sebeobětování

Lidé s tímto schématem si myslí, že musejí obětovat své vlastní potřeby, aby pomohli jiným. Takoví lidé se cítí být vinnými, věnují-li pozornost svým vlastním potřebám. Aby se vyhnuli tomuto pocitu viny, staví potřeby jiných před své vlastní. Zprostředkovávají si tak pocit vlastní identity. Toto schéma vede často k názoru, že vlastní potřeby přiměřeně neuspokojují a dávají to za vinu těm, kterým právě pomáhají. Někteří lidé váhají mezi sebeobětováním a nepřiměřených nároků na sebe sama. Toto schéma může souviset s velmi vysokými požadavky, které se na sebe kladli obzvláště během dětství.

Bezděčné myšlenky, které souvisejí s tímto schématem, mohou být: Abych byl morálně dobrý člověk, musím pomoci každému, kdo pomoc potřebuje. Je nejlepší vzdát

se svých vlastních zájmů, abych se zalíbil ostatním. Nemohu být šťastný, když mne ostatní nemají rádi. Říci někomu „ne“ je sobecké.

Myšlenky, které mohou změnit toto schéma, mohou být: Nemusím dávat jiným nic, abych byl sám se sebou spokojený. Mohu se rozhodnout dávat. I když je dobré dělat něco pro jiné, nejsem pro druhého užitečný, pokud nejsou uspokojeny mé vlastní potřeby. Mohu pomáhat jiným, aniž bych sám ztrácel (Young, 1999 podle Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b).

8. Podřízení se

Lidé s tímto schématem věří, že se musejí podřít jiným, aby se vyhnuli negativním následkům. Vzdávají kontrolu nad svým životem, neboť se k tomu cítí být jinými přinuceni. Tito lidé se často obávají, že na ně budou ostatní zlí nebo je zapudí, když se nepodřídí. Myslí si, že vlastní pocity, názory a potřeby nejsou platné nebo důležité. Vztek bývá často potlačován. Cítí, že nemají žádnou vlastní identitu nebo vnitřní směřování. Může se stát, že jako vyrovnání následuje intenzivní emocionální přimknutí k blízké osobě za cenu, že vlastní individuální vývoj bude opomíjen. Toto schéma může začít tím, že je někdo soustavně devalvován a stává se tak závislým.

Svévolné myšlenky, které souvisí s tímto tématem, mohou být: Mé pocity nejsou důležité. Potřebuji někoho, na něhož se mohu spolehnout. Sám to nezvládnou. Potřebuji někoho, kdo se o mne bude nepřetržitě starat (24 hod denně). Je lepší vzdát se svých zájmů, aby se mnou byli ostatní spokojeni.

Myšlenky, kterými můžeme změnit schéma, mohou být: Jasně stanovené hranice jsou zdravé. Nemusím se nikým nechat ovládat. Jsem zodpovědný za svůj vlastní život. Nemusím být závislý ani na vůli jiných, ani se jejich vůli vyhýbat (Young, 1999 podle Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b).

9. Vysoké nároky

Lidé s tímto schématem věří, že vše co udělají, nemůže být nikdy dostatečné, jak pro ně, tak pro okolí. Stále cítí tlak okolí a snaží se vyhnout kritice. Obvykle si stanovují priority jako život v blahobytu a dostatečný výdělek, o kterém mají představu, že jim zajistí dobré vztahy, zdraví a štěstí. Většina má problémy se uvolnit. Cítí se pod tlakem, jsou kritičtí k sobě i druhým. Toto schéma může mít kořeny v perfekcionalistické výchově rodičů.

Bezděčné myšlenky, které s tímto schématem souvisejí, mohou být: Chyby mě v očích ostatních snižují. Požádat o pomoc je známkou slabosti. Pokud něco nejsem schopen udělat s jistotou správně, nemá cenu ani začínat.

Myšlenky, kterými lze toto schéma změnit, mohou být: Nemusím podávat žádné výkony, aby byl akceptovatelný. Neboť mám svoji hodnotu z podstaty lidského bytí. Akceptuji, že nikdo není dokonalý, včetně mě. Dokážou mě jednoduše potěšit pěkné věci a ostatní lidé a považují to za plnohodnotné.

10. Nárokování

Lidé s tímto schématem si myslí, že mohou udělat a říci vše. Mohou mít všechno, co chtějí právě nyní, bez ohledu na to, zda ostatní zraní nebo je to poštilé. Mají pocit, že jim jiní (a společnost všeobecně) něco dluží. Lidé s tímto schématem mají sklony udržet své mocenské postavení, vnucovat jiným lidem své mínění nebo je kontrolovat. Často ignorují potřeby ostatních. Současně si také nejsou vědomi odcizení vůči ostatním, kterých se jejich chování dotýká. Toto schéma může být reakcí na nepříznivé okolnosti v životě.

Bezděčné myšlenky, které s tímto schématem souvisejí, mohou být: _____ (osoba, organizace, společnost) mi to dluží. Zasloužím si dostat nyní, co chci. Měl bych být schopen _____ mít.

Myšlenky, kterými lze toto schéma změnit, mohou být: Nikdo mi nic nedluží. Nepotřebuji _____, jestli to někoho jiného zraní, nebo mu to škodí.

Za domácí úkol mají účastníci zapsat si do předpřipraveného listu, jaké schéma u sebe rozpoznali. Tento úkol trvá následujících 14 dnů, zápis budou provádět denně.

ZÁVĚR

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo poukázat na nové možnosti práce s lidmi s hraniční poruchou osobnosti na základě specifické metody programu STEPPS a zvážit možnosti využití v rámci sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.

Pomocí materiálů (manuál pro trenéry a pracovní kniha) objednaných z Německa a jejich překladem jsem měla možnost blíže poznat 20 týdenní program pro osoby s hraniční poruchou osobnosti a poruchou regulace emocí a chování, který je založený na poznatcích kognitivně behaviorální terapie. Program kombinuje psychoedukaci a nácvik dovedností, pro který byly vytvořeny speciální pracovní listy. STEPPS terapie začleňuje do procesu významné blízké účastníky, profesionální zdravotníky a další osoby, se kterými účastníci spolupracují na své úzdavě. Terapie je složena z 3 kroků, které na sebe volně navazují. Podrobněji jsem zpracovala první krok, který z dvaceti týdnů zaujímá pouze dva týdny ale pro započetí terapie je z mého pohledu velmi důležitý. Účastníci na začátku poznávají svoji nemoc. Učí se, jak regulovat své emoce a korigovat své jednání s pomocí pracovních listů. Pracují s jádrovými přesvědčeními (schémata). Zjišťují, které z negativních schémat je ovlivňují a seznamují se s myšlenkami, umožňujícími změnu těchto maladaptivních vzorců myšlení.

Program, který vznikl v Americe, je ve světě úspěšně využíván zejména jako doprovodná terapie v různých typech zařízení pro duševně nemocné nebo pro osoby závislé na návykových látkách. Vzhledem k variabilitě programu by bylo možné jej zařadit jako součást psychosociální rehabilitace duševně nemocných také v našich podmínkách. S velkou pravděpodobností by se tím zjednodušil a zefektivnil proces rehabilitace v jednotlivých oblastech, se kterými se pracuje v rámci sociální práce.

Předpokládám, že práce poskytne užitečné poznatky zejména osobám s hraniční poruchou osobnosti, kteří se dennodenně potýkají s rozličnými problémy z důvodu své nemoci. Budou se takto moci seznámit s dalšími možnostmi, jak pracovat s projevy své nemoci, s těžko regulovatelnými emocemi a jak zvládat své chování, které je často zraňující či překvapující pro blízké okolí.

Dále by mohla práce zaujmout ty, kteří s duševně nemocnými pracují a snaží se o jejich integraci a zkvalitnění života. Ať už se jedná o sociální pracovníky, psychology,

psychiatry a další pomáhající profese ze sociální a zdravotní oblasti. Tento program jim nabízí možnost získat v práci s duševně nemocným další nástroj, který je jistě velmi cenný. Zájemci mohou prozatím absolvovat školení pouze v zahraničí. Vzdělávací instituty pro STEPPS terapii jim zprostředkují informace potřebné ke správnému zacházení s programem a zaručí tak maximální využití potenciálu, který STEPPS nabízí.

Jistě by mohla práce zaujmout osoby mající ve své blízkosti duševně nemocného, zejména rodinné příslušníky. Ti se budou moci aktivně zapojit do procesu terapie tím, že jim pomohou s konfrontací programu v běžných životních situacích. Navíc absolvování programu může jistě významně ulehčit soužití s duševně nemocným.

Pro zpracování jsem využila metodu analýzy literárních zdrojů. V práci využívám zejména manuál pro trenéry a pracovní knihu STEPPS – Das Trainingprogramm für Borderline. Dále využívám odborné publikace, zákony, odborné články z časopisů, internetové zdroje, kvalifikační práce a další relevantní zdroje.

Obtížný byl pro mne zejména překlad materiálů a uchopení programu, neboť jsem musela vycházet pouze z dostupných materiálů a neměla jsem často potřebné poznatky z praxe. Nicméně i přes obtíže a vědomí nedostatků své práce, považuji stanovený cíl za splněný.

BIBLIOGRAFICKÝ SEZNAM

BALON, R., KOSOVÁ, J., PRAŠKO, J. (2002). Poruchy osobnosti. In Höschl, C., Libiger, J., Švestka J., *Psychiatrie* (s. 539-565). Praha: Tigris.

BLUM, N., BLACK, D., W. (2008). Systém Training of Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for Treatment of BPD. *Social work and mental health*, č. 6, s. 171-186.

BLUM, N., S., BARTELS, N., E., JOHN, D., St., PFOHL. B. (2002a). *Stepps: Das Trainings Program für Bordeline – Emotionale Krisen bewältigen, Probleme lösen, Alltag gestalten, Beziehungen aufbauen. Trainer – Handbuch*. Bonn: Psychiatrie-Verlag (přeloženo do němčiny 2009).

BLUM, N., S., BARTELS, N., E., JOHN, D., St., PFOHL. B. (2002b). *Stepps: Das Trainings Program für Bordeline. – Emotionale Krisen bewältigen, Probleme lösen, Alltag gestalten, Beziehungen aufbauen. Arbeitsbuch*. Bonn: Psychiatrie-Verlag (přeloženo do němčiny 2009).

COHEN, M., R. (2002). *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál.

DATTILIO, M., F. (2004). Kognitivně behaviorální terapie a budoucnost psychoterapeutické integrace. *Psychiatrie*, č. 2, s. neuvedeno.

DSM IV. (2005). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing.

FALDYNA, Z. (2000). *Hraniční porucha osobnosti: diagnostika, komorbidita a možnosti terapeutického ovlivnění při psychiatrické hospitalizaci*. Praha: Psychiatrické centrum.

FARBIÁKOVÁ, I. (2008). Bariéry v pracovním uplatnění osob s dlouhodobým duševním onemocněním. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 1, s. 77-88.

GRAMBAL, A., SIGMUNDOVÁ, Z., LÁTALOVÁ, K., PRAŠKO, J. (2010). Hraniční porucha osobnosti a její léčba. *Psychiatrie* č. 14, s. 24-25.

- HEJZLAR, P. (2010). Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. In *Na cestě ke komunitní psychiatrii...: sborník k 15. letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví* (s. 120-130). Pardubice: Theo.
- HEJZLAR, P., HALÍŘ, M., FIALA, M. (2010). Komunitní přístup v péči o dlouhodobě nemocné. *Psychiatrie*, r. 14 (3), s. 146–152.
- HLAVSA, M. (2007). *Vnitřní obraz hraniční poruchy osobnosti* (diplomová práce). Brno: Masarykova universita.
- HOLUB, D. (2010). Psychoanalýza a psychoanalytický psychoterapie. In Vybíral, Z., Roubal, J. (eds.), *Současná psychoterapie* (s. 110-146). Praha: Portál.
- KRATOCHVÍL, S. (1997). *Základy psychoterapie: směry, metody, výzkum*. Praha: Portál.
- KULHAVÁ, Z. (2009). *Psychosociální rehabilitace dlouhodobě duševně nemocných* (bakalářská práce). Zlín: Universita Tomáše Bati.
- MÁHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada.
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada.
- MKN-10 (1992). *Duševní poruchy a poruchy chování. Popis klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum.
- MLČÁK, Z. (2003). *Základy psychopatologie*. Ostrava: Ostravská universita v Ostravě, Pedagogická fakulta
- MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. (1999). *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton.
- NAVRÁTIL, P. (2001). *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman.
- NOVÁK, J., ERBANOVA, R. (2007). *Zaměstnávání lidí s duševním onemocněním Sociální firma a diverzita na pracovišti*. Praha: Fokus.
- PASTUCHA, P. (2003). Terapie hraniční poruchy osobnosti – dialektická behaviorální terapie. *Psychiatrie pro praxi*, č. 5, s. 221-222.

- PĚČ, O., VACHKOVÁ, L., WOGURKOVÁ, D., MUŽÍK, J., KŘIVOŠÍKOVÁ, M. (2009). Psychiatrická rehabilitace. In Pěč, O., Probstová, V. (eds.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče* (s. 94-139). Praha: Triton.
- PRAŠKO, J. (2001). Možnosti psychoterapie a KBT u hraniční poruchy osobnosti. *Psychiatrie*, r. 4, s. neuvedeno.
- PRAŠKO, J. a kol. (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J., PAŠKOVÁ, B., PRAŠKOVÁ, H. (2001a). Léčba poruch osobnosti I. *Psychiatrie pro praxi*, č. 1, s. 25-29.
- PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J., PAŠKOVÁ, B., PRAŠKOVÁ, H. (2001b). Léčba poruch osobnosti II. *Psychiatrie pro praxi*, č. 2, s. 73-77.
- PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P. (2010). Kognitivně behaviorální terapie. In Vybíral, Z., Roubal, J. (eds.), *Současná psychoterapie* (s. 195-234). Praha: Portál.
- PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M. a KOL. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton
- PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B., ČERVENÁ, K., PRAŠKOVÁ, H. (2001). Psychoterapie poruch osobnosti a základní aspekty kognitivně – behaviorální terapie. *Psychiatrie*, r. 4, s. neuvedeno.
- PROBSTOVÁ, V. (2005). Sociální práce s duševně nemocnými. In Matoušek, O., Kolářková, J., Kodymová, P. (eds.), *Sociální práce v praxi* (s. 133-159). Praha: Portál.
- PROBSTOVÁ, V. (2008). Sociální pracovník v oblasti péče o duševní zdraví a jeho potřeby vzdělávání. *Sociální práce/Sociálna práca*. č. 1, s. 68-77.
- PROBSTOVÁ, V. (2010). Patnáct let na cestě. In *Na cestě ke komunitní psychiatrii ...: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví* (s. 5-6). Pardubice: Theo.
- RAHN, E., MAHNKOPF, A. (2000) *Psychiatrie: Učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada.
- RÖHR, H., P. (2003). *Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. Praha: Portál.
- SLOVÁKOVÁ, J. (2010). *Život s hraniční poruchou osobnosti* (diplomová práce). Brno: Masarykova universita.

SVOBODA, M. (ed.), ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.

UNGER, D. (2008). *Zkušenost psychoterapeutického vztahu u terapeutů s pacienty s hraniční poruchou osobnosti* (rigorózní práce). Brno: Masarykova universita.

VÁGNEROVÁ, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

VACHKOVÁ, L. (2008). Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné. *Psychiatrie pro praxi*, r. 9 (3), s. 130-133.

VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. (2010). Dnešní psychoterapie. In Vybíral, Z., Roubal, J. (eds.), *Současná psychoterapie* (s. 30-44). Praha: Portál.

WHO (2008). *Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decentní revize*. Praha: Bomton.

WILKEN, J., P., HOLLANDER, D. (1999). *Komunitní přístup k psychosociální rehabilitaci*. Utrecht: SWP Publishers.

Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 31. 3. 2006.

Internetové zdroje

MOŽNÝ, P. (nedatováno): Základní rysy kognitivně behaviorální terapie [online]. Dostupné 26. 5. 2011 z http://www.kbt-odyssey.cz/storage/vycviky/Vycvik%202010-2014/1_setkani_Bystrice/Zakl_rysy_a_indikace_KBT_Mozny.pdf

PĚČ, O. (2008): Psychiatrická rehabilitace a komunitní péče o duševně nemocné [online]. Dostupné 23. 4. 2011 z http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/amepra_brozura_04.pdf

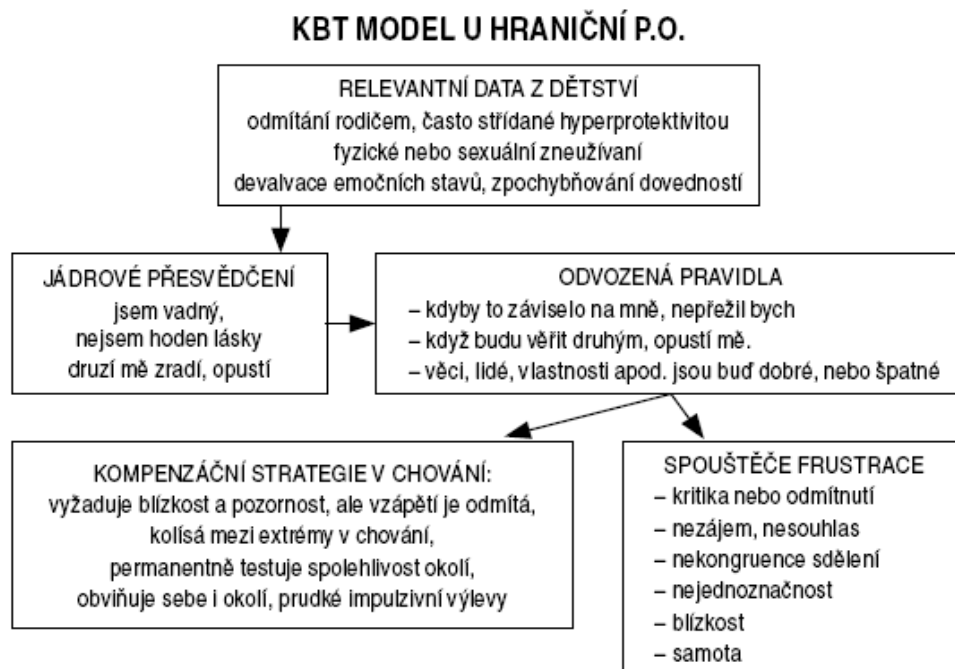
PFEIFFER, J., PĚČ, O., BAUDIŠ, P., STUHLÍK, J. (nedatováno): Politika péče o duševní zdraví v ČR: Cesty k její realizaci [online]. Dostupné 10. 4. 2011 z http://www.cmhcd.cz/images/cast_1_1_3_05.pdf.

ŠUPA, J. (2006): Expertíza pro cílovou skupinu „osoby s duševním onemocněním“: podkladový materiál pro komunitní plánování sociálních služeb ve městě Brně [online]. Dostupné 5. 2. 2011 z <http://www.kpss.brno.cz/index.php?nav01=11279&nav02=11289>.

DACHVERBAND STEPPS e.V. (2011): Förderung und Stabilisierung von Menschen mit Borderline [online]. Dostupné 3. 2. 2011 z <http://www.dachverband-stepps.de/>.

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA č. 1: Model kognitivně behaviorální terapie u hraniční poruchy osobnosti (Praško, Kosová, Pašková, Prašková, 2001b, s. 74)



PŘÍLOHA č. 2: Jako horská túra s batohem (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b, s. 15-17)

Tato esej je čtena společně jako součást úvodního sezení.

Následující esej byla napsána účastníkem programu STEPPS. Jsme velmi vděční za povolení, s nímž můžeme tento text předložit těm, kteří právě začínají své putování.

Způsob, jak mi pomohl STEPPS program lze popsat nejlépe jako horskou túru s batohem. V případě, že jsi ještě nikdy takovou túru nepodnikl, nedělej si starosti, já ti to vysvětlím. Tvým cílem je vysoké pohoří, kde můžeš nalézt nádherné stromy, divoká zvířata, divoce rostoucí květiny, různé tvary kamenů, potoky a vodopády. Vše, co potřebuješ pro následující týden, je uloženo ve tvém batohu. Máš-li již zkušenosti s takovými túrami, je takový batoh dobře organizován a naplněn všemi věcmi, které potřebuješ. Pak víš přesně, co máš, kde se co nachází a k čemu je to možné použít. Tato příprava a tvé předběžné znalosti ti pomohou udělat z tvé cesty fantastický zážitek, dovolenou ve volné přírodě.

Na druhé straně, je-li to tvoje první túra, bude vše probíhat méně hladce. Budeš mít všechny potřebné věci, vše bez čeho máš pocit, že se neobejdeš.

Když už se připravíš, jsi najednou nejistý a ptáš se sebe, jak ses mohl ocitnout v divoké přírodě a především, jak se z ní máš dostat ven. Je to hrozné místo, jsi-li sám na cestách. Místo dovolené se stane tvá cesta náhle vážným bojem o přežití. Můj život je jako život nezkušeného vandrovníka. Můj batoh je naplněn věcmi, které mi dala sebou minulost – jak užitečné, tak nepotřebné předměty. Zdá se mi, jako bych byl na horách sám, vystaven mnoha nebezpečím.

Existují nebezpečná zvířata, převeliké houštiny, obrovské stromy. Kameny, dravé řeky, propasti, bouřky s deštěm, blesky, laviny – a to jsou pouze některé z věcí, kterým nemohu uniknout.

Předměty v mém batohu používám podle nejlepšího vědomí a svědomí, ale ve skutečnosti nemám opravdové tušení, jak je mám používat. Rozumíš, je mi jako by mne jednoduše zde v divočině zanechali a ti, se kterými jsem cestu začal, mne všichni nechali na holičkách. Proto mne také nikdo nenaučil zacházet s věcmi v mém batohu. Tedy učím se tak rychle, jak je to jen možné. Snažím se využít co nejlépe to, co mám a zvládám přežít. Podívám-li se zpět na posledních 21 let, napadne mne, že jsem spal na campingovém vaříči, zatímco jsem vařil na svém spacím pytli, jedl své mýdlo, koupal

jsem se se svým kuchyňským náčiním a používal své hrnce jako polštář. Pokud krouží divá zvěř, utíkám pryč. Zuřím, je-li špatné počasí. Zlobím se na sních. Déšť mne přivádí k šílenství. Celý čas kempování není veselý, snad až nesnesitelný.

Nemohu si udělat přestávku? Nemohu to vydržet! Co je normální? Co je skutečné?

Kdybych věděl, jak mohu použít věci do mého batohu, viděl bych déšť jako výzvu, sních jako dobrodružství a zvířata jako něco nádherného k pozorování a fotografování. Naštěstí mne STEPPS program naučil užívat dovednosti, které se v mém batohu již celou dobu nacházely. Mohu si nyní místo pouhého přežívání života skutečně užívat. Když jsem se účastnil programu poprvé, měl jsem o sobě různé představy. Vypotřeboval jsem všechny své rezervy a jednoduše jsem to vše už nemohl zvládnout. Myslel jsem si, že život je beznadějný, že jsem bez pomoci. Myslel jsem si, že jsem sám, že musím být jediný s těmito problémy. Jsem jediný v pohoří, který neví, jak se v pohoří žije. Něco nemůže být se mnou v pořádku. Jsem neschopný člověk, protože to sám nedostanu ven.

STEPPS program mi ukázal, že k mému přežití přispěly základní prostředky, okolní vlivy a životní zkušenost. Je vlastně překvapující, že jsem tak dlouho přežil. Ostatně jsem se neučil žít v pohoří. Pouze jsem přežíval den za dnem. Zabralo to chvíli, než jsem to poznal.

V prvních osmi týdnech programu jsem byl značně bezradný, když jsem měl používat své nářadí jinak než obvykle, abych mohl žít v horách. Je těžké měnit způsob, jak člověk používá vlastní zažité dovednosti. Mimo to jsem byl dost vzteklý na to, co mne chtěl program naučit.

Tito lidé nevěděli, jaké je to v divočině. Nevěděli, jaké to bylo, být sám. Neměli žádné tušení o tom, co tu říkali. Jak mohli vědět, jak já se cítím?

Bylo mi pak ovšem jasné, že se právě tak nacházeli v horách jiní účastníci a ti měli také problémy se svým životem. Dal jsem programu šanci, neboť můj kamarád z toho měl velký prospěch. Když se na to zpětně podívám, bylo by pro mne jednodušší, kdybych věděl, kam program směřuje. Když jsme začali, naučili mne, že velkou roli při tom hrají má schémata myšlenek, jak použiji předměty v mém batohu a jak o věcech přemýšlím ve svém okolí.

Nu, po 20 týdnech v tréninku stále ještě nemohu říci, že by mé dobrodružství v horách bylo pouze dovolenou. Je to dost tvrdá práce vystoupit na horu. Mé nohy se unaví, nestačím s dechem a někdy ztratím orientaci v mlze. Ale vzhledem k tomu, že stále opakovaně proniká skrz mraky světlo, vím, že existuje naděje. Vím, že jsou v horách jiní lidé. Vím, že stále ještě někdy sklouznu a spadnu. To znamená, že padnu zpět do mých starých zvyklostí, kdy používám náradí jako v dobách, kdy jsem pouze přežíval.

Tedy v žádném případě nejsem vyléčený. Ovšem naučil jsem se, že se s vaříčem vaří, ve spacím pytli spí, příborem jí, mýdlem myje, hlava pokládá na polštář a stan se používá k tomu, abych se chránil před počasím.

Také ty se můžeš pomalu učit, vydržíš-li v programu, vlastníš-li všechny nástroje, které potřebuješ. Nejen pouze přežít, nýbrž i dobrodružně prožít horskou túru. Mohl bych to vidět také negativně, být na horách. Místo toho se pokusím pozorovat věci smířlivě. Domnívám se, že je lepší být na horách než na poušti. Přirozeně vyjdu na skály, padnu do sněhu, musím snést různé počasí. Ale mám také příležitost plavat v řekách a vidět z jiné perspektivy východ a západ slunce než většina.

Již si nemyslím, že mít „borderline“ je nějaké zmrzačení. Spíše mi pomůže pociťovat větší radost, hlubší smutek, silnější zuřivost a výrazný soucit. Mohu rozumět lidem. Přes všechny pocity, které mám vůči své nemoci, mohu považovat život konečně jako dobrodružství, místo abych jej považoval jako věčný boj o vlastní přežití.

Prosím, myslí na to, že nejsi ve svém boji sám. Je mnoho z nás, kteří prošli tímto tréninkem. Někdy musíme tvrdě dít, abychom zůstali na hoře života, ale také se učíme, jak udělat z horské túry dovolenou.

PS: Chtěl bych vyjádřit vděčnost své pastorce, která je nejdůležitějším členem týmu mých pomocníků. Stále mi věřila a stále mi byla k dispozici, když jsem ji potřeboval. Ona byla tím, kdo mi ukázal, že jsem přežívající a měl bych se naučit využívat, co mi dal Bůh. Tak by se stal život jednodušším, neboť již více nespím na vaříči a nevařím na svém spacím pytli. Když jsem tuto cestu začínal, nevěděl ani jeden z nás, jaký bude výsledek, ale ona pevně věřila za nás oba, že to bude lepší než na začátku.

PŘÍLOHA č. 3: Krok 1: Nemoc rozpoznat a přijmout (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a, s. 107-109)

Tento text slouží jako nástroj k prvnímu týdnu programu STEPPS. Je čten v rámci společného setkání.

Lidé s BPD mají často problémy vidět poruchu jako nemoc, zvláště když už jim nemoc ubrala mnoho na jejich zdrojích a sociální podpoře. V tu chvíli by rádi věřili, že jejich nepříznivá situace byla způsobena vlivem jejich špatné schopnosti úsudku, nebo výsledkem toho, jak jiní o ně pečovali. Považovat BPD jako nemoc jim pomůže přijmout odpovědnost za zvládnutí nemoci a vzniklé krize. Trvají-li na názoru, že odpovědnost za to, co se děje, je někde jinde nebo, že nejsou schopni změnit svoji reakci a své chování, tak se momentálně nevyplatí nastoupit do programu. Připravenost akceptovat BPD jako nemoc není na začátku nezbytným předpokladem, aby se profitovalo z tréninku způsobilosti. Ovšem důležitá je určitá otevřenost pro nové zkušenosti a připravenost učit se něco nového. Nejste snad srozuměni s pojmem BPD? Hraniční porucha osobnosti má dlouhou historii v psychiatrickém výzkumu a není tak popsána jako „porucha emocionální stability“, nebo „emocionální nestabilita“.

Lidé s BPD (mluvíme nyní o BPD nebo o emocionální nestabilitě) mají tytéž pocity jako každý jiný člověk, ale emoce jsou zřetelně intenzivnější. Dispozice pro stavy extrémní emocionální intenzity jsou pravděpodobně podmíněny geneticky, to znamená, že se pravděpodobně narodili s dispozicí pro tuto nemoc. To ovšem neznamená, že své emoce a chování nemohou ovládat. Vzhledem k silnému kolísání nálady získávají lidé s BPD často také jiné diagnózy, možné jsou diagnózy bipolární poruchy nebo psychózy. Porucha BPD může být často doprovázena také jinými poruchami, např. poruchou příjmu potravy. Účelem tohoto skupinového programu je Vám přístupně podat dovednosti, se kterými můžete lépe kontrolovat a regulovat intenzivní pocity a Vaše reakce na ně. Není ovšem cílem dopátrat se příčin Vašeho onemocnění. U BPD existují období, ve kterých se pohybují emoce v normálních hranicích. Tato období jsou ovšem přerušována epizodami intenzivní emocionality (emocionálními krizemi).

Tyto nastupující emoce jsou neobvyklé (zloba, strach, radost), ale nestejně intenzivní, než obvykle. Rozdíl v intenzitě může být přitom podstatný. Něco jako mezi letní bouřkou a ničivým orkánem. Mnoho lidí s emocionální nestabilitou umí tyto

emoce v detailu popsat, aniž by při tom působily obzvláště omezeně. Tato zjevná netečnost slouží k tomu, aby se ukrylo to hrozná z této zkušenosti před ostatními.

Což může vést k tomu, že stupeň poruchy může být hodnocen jinými špatně, ti potom říkají: „Oh, tak špatné to zase není. Vypadáš, jakoby ses s tím docela dobře vyrovnal.“ BPD je tedy poznamenána epizodami, ve kterých je redukována schopnost mozku regulovat intenzitu emocí. Tím dochází k zesílení „malých“ pocitů a v zápětí na to k následující eskalaci. Připusťme jako příklad, nacházíte se v supermarketu a kolem Vás projde přítel, aniž by si Vás všimnul a Vy sám jste mu řekl „ahoj“. Okamžitě začnete přemýšlet, co by nemuselo být v pořádku a co jste mohl udělat špatně. Normálně reagujete na tuto situaci běžně, např. tuto situaci přejdete vysvětlením, že Váš přítel byl prostě duchem nepřítomen. Pro osobu s emocionální nestabilitou se může tento průběh změnit. Ten moment vypětí se může vlivem nemoci zachovávat a rozměr každého normálního pocitu se může stupňovat. Vymkne-li se kontrola z rukou, začnou pocity a také Vaše myšlenky ovlivňovat negativní nebo nereálnou interpretaci situace. Pak si můžete myslet: „Nenávidí mne“. „Už se mnou nikdy více nebude mluvit“. „Všichni mne nenávidí“ atd. Tyto myšlenky, povzbuzovány pocity, se mohou stát natolik mocnými, že vůbec nemusí být kontrolovatelné. Stávají se pro Vás pravdou. Nejsou-li správně ovládnuty, mohou se táhnout tyto krize od několika minut až k mnoha hodinám. Během této doby může být pro jiné těžké, odhadnout správně Vaši emocionální situaci (především, když Vy se pokoušíte tajit pocity), což vede často k tomu, že Vaše vysvětlení není bráno vážně. To může u Vás ještě zesilovat pocity (zlobu a frustraci) a vést k tomu, že začnete pochybovat sám o sobě. Během takové emocionální krize se může natropit množství škod. Mohou se porušit vztahy, nebo dokonce rozbít, nebo dojde ke svévolnému poškození chování jako poranění sebe sama, zneužití alkoholu a drog.

Sebepoškozující chování (často spojené se sebevražednými myšlenkami a jednáním) během emocionálních krizí jsou většinou zoufalé pokusy sejmout ze sebe vinu nebo upozornit na jiné vlastní zoufalé situace. Mezi krizemi představuje většinou naopak takové chování pokus vůbec něco cítit. Po krizi jsou pocity často kvůli obavám potlačeny, že by opět mohly vést k nějaké emocionální krizi.

Shrneme-li to, pak je BPD charakteristická obtížemi regulovat pocity. Jednotlivé faktory této poruchy jsou: (1) velmi vysoká senzibilita ve vztahu k emocionálním

spouštěcím impulsům, (2) velmi intenzivní reakce na emocionální spouštěcí impuls, (3) pouze pomalý návrat k vyrovnanému stavu po nějakém silném afektu.

Pět dovedností, které jsou v tomto tréninku zprostředkovány, nejsou jistě jediné, s jejichž pomocí může být nemoc zvládnuta. Nenechte se mystifikovat krátkými indikátory těchto dovedností. Zvládnout je vyžaduje čas, námahu, cvičení a koncentraci. Tím se nemyslí, že je extrémně těžké naučit se je. Používáte tyto dovednosti pravděpodobně již nyní, ale v omezené míře.

Trénink Vám pomůže tyto dovednosti efektivněji užívat, abyste nakládali cíleně se symptomy Vaší nemoci.

PŘÍLOHA č. 4: Zkušenosti s BPD (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002a, s. 114-118)

Tento text je zadán jako domácí úkol v rámci prvního týdne. Účastníci si jej mají přečíst a na dalším setkání jsou probírány jejich reakce při četbě.

Mám nemoc, která se nazývá borderline porucha. Nenávídím tento název. Před jakou hranicí se nacházím? Před tou k zbláznění, zešílení? Označil bych svoji nemoc spíše jako poruchu emocionální intenzity. To zní lidštěji a lépe to popisuje, jak je tato nemoc vnímána. Označení „borderline“ rozšiřuje zděšení a vede k řadě blahosklonných komentářů, které se skrývají za nervózním smíchem těch, u kterých hledám pomoc. Místo toho mne nazývejte manipulativním. Domnívám se, že skutečně nemáte tušení, jak máte se mnou zacházet a to vás „žere“. Moje nemoc vás nutí k tomu, vypořádat se s vlastním strachem před tím, být bezmocný a neschopný.

Nechte mne vyprávět o mé nemoci. Upřednostňuji pojem nemoci v protikladu k psychické poruše nebo podobně. Nemusím se potom tolik stydět. Je to jako diabetes nebo astma. Když to takto nazývám, nemusím se cítit, jako bych byl vinen nebo jako bych mohl na tom něco změnit. I taková nemoc, mi stále umožňuje, cítit se rovnocenným k jiným lidem. Pouze musím umět zacházet se symptomy své nemoci, jak to dělají i jiní. Domnívám se, že část mého mozku je zničená. Domnívám se, že je to ta část, která řídí mé emoce. Je to jako stavidlo nějaké hráze, které zadržuje běsnící proud. Stavidlo může být otevřeno v různých stupních. Buď úplně, napůl, čtvrt a v mnoha a mnoha pozicích mezi tím. Závisle na tom, jak dalece je stavidlo otevřené, proudí voda ven, ta se může náležitě vyřítit, nebo může vykapávat, atd. Inu, moje emocionální stavidlo je právě pokažené. Mé stavidlo zná pouze dvě pozice: úplně otevřené, nebo úplně uzavřené. Emoce proudí ze mne buď bez překážky, nebo se nebezpečně nahromadí. Nevím, co je horší. Když moje emoce vysrší, zdá se mi, že vše kolem sebe rozbíjí. Říkám skutečně hrozné věci lidem a dokonce také těm, kteří pro mne znamenají nejvíce.

Křičím, zuřím a nenacházím konce. Je to hrozné pro ty, kteří se setkají s mými emocemi. Ostatně je to ještě horší pro mne. Neboť nejsem slepý vůči bolesti, kterou způsobuji svým chováním ostatním, a přesto nemohu přestat. Mohu pouze přihlížet, jak se mě veškerá zlá čerň z mého nitra zmocňuje a vše, co je jí dotčeno, ničí. Nemohu udržovat žádná přátelství, moje rodina nechce se mnou společně žít a já si nemohu

udržet žádné pracovní místo. Ještě horší je, že já se sám nenávidím, jsem zcela beznadějný a depresivní.

Jindy, kdy je stavidlo uzavřené, to také není lepší. Přerušený proud se chce ustavičně „vyřítit“. Intenzita, kterou tlačí proti stavidlu, roste. Ale stavidlo se nechce otevřít a já nemám žádný klíč. Proud zuří, bije a řve v nitru. Musím jej vypustit, ale nevím jak. Nastává panika. Nevím, co mám dělat. Potřebuji pomoc. Volám někoho, kdo by mi pomohl. Až ten proud buší už tak silně na stavidlo, že už nemohu slyšet ani své vlastní myšlenky, ani co mi jiní říkají. Prostě to duní v mých uších, cirkuluje to mými tepnami, provrtává to mé srdce. Rádoby ven. Musím to vypustit ven. Vidím nůž nebo zápalky. Vím, že když si způsobím malý řez nebo spáleninu, může ten proud uniknout. Naposledy volám o pomoc. Nemá to smysl. Musím řezat. Po několika minutách je to pryč. Proud se opět uklidní. Klidné časy proudu jsou ty nejpříjemnější a někdy také nejkrutější. Je-li klid, začnu žít. Navazuji přátelství, dostanu práci, hovořím se svoji rodinou. Zdá se, že se věci opět zlepšují a lidé mi začínají důvěřovat. Nebo si snad myslí, že dělám, co bych měl dělat. Snad také, že bych se rád choval slušně. Někteří docházejí k zhoubnému názoru vzhledem k mé nemoci. Myslí si, že bych je chtěl kontrolovat. Mám novinky pro tyto lidi. Proud má svou vlastní vůli. Je to, jako bych byl posedlý démonem, proti kterému nemohu ani bojovat, ani jej ignorovat. Musím se učit s ním žít. Krize přicházejí a odcházejí. Mohou trvat pouze krátké momenty nebo několik hodin. Škoda, která může vzniknout je zničující. Cítím se, jako by mne utlačoval vnitřní démon, stále a stále. Je-li proud aktivní, jsou mé myšlenky deformované. Interpretuji věci tak negativně. Pak se pro mne stávají tyto negativní deformace pravdivými. Ti, jež mi chtějí pomoci, se pokoušejí objasnit a racionalizovat mé chování. To mi ale dává pocit znehodnocení a nedůvěryhodného zařazení, neboť mé vnímání je jiné. Reaguji tedy frustrovaně a zuřivě, neboť začínám o všem na sobě pochybovat.

Již si nevzpomínám na to, kdy ta nemoc začala. Moji rodiče, Zdá se, že se moji rodiče domnívají, že to bylo pozorovatelné již v mém raném dětství. Myslí si, že to bylo jenom ještě horší, čím jsem byl starší. Přirozeně si myslí, že to je jejich vina. Dělají si výčitky. Velmi si tak přejí pro mne vlastní život a pro ně samotné také svůj. Nedůvěřují mému způsobu života a věří, že by se museli o mne starat. Nevědí, ale jak. Přirozeně jsem byl k nim velmi krutý. Můj bratr již více nechce se mnou mluvit. Už ho více nezajímám. Je vzteklý, neboť si myslí, že bych zničil život jeho i život svých rodičů.

Nemám žádné opravdové přátele, jelikož je mi zatěžko, jiným důvěřovat. Zdá se, jako bych prý chtěl mít rodinu a okruh přátel jako profesionály. Lékaři se mi pokoušejí pomáhat léky. Skutečně u mne něco takového nikdy nefungovalo. Když je proud v klidu, myslím si, že takové tablety nemusím brát. Je-li stavidlo uzavřené, a proud se nahromadí, pokusí se doktor mírnit mé napětí uklidňujícími prostředky. Poté, co vypustím svůj proud, stanu se depresivním a беру antidepressiva. Jelikož proud stoupá a klesá sám od sebe a já s ním, myslí si lékaři, že jsem prý bipolární, dostanu tedy lithium. Myslím si, že by mi při mé nemoci nejvíce pomohlo najít profesionály, kteří vědí, že se můj proud dříve či později dostane do ráže. A rozumí tomu, že já s tím nemohu nic dělat a oni také ne. Budou rozumět mému jednání, ve chvílích, kdy musím vypustit „páru“ a neodmítnou mne, když jim zavolám a mé myšlení v emocionálních krizích bude pomatené. Doufám, že znovu začnu věřit, že by mne mohl někdo osvobodit od mých bolestí.

PŘÍLOHA č. 5: Pocitový kalendář (Blum, Bartels, John, Pfohl, 2002b, s. 21)

Gefühlskalender

Datum:



	1	2	3	4	5
Situation					
Gefühle					
Körperliche Empfindungen					
Gedanken					
Schemas					
Handlungsimpulse					
Verhalten					

Füllen Sie den Gefühlskalender jeden Tag aus. Beginnen Sie mit dem höchsten Spannungsgrad (5). Wenn Sie diesen Spannungsgrad erlebt haben, notieren Sie die dazu gehörige Situation. Sonst lassen Sie die Spalte leer. Gehen Sie zum nächsten Spannungsgrad, dann zum 4., 2. und 3. und verfahren Sie in der gleichen Weise. Versuchen Sie, auch die anderen Punkte zu den jeweiligen Spannungsgraden zu dokumentieren. Im Laufe des Trainings werden dazu einige Begriffe noch genauer erläutert.

