

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**Prožívání návratu z pobytu u pacientů
psychoterapeutického oddělení
PL Šternberk.**



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. et Bc. Daniel Říha

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Olomouc 2020

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Prožívání návratu z pobytu u pacientů psychoterapeutického oddělení PL Šternberk.“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne Podpis

Poděkování:

Touto cestou bych rád poděkoval především panu PhDr. Mgr. Romanu Procházce, Ph.D. za odborné vedení práce. Velké díky dále patří Mgr. Evě Kochtové, Bc. Miroslavě Langmannové a MUDr. Michalu Krylovi za umožnění přístupu na psychoterapeutické oddělení PL Šternberk a pomoc při získávání participantů do studie. Díky tak patří i MUDr. Zuzaně Pindřákové za pomoc s kontaktováním navrátilivších se pacientů.

Obsah

ÚVOD	7
1. NEUROTICKÉ, STRESOVÉ A SOMATOFORMNÍ PORUCHY.....	9
1.1 . ÚZKOST, STRACH A FOBIE	9
1.2 . CHARAKTERISTIKA A PŘÍZNAKY ÚZKOSTNÝCH PORUCH	9
1.3 . PREVALENCE ÚZKOSTNÝCH PORUCH VE SVĚTĚ A V ČR	10
1.4 . ETIOPATOGENEZE A PATOFYZIOLOGIE	10
1.4.1. UAMA – <i>uncertainty and anticipation model of anxiety</i>	12
1.5. KLASIFIKACE ÚZKOSTNÝCH PORUCH DLE MKN 10.....	15
1.5.1. <i>Fobické úzkostné poruchy (F40)</i>	15
1.5.2. <i>Jiné anxiózní poruchy (F41)</i>	16
1.5.3. <i>Obsedantně-nutková porucha (F42)</i>	17
1.5.4. <i>Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43)</i>	18
1.5.5. <i>Disociativní (konverzní) poruchy (F44)</i>	20
1.5.6. <i>Somatoformní poruchy (F45)</i>	22
<i>Jiné neurotické poruchy (F48)</i>	23
2. LÉČBA ÚZKOSTNÝCH PORUCH.....	25
2.1. FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA ÚZKOSTNÝCH PORUCH.....	25
2.1.1. <i>Antidepresiva</i>	26
2.1.2. <i>Anxiolytika a další preparáty</i>	28
2.2. PSYCHOTERAPIE ÚZKOSTNÝCH PORUCH	28
2.2.1. <i>Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)</i>	30
2.2.2. <i>Psychodynamická psychoterapie</i>	32
2.2.3. <i>Komunitní a skupinová psychoterapie</i>	33
2.2.4. <i>Relaxační a meditační techniky v léčbě úzkostných poruch</i>	34
2.3. PSYCHOTERAPEUTICKÉ ODDĚLENÍ PL ŠTERNBERK	35
3. VÝZKUM PROCESU ZMĚNY V PSYCHOTERAPII A ÚČINNÉ FAKTORY SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPIE.....	38
3.1. HISTORIE VÝZKUMU PSYCHOTERAPIE	38
3.1.1. <i>První fáze (1920-1954)</i>	38
3.1.2. <i>Druhá fáze (1955-1969)</i>	39
3.1.3. <i>Třetí fáze (1970-1983)</i>	41
3.1.4. <i>Čtvrtá fáze (1984-současnost)</i>	41
3.2. PROCES ZMĚNY V PSYCHOTERAPII.....	42
3.2.1. <i>Change process research</i>	43
3.2.2. <i>Follow-up studie</i>	44

3.2.3 Výzkum prožívání po ukončení psychiatrické hospitalizace.....	46
3.3. SPOLEČNÉ FAKTORY PSYCHOTERAPIE	49
3.4. ÚČINNÉ FAKTORY SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPIE	52
4. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	57
4.1. CÍLE VÝZKUMU	58
4.2. VÝZKUMNÉ OTÁZKY	58
4.3. VÝZKUMNÝ SOUBOR, SBĚR DAT A JEJICH ANALÝZA	58
4.4.1. Výzkumný soubor	59
4.4.2. Sběr dat a jejich analýza.....	61
4.4.3 Etické pozadí výzkumu.....	62
4.4.4. Reflexe výzkumníkových představ spojených s cílem práce	62
5. VÝSLEDKY	64
5.1. PAN PŘEMYSL.....	65
5.2. PANÍ SABINA	72
5.3. PANÍ IDA	77
5.4. PAN JINDŘICH.....	83
5.5. PANÍ KLÁRA	87
6. VÝSLEDKY TEMATICKÉ ANALÝZY.....	94
6.1. VLASTNÍ PROSTOR A PROSTOR DRUHÝCH	94
6.2. KOMUNITA A SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE	95
6.3. PROCES A ZMĚNA	96
6.4. REŽIM A PRAVIDELNOST	97
SHRNUTÍ VÝZKUMNÉ ČÁSTI	100
DISKUZE.....	102
ZÁVĚRY.....	111
SOUHRN	113
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	116
ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE	122
ABSTRACT OF THESIS	123
PŘÍLOHY DIPLOMOVÉ PRÁCE:.....	124
PŘÍLOHA Č. 1: INFORMOVANÝ SOUHLAS	125
PŘÍLOHA Č. 2: OSNOVA ROZHOVORU.....	126

PŘÍLOHA Č. 3: UKÁZKA KÓDOVÁNÍ TEXTU	127
--	------------

Úvod

Dle statistik Světové zdravotnické organizace z roku 2017 patří úzkostné poruchy mezi nejčastěji diagnostikovaná duševní onemocnění v Evropě. Projevují se četnými psychickými i tělesnými příznaky a mají často destruktivní vliv na kvalitu života. V průběhu let vznikl bezpočet biologických, filosofických, psychologických či neuropsychologických teorií jejich vzniku a léčby. Mezi jednoznačně doporučené postupy léčby tzv. úzkostných poruch patří psychoterapie. Ta je nabízena v individuální i skupinové formě.

V Česku lze mezi další možné formy dostupné péče zařadit tzv. komunitní psychoterapii, která, alespoň dle zjištění autora, je v případě léčby úzkostných poruch ojedinělým fenoménem. V jiných zemích je komunitní psychoterapie určena především pro lidi trpící poruchami osobnosti, pro lidi se závislostní a kriminální problematikou a pro lidi s onemocněním HIV/AIDS. Nabízí se tak velký prostor pro možný výzkum efektivity této formy psychoterapie, procesů změny a dalších fenoménů. Vzhledem k probíhající snaze o modernizaci psychiatrické péče se komunitní psychoterapie se svým celostním zaměřením jeví do budoucna jako vhodná alternativa či doplněk psychoterapeutického procesu, a mohla by si tak zasloužit větší podporu i mimo zdravotnická zařízení.

Autor diplomové práce si sám prošel komunitní psychoterapeutickou zkušeností na psychoterapeutickém oddělení PL Šternberk. Rozhodl se pro bližší průzkum toho, jak pacienti, kteří program úspěšně absolvovali, prožívají po osmi týdnech strávených v komunitní léčbě návrat do každodenního života. Jedná o léčbu ve zdravotnické instituci, která má pevně daný režim a pravidla, zároveň má za pomoci četných terapeutických faktorů vést pacienty k adaptivnějším formám chování a myšlení. V každodenním životě se ale lidem obvykle nedostává takové míry emoční podpory, prostoru a možností práce na sobě jako v terapeutické komunitě. Myšlenka návratu do každodenního života tak působí jako prubířský kámen toho, co si pacienti z léčby odnášejí.

Cílem práce je zachytit individuální aspekty prožívání návratu do běžného života s ohledem na průběh pobytu na psychoterapeutickém oddělení. Autor si klade otázku, zda pacienti cítí změnu ve vlastním prožívání, a pokud ano, jak změně rozumí. Táže se, zda jejich vztah vůči sobě či druhým prošel po návratu z pobytu nějakou změnou, a pokud ano,

jakou. Jaké byly zdroje jejich podpory při návratu? Obdobné výzkumy byly v odborných databázích nalezeny pouze dva. Z Norska (Eldal, Natvik, Veseth, Davidson & Moltu, 2019), kde se badatelé věnovali pacientům různých psychiatrických ústavů a z Iránu (Rezaie & Phillips, 2020), ve kterém autoři popisují potřeby iránských žen se závažnými duševními poruchami po návratu z hospitalizace. Lze se domnívat, že diplomová práce může poskytnout podklady k výzkumu jednotlivých fenoménů (ať už se jedná o přístupy, techniky, psychoterapeutickou komunitu jako takovou), které mohou být označeny jakožto nápomocné. Zároveň může rozvinout i debatu a následné bádání, zdali je komunitní psychoterapie efektivní, či nikoliv. Práci lze zároveň využít jako inspiraci a nabídku pro pacienty trpící úzkostnými poruchami, kteří zvažují intenzivnější léčbu, než je samotná individuální psychoterapie a farmakoterapie. Může také pomoci budoucím pacientům psychoterapeutického oddělení PL Šternberk nejen v oblasti poznatků respondentů práce, ale i prostým faktem, že nejsou sami, kdo může mít obtíže při návratu do každodenního života po tak dlouhém a intenzivním pobytu.

1. Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

První kapitola teoretické části diplomové práce představuje úzkostné, stresové a somatoformní poruchy z hlediska prevalence, etiopatogeneze a patofyziologie. Jsou v ní popsány jednotlivé poruchy klasifikované MKN 10 a dle potřeby jsou okomentovány ze sekundárních zdrojů. Závěr kapitoly se věnuje biologické a psychoterapeutické léčbě úzkostných poruch.

1.1. Úzkost, strach a fobie

Praško (2005) pojímá úzkost jakožto „*nepříjemný emoční stav, jehož příčinu není možné přesněji definovat. Je to pocit, jako by se něco ohrožujícího mělo stát, ale postižený si neuvědomuje, co by to vlastně mělo být.*“ Úzkost je podobně jako strach založena na pocitu ohrožení, liší se od něj však tím, že příčina není zřetelná (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Úzkost hraje základní signální roli pro lidský organismus, patologická úzkost je ovšem kvantitativně odlišná, neboť ji člověk prožívá velmi intenzivně, často a velice špatně ji snáší (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Fobie je pak relativně stálá vazba strachu na konkrétní spouštěcí situaci (Praško, 2005), například fobie z pavouků, uzavřených prostor, výšek a jiných specifických situací.

1.2. Charakteristika a příznaky úzkostných poruch

Musil (2006, 109) uvádí, že „*neurotické poruchy jsou typické především změnou prožívání, ale pod vlivem narušených emocí se mohou měnit i tělesné reakce, uvažování a chování.*“ S úzkostí je obecně spojen pocit ohrožení a s ním související emoční odezvy v podobě pocitu strachu, nejistoty, napětí a úzkosti. Při jakémkoliv zhoršení psychické (ale i fyzické) zátěže se tyto subjektivně nepříjemné pocity zhoršují a vedou k nadměrným obavám, úzkostnému ladění a nadměrné psychomotorické aktivizaci (Musil et al., 2006; Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Při častém výskytu takových stavů vznikají obranné a často neproduktivní strategie, které pak má daný člověk tendenci používat při jakékoliv obdobné situaci. Jak Musil (2006)

upozorňuje, takové maladaptivní reakce pak mají sklon se zafixovat, přestože dlouhodobě nijak neulehčují od zátěže.

Chování člověka trpícího úzkostnou poruchou může působit nápadně a neobvykle, ale není narušeno hodnocení reality, neboť u úzkostných poruch si daný člověk změny v chování a prožívání uvědomuje (Musil, 2006).

Úzkostné stavy mohou kromě zmíněných pocitů doprovázet somatické příznaky – zrychlený dech, bušení srdce, třes, bolesti hlavy a břicha, závratě, pocity na omdlení, pocení, návaly horka či zimnice, dále ztuhlost či pocit mravenčení v končetinách, sevření v krku a pocity dušení (Musil, 2006).

1.3. Prevalence úzkostných poruch ve světě a v ČR

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2017) je ve světě kolem 263 milionů lidí trpících úzkostnými poruchami, což čítá 3,6 % světové populace. Na evropský region spadá zhruba 36.17 milionu lidí trpících úzkostnými poruchami (z 263 milionů činí 14 %).

V roce 2017 (ÚZIS, 2018) bylo celkově hospitalizováno 7224 pacientů trpících úzkostnými poruchami. Honzák (2005) odhaduje celoživotní prevalenci úzkostných poruch na 20 %.

1.4. Etiopatogeneze a patofyziologie

Vzhledem k tomu, že tato skupina poruch má bohatý klinický obraz, není ani určení konkrétních mechanismů vzniku úzkostných poruch jednoduché. Jak připomíná Orel (2016, 187), jedná se o „*multifaktoriální etiopatogenezi vycházející z celého biopsychosociálního spektra*“. Vědci se tak v současných výzkumech soustředí především na jednotlivé poruchy, v další podkapitole je představen komplexnější neuropsychologický model úzkosti na principu nejistoty.

V popředí výzkumu neuronálních korelátů úzkosti stojí dvě hlavní složky nervové aktivity, sice emocionální a behaviorální (Martin, Ressler, Binder & Nemeroff, 2009). Dle Martin et al. (2009, 1) se emocionální centra mozku obvykle dávají do spojitosti s limbickým systémem, který zpracovává veškeré informace týkající se tělesných procesů: „*Limbický*

system integruje smyslové, afektivní a kognitivní složky bolesti a zpracovává informace týkající se vnitřního tělesného stavu.” Významnou složkou tohoto systému je hipokampus, který je vázán na hypotalamo-hypofyzární osu. Ta zprostředkovává komunikaci mezi nervovým a endokrinním systémem zajišťujícím adekvátní psychofyziologickou reakci na ohrožení. Hypotalamo-hypofyzární osa je tak odpovědná za průběh úzkostné/stresové reakce, tedy útěkovou či útočnou reakci, popřípadě ustrnutí. Hipokampus tuto osu dokáže do jisté míry inhibovat, tím pádem má potenciál ovlivnit míru stresové reakce a celkově přispívat k odolnosti vůči nečekaným a nepříjemným událostem stejně jako vůči dlouhodobému stresu. V tom je rozhodující jeho velikost. Hipokampus doprovází procesy, které ústí v ukládání informací do dlouhodobé paměti. Pracuje především s deklarativní pamětí, tedy úzce souvisí s volným učením. Významnou roli v učení hraje rovněž amygdala, která je zodpovědná za tvorbu paměťových stop doprovázených silným emocionálním obsahem, je zásadní pro tvorbu implicitní paměti, která je na rozdíl od deklarativní podstatně hůře identifikovatelná. Obě tyto složky pak vytvářejí obranné mechanismy a strategie, které slouží k adaptaci na okolní prostředí (Roman, Světlák, Damborská, Kukleta, 2014). Autoři této studie poukazují na to, že úzkostnější jedinci mají zhoršenou schopnost vyhasínání úzkostné reakce, která se následkem podmiňování naopak posiluje, a celý systém se tak stává dysfunkčním. Zvyšuje se ostražitost vůči okolí, připravenost reagovat na potenciální nebezpečí, a tak se situace, které za normálních okolností nejsou ohrožující, ohrožujícími stávají.

Patofyziologie této skupiny poruch se projevuje především dysfunkcí metabolismu serotoninu a noradrenalinu (Orel, 2016). Především serotonergní systém je dlouhá léta středem pozornosti (Gordon & Hen, 2004). Konkrétně receptor 5HT1A byl identifikován jako významný anxiolytický činitel. *„Prodloužená aktivace těchto receptorů v hipokampu zvyšuje neurogenezi, která rovněž působí anxiolyticky, především pak v průběhu lidského vývoje (dětství, dospívání) umožňuje normalizovat úzkostné reakce.”* (Gordon & Hen, 2004, 34-35). Role noradrenalinu v patofyziologii úzkostných poruch není dosud tak detailně prozkoumána jako v případě serotoninu, nicméně především farmakologické studie ukazují, že i metabolismus noradrenalinu se významně podílí na zvýšení či snížení úzkosti (Baldwin, 2006). V průběhu let se vyskytly obavy, že při podávání antidepresiv fungujících na ovlivnění serotonergního a noradrenergního systému se může navýšit úzkost kvůli nadměrné aktivitě noradrenalinových receptorů. Ta je u úzkostných stavů obvykle zaznamenávána. Souhrnná studie však tento odhad nepotvrdila, poukázala naopak na

„noradrenergí paradox“, tedy že kombinovaná zvýšená aktivita serotonergního a noradrenergního systému umožňuje úzkost léčit (Montoya, Bruins, Katzman & Blier, 2016).

1.4.1. UAMA – uncertainty and anticipation model of anxiety

Neuropsychologická teorie Grupeho a Nitschka (2013) čerpá z četných laboratorních pokusů na savcích a zároveň z výzkumů kognitivně-behaviorálních modelů úzkosti. Autoři pojímají dvě základní myšlenky, na kterých svou teorii následně rozpracovávají:

1. Zvýšená anticipační úzkost z nepříjemných událostí může být pro pochopení psychologických a neurobiologických mechanismů úzkosti podstatně důležitější než samotná úzkostná reakce.
2. Úzkost je spojena s předjímáním a vytvářením scénářů týkajících se budoucnosti.

Nejistota znemožňuje převzít stoprocentní kontrolu nad budoucími událostmi, což je dle autorů častým zdrojem obtíží u úzkostných poruch. Pokud má člověk určitou úroveň jistoty ohledně budoucích událostí, je schopen v nich pak reagovat v různé míře efektivně a adekvátně. V případě naprosté nejistoty pak užívá neefektivní a fyzicky i psychicky velmi náročné strategie.

Grupe a Nitschke (2013) předkládají celkem pět fenoménů, které jsou pro teorii zásadní – přehnaný odhad vynaloženého úsilí a pravděpodobnosti hrozby; zvýšená bdělost a ostražitost; nedostatečné bezpečnostní učení; vyhubavé chování a myšlení; zvýšená reaktivita na neznámé hrozby.

1. Nadhodnocený odhad vynaloženého úsilí a pravděpodobnosti hrozby

Ve studii je poukázáno na to, že i ve chvílích, kdy jedinci pouze přemýšlí o negativních událostech (jakkoliv pravděpodobných), vykazují poměrně silné zkreslení úsudku¹. To se projevuje tím, že pravděpodobnost těchto událostí zveličují. Jejich odhad úsilí, které by museli vynaložit na zvládnutí hypotetických scénářů, je rovněž zvýšené. Tyto výsledky jsou konzistentní se starší studií Kristin Mitte (2007), jež uvádí, že samotná

¹ Judgment bias

pravděpodobnost odehrání se hypotetického scénáře je pro úzkostné jedince méně významná než samotný odhad vynaloženého úsilí na jeho zvládnutí.

Grupe a Nitschke (2013) svou teorii podporují procesy na neuronální úrovni. Orbitofrontální kortex, který je zodpovědný za komplexní zvažování jednotlivých situací a v jistém smyslu kalkuluje, nakolik bude náročné je zvládnout, vykazuje abnormální aktivitu. Stejně tak dorsomediální oblast, která souvisí s tím, nakolik jsme schopni odhadnout pravděpodobnostfenomenů, s nimiž jedinec přichází do kontaktu.

2. Zvýšená bdělost a ostražitost

Metaanalýzy Kolesar et al. (2019) naznačují, že u úzkostných poruch je významně zvýšená činnost amygdaly, u anteriorního laloku mozečku byla zaznamenána snížená schopnost emoční regulace a pracovní paměti. Grupe a Nitschke (2013) podkládají teorii tím, že právě nadměrná činnost amygdaly podporuje zvýšenou bdělost. Pacienti trpící úzkostnými poruchami vyhodnocují situace, které jsou jen potenciálně ohrožující, jakožto nadměrně ohrožující. V rámci modelu nejistoty a úzkosti toto zjištění zapadá – vlivem zvýšené ostražitosti je objekt, který může a nemusí být ohrožující (zde ona nejistota), téměř vždy interpretován jako ohrožující. Tento moment nazývají „interpretačním zkreslením“².

Autoři poukazují na to, že nadměrně aktivovaná amygdala je u lidí trpících úzkostnými poruchami nejčastěji spojována s fenoménem strachu. Sami však mají za to, že podstatnější je princip nejistoty – lidé trpící úzkostnými stavy mají narušené diskriminační učení, tedy zažívají úzkost jak v přítomnosti vodítek indikujících bezpečí, tak těch, které indikují nebezpečí (Lissek et al, 2008). Amygdala je napojená na ventrální striatum a orbitofrontální kortex, což hraje zásadní význam v odhadu ohrožení z okolí. V souvislosti s naučeným diskriminačním učením by se pak dalo říci, že nadměrná činnost amygdaly může být projevem zvýšené ostražitosti a bdělosti jak vůči přítomným, tak budoucím událostem či fenoménům.

3. Nedostatečné bezpečnostní učení

Bezpečnostní učení je zodpovědné za vyhledávání bezpečných vodítek, která mohou zajistit eliminaci či zmírnění pocitu ohrožení. Amygdala v propojení s ventromediálním prefrontálním kortexem vytváří systém umožňující vztahování se vůči bezpečným vodítkům, tedy fenoménům zajišťujícím bezpečí. Tento systém je zároveň zodpovědný za

² Interpretation bias

vyhasínání úzkostné reakce vůči podmíněným podnětům (tedy oněm dvojznačným podnětům, ke kterým si lidé trpící úzkostnými poruchami vytvořili negativní vztah). U těchto lidí je zaznamenán pokles aktivity v této oblasti, vzniká tím neschopnost vyhledávat bezpečná vodítka a zároveň roste možnost neustálého posilování ohrožujících fenoménů, čímž se opět významně posiluje princip nejistoty.

4. Vyhýbavé chování a myšlení

Jak píše Praško (2012), vyhýbavé chování a myšlení jsou strategie redukující úzkost, jež jsou postupně podmiňovány nepříjemnými situacemi, kterým se pak osoba trpící úzkostí snaží vyhýbat. Grupe a Nitschke (2013) lokalizují primární oblast týkající se podmiňování vyhýbavého chování v amygdale, orbitofrontálním kortexu a laterálním prefrontálním kortexu. Sousedné posilování vyhýbavého chování značně zvyšuje nejistotu ohledně budoucích událostí. Tato zvyšující se nejistota následně opět vede ke značnému posilování vyhýbavého chování a myšlení.

5. Zvýšená reaktivita na neznámé hrozby

Jak je psáno výše, pro osoby trpící úzkostí je budoucnost velmi stresujícím fenoménem plným nejistoty. Vezme-li se v potaz souhrn předchozích kapitol, výsledkem je velká nejistota spojená s úzkostí, která je neustále posilována vyhýbavým chováním a myšlením, neschopností rozpoznat zabezpečující vodítka pro zajištění bezpečí. Sečteno s nadměrnými odhady již jen hypotetických ohrožujících scénářů není překvapením, že jedinci trpící úzkostmi jsou nadměrně reaktivní vůči jakýmkoliv možným hrozbám. Studie (Sarinopoulos et al., 2010, Kolesar et al., 2019) naznačují, že hrozby, které nejsou předvídatelné, mají mnohem větší negativní dopad na jedince nežli předvídatelné hrozby.

Dle autorů (Grupe a Nitschke, 2013) je teorie solidně opřena o důkazy na neurologické úrovni. Naznačují, že nejistota je ústředním prvkem, jenž doprovází úzkost a s ní spojené fyziologické procesy.

1.5. Klasifikace úzkostných poruch dle MKN 10

10. revize mezinárodní klasifikace nemocí (2002) řadí úzkostné poruchy do kategorie F10-F48 - Neurotické, stresové a somatoformní poruchy.

Tyto poruchy jsou rozděleny do několika skupin podle dominujících vlastností daných poruch. Úzkostné poruchy celkově obsahují širokou škálu diagnóz včetně doprovodných příznaků, což rovněž vysvětluje obtížnost či nemožnost vytvoření monofaktoriální hypotézy vysvětlující příčiny úzkostných poruch.

1.5.1. Fobické úzkostné poruchy (F40)

F40 tvoří skupinu diagnóz, u kterých dominuje úzkost z dobře ohraničených situací, které nejsou objektivně ohrožující, ale pacient v nich trpí úzkostí, pocity ohrožení, které doprovází rozmanité somatické příznaky – zrychlený dech, bušení srdce, tunelové vidění, třes. Mezi psychické příznaky patří pocity na omdlení, strach ze smrti, onemocnění, ztrapnění na veřejnosti a hodnocení druhých. Pacienti trpící tímto spektrem poruch zažívají silnou anticipační úzkost a fobickým situacím se vyhýbají. Tato kategorie se může pojít i s depresivní symptomatikou.

Agorafobie (F40.0.)

Agorafobie se pojí se strachem z opuštění domova a z konkrétních situací, kde nemusí být dostupná pomoc, kde je přítomno větší množství lidí, či kde se nachází otevřené prostranství. Lidé trpící agorafobií mohou mít strach cestovat o samotě (obvykle v letadle, vlaku, autobusu či v autě). Agorafobie je komorbidní s panickou poruchou, ale vzhledem k tomu, že se objevuje vyhýbavé chování, nemusí agorafobici zažívat bezprostřední úzkost.

Sociální fobie (F40.1.)

Pacienti trpící sociální fobií zažívají úzkost při styku s lidmi, neboť se z jejich strany obávají posuzování, a tak se kontaktu vyhýbají. Dušek a Večeřová-Procházková (2015) podotýkají: „*Fobie mohou být konkrétní (jídlo, mluvení na veřejnosti, setkávání se s lidmi opačného pohlaví), nebo naopak difuzní, což se týká všech sociálních situací mimo rodinu.*” Sociální fobii často doprovází nízké sebehodnocení, pocity hodnocení ze strany

druhých osob, obavy ze ztrapnění se. Tito lidé často zažívají anticipační úzkost. Mezi projevy patří nadměrné pocení, třes končetin, závratě a nutková potřeba močit, což zažívanou úzkost o to více zvětšuje, neboť se pacienti často domnívají, že okolí jejich obtíže vnímá a hodnotí. Prožívaná úzkost může přejít až do stavu panické ataky (MKN 10, 2002)

Specifické (izolované) fobie (F40.2.)

Kategorie zahrnující velmi specifické události, kdy pacient zažívá úzkost. Například v blízkosti zvířat, při hřmění, v letadle. Rovněž se může týkat mytí rukou či vyprazdňování ve veřejných budovách, návštěv u lékařů. Je přítomna anticipační úzkost a prožívání samotné situace může rovněž vyvrcholit do panické ataky.

A dále **jiné anxiózně fobické poruchy (F40.8.)** a **anxiózně fobická porucha NS (F40.9.)**.

1.5.2. Jiné anxiózní poruchy (F41)

Skupina úzkostných poruch, kde je úzkost primárním příznakem, na rozdíl od předchozí skupiny se ovšem neomezuje na konkrétní situace. Často jsou přítomné obsedantní a depresivní symptomy.

Panická porucha (epizodická záchvatovitá úzkost) (F41.0)

Lidé trpící panickou poruchou opakovaně zažívají záchvaty masivní úzkosti, které na rozdíl od fobických situací nejsou předvídatelné, je tedy přítomná velká anticipační úzkost. Jsou doprovázeny jak somatickými – tunelové vidění, bušení srdce, zrychlený dech, nadměrné pocení, třes končetin, tak psychickými příznaky – úzkost, závratě, disociativní stavy derealizace a depersonalizace. Tato porucha se může pojít i s depresivní poruchou, je však nutné zjistit, zdali je panická porucha diagnóza primární či sekundární. Dušek a Večeřová-Procházková (2015) upozorňují, že pro splnění této diagnózy nesmí být přítomny úzkostné symptomy mimo ataky.

Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)

Oproti předchozím diagnózám se generalizovaná úzkostná porucha vyznačuje téměř neustálou přítomností úzkosti. Není omezena na konkrétní situace a zachvacuje pacienta zcela nepředvídatelně. Pociťované napětí je tak přítomno po celý den. Téměř neustále je

přítomna nadměrná anticipační úzkost. Ta prohlubuje úzkost, která je pociťována po celý den. Pro pacienta je jakákoliv nová situace potenciálně ohrožující a snaha o zabezpečení sebe sama, byť jen v podobě analýzy situace, je vyčerpávající. Poruchu doprovází četné vegetativní a somatické příznaky: je znatelný psychomotorický neklid a agitovanost, třes, pocení, pocit tlaku na hrudi, točení hlavy, závratě, pocity na omdlení či na zvracení, zimnice či návaly horka. Úzkost může v některých situacích přejít až do panické ataky. Neustále pociťovaná úzkost zhoršuje koncentraci a dlouhodobě má velký dopad v podobě sníženého sebevědomí, strachu. Častá je komorbidita s depresivní poruchou (Dušek & Večeřová-Procházková 2015).

Smíšená úzkostná a depresivní porucha

Diagnóza popisuje obtíže, kdy je přítomna jak úzkostná, tak depresivní symptomatika. Žádná ze zmíněných ovšem nedominuje. Pokud začne jedna z poruch převládat, diagnóza musí být upravena dle dominujících příznaků (MKN 10, 2002).

Dále: Jiné smíšené úzkostné poruchy, jiné určené úzkostné poruchy a úzkostná porucha NS.

1.5.3. Obsedantně-nutková porucha (F42)

Pacienti trpící obsedantně nutkovou poruchou nejsou schopni odolat puzení k činnosti, která může v jejich domnění odvrátit katastrofický scénář. Těmito scénáři jsou téměř neustále napadáni. Často si uvědomují iracionalitu svých úvah a nesmyslnost jejich činnosti, avšak pokud úzkost zahánějící činnost nevykonají, úzkost se prohlubuje (Dušek & Večeřová-Procházková 2015). Zmíněné nutkání je nutno opakovat, přeměňuje se v jistý rituál, kterým pacient zažehnává domnělou katastrofu, která se nemusí nutně týkat pouze jeho, ale i okolí. Nikdy není přítomna absolutní jistota o správném provedení rituálu, pacient se tak neustále ujišťuje, zda činnost vykonal správně, a porucha tak zasahuje do jeho každodenního života a stává se velmi vyčerpávající. Silná úzkost či nepohoda pak přináší charakteristické tělesné projevy: palpitace, zvýšená potivost, napětí, pocit únavy, slabosti, chvění končetin, závratě, mdlobné stavy, pocity derealizace a mnoho dalších (Praško, 2012).

V některých případech může nastat, že více dominují obsesivní myšlenky či kompulzivní rituály, tehdy volíme buď **převážně nutkavé myšlenky nebo ruminace (F42.0)** nebo **převážně kompulzivní rituály (F42.1)**.

Pro nejasné či hůře definovatelné případy jsou vyhrazeny diagnózy **smíšené nutkavé myšlenky a činy (F42.2)**, **jiné obsedantně-nutkavé poruchy (F42.8)**, **obsedantně-nutková porucha NS (F42.9)**.

1.5.4. Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43)

Tato kategorie obsahuje poruchy, jejichž spouštěčem je zásadní a emočně zahlcující stresová situace či zkušenost (například úmrtí blízké osoby, autonehoda, těžké úrazy, fyzické či psychické týrání). Té se pak dotýčný pacient nedokáže přizpůsobit a propukají rozmanité krátkodobé či dlouhodobé příznaky. Resilience vůči takovým situacím je individuální, mnozí jsou schopni takové situace prožít, aniž by se u nich rozvinula duševní porucha (Dušek & Večeřová-Procházková 2015).

Akutní reakce na stres (F43.0)

Reakce se dostavuje bezprostředně na traumatizující, stresující či život ohrožující situaci. Nemusí se nutně týkat přímo pacienta, ale i jeho blízkých. Příznaky bývají individuální a rozmanité. Může se objevit hyperaktivita či zlost, zmatenost, dezorientace, snížení pozornosti, úzkost, či deprese. Mezi somatické příznaky patří palpitace, zrychlený dech, zvýšené pocení a zrudnutí. Mohou nastoupit rovněž disociativní stavy ve formě stuporu, stejně tak jako amnézie, kdy dotýčný není s to si na konkrétní událost vzpomenout. Podmínkou ovšem je, že příznaky musí vymizet v rámci hodin či několika dní (MKN 10, 2002). Dušek a Večeřová-Procházková (2015) mezi možné stresující situace začleňují: „*problémy manželské, pracovní, migrační, zdravotní, finanční, separační (rozvod, vězení, nástup vojenské služby), úmrtí, sexuální změny, těhotenství, právní problémy, rodinné a další.*” Dodávají, že důležitým faktorem je věk a s ním související pohlaví. Dle jejich názoru v období nejvyšší rozvodovosti (po 50. roce života) zůstávají ženy po odchodu partnera samy, a vzrůstá tak možnost těžší reakce na nepříznivé události.

Posttraumatická stresová porucha (F43.1)

Porucha se dostavuje se značným zpožděním od stresové či traumatizující události (do šesti měsíců), tedy po období latence. Prožitá událost může být jak krátkodobějšího charakteru (přepadení, znásilnění, přírodní katastrofa, úmrtí) či dlouhodobá (týrání, mučení, válečné události). Dušek a Večeřová-Procházková (2015) uvádějí, že přítomnost predisponujících faktorů jako jsou neurotické, afektivní potíže či poruchy osobnosti reakci posilují, a možnost chronifikace se tak zvětšuje. Mezi projevy patří opakované a nekontrolované znovuoživení prožité události (tzv. „flashbacky“) ve formě snů, záblesků či nočních můr. Psychické projevy bývají v podobě deprese, úzkostných až panických stavů, suicidálních tendencí, anhedonie, zvýšené bdělosti a ostražitosti. Mohou se objevit i disociativní stavy depersonalizace a derealizace. Tělesné příznaky jsou obdobné jako u jiných úzkostných poruch, tedy pocit tlaku na hrudníku, palpitace, nadměrné pocení. Léčba poruchy je individuální, většina případů dojde úzdravy, v některých ale dochází k chronifikaci a možnému rozvoji výrazných osobnostních rysů vedoucích k poruše osobnosti (MKN 10, 2002). Dušek a Večeřová-Procházková (2015) dále upozorňují, že disociativní poruchy se v posledních desetiletích kvalitativně mění. Dříve převládaly konverzní příznaky, nyní dominují převážně příznaky amnestické.

Poruchy přizpůsobení (F43.2)

Poruchy přizpůsobení se objevují do jednoho měsíce od prožité stresující události. Na rozdíl od předchozích diagnóz se nejedná o situace, které jsou výrazně ohrožující či traumatizující. Problémy se týkají především obtížné adaptace na nové životní události či změny ve formě velkých přechodových období – dospívání, vstup do dospělosti, nový partner, stěhování, nástup do zaměstnání či důchodu (MKN 10, 2002). Mezi hlavní znaky patří depresivní a úzkostná symptomatika, agitace, smutek, agresivní projevy, potíže se spánkem. Tyto symptomy jsou oproti běžně prožívanému smutku či truchlení hlubší a déle trvající (obvykle ale vymizí do šesti měsíců). V případě delšího truchlení se užívá výrazu „komplikovaného truchlení“ (Látalová, Kamarádová, Jelenová, Ocisková & Praško, 2015, 185), které se může objevit v různých podobách: „*chronické truchlení, hypertrofované truchlení, odložené truchlení a traumatické truchlení (kombinace hypertrofovaného a chronického)*“. Poruchy přizpůsobení se mohou objevit i v dětském věku, příznaky jsou ovšem typické pro obtíže dané věkové kategorie: pomočování, dumlání palce, zadržávání v řeči (Dušek & Večeřová-Procházková 2015).

1.5.5. Disociativní (konverzní) poruchy (F44)

Skupina poruch týkajících se „*částečné nebo úplné ztráty normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomím identity a bezprostředních pocitů a ovládání tělesných pohybů*” (Dušek & Večeřová-Procházková 2015, 257). Disociativní stavy lze také definovat jakožto „*maladaptivní nevědomé využívání hypotetických obranných psychických mechanismů disociace a konverze pacientem s následnou tvorbou psychických a/nebo tělesných příznaků*” (Herman, Hovorka, Praško, Nežádal, Bajaček, & Doubek, 2008, 277). Jedná se o stavy, kdy se pacient nedokáže vyrovnat s emocionálním obsahem určité intrapsychické zkušenosti a vyjadřuje je „konverzně”, tedy skrze určité tělesné symptomy. Disociace je v tomto smyslu známá jako „odštěpení” emocionálního obsahu od sebe sama. Pro stanovení této diagnózy musí být vyloučeno jakékoliv organické onemocnění či zranění, které by daný stav vysvětlovalo. Obvyklými příznaky této skupiny jsou agitace, psychomotorický neklid, výrazné afektivní projevy, plačtivost, útlum, stupor, teatrálnost a dramatičnost. Tyto příznaky se objevují obvykle při větší psychické zátěži a náhle (MKN 10, 2002).

Disociační amnézie (F44.0)

Pro disociační amnézii je typická ztráta vzpomínek na určitý a jasně ohraničený časový úsek, nejčastěji ve formě traumatické či stresující události. Pacient si není schopen vybavit žádné detaily. Ztráta paměti je natolik markantní, že vysvětlení konvenční únavou či zapomnětlivostí je nedostačující (MKN 10, 2002). Dušek a Večeřová-Procházková (2015) popisují jako doprovodné psychické příznaky stísněnost a bezradnost. Pokud má být tato diagnóza stanovena, musí být vyloučena intoxikace, organické poškození mozku či nadměrná únava.

Disociační fuga (F44.1)

Vzácná duševní porucha, jež má rysy amnézie a je rovněž spojována s obdobími nadměrné psychické zátěže. Pacient zdánlivě účelně opustí domov a vydá se do míst, která pro něj nejsou typická, ač je možné, že se v nich už někdy vyskytoval. Pozorovatelům se jeho interakce mohou zdát normální, je schopen o sebe pečovat, základně interagovat s okolím, proto je obtížné akutní fugu rozpoznat. Herman et al. (2008) poznamenávají, že dotyčný nemusí být při fuze schopen plně si vybavit vlastní identitu a má tendenci přebírat identitu jinou, podstatně chudší. Doba trvání fugy se různí, obvykle je v řádu dnů či týdnů. Pacient

má po odeznění fugy retrogradní amnézii – není schopen si z ní vybavit jakékoliv vzpomínky (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Disociační stupor (F44.2)

Projevuje se absencí volního pohybu a také vymizením spontánních reakcí na jakékoliv vjemy. Pacient má obvykle otevřené oči, ztuhlý obličej a ve většině případů nemluví – pokud ano, tak pouze útržkovitě. Pro stanovení této diagnózy je nutné vyloučit jiné formy stupor, například u katatonní schizofrenie (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Trans a stavy posedlosti (F44.3)

K transu dochází při náhlé poruše vědomí. Dotyčný obvykle znehybní, ztrácí rovnováhu, ale může docházet i k afektivním projevům jako křik nebo pláč. V případě transu amnézie buď chybí, nebo je částečná. Stavy posedlosti jsou komplexnějším fenoménem, kdy má pacient pocit, že do něj vstoupila jiná cizí bytost. V těchto případech pak často vyjadřuje nevyřčená přání či potlačované myšlenky. Oproti transu je stav posedlosti součástí primitivních kultur. Dochází k němu při rituálních obřadech (Herman et al., 2008).

Disociativní motorické poruchy (F44.4)

Vyznačují se větší či menší mírou ztráty hybnosti v končetinách, v některých případech dochází k úplnému vymizení volných pohybů. V případě této diagnózy je nutné komplexní somatické vyšetření pro vyloučení jakékoliv možnosti organických příčin. Dušek a Večeřová-Procházková (2015) dodávají, že v anamnéze pacientů s touto poruchou bývají projevy poruch osobnosti a obtíží v interpersonálních vztazích.

Disociativní záchvaty (F44.5)

Jedná se o stavy hodnověrně připomínající epileptické záchvaty doprovázené křečemi. Není přítomna ztráta vědomí, obvykle dochází ke stuporu či transu (MKN 10, 2002). Dle Havelky (2003, in Herman et al., 2008) bylo zjištěno, že touto poruchou v posledních dvou desetiletích 20. století trpělo až 20 % osob z těch, kterým byla diagnostikována epilepsie.

Disociativní anestezie a ztráta citlivosti (F44.6)

U pacienta je obvykle přítomna necitlivost v některé oblasti, ať už se jedná o část pokožky, nebo celou končetinu, lokalizace ale neodpovídají inervačním oblastem. Může se vyskytovat i ztráta sluchu či slepota, ale v těchto případech pacienti na zvuk reagují a při slepotě nenaráží do překážek (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Zmíněné poruchy se mohou vzájemně kombinovat, pro takové případy je určena diagnóza **Smišené disociativní (konverzní) poruchy (F44.7)**. Poslední skupina **Jiné disociativní (konverzní) poruchy (F44.8)** obsahuje vzácné poruchy jako Ganserův syndrom či mnohočetnou poruchu osobnosti. Nespecifikované poruchy spadají do kategorie **Disociativní (konverzní) porucha NS (F44.9)**.

1.5.6. Somatoformní poruchy (F45)

Skupina duševních poruch, kde dominují somatické stesky, tedy opakované stížnosti na tělesné příznaky. Pacienti mají neustálou potřebu dalších somatických vyšetření, která ale nepřinášejí žádné výsledky, neboť po tělesné stránce je vše v pořádku. Tyto symptomy se většinou objevují v náročných životních obdobích, po stresujících událostech či konfliktech. Přesto si tito pacienti nejsou ochotni přiznat, že původ obtíží leží právě v oblasti psychiky. Tyto obtíže mohou připomínat konverzní příznaky, jako tomu bylo u disociativních poruch, v tomto případě se ale jedná o somatizaci neboli projekci nepříjemných emočních stavů do somatické oblasti (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Dle Duška a Večeřové-Procházkové (2015) jsou tyto obtíže často ve spojení s osobnostními (převážně histriónskými) rysy, stejně tak anxiózními i obsedantními. Jedno z doporučení pro práci s tímto typem pacientů je dohoda spolupráce psychiatra s praktickým lékařem pacienta o omezení četných laboratorních a jiných vyšetření (Herman, Praško, & Hovorka, 2004).

Somatizační porucha (F45.0)

Pacienti se somatizační poruchou dlouhodobě docházejí k obvodním i specializovaným lékařům z důvodu četných pocíťovaných tělesných symptomů. Ty se v čase mění, a tak je obvykle anamnéza bohatá na mnohá specializovaná vyšetření, všechna ovšem s negativním či zanedbatelným výsledkem (MKN 10, 2002). Ladění těchto pacientů může být úzkostně-depresivní, neboť nejsou se svým tělesným stavem nikdy spokojeni, porucha je chronická a její léčba je komplikovaná. Při vyšetření mají sklony k teatrálnosti a dramatičnosti. Objevují se dlouhodobé interpersonální, sociální a rodinné neshody (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). **Nediferencovaná somatizační porucha (F45.1)** se odlišuje svou mnohotvárností a možnou absencí zmíněných interpersonálních neshod.

Hypochondrická porucha (F45.2)

Na rozdíl od předchozí poruchy jsou pacienti s hypochondrickou poruchou přesvědčeni, že trpí jedním závažným onemocněním nebo i více onemocněními. I přes mnohočetná lékařská vyšetření jsou schopni popírat výsledky a dále věří, že jsou nemocní. Vždy požadují další návazná vyšetření, přičemž ta stávající zpochybňují, neboť se domnívají, že nebyly vyčerpány veškeré možnosti. Mají sklon pedanticky si zapisovat veškeré údaje o jejich aktuálním stavu, neustále se pozorují, především hodnoty krevního tlaku, srdeční puls, střevní pohyby a poznatky následně konfrontují s lékařskými databázemi. Stejně jako pacienti se somatizační poruchou jsou laděni anxiózně a depresivně (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Somatoformní vegetativní dysfunkce (F45.3)

Pacienti s tímto typem poruchy se obávají, že pocíťované somatické příznaky jsou symptomy poškození některého z tělesných orgánů. Dělí se do dvou skupin: první skupinu tvoří pacienti, kteří tak usuzují na základě objektivních příznaků vztahujících se k jednotlivým orgánům (zrychlený puls, pocení, třes, červenání se). Druhá skupina pacientů trpí příznaky, které jsou obtížně lokalizovatelné a proměnlivé. Obě skupiny však poukazují na to, že se jedná o projevy špatně fungujícího orgánu či orgánové soustavy (srdce, zažívací trakt, dýchací soustava atp). Obtíže se mohou, ale také nemusí projevovat v souvislosti s pocity stresu a nepohody (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Perzistující somatoformní bolestivá porucha (F45.4) se projevuje neustálým poukazováním na pocity bolesti, které však nelze somaticky vysvětlit. Poslední diagnózou v tomto okruhu jsou **jiné somatoformní poruchy (F45.8)**, které však nesouvisí s vegetativními systémy, ale týkají se určitých orgánů nebo částí těla (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Jiné neurotické poruchy (F48)

Neurastenie (F48.0)

Neurastenie představuje zvýšenou únavnost ve dvou variantách. První variantou je nadměrná únava po jakémkoli duševním vypětí. Objevuje se malátnost, zhoršená koncentrace, úzkost, závratě, zkrácený spánek či naopak hypersomie. Jsou neustále

přítomny vtíravé myšlenky a asociace celkově snižující efektivitu myšlení (MKN 10, 2002). Druhou variantou jsou pocity vyčerpanosti po jakékoliv (byť minimální) fyzické námaze, objevuje se fyzická slabost a pacient má zhoršenou až nulovou schopnost relaxace. Ostatní symptomy jsou shodné s první variantou, obě varianty se mohou navzájem překrývat.

Depersonalizace a derealizace (F48.1)

Jakožto izolovaná je tato diagnóza velice vzácná. Pacient má pocity neskutečna, jak jeho tělo a myšlení, tak i okolí vnímá odcizeně, častý je pocit ztráty emocí. I přes intenzitu těchto prožitků si pacient udržuje na situaci náhled. Tato porucha se ale nejčastěji projevuje komorbidně s depresivními, úzkostnými poruchami a také poruchami osobnostmi. Oproti evropské MKN pojímá DSM-5 (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, & Ptáček, 2015) depersonalizaci a derealizaci za disociativní poruchu.

2. Léčba úzkostných poruch

V této kapitole jsou představeny nejčastější formy léčby úzkostných poruch. Jedná se o biologickou léčbu a psychoterapii. V závěru kapitoly je představen komunitní psychoterapeutický program v PL Šternberk, neboť diplomová práce pojednává o návratu pacientů toho oddělení. Je proto nutné přiblížit obsah programu v PL Šternberk, aby se mohl čtenář orientovat v praktické části práce.

Evropská epidemiologická studie z roku 2007 (Alonso & Lépine) ukázala, že pouze 20 % z celého vzorku pacientů s úzkostnou poruchou vyhledalo odbornou pomoc. Jsou i státy, například Německo, které mají vlastní směrnice pro léčbu úzkostných poruch (Bandelow, Lichte, Rudolf, Wiltink & Beutel, 2015). Je v nich sepsaný doporučený postup včetně medikace a indikovaných psychoterapeutických postupů. Zdůrazněn je i význam edukace.

2.1. Farmakologická léčba úzkostných poruch

V současné době jsou úzkostné poruchy léčeny primárně antidepresivy, sekundární léčba probíhá za pomoci anxiolytik, antikonvulziv, betablokátorů a antipsychotik (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; Racková & Janů, 2006; Racková, S., 2019). Racková & Janů (2006) doporučují farmakologickou léčbu ve **třech etapách**:

1. Jakožto léky první volby doporučují antidepresiva III. generace, neboť je u nich minimalizováno nebezpečí negativních vedlejších účinků. Pacient by měl být edukován o délce nástupu antidepresivního a anxiolytického účinku (obvykle 4-6 týdnů). Pokud se do 6. týdne nedostaví efekt, je vhodné zvážit změnu medikace.
2. Pokud dojde u akutní úzkostné poruchy k remisi, je doporučováno v zavedené léčbě pokračovat. V případech, kdy se objeví výrazné nežádoucí účinky, je možno volit alternativní medikaci ze stejné generace, popřípadě přechod k jinému typu antidepresiva.
3. V případech, kdy je antidepresivní a anxiolytický účinek malý, lze léčbu augmentovat betablokátory, antikonvulzivy, stabilizátory nálad a benzodiazepiny, popřípadě k primárnímu antidepresivu přidružit sekundární. Pokud je pacient farmakorezistentní (nereaguje na léčbu), lze k daným antidepresivům přidat

tricyklická antidepresiva, popřípadě přejít na IMAO (inhibitory monoaminoxidázy).

V průběhu léčby lze pro akutní úzkost využít benzodiazepinů, u nich však při dlouhodobém užívání vzniká značné riziko vytvoření závislosti (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; Orel, 2016; Racková & Janů, 2006).

2.1.1. Antidepresiva

Antidepresiva fungují na principu zvyšování množství neurotransmiterů v synapsích a počtu receptorů určených pro dané neurotransmitery (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Následují skupiny antidepresiv indikovaných k léčbě úzkostných poruch:

Antidepresiva I. generace – tricyklická antidepresiva

Tricyklická antidepresiva mají výrazné antidepresivní, anxiolytické a analgetické účinky. Šíře jejich nasazení je tedy velká, od depresivních po úzkostné poruchy, stejně tak mohou být nasazena jako podpůrná léčba při jiných onemocněních. Na rozdíl od novějších typů antidepresiv není účinek selektivní, což má za následek výrazné nežádoucí vedlejší účinky: zácpa, poruchy akomodace, ortostatická hypotenze, snížení či ztráta chuti k jídlu a libida, kardiovaskulární komplikace, u mužů poruchy erektilní funkce, pocit sucha v ústech a přibírání na váze. Přicházejí tedy v úvahu, pokud terapie novějšími medikamenty není uspokojivá. Množství nežádoucích účinků také výrazně narušuje kompliance, tedy dodržování pokynů stanovených lékařem (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Antidepresiva III. generace

Třetí generace antidepresiv oproti předchozím působí selektivně, tedy se zaměřuje na konkrétní neurotransmitery (monoaminy) a zvětšuje jejich množství v synapsích. Lékové skupiny se nazývají dle monoaminu, na který se zaměřují (Orel, 2016):

- **SSRI – specifické inhibitory zpětného vychytávání serotoninu**

Tato antidepresiva obvykle představují první volbu při zahájení léčby, neboť díky selektivnímu působení jsou značně omezené nežádoucí účinky. Ty mají tendenci se nejvíce projevit po náhlém vysazení. Hlavními účinnými látkami jsou citalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin a sertralin.

- **ASRI – alosterická inhibice zpětného vychytávání serotoninu**

Účinná látka escitalopram byla původně řazena mezi SSRI, ale vzhledem k duálnímu působení (na alosterické vazebné místo a vazebné místo serotoninu) byla vytvořena tato specifická kategorie. Je vysoce selektivní, nežádoucí účinky jako sucho v ústech, poruchy ejakulace, insomnie a další se objevují v malé míře (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

- **SARI – serotoninoví antagonisté a inhibitory zpětného vychytávání**

Účinnou látkou je trazodon (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Ten se obvykle používá jako doplněk antidepresivní léčby, neboť na rozdíl od jiných léčiv má kromě anxiolytického i sedativní a hypnotický účinek, a zlepšuje tak délku a kvalitu spánku. Zároveň působí nápomocně v případech sexuálních dysfunkcí způsobených výše zmíněnými účinnými látkami.

Antidepresiva IV. generace

Jedná se o nejnovější generaci antidepresiv. Oproti předchozím již působí duálně, tedy na dva mediátorové systémy. Tím se očekává větší účinek, zároveň se ale zvyšuje riziko nežádoucích vedlejších účinků, přistupuje se k nim obvykle ve chvíli, kdy se III. generace projeví jako málo efektivní (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

- **SNRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu**

SNRI mají velký antidepresivní i anxiolytický účinek, zvyšují produkci i uvolňování noradrenalinu a serotoninu. V případě úzkostných poruch jsou indikovány především na generalizovanou úzkostnou poruchu. Účinnými látkami jsou venlafaxin a duloxetin.

- **NaSSa – Noradrenergní a specificky serotonergní antidepresiva**

Tetracyklická antidepresiva působící anxiolyticky, antidepresivně, hypnoticky a sedativně. Pro úzkostné poruchy mají potenciál zlepšeného spánku a eliminace sexuálních dysfunkcí způsobených SSRI. Účinnou látkou je mirtazapin.

IMAO – inhibitory monoaminoxidázy

IMAO nepůsobí na receptorové úrovni, nýbrž zabraňují degradaci neurotransmiterů uvnitř buněk. Při jejich užívání lze očekávat četné nežádoucí účinky: nervozita, hyperaktivita, psychomotorický neklid, ortostatická hypotenze, poruchy spánku, zvýšená iritabilita. Tím

pádem jsou používány při úzkostných poruchách, u kterých je terapie jinými antidepresivy neúčinná. Účinnými látkami jsou moclobemid a selegilin (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

2.1.2. Anxiolytika a další preparáty

Užití anxiolytik poskytuje téměř okamžitou úlevu od úzkostných příznaků včetně somatického doprovodu. Účinkují proti napětí, svalové hypertenzi, psychomotorické tenzi, strachu, fobiím a trémě. Mohou být podávány orálně či parenterálně. Nejužívanější typ anxiolytik jsou benzodiazepiny (BZD), které může kromě psychiatra předepsat i praktický lékař. Vzhledem k tomu, že se jedná o léky, které mohou být návykové, doporučuje se k jejich předepisování a užívání přistupovat zodpovědně a zdrženlivě.

Z dalších medikamentů je často užíváno antiepileptikum pregabalin – jedná se o „chemický analog neurotransmiteru kyseliny gama-amino-máselné“ (Hajda, M., Kamarádová, D. & Praško, J., 2015). Jeho účinky jsou srovnatelné s benzodiazepinovými anxiolytiky s tím rozdílem, že působí postupně a dlouhodobě. Je tak vhodný i pro pacienty s vyšším rizikem abusu benzodiazepinů. Rovněž je možné využít atypické antipsychotikum quetiapin, jehož účinek je srovnatelný s působením SSRI, neboť působí na adrenergní a serotoninové receptory (Racková, 2019). Tyto dvě účinné látky jsou indikovány především k léčbě generalizované úzkostné poruchy.

2.2. Psychoterapie úzkostných poruch

Psychoterapie patří k základním kamenům léčby úzkostných poruch (Bandelow, Michaelis, & Wedekind, 2017). Psychoterapii lze definovat následovně (Vybíral & Roubal, 2010, 30): „Psychoterapie je léčebná 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. Dovednosti terapeuta se týkají vedení rozhovoru, vytvoření a udržování podpůrného vztahu a používání technik.“ Jedná se tedy o léčbu vedenou psychologickými prostředky – může se zaměřovat na léčení nemoci, odstraňovat její symptomy a popřípadě příčiny.

Psychoterapie má různé formy rozdělení (Kratochvíl, S., 2006), dělí se dle:

Počtu osob a formy působení:

- Individuální – práce psychoterapeuta a jednoho pacienta, jejich vzájemné působení.
- Skupinová – dynamický proces mezi členy skupiny moderovaný psychoterapeutem.
- Hromadná – oproti skupinové není dynamická, nýbrž psychoterapeut působí na členy skupiny rovnoměrně (např. edukace).

Míry aktivity psychoterapeuta:

- Direktivní – psychoterapeut aktivně řídí terapeutický proces, dává úkoly, radu, usměrňuje pacienta.
- Nedirektivní – psychoterapeut nechává proces více na pacientovi, s minimálními zásahy usiluje o to, aby pacient čerpal především z vlastních zdrojů.

Toho, zda se snaží o změnu pacientovy osobnosti:

- Podpůrná – psychoterapie přijímá pacientovu osobnost a vede ho k sebepřijetí, zdůrazňuje pacientovy přednosti.
- Rekonstrukční – cílem terapie je snaha o změnu pacientovy osobnosti, změna pacientových postojů a hodnot.

Cílů léčby:

- Symptomatická – psychoterapie vede k vyléčení příznaků nemoci.
- Kauzální – psychoterapie vede ke zjištění příčin nemocí a jejich eliminaci či přijetí.

Psychoterapie (především pak ve zdravotnictví) se často kombinuje s biologickou léčbou. Četné metanalýzy (Marcus et al., 2007; Bandelow et al., 2015) se snaží určit, zdali je efektivní psychoterapie a biologická léčba zvlášť, či dohromady. Výsledky obvykle hovoří ve prospěch farmakoterapie a kombinace farmakoterapie a psychoterapie. Výsledky se ovšem liší v několika ohledech – u kolika pacientů dojde k relapsu po skončení dané formy terapie, nakolik vážné byly jejich symptomy, jaké proměnné hrály roli kromě samotných způsobů terapie, komparace s placebo efektem. V tomto ohledu je nalezení odpovědi problematické, neboť pro seriózní psychologický kvantitativní výzkum se jeví měřitelná především Kognitivně Behaviorální Terapie (dále KBT) a pro ostatní formy psychoterapií

se nedostává takové množství dat, s výjimkou psychodynamické psychoterapie (Kosová, 2005; Egger et al., 2016). Vzhledem k tomu, že problematika a výzkum psychoterapie jsou popsány ve třetí kapitole diplomové práce, je tato kapitola určena především pro představení nejvýznamnějších terapeutických přístupů, jimiž lze úzkostné poruchy léčit. Představení všech psychoterapeutických směrů, které mohou pracovat s úzkostí, by představovalo obsah nad rámec diplomové práce, proto se práce omezuje na ty, se kterými se lze setkat na terapeutických pracovištích nejčastěji (Prašková & Praško, 2007). Mezi přístupy pracující s úzkostnými poruchami, ať individuální či skupinovou formou, se řadí směry: Psychoanalytická terapie, humanistická terapie, gestalt terapie, existenciální analýza a logoterapie, na osobu zaměřená a prožitková terapie, daseinanalýza, integrovaná psychoterapie, katatymně imaginativní psychoterapie (Vybíral, 2010).

2.2.1. Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

KBT je primárně založena na teorii učení. Prakticky to znamená, že úzkostná reakce je podmiňovaná (naučená), existuje tedy možnost ji učením zmírnit a popřípadě eliminovat. KBT se věnuje čtyřem základním lidským modalitám: emocím, chování, tělesným projevům a myšlenkám. Pokud kterákoliv z těchto modalit projde změnou, ovlivňuje tím zbylé tři, od čehož se odvíjí postup terapie. Postupně lze působit i na více složek, čímž se efektivita terapie zvyšuje. Přestože bývá KBT laicky spojována s jednoznačně direktivními psychoterapiemi, Pešek et al. (Pešek, Praško, & Štípek, 2013) podotýkají, že nejdirektivnější je terapie zpočátku a v jejím průběhu se zodpovědnost za vlastní proces přenáší do rukou pacienta. Je tomu tak proto, že těžiště práce spočívá především v aktivním přístupu pacienta a na jeho plnění úloh, které si za pomoci psychoterapeuta stanovuje. Cílem KBT (Prašková & Praško, 2007, 5) je: *„pacient se postupně učí dovednostem, jak zvládat své epizody obav a starostí, panické záchvaty, fobické vyhýbavé chování, jak zmírnit úzkost, naučit se dobře komunikovat i jak efektivně řešit životní problémy.“*

Z toho plyne, že v této terapii se postupuje systematicky (Pešek, Praško, & Štípek, 2013) - v první fázi léčby je nutné pracovat na zmírnění příznaků úzkosti, které pacient pocítuje, a zmírnit chronifikaci (pokud možno zabránit). Nejdříve je nutné pacienta edukovat o poruše, kterou trpí. Tedy jaké má charakteristické příznaky, obeznámit ho s tím, co může

porucha způsobit a co nikoliv a jak se s ní dá pracovat. Důležité je vysvětlit průběh úzkostné/stresové reakce, aby si byl pacient vědom, že jde o ohraničený proces, který ho neohrožuje na životě.

Pacient mapuje jednotlivé situace, které pak analyzuje z hlediska zmíněných čtyř modalit: jaké emoce v situaci zažívá, jak se v ní chová, jaké má tělesné příznaky a jaké myšlenky ji doprovázejí. Může se vytvořit obraz bludného kruhu. Například u pacientů s panickou poruchou po fyzické námaze (spouštěč) přicházejí tělesné příznaky (bušení srdce, vyčerpání), následně myšlenky („Nemám infarkt?“), na které pak navazují emoce (šok, úzkost, panika). Díky *kognitivní rekonstrukci* získává náhled na dysfunkční automatické myšlenky („zblázním se“) a s těmi následně pracuje obvykle formou dialogu, ze kterého vyplyne myšlenka odpovídající situaci („pociťuji úzkost, neboť jsem v uzavřeném prostoru a není jediný důvod, proč bych měl přijít o rozum.“). Tento postup doprovází sokratovský dialog terapeuta a pacienta, kdy se vyhledávají argumenty pro danou automatickou myšlenku a proti ní.

Další metodou je *interoceptivní expozice* v kombinaci s dechovými/relaxačními metodami. Jedná se o práci se somatickými příznaky úzkostných poruch (především panické poruchy). Pacient zkouší pracovat se symptomy jako zrychlený dech, bušení srdce, pocení a agitovanost. Díky *dechovému cvičení* a následnému zklidnění (v rozpětí do 5 minut) se dostavuje pocit kontroly nad situací. Autoři studie (Boettcher & Barlow, 2019) explorující efektivitu této interoceptivní expozice shledávají, že rychlejšího zlepšení dosahují pacienti, jejichž katastrofické scénáře obsahují především somatickou tematiku (smrt, infarkt). Pacienti s obavami v oblasti fungování vlastní psychiky (zešílení, ztráta kontroly) z této metody těží méně. Expozice se může odehrávat formou představ, neboť mnohé pacienty zúzkostňuje pouhá představa dané situace. To je obvykle dobrá příprava pro expozice naživo. Následně se přistupuje k *expozici in vivo*, tedy opakovanému prožívání zúzkostňující situace naživo, tentokrát ale s připravenými postupy (kognitivní rekonstrukce, dechová cvičení). Pro expozici in vivo je důležité sestavit pacientův žebříček obávaných situací a postupuje se od nejjednodušší k nejnáročnější. V úspěšných případech dochází k postupnému odstranění úzkostných symptomů a změně schémat vytvořených o situaci a o sobě a zvýšení sebevědomí pacienta. Podrobnější práce se schématy je druhou částí léčby, kdy se provádí *kognitivní restrukturační*, kdy jsou centrem pozornosti pacientovy postoje vůči sobě a světu okolo a pracuje se na efektivnějším přístupu

v problematických oblastech, ať už se jedná o dlouhodobý stres, problémy v rodině, partnerství, na pracovišti (Prašková & Praško, 2007).

Kromě relaxačních i dechových cvičení, která jsou určena pro akutní úzkost i zvládání dlouhodobého stresu, je doporučována u silně úzkostných pacientů kromě KBT a farmakoterapie rovněž pravidelná pohybová aktivita, která může mít významný podíl na prevenci relapsu (Kosová, 2010).

2.2.2. Psychodynamická psychoterapie

Psychodynamická psychoterapie je příkladem kauzální formy terapie. Předpoklad tohoto směru je, že *„symptomy a potíže mají své nevědomé i neuvědomované významy, které mají své kořeny v dětské zkušenosti, a jsou určeny povahou raných vztahů s pečujícími osobami“* (Vybíral, 2010, 84). Jeden z modelů dynamické teorie pracuje s teorií rané vazby. Ta praví, že pokud pacient neprožil v raném dětství uspokojivý, potřeby naplňující a bezpečný vztah s pečující osobou, odnáší si tak do života nedůvěru v blízké vztahy, neschopnost je navazovat a rovněž sníženou schopnost práce s vlastními emocemi (především úzkostí, agresí, smutkem). Tyto vztahové vzorce, které si v dětství vybudoval, si pak přenáší i do dospělého života. Práce psychoterapeuta a pacienta tak spočívá v odhalování oněch nevědomých významů, analýze pacientových obranných mechanismů, propojování současného prožívání s prožíváním v minulosti a zkoumání toho, co se v terapeutickém vztahu odehrává. V souvislosti s teorií vazby se analyzuje vztah s pečující osobou a současné vztahy, které pacient má či se je snaží navázat. V terapii úzkostných poruch nejde tolik o snížení příznaků úzkosti, jako spíš o práci na pacientově osobnosti, rozšíření jeho schopnosti introspekce a aby byla jeho osobnost celkově resilientnější a úzkost integrovala (Prašková & Praško, 2007).

Oproti klasické psychoanalýze je terapeut aktivnější, pouští se s pacientem do interpretací jeho chování, pobízí ho k volnému a transparentnímu vyjadřování, může zmínit téma, kterému se pacient snaží vyhýbat, společně s pacientem propojuje dění v terapeutickém vztahu se vztahy, které má pacient v každodenním životě. Zároveň si ale ponechává neutrální roli, není vůči pacientovi hodnotící (Vybíral, 2010).

2.2.3. Komunitní a skupinová psychoterapie

Kromě individuální psychoterapie je v případě léčby úzkostných poruch velice významná skupinová psychoterapie. Účastníci skupiny vstupují do vztahů se svými spoluúčastníky a zažívají zcela jiný styl terapeutické dynamiky než na jaký lze narazit u individuální psychoterapie. Podle Kratochvíla (2005, 15) lze formulovat cíle skupinové psychoterapie následovně:

„1) dosáhnout vzhledu do problematiky jedinců a pomoci jim pochopit a změnit nesprávné postoje;

2) změnit maladaptivní vzorce chování ve směru přiměřené sociální adaptace;

3) zprostředkovat poznatky o zákonitostech interpersonálních a skupinových procesů jako podklad k efektivnějšímu a harmoničtějšímu jednání s lidmi;

4) podpořit zrání osobnosti ve smyslu rozvinutí vlastního potenciálu a dosažení optimální výkonnosti i pocitu štěstí;

5) odstranit chorobné příznaky, ať přímým nácvikem a přecvičováním, nebo nepřímou vyřešením interpersonálních či intrapsychických konfliktů, které je vyvolaly nebo udržovaly.“

Skupinová dynamika poskytuje jednotlivým členům možnost určitého zrcadla vlastního chování a prožívání. Jakýkoliv pacientův projev může být reflektován jak od skupiny, tak terapeutického týmu. Mnohá témata pacientů jsou společná, a tak se ve skupině vytváří ideální prostředí jak pro sdílení copingových strategií, které se osvědčily, tak i k ventilaci emocí skrze sdílení vlastního prožitku, a tím i zmírnění úzkostného ladění. Vzhledem k tomu, že tato forma terapie stojí na vztazích mezi jednotlivými členy, kteří na sebe vzájemně reagují, je velká možnost zlepšení interpersonálních kompetencí (Kratochvíl, 2005). Skupinová psychoterapie je vytvářena či moderována terapeutem a jeho výchozím vzděláním, formou terapeutického výcviku a vlastními zkušenostmi. Vzhledem k působení četných psychoterapeutických škol, které skupinovou psychoterapii praktikují, neexistuje jednotný systém ve vedení této formy terapie.

Komunitní psychoterapie je specifickou formou skupinové terapie. Hlavní rozdíl spočívá v tom, že skupina sdílí společný životní prostor (například na psychoterapeutickém

oddělení, popřípadě v prostorách specifické komunitní léčby) a kromě samotných skupinových terapií je tvořena denním programem. Tento přístup tak má příležitost těžit z každodenních prožitků a interakcí pacientů. Do dění se více projikují formy postojů a hodnot každého pacienta, více se ukazuje jeho každodenní fungování v interpersonálních vztazích s přesahem vnímání jeho samého (Kalina, 2008).

Kratochvíl (1979) podotýká, že jak terapeuti, tak ostatní členové komunity mohou podporovat úvahy, zda se pacientovi v komunitě neopakují podobné momenty jako v běžném životě mimo komunitu (tzv. paralelní proces). V rámci komunity jsou obvykle rozdělené funkce, za něž si členové komunity berou zodpovědnost, obvykle také za úklid a dodržování pravidel komunity. Potenciální efekt komunity je rozšířen o četné dílčí programy, jako je jóga, pracovní terapie, sport, nácvik relaxačních technik, tematické skupiny, taneční a pohybové terapie, arteterapie a také muzikoterapie (Kratochvíl, 2005). V komunitní léčbě pacient prochází emoční korekcí, nácvikem jiných forem chování a budováním náhledu (Kratochvíl, 1979, 96). Podrobný popis psychoterapeutické komunity následuje v kapitole o psychoterapeutické komunitě PL Šternberk.

Psychoterapeutická komunita zaměřená na pacienty s neurotickými obtížemi je poměrně výjimečnou záležitostí. Kalina (2008, 166) uvádí, že u neurotických pacientů se projeví podstatně rychlejší zapojení do skupiny, těžiště jejich psychoterapie bude v interpersonálním učení, nácvik nových postojů a vzorců chování bude probíhat ve velkém rozsahu a pacienti mají potenciál dosáhnout plného uzdravení. Ve světě i v Česku jsou terapeutické komunity zaměřené především na problematiku závislostí, poruch osobnosti, adolescentů, závislých matek s dětmi či klientů s problematikou HIV/AIDS, pro něž je problematika, účinné faktory léčby a její struktura rozpracovány podstatně více (De Leon, 2000; Kalina, 2008; Růžička, 2011).

2.2.4. Relaxační a meditační techniky v léčbě úzkostných poruch

Pro prevenci relapsu, zlepšení výsledků psychoterapie a zvládání stresu spojeného s každodenním životem bývají pacientům doporučovány relaxační a meditační techniky.

Fungování relaxačních technik *„vychází z poznatků o vzájemné souvislosti mezi třemi faktory: psychickou tenzí, funkčním stavem vegetativní nervové soustavy a napětím svalstva. Jelikož tonus kosterního svalstva lze vůlí měnit, je zde dána možnost využití záměrné svalové relaxace k dosažení psychického uvolnění i k ovlivnění orgánových funkcí*

řízených vegetativní nervovou soustavou” (Vichová, V, 2014, 134). Na tomto principu funguje jedna z nejpoužívanějších technik, Schultzův autogenní trénink, který, je-li pravidelně opakován, dokáže rychle navodit stav uvolnění, proto je tak ideální pro použití v oblasti úzkostných poruch.

Meditační techniky jsou zde uvedeny na příkladu mindfulness meditace (Toneatto & Nguyen, 2007). Pracuje na principu postupného uvedení do stavu, ve kterém člověk vědomě věnuje pozornost přítomnému okamžiku. Je snahou o pozorování aktuálních myšlenek, fyziologických a behaviorálních pochodů nehodnotícím způsobem. Právě nehodnotící a zároveň všímavý přístup by měl postupně budovat resilienci pacientů s úzkostnými poruchami vůči averzivním podnětům a myšlenkám.

Výsledky metaanalýzy Montero-Marin et al. (2019) zkoumající porovnání efektivity relaxačních a meditačních technik hovoří ve prospěch meditačních technik v oblasti zlepšení nálady i eliminace symptomů, rozdíl dle autorů ale není výrazný.

2.3. Psychoterapeutické oddělení PL Šternberk

PL Šternberk nabízí na psychoterapeutickém oddělení 8týdenní program pro pacienty z okruhu neurotických, psychosomatických a lehkých forem afektivních poruch. Kontraindikací jsou: syndrom závislosti, těžší porucha osobnosti a psychotické onemocnění. Oddělení funguje na výše zmíněných principech **komunity**. Sestává z pokojů pro pacienty (v pokojích po dvou, muži a ženy odděleně), sociálního zařízení, komunitní místnosti (ta slouží i k pořádání oslav, celodennímu průběžnému setkávání členů komunity), terapeutické místnosti (ve které se koná třikrát denně nácvik autogenního tréninku), odpočinkové místnosti a pracoven terapeutického týmu (psychiatr, psycholog/psycholožka a psychoterapeutická sestra). Program funguje na principu **otevřené komunity** – členové do léčby průběžně nastupují a po osmi týdnech léčbu opouští, složení skupiny se tak v čase mění. V tabulce č. 1 je uveden týdenní program, který je pevně dodržován. Kromě psychoterapeutického a doprovodného programu se na oddělení udržuje i **farmakoterapie**, nejsou však tolerovány léky s rizikem vytvoření závislosti (především benzodiazepiny) a jsou nahrazeny **nenávykovými látkami** (antihistaminikum Atarax). Komunita má několik základních pravidel: **zákaz navazování intimních vztahů v rámci komunity, zákaz konzumace alkoholu v průběhu pobytu**. Je

doporučeno nevytvářet tzv. „**kuloáry**“, tedy menší skupiny v rámci jedné komunity, které řeší terapeutická témata bez účasti ostatních členů. V průběhu pobytu jsou dovoleny návštěvy, ale nejsou doporučovány, aby nebyl, aby nebyl narušován terapeutický proces členů komunity. Ti mají možnost si v průběhu pobytu vzít **dva volné víkendy**, které jsou podmíněny zadáním **úkolů** ze strany pacienta, který vychází z jeho terapeutického procesu (např. rozhovor se členem rodiny, se kterým nepromluvil mnoho let).

Tabulka č. 1: Program psychoterapeutického oddělení

	6:30, 6:45-7:00	7:00	8:00	9:00	09:30- 11:00	11:00 11:30	12:15	13:00		17:00 17:30	18:00	21:00 zima 22:00 léto
Po	budíček, rozvíčka	snídaně	komunita	relaxace	skupinová terapie /90min/	oběd	osobní volno	individuální vizi	14:30-15:30 muzikoterapie	osobní volno	večeře	relaxace večeřka
Út	budíček, rozvíčka	snídaně	komunita	relaxace	skupinová terapie /90 min/	oběd	relaxace	13:00-14:30 arteterapie	15:00-15:45 hudební - pohybová terapie	osobní volno	večeře	relaxace večeřka
St	budíček, rozvíčka	snídaně	komunita	relaxace	skupinová terapie /90 min/	oběd	12:00- 13:00h. Solná jeskyně	13:00- 13:45h. Cvičení na míčích (liché týdny)	osobní volno	osobní volno	večeře	relaxace večeřka
Čt	budíček, rozvíčka	snídaně	komunita	relaxace	skupinová terapie /90 min/	oběd	relaxace	životopisná skupina /60min/	14:30-15:30 pohybové hry (tělocvična)	osobní volno	večeře	společenský večer
Pá	budíček, rozvíčka	snídaně	komunita	relaxace	Tematická / loučící skupina /60min/	oběd	relaxace	činnostní terapie	osobní volno	osobní volno	večeře	relaxace večeřka
So	budíček 6:45	snídaně	osobní volno	úklid	úklid pokojů a společných prostor	oběd	polední klid	osobní volno	osobní volno, návštěvy	osobní volno	večeře	relaxace večeřka
Ne	budíček 6:45	snídaně	osobní volno	osobní volno	osobní volno, návštěvy	oběd	polední klid	osobní volno	osobní volno, návštěvy	osobní volno	večeře	relaxace večeřka

Den začíná **rozvíčkou**, za kterou je zodpovědný každý týden jeden z členů komunity. Po snídani následuje **komunita**. Jedná se o událost, při které pacienti reflektují prožívání a události předchozího dne a noci. Každý má na rekapitulaci dvě minuty, což pacienty učí vyjadřovat se jasně a úsporně. Rovněž se určují **funkce v komunitě** na další týden, tedy **předseda** (organizuje a vede ranní komunity, seznamuje nové členy s pravidly komunity), **rozvíčkař** (vede rozvíčky), **kronikář** (zaznamenává události do kroniky), **budíčkař** (má na starost probuzení všech členů komunity), **květinář** (pečuje o floru na oddělení), **kuchyňkář** (pečuje o čistotu v kuchyni a v lednici), **židličkář** (všechny židle po skupinách

jsou uklizené). Třikrát denně (ráno, po obědě a večer) probíhá **nácvik autogenního tréninku**.

Před obědem probíhá **90minutová skupinová psychoterapie**. Jeden z členů skupiny obvykle přichází s tématem, se kterým léčbu nastoupil, popřípadě takovým, jenž vyvstalo v průběhu pobytu v komunitě. Každý člen komunity má právo na několik (max. 3) skupin v průběhu pobytu. Může nastat situace, kdy dojde na intervenční skupinu, jež slouží k řešení problémů, které nastaly v komunitě, a skupina vyžaduje jejich akutní řešení. Skupinová psychoterapie má několik pravidel: nehodnocení ostatních, zákaz vynášení informací mimo skupinu, omezené poskytování rad (výjimkou jsou rady, se kterými mají pacienti bezprostřední zkušenost), právo říci stop (ve chvíli, kdy je pacient zahlcen a nepřeje si v procesu aktuálně pokračovat).

Odpolední program probíhá střídavě ve formě **hudebně-pohybové terapie, jógy, plavání, her v tělocvičně, arteterapie, keramické tvorby a cvičení na míčích**. Je také proložen **osobním volnem**, kdy je pacientům dovoleno se pohybovat po areálu léčebny, popřípadě opustit areál (po souhlasu staniční sestry) a vrátit se nejpozději do začátku další části programu (včetně večere). Jednou týdně se koná **životopisná skupina**, kde se představují noví členové komunity a seznamují ostatní členy se svým životopisem a s tématy, se kterými by chtěli pracovat. Jsou také organizovány **loučící skupiny**, ve kterých odcházející pacient reflektuje pobyt a vztahy s jednotlivými členy komunity a personálem, od nichž následně dostává zpětnou vazbu. Večer je pak obvykle věnován rozlučkové oslavě.

Po večeři následuje závěrečná **relaxace** a krátké volno před večerkou. Pacienti mají **povinnost vést si deník**, kam zaznamenávají postřehy nasbírané v průběhu dne, vlastní prožívání, emoce a jejich reflexi. Deník se odevzdává před ranní komunitou.

Program na víkend (s výjimkou **relaxace** a **úklidu**) si zajišťuje každý pacient sám. Ve skupině jsou obvykle nabídky **společných aktivit a výletů**, někteří pacienti prostor využívají k nalezení klidu a samoty.

3. Výzkum procesu změny v psychoterapii a účinné faktory skupinové psychoterapie

V úvodu je představena historie tohoto vědního oboru. Zásadní je představení výzkumu procesu změny v psychoterapii, který je následně rozšířen o společné a účinné faktory. Vzhledem k tomu, že cíl diplomové práce je poznat prožívání návratu do každodenního života u pacientů, kteří podstoupili komunitní terapeutický pobyt, kde byla skupinová psychoterapie součástí každého dne, zaměřuje se na účinné faktory skupinové psychoterapie.

3.1. Historie výzkumu psychoterapie

Seznámení se s historií výzkumu psychoterapie je důležité pro pochopení současného stavu tohoto oboru. Zachycuje kontinuum přístupů, metod a cílů, prostřednictvím kterých se psychotherapeutický proces a metody zkoumaly. Tato historie zároveň reflektuje status a fungování psychoterapie v daném časovém období. Je zpracována za pomoci nejnověji vydané a komplexní publikace *Psychotherapy Research. Foundations, Process, and Outcome* (Gelo, Pritz & Rieken, 2015), která rozvíjí a obohacuje dřívější studie týkající se historie výzkumu psychoterapie, především Orlinského a Russela (1994). Přestože je první fáze datována od roku 1920, již dříve vznikly publikace, které se zajímaly o charakter a metody léčby duševních onemocnění. V druhé polovině 18. století německý filosof Karl Phillip Moritz pravidelně publikoval časopis *Erfahrungsseelenkunde* (ang. *Journal of Psychology from Experience*) určený jak pro odbornou, tak laickou veřejnost. Bylo možné do něj přispívat poznatky a podněty týkajícími se duševních poruch. Druhou významnou publikací byly Breuerovy a Freudovy *Studie o hysterii* (vydáno 1985), kde byly kazuistiky nahlíženy z psychologického a neuropsychologického hlediska.

3.1.1. První fáze (1920-1954)

V první fázi, která zahrnuje průkopnické práce Hanse Eysencka a Carla Rogerse, šlo především o zavedení vědeckých metod do výzkumu psychoterapie. Do počátku 50. let

byla psychoterapie zkoumána především analýzami kazuistik, z nichž následně byly vytvářeny teorie. Nedosahovaly ale dostatečné hloubky, metodologie byla vágní, nejednotná, a výsledky tak nemohly být generalizovány (Gelo et al., 2015).

Významným mezníkem se stala možnost pořizování audionahrávek. Díky těm mohly být zaznamenány celé rozhovory s pacienty, čímž bylo možné doložit různá pacientova tvrzení a vstupy psychoterapeuta. S počátkem systematictějšího výzkumu terapeutického procesu je spojováno jméno Carla Rogerse, který ve slavném případě Herberta Bryana nahrál celý rozhovor, ve kterém došlo k zaměření se na jednotlivé fenomény jako dotazy, interpretace, kladení dotazů. Snyder a Rogers v roce 1945 vytvořili studii, v níž byly jednotlivé otázky terapeuta a odpovědi pacienta označovány. Bylo tak možné najít, jak terapeutovo chování ovlivňovalo pacientovy reakce (Orlinsky & Russell, 1994).

Významnou osobností pro rozvoj výzkumu psychoterapie byl Hans Eysenck, který na začátku 50. let kritizoval dosavadní a dle něj nevědecký přístup. Sám prosazoval přístup systematictějších klinických šetření s reprezentativnějším vzorkem populace. Nesouhlasil s výsledky výzkumů psychoterapeutů, kteří přičítali zlepšení stavu pacientů psychoterapii, neboť jejich pozorování a měření nebylo validní. Příčinu zlepšení tak přisuzoval především spontánní remisi. Zdůrazňoval důležitost kontrolních skupin, bez nichž není možné výsledky léčby potvrdit či vyvrátit. Eysenckův přístup vyvolal reakci výzkumníků Luborského a Rosenzweiga, kteří kritizovali Eysenckovy rozdílné standardy závažnosti onemocnění a zotavení z nemoci. Díky této nejednotnosti tak vyhodnotili Eysenckovy výzkumy rovněž jako nevalidní. Spustila se tak diskuze nad vytvořením a dodržováním metodologických pravidel, která by mohla vést k vědecktějšímu přístupu ve výzkumu psychoterapie (Gelo et al., 2015).

3.1.2. Druhá fáze (1955-1969)

Tato fáze představuje rapidní rozvoj zkoumání psychoterapie. Výzkumným paradigmatickým byl logický pozitivismus, který se soustředil především na projevy chování, zkoumal akce a následné reakce. Jakékoliv subjektivní prožitky nebyly pro výzkum dostatečně operacionalizovatelné a vědecky ověřitelné. Většina kontrolovaných experimentů probíhala na bázi pozorování, které bylo v té době bráno jako validní metoda. Dominantní přístup ve výzkumu byl nomotetický – hledaly se obecné zákonitosti lidského chování, ve kterém subjektivní zkušenost hraje marginální roli. Tomu oponoval Rogers a další podobně

ladění výzkumníci zdůrazňují, že subjektivní zkušenost je v procesu psychoterapie důležitá. Oproti první fázi se výzkumníci začali důkladněji zabývat faktory na straně pacienta: věkem, náboženskou příslušností, pohlavím, socioekonomickým statutem, úrovní vhledu, vývojovými rozdíly a dalšími. V této fázi se pořádaly četné konference, na kterých vystupovali badatelé z řad různých klinických a psychoterapeutických směrů a přednášeli své podněty k metodologickým a obsahovým aspektům výzkumu. Veškerá snaha vedla k tomu, aby se mohla psychoterapie začlenit mezi uznávané vědní disciplíny (Gelo & kol., 2015).

Eysenck v roce 1960 obnovil kritiku efektivity psychoterapie (tzv. „druhý útok“), ve kterém opět zpochybnil výsledky výzkumných studií, jež byly dle jeho nálezů neprůkazné. Pro další vývoj bádání byla důležitá reakce Allena Bergina – po přezkoumání Eysenckových výsledků vyvodil závěr, že existují dva druhy psychoterapeutů. První přináší dobré výsledky a druhý špatné výsledky. Tím vznikl parametr, který způsobil zdánlivou neefektivitu psychoterapie. Dle Bergina Eysenck podcenil výběr terapeutů (málo zohledňoval jejich různorodé zkušenosti, vzdělání a praxi). Stejně jako Eysenckův „první útok“ způsobil „druhý útok“ další vlnu výzkumů, které se tentokrát zaměřovaly na proměnné na straně psychoterapeuta (Gelo & kol., 2015) a téma reliability a validity studií se opět oživilo. V průběhu této fáze tak vzniklo mnoho forem testů, druhů rozhovorů a sofistikovanějších výzkumných designů.

Významným a průkopnickým momentem v bádání se stala 30 let trvající studie *Meningerův psychoterapeutický projekt*, ve které byl na 42 pacientech zkoumán dlouhodobý vliv psychoanalytické terapie. Zohledňoval pacientovu organizaci osobnosti, životní situaci a samotný terapeutický proces (Gelo & kol., 2015, 46).

V rámci pozitivistického směřování výzkumu se do popředí dostával behaviorismus a teorie učení. Z hlediska teorie učení byl nazírán terapeutický proces. Byla zkoumána role psychoterapeuta, který mohl selektivně ovlivňovat pacientovy reakce. Například pokud terapeut pozitivně reaguje na některé pacientovy poznámky a na jiné ne, pacient se bude držet jen poznámek, u kterých se dočkal reakce. V kontextu tehdejších teorií to byl výsledek podmiňované reakce (Gelo & kol., 2015).

3.1.3. Třetí fáze (1970-1983)

Ve třetí fázi docílili badatelé toho, že se výzkum psychoterapie etabloval jakožto relevantní vědecká disciplína. Došlo k detailnějšímu zpracování výsledků studií, výzkumné designy byly díky zvyšujícímu se počtu diskuzí a konferencí v předchozí fázi podstatně sofistikovanější. V roce 1970 byla vytvořena Společnost pro výzkum psychoterapie, organizace, která dokázala propojit odborníky z řad klinických odborníků, tak psychoterapeutů různých terapeutických směrů. Významným momentem bylo vydání knihy *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Bergin & Garfield, 1971). Ta představovala souhrn pokroků, kterých výzkum psychoterapie v průběhu let dosáhl v oblasti metodologie, cílů výzkumu a forem měření jeho výsledků. Publikace poskytovala důkazy o tom, že psychoterapie je vědeckou disciplínou.

V předchozích fázích se badatelé věnovali procesu a pozitivním výsledkům psychoterapie, v tomto období si kladli otázku, jaké mohou být negativní efekty psychoterapie. Gelo et al. (2015) tím dokládají, že výzkumníci již pociťovali větší svobodu, neboť diskuze o negativních následcích psychoterapie by způsobila značné problémy v jejím přijetí coby vědy. Otázky terapeutického procesu byly rozšířeny o další faktory, byl zaveden pojem „pracovní aliance“ (používaný dodnes), otevřenost a uzavřenost a expresivita.

Zásadní změnou byla tvorba metaanalýz, tedy statistického zpracování výsledků, kterých bylo dosaženo v dosud vytvořených studiích. Nejen, že tyto analýzy potvrzovaly účinnost psychoterapie (dokázaly mnohem obratněji vyvažovat faktory, které hovořily ve prospěch i v neprospěch efektivity psychoterapie), ale také konstatovaly, že všechny druhy psychoterapie (bez ohledu na použité techniky) mají obdobné výsledky. Otázka, který druh psychoterapie je nejefektivnější, byla totiž v tomto období často pokládána.

3.1.4. Čtvrtá fáze (1984-současnost)

V předchozích fázích se výzkumníkům podařilo pozvednout psychoterapii mezi ostatní vážené vědecké disciplíny. Hlavní otázkou, o jejíž zodpovězení vědci usilovali skrz čím dál komplexnější formy experimentů, pozorování a studií, byla efektivita a pozitivní efekt psychoterapie. Tu se v průběhu desetiletí díky sofistikovaným kvantitativním metodám podařilo uspokojivě zodpovědět (Orlinsky & Russell, 1994).

Pro čtvrtou fázi je typickou otázkou „jak psychoterapie dosahuje pozitivních výsledků“? Vzhledem k tomu, že dosud dominovaly především objektivní a měřitelné výsledky, ke slovu se nyní dostává zkoumání subjektivní zkušenosti, po kterém volal již dříve Carl Rogers. Došlo a dochází k významnému rozvoji kvalitativních metod zkoumání (Gelo & kol., 2015), rozšířeným možnostem interpretace privátní zkušenosti, především hermeneutickým a fenomenologickým způsobem. Pro výzkum pomalu ale jistě začalo hrát roli porozumění zkoumaným fenoménům z hlediska pacienta. To rovněž vedlo ke zpochybňování diagnostických přístupů, které byly svým způsobem redukcující a nálepkující.

V tomto kontextu je nutné zaměřit pozornost na výzkum procesu změny v psychoterapii – především práci Roberta Elliota (2010), který vytvořil „*Client Change Interview*“, ve kterém se zaměřil na zkoumání aspektů terapie, které pacient shledal nejvíc nápomocnými a důležitými. Llewelyn (1988) byl další badatel, který výrazně napomohl dalším výzkumům, neboť vytvořil dotazník HAT (Helpful Aspects of Psychotherapy), který pacient vyplňoval hned po terapeutickém sezení a zaznamenával do něj nejdůležitější a nejnápomocnější momenty.

Vedle kvalitativního výzkumu ale stále dominuje především výzkum kvantitativní. V této oblasti byly především zdůrazněny výsledky mezi výzkumy za kontrolovaných podmínek (se silnou vnitřní validitou) a těmi, které byly prováděny v „přirozenějších“ podmínkách (se silnou vnější validitou). Druhý typ výzkumu začal nabývat na četnosti, neboť první obvykle nekoreloval s klinickými podmínkami. Klinická významnost hrála větší roli, a tak se vyvíjely nové přístupy, které by ji mohly měřit. Na jedné straně byla statistická šetření relevantních změn po skončení psychoterapie a na druhé snaha o odhalení, zdali může být pacient empirickými metodami odlišen od „zdravé“ osoby. Metoda výpočtu klinické významnosti se nazývá „reliability change index“ (RCI). Jedná se o skóre naměřených hodnot po léčbě a před léčbou, přičemž se zohledňuje standartní chyba měření v závislosti na reliabilitě měření (Gelo & kol., 2015).

3.2. Proces změny v psychoterapii

V předchozí podkapitole již bylo řešeno, že výzkum procesu změny v psychoterapii je jednou z nejaktuálnějších oblastí výzkumu psychoterapie. Mezitímco dlouhá desetiletí byla snaha soustředěna na otázku, zdali je psychoterapie efektivní, tak po jejím kladném

zodpovězení (Lambert, 2013) jsou nyní středem pozornosti faktory, události a procesy, které samotnou změnu v psychoterapii způsobují.

Výzkum je prováděn kvantitativně i kvalitativně, přičemž každý způsob má své silné a slabé stránky (Sandell, Holub, Roubal & Řiháček, 2019).

Kvalitativní výzkum má bezpochyby širší možnosti postihnout komplexitu fenoménu změny díky možnosti detailně vedeného rozhovoru. Umožňuje zvýraznit individuální prožitek daných změn, neboť není tolik omezen definovanými kategoriemi jako výzkum kvantitativní. Citelnou nevýhodou je ale dle Sandella et al. (2019) velká časová náročnost a objem práce spojený s přepisováním, analýzou a interpretací získaného materiálu. Zároveň je kvalitativní výzkum primárně v rukou pacienta a psychoterapeuta či výzkumníka, a je tak možné, že výsledky nebudou obsahovat maximum potenciálně získatelných informací, například kvůli neschopnosti formulovat a postihovat změny na straně pacienta nebo kvůli nesprávně vedenému rozhovoru na straně výzkumníka.

Kvantitativní přístup jako takový se zaměřuje především na tvorbu koncepcí a norem, které jsou aplikovatelné na širší populaci. Může využívat četných škál – pro zaznamenání změny v psychoterapii, míru závažnosti příznaků u dané duševní choroby. Dále je možno použít vícedimenzionální škály. (Sandella et al., 2009). Ty dokážou zachytit například rozdíl závažnosti příznaků před absolvováním a po absolvování psychoterapeutického procesu. Problém toho přístupu je především v potenciální redukci zkoumaných fenoménů či kvalitativní posun jejich vnímání na straně pacienta (Elliot, 2010).

3.2.1. Change process research

Jednou z nejpoužívanějších metod je výzkum procesu změny – v zahraničí CPR – change process research (Elliot, 2010). Je širokou oblastí pro vědecké bádání, a tak se rozděluje do několika základních směrů:

1. Pomocné faktory

Faktory, které sami pacienti označují za nápomocné či významné. Tento směr tak čerpá přímo z jejich zkušenosti. Umožňuje jim rozvést, jak a v čem konkrétně jim jmenované faktory v procesu pomohly. To se nemusí týkat pouze psychoterapie, ale výzkum se rozšiřuje i na mimoterapeutické faktory. Kvantitativně se dají pomocné faktory vystihnout za pomoci posuzovací škály HAT – Helpful Aspects of Psychotherapy (Llewelyn, 1988),

která je časově podstatně úspornější, a může tak změnu postihnout na větším populačním vzorku. Ta se administruje po skočení terapeutického sezení a pacient zaznamená a ohodnotí nejnápomocnější aspekty proběhlé terapie.

2. Důležité události v psychoterapii

Tento směr je zdánlivě podobný směru pomocných faktorů s tím rozdílem, že zde se pracuje i s událostmi, které pacienti vnímají spíš jako překážky – například nedostatečná emocionální podpora nebo strukturovanost ze strany psychoterapeuta, opouštění pro pacienta důležitého tématu nebo aplikace metody, která pacientovi nevyhovuje (Castonguay et al., 2010). Výhoda tohoto směru spočívá ve velkém potenciálu následných bližších výzkumů identifikovaných událostí a také to, že se neomezuje na samotnou událost v psychoterapii, ale zkoumá i její následky jak po skončení sezení, tak i po skončení psychoterapeutického procesu.

3. Design mikroanalytického sekvenčního procesu

V rámci základních směrů je tento využíván nejméně. Jedná se o kvantitativní výzkum, který se odehrává přímo v průběhu terapeutického sezení. Spočívá v kódování veškeré komunikace odehrávající se mezi pacientem a psychoterapeutem. Zaměřuje se na to, jaké procesy v pacientovi spustily intervence psychoterapeuta a za jakých podmínek, a to za pomoci základních škál. Tento typ výzkumu může být dle Elliota (2010) nápomocný pro výzkum specifických terapeutických intervencí. Jeho největší slabinou je dle něj časová náročnost, neboť je třeba kódovat celou konverzaci a následně ji škálovat.

3.2.2 Follow-up studie

Podle Lamberta (2013) je nutné kromě pozorování změny přímo v terapeutickém procesu také sledování dlouhodobé změny po ukončení psychoterapie. Ponechal si pacient staré vzorce chování, či si dále rozšířil možnosti adaptivního chování? Jak se u něj dále rozvíjela či jak ustupovala symptomatika? Které faktory mi byly pro dlouhodobou kvalitu života nápomocné, a které nikoliv? Jak sám píše, longitudinální výzkum těchto aspektů je metodologicky velice náročný. Jak napsala již Sargent (1960), takový výzkum je, co se objektivních kritérií týče, téměř nemožný, pokud má mít alespoň základní validitu. Bere-li se v potaz, že po propuštění z hospitalizace či po ukončení psychoterapie nastoupí pacient do každodenního života, jak lze zaznamenat veškeré faktory, které na něj pozitivně či negativně působí? Je to rodina? Krátká intervence ze strany přátel? Návazná psychoterapie? Pokud by byl pacient pravidelně sledován například po dvou letech, je

možné dohledat z jeho perspektivy veškeré možné vlivy na kvalitu jeho života? Toto je jen několik ukázek, co všechno by se v případě longitudinálního výzkumu mohlo ošetřit. Lambert (2013) dodává, že po připočtení faktorů, jako je drop-out participantů a nekontrolované experimenty, je taková studie extrémně náročná.

Ideální se jeví smíšený design, který zanechá jistou míru individuálních aspektů procesu změny a zároveň může skrz hodnotící škály sledovat symptomy, které se mohou hodnotit kvantitativně. Měl by zkoumat stav pacienta před začátkem, v průběhu a po skončení psychoterapie. Takovou studii publikoval v roce 2019 tým Felixe Wucherpfenniga (Wucherpfennig, Boyle, Rubel, Weinmann-Lutz & Lutz, 2019). Tým sledoval participanty, kteří prošli KBT. U nich sledoval jejich stav a doprovázející změny jak kvantitativně, tak kvalitativně po ukončení psychoterapie a následně po třech letech. Z celkového počtu 30 participantů tvořili 46 % vzorku pacienti s depresivní poruchou, 30 % s úzkostnými poruchami, 10 % s dystymií, 10 % s poruchami přizpůsobení a cca 4 % s obsedantně kompulzivní poruchou. Výsledkem kvalitativní analýzy zkoumající dlouhodobě nápomocné faktory bylo celkem 5 shluků:

1. Terapeutický vztah

Terapeut byl pacienty vnímán jakožto odborník, který je přijímá a má k nim kladný vztah. Participant s ním zažili korektivní emoční zkušenost a pomohl jim přijmout se takovými, jací jsou. Terapeutický vztah, v němž spatřují přijetí a důvěru, vnímají jako možnost otevřít se. Jsou ochotni od něj přijmout kritiku, rady i pozitivní hodnocení.

2. Aktivace vlastních zdrojů

Psychoterapie participantům umožnila rozpoznat vlastní zdroje, které jim dříve byly nedostupné. Jedná se především o pozitivní charakteristiky jich samých, o již dosažené úspěchy. Psychoterapie nejen že participantům umožnila vlastní zdroje identifikovat, ale zároveň je rozvíjela dále, což celkově zvyšovalo jejich motivaci a vynaložené úsilí o překonání vlastních obtíží.

3. Vyjasnění motivace, vhled

Pacienti měli v průběhu procesu možnost rozpoznat vlastní vědomé i nevědomé procesy vysvětlující jejich chování a obtíže. Díky získanému vhledu nejenže mohli s těmito procesy pracovat, ale zároveň získali zcela novou perspektivu na svůj dosavadní život.

4. Copingové strategie založené na akci

Pokud pacient přijme obsah edukace, tedy že jsou funkční a dysfunkční (popřípadě adaptivní a neadaptivní) formy chování, získává nové schéma práce na sobě samém. Je tak motivován k vytváření funkčních, hlubokých a prospěšných vztahů a získává konstruktivní kompetence k jejich zlepšování. Po prožití úspěchu je motivován k další práci. Především na pozitivních cílech, které si sám v průběhu terapie stanovil. Zároveň je schopen lépe pracovat s vlastními emocemi (úzkostí, strachem a hněvem).

5. Terapeutická péče

Všichni pacienti ocenili pravidelnou následnou terapeutickou péči, která jim dala možnost emoční ventilace a podpory v jejich snahách i zlepšení vlastní situace.

3.2.3 Výzkum prožívání po ukončení psychiatrické hospitalizace

Kromě dlouhodobých studií lze dělat i takové, které zkoumají u pacientů určitou část procesu změny. Diplomová práce se zaměřuje na pacienty, kteří ukončili hospitalizaci nejpozději tři měsíce před rozhovorem. V průběhu rešerše byly nalezeny dvě studie, které se zaměřily na prožívání pacientů léčených v psychiatrických ústavech po propuštění.

From the (Dis)comfort of One's Own Home: Patients' Experiences of Hospitalization After Discharge.

Eldalův tým (Eldal et al., 2019) zkoumal celkem 14 participantů ve dvou rozhovorech (při přijetí do léčby a 3 měsíce po jejím ukončení). Diagnózy nebyly upřesněny, participant pocházel z psychiatrických oddělení zaměřených na afektivní, psychotické a traumatem způsobené poruchy. Jejich hospitalizace byla dobrovolná. Akutní psychóza byla exkluzivním kritériem. U pacientů byla identifikována tři základní témata:

1. Pauza od „toho tam venku“

Všichni participant se vyjádřili, že hospitalizace jim poskytla možnost odpočinout si od každodenního světa a náročných vztahů. Umožnila jim „dobít baterky“. Někteří měli možnost vyhledat samotu a odpočinout si. Jiné naopak potěšila možnost setkat se s lidmi,

kterí trpí podobnými obtížemi, byla to zkušenost, která je osvobodila od pocitů izolace a samoty. Díky hospitalizaci se participantům naskytla možnost otevřeně hovořit o svých obtížích a také s nimi pracovat. Několik participantů zmínilo, že jejich každodennost je nudná a všední, naopak pobyt mezi druhými a společný program (psychoterapie, jídlo, aktivity) vnímali velmi pozitivně. Jeden z participantů, který byl hospitalizovaný už několikrát, uvažoval, zdali mu hospitalizace opravdu pomohly s jeho obtížemi anebo jestli kvůli nim není více závislý na odborné pomoci. Někteří participanté měli příležitost si odpočinout, zároveň ale nechtěli být hospitalizováni příliš dlouho, neboť by si příliš zvykli na chráněné prostředí a pak by se více obávali návratu do „světa venku“.

2. Bezpečná síť, která mě zachytí, když spadnu

Tato kategorie byla z hlediska participantů ambivalentní. Jedna skupina byla ráda za to, že v případě problémů, které již nejsou schopni zvládat, mají bezpečný prostor, do kterého se mohou vrátit, či službu, na kterou se mohou kdykoliv obrátit. Jeden z participantů si dokonce papír s kontakty schovával doma jako „tajný poklad“, po kterém mohl kdykoliv sáhnout, když mu nebylo dobře. Tuto „bezpečnou síť“ vnímali nejpozitivněji participanté, kteří v jejich každodenním životě neměli rodinu, popřípadě s ní neměli kontakt. Někteří pacienti vnímali u této „sítě“ i její odvrácenou stranu. Cítili se stigmatizováni svou diagnózou a systém celkově přirovnávali k pasti. Jedna participantka uvedla, že život s diagnózou ji značně omezil na svobodě, neboť se tak vyskytla v diagnostické škatulce a má tak určitou nálepku.

3. Od „být opečováván“ k „převzetí zodpovědnosti za sebe sama“

Návrat do každodenního života byl pro některé participanty obtížný. Jeden z nich popisuje situaci následovně (Eldal et al., 2019, 194): *„No... měl jsem vážně smíšené pocity ... těšil jsem se domů a vážně se těšil, až budu domu, zároveň jsem měl ale takové pocity ... měl jsem strach, protože si na to bezpečí zvyknete. Je vážně pohodlné, když je o vše postaráno ... dostanete najíst, všechno je tam jako pro vás, víte. Nejste na to sami. Takže ano, byla to velká změna jít domů a dělat si všechno sám.“*

Několik participantů zaznamenalo, že v ústavní léčbě znovunabyli sebeúctu, kterou jako by někdy ztratili. U participantů bylo společná téma načerpání energie a návrat domů s určitým elánem a vizí, že si režim, který dodržovali v průběhu léčby, přenesou domů.

U mnohých došlo k tomu, že tyto snahy vzdali. Cítili, že na to sami nestačí a doma je pravidelné povinnosti nebaví, vnímali je jako prázdné. Téma osamělosti se tak vrátilo. Mnohé participanty znovunabytá odpovědnost za sebe zaskočila. Vnímali, že je velký rozdíl mezi „životem v bezpečí“ a „normálním životem“.

Post-discharge needs of Iranian women diagnosed with severe mental illness

Oproti západnímu světu je iránská následná péče nedostačující a příliš neumožňuje vyhovět individuálním potřebám pacienta. Ti jsou pak odkázáni na podporu rodiny, se kterou obvykle žijí. Do kvalitativní studie s využitím fokusových skupin (Rezaie & Phillips, 2020) byly přijaty participantky se závažnými duševními poruchami (schizofrenie, schizoafektivní a bipolární porucha), které již absolvovaly minimálně dvě hospitalizace a zároveň u nich došlo v průběhu léčby k významnému zlepšení. Kvalitativní analýza odhalila celkem tři tematické shluky potřeb:

1. Podpora rodiny, společnosti a systému zdravotní péče

Participantky mluvily především o potřebě lásky, laskavosti, přijetí, nehodnocení a nechtěly být nálepkovány skrz diagnózy. Vnímaly, že jsou rodinou ignorovány a ponižovány. Uváděly, že se jejich rodiny cítily poníženy a naštvané, neboť nedokázaly přijmout, že jeden z jejich členů trpěl duševní poruchou. Setkali se s nepochopením, ponižováním, nedostatkem péče, prostoru pro sebe a porozumění. To vše vedlo k pocitům izolace a osamělosti. Ze strany společnosti a zdravotního systému cítily velice málo podpory. Měly pocit, že kvůli jejich opakované hospitalizaci se k nim systém chová jako k nevyléčitelným. Přály by si, aby jim systém dal větší podporu a poučil i jejich rodiny o aspektech nemocí, kterými trpí.

2. Získávání pracovních a sociálních dovedností

Závažnou duševní poruchu jakožto handicap v pracovním životě zaznamenalo mnoho participantek. Popisovaly, že na svou práci nestačí a zároveň touží alespoň po základní míře nezávislosti v podobě práce a příjmu. Značně postrádaly jakýkoliv kurz nebo trénink pracovních dovedností, který by jim pomohl ve snaze o získání zaměstnání a starání se o domácnost. Stejně tak u dovedností sociálních, kdy cítí, že nedokáží správně komunikovat o svých potřebách s rodinou.

3. Informace o nemoci a ženském zdraví

Participantky postrádaly erudovanější informace o vlastním onemocnění. Nevěděly, do jaké míry je může omezovat a jaké jsou možnosti léčby. Nejvíce je zajímaly léky a jejich účinky. S tím bylo spojené i téma těhotenství a libida, neboť neměly ponětí, do jaké míry mohou léky ovlivňovat prenatální vývoj dítěte. Zároveň byly zmateny, neboť v případě ztráty libida nevěděly, zdali to způsobuje jejich nemoc či medikace. Toužily těmto mechanismům porozumět.

3.3. Společné faktory psychoterapie

S myšlenkou, že psychoterapeutické směry a postupy mají společné léčebné faktory, přišel Saul Rosenzweig. Jeho domněnka vycházela z následující pozice: pokud psychoterapeut přijde s pozitivním výsledkem v rámci terapeutického procesu, implicitně ho přičítá ideologii terapeutického směru, který zastává. Rosenzweig (1936, 412) si ovšem klade otázku, jestli jsou ve hře skutečně pouze konkrétní faktory použité terapeutem: „*V každé terapeutické situaci nevyhnutelně existují určité nerozpoznané faktory – faktory, které mohou být ještě důležitější než ty, které jsou záměrně použity.*“ Právě těmto společným léčebným faktorům se ve své práci věnoval. Domníval se, že ač každý přístup používá vlastní interpretaci daného psychologického fenoménu, tyto fenomény jsou samy o sobě natolik komplikované, že mohou být úspěšně nahlíženy z vícero úhlů pohledu a každá interpretace může být do jisté míry odpovídající. Přiznává, že komplexní interpretace (například psychoanalytické terapie) mohou být velmi prospěšné, ale není to důvod, proč by daná škola měla mít přednost před ostatními, pokud jsou ve hře faktory, které jsou nadřazené konkrétnímu ideologickému přístupu (Rosenzweig, 1936).

Od Rosenzweigových časů bylo vyvinuto mnoho různých modelů společných léčebných psychoterapeutických faktorů, v současnosti je nejvlivnější model kontextuální. Ten zdůrazňuje terapeutický vztah jako alfu a omegu společnou pro všechny druhy psychoterapie. Wampold, (2015) ve svém výzkumu nabídl nikoliv jednotnou působící složku, ale součinnost různých mechanismů, kterými psychoterapie může působit.

Představil tři základní předpoklady, na kterých tyto mechanismy stojí:

1. Skutečný vztah

Vztah mezi psychoterapeutem a pacientem je svým způsobem unikátní, dochází při něm k odhalování náročných a intimních témat, která se ale otevírají v bezpečném prostředí a nejsou druhou stranou (terapeutem) hodnocena ani nehrozí, že by díky odhalením terapeut vztah ukončil. Zároveň jsou veškeré sdělené informace v tomto vztahu důvěrné, nedozví se je nikdo další.

2. Očekávání

Wampold (2015) předpokládá, že každý pacient do terapie vstupuje s jistými očekáváními, například, že se jeho situace nedá zlepšit nebo že se svých úzkostí nedokáže zbavit. Jistým způsobem už tak svou situaci nějak pojímá, vysvětluje si ji. Obvykle jsou tato vysvětlení maladaptivní, díky úspěšnému psychoterapeutickému procesu se ale stávají adaptivními, pacient tak získává pocit, že může být hybatelem vlastních změn a jeho „očekávání“ se tak výrazně mění. Jinak řečeno, cítí naději. Očekávání tak jde ruku v ruce s porozuměním problému, což je jeden ze základních kamenů psychoterapeutické léčby. Podmínkou tohoto procesu je ovšem pacientova důvěra, že vysvětlení a léčba jsou prostředky, jak svou situaci změnit. Tím se tato cesta vrací k základnímu kameni terapeutického vztahu – terapeut a pacient musí být ve shodě s cíli a prostředky léčby.

3. Specifické komponenty terapie

Specifickými komponenty terapie Wampold (2015) míní především metodické aspekty psychoterapeutických směrů: u KBT by to bylo „postupné odstranění maladaptivních vzorců chování a myšlení“, v daseinanalýze „přijímání sebe sama a snaha o život v autenticitě“. Jedná se tedy o komponenty, skrz které terapeuti jednotlivých směrů zlepšují způsob a kvalitu pacientova života (či se o to snaží). Wampold (2015) poukazuje na to, že specifičnost těchto komponent není přímým zdrojem zlepšení. Tím je právě vedení k jinému a lepšímu způsobu života/zacházení se sebou. Specifické komponenty jsou ale úzce spojeny s očekáváními, neboť každý pacient od určitého směru něco očekává (například u KBT díky větší strukturovanosti očekává zlepšení oproti jiným směrům, které mu například nejsou srozumitelné) a v tom tkví důležitost těchto komponent.

Nejznámější a nejpoužívanější rozdělení společných faktorů pochází od Lamberta a Oglese (2004 in Cuijpers, Reijnders & Huibers, 2019, 210). Ti dělí společné faktory do tří skupin:

1. *Podpůrné faktory: Katarze; identifikace s terapeutem; zmírnění izolace; pozitivní vztah; ujištění; zmírnění napětí; struktura; terapeutická aliance; aktivní účast terapeuta i klienta; odbornost terapeuta; respekt, vřelost, empatie, přijetí a opravdovost na straně terapeuta; důvěra.*
2. *Faktory na základě učení: rada, prožití emoce, asimilace problematických zkušeností, kognitivní učení, korektivní emoční zkušenost, zpětná vazba, vhled, zdůvodnění, explorace vnitřního referenčního rámce, změna očekávání vlastní výkonnosti.*
3. *Akční faktory: regulace chování, práce na kognici, povzbuzení ve zvládání obav a rizik, modelování, cvičení, testování reality, prožitek úspěchu, snaha.*

Lambert a Vermeersch, (in Hersen & Sledge, 2002) uvádí, že pokud jsou podpůrné faktory splněny, pacient cítí bezpečí a důvěru. V takovém případě se i dokáže lépe soustředit na problém, se kterým do terapie přichází, a zvyšuje se tak celková pravděpodobnost pozitivního výsledku. V případě dobrého vztahu se tak do procesu zapojují faktory na základě učení, kde může pacient projít emoční korektivní zkušeností, učí se novým postupům, buduje si vhled na vlastní problémy, což se projevuje následně v akční stránce (osvojení nového či lepšího chování v problémových situacích) a dále nabývá motivaci pro další práci, překonávání překážek. Celý tento proces je postaven především na terapeutickém vztahu, bez něhož by zlepšení stavu pacienta nebylo možné, popřípadě velice obtížné.

Cuijpers et al. (2019) upozorňují, že i navzdory mnohým výzkumům a metaanalýzám není prokázáno, že takové faktory skutečně existují. Je tomu proto, že dle jejich názoru se badatelé neustále oblohou vrací k otázce, zdali psychoterapie funguje, či nikoliv, nikdo ale neví, jak psychoterapie vlastně pracuje. Pokud se vrátíme do historie výzkumu, Gelo et al. (2015) uvádějí, že se přesun zájmu terapeutického bádání přesunul k otázce „jak psychoterapie funguje?“. Cuijpers et al. (2019, 226) vyzněním jejich závěrů oponují: „Přestože během posledních desetiletí byly provedeny stovky korelačních studií,

v porozumění mechanismům změny v psychoterapii bylo dosaženo malého pokroku: Je to, jako bychom byli padesát let v pilotní fázi výzkumu.“

3.4. Účinné faktory skupinové psychoterapie

Tato podkapitola se věnuje faktorům, které dle Kratochvíla (2005, 158) „*působí ve skupinové psychoterapii léčebně.*“ Přestože nejčastěji citovanými účinnými faktory skupinové psychoterapie jsou ty od Yaloma a Leszsce, (2007), zde jsou primárně představeny účinné faktory dle Kratochvíla (2005). To především z toho důvodu, že čerpal zkušenosti a poznatky z komunitně – terapeutické léčby na psychoterapeutickém oddělení v PL Kroměříž. Jelikož psychoterapeutický program v PL Šternberk probíhá ve velmi podobném duchu, jeví se tak užití Kratochvíla jako vhodné. Jáníš (2010) podotýká, že faktory obou systémů se v některých místech vzájemně překrývají. Jedná se o 10 účinných faktorů:

1. Členství ve skupině

Pocit členství a možnosti zapojení ve skupině je považován za důležitý podpůrný faktor ve skupinové psychoterapii. Především je tomu tak u pacientů, kteří žijí osamoceně a izolovaně od okolí (ať už z ekonomických důvodů, či mohou mít pocit, že jim kvůli prožívaným obtížím ostatní lidé nerozumí). Důležitý je prožitek, že lze mezi ostatními lidmi zažít přijetí a sounáležitost, což si může následně pacient přenést i do svého každodenního života. Může se také stát, že pacient, který se cítí být izolován od okolí právě výlučností vlastních obtíží, objeví, že není jediný, kdo těmito obtížemi trpí, a tak dojde tak ke korektivní zkušenosti (Kratochvíl, 2005).

2. Emoční podpora

U společných faktorů psychoterapie bylo zmíněno, že podmínkou dobrého procesu je pocit bezpečí, respekt, vřelost a empatie, totéž platí i u skupinové psychoterapie. Ve skupině či komunitě (už na základě pravidla nehodnocení druhých) je člen přijat bez ohledu na sociální, ekonomické, kulturní či osobnostní nastavení. Pokud pacient cítí ze strany členů skupiny skutečný zájem, podporu, otevřenost a empatii, významně se navyšuje možnost jeho otevření se, tedy že se se skupinou podělí o vlastní pocity. Lidově řečeno „půjde s kůží na trh“. Emoční podpora je důležitá nejen ve chvílích, kdy pacient prezentuje vlastní

obtíže, ale i ve chvílích konfrontace s dalšími členy, které se mohou bez odborného vedení přeměnit v prudkou hádku či výměnu názorů bez jakéhokoliv terapeutického účinku, ba s rizikem narušení koheze skupiny. Koheze je dle Kratochvíla (2005) i Yaloma a Leszce (2007) schopnost soudržnosti skupiny ne v ohledu absolutního pozitivního přijetí, ale v míře schopnosti dávat si mezi členy navzájem emoční podporu.

3. Pomáhání jiným

Přestože pacienti vstupují do terapeutických skupin primárně s motivací pomoci sami sobě, zjišťují, že během sezení mohou vlastními zkušenostmi a vlastnostmi (které oni sami často nevnímají jako pozitivní či užitečné) pomoci druhým. Získávají tak i pocit užitečnosti, který může mít na rozvoj pozitivnějšího naladění významný dopad. Kratochvíl (2005, 160) spojuje tento proces nejen s pocitem sounáležitosti s ostatními, ale i altruismem coby faktorem, který „pomáhá překonat chorobnou zaměřenost na sebe.“

4. Sebeexplorace a sebeprojevení

Jak bylo řečeno, emoční podpora členů skupiny pomáhá pacientovi se skupině otevřít, tedy hovořit o niterných tématech a obtížích, včetně těch, o kterých nikdy nikomu neřekl. Nejsou to obvykle informace, které si může zbytek skupiny domyslet. Mohou působit překvapivě či neobvykle a pacient se za ně často stydí či kvůli nim pocituje vinu. Mohou to být i skrytá přání a fantazie. V případě, že o nich veřejně promluví, musí počítat s tím, že vzniká riziko nepřijetí tématu skupinou, popřípadě se mu nedostane emoční podpora, kterou očekával. Kratochvíl (2005) na tento fakt upozorňuje s tím, že to může být pro pacienta traumatizující zážitek. Ve chvíli, kdy se emoční podpora dostaví, dostaví se i korektivní zkušenost, neboť je možné, že pacient do sebeodhalení vstupoval s tím, že ho skupina odmítne či ho bude hodnotit.

5. Odreagování

Odreagování (v intenzivnějších případech abreakce) je proces či moment, při kterém pacient ventiluje silné a potlačené emoce, které nemohl nebo neměl příležitost projevit. Ať už z důvodu, že před vlastními emocemi chránil ostatní, či mu v tom bránila vlastní hrdost, či se jednalo o emoce, které mu nebyly přístupné. Také je možné, že neměl v okolí osoby, kterým by důvěřoval natolik, aby si dovolil tyto emoce ventilovat. V abreakci nejde jen o čisté vyjádření emocí, ale obvykle jsou navázány na konkrétní události či vzpomínky. Výše byla zmíněna koheze. Kohezní skupina je schopna s touto abreakcí dobře pracovat

a poskytnout členovi emoční podporu. Stejně tak může abreakce tuto kohezi zvýšit, neboť se danému pacientovi může ulevit a skupina může událost pojmout jako projev důvěry (Kratochvíl, 2005).

6. Zpětná vazba a konfrontace

Zpětná vazba je výrazně odlišná od interpretace. Interpretace je obvykle výsledek myšlenkových pochodů v rámci pokusu pochopit jednání druhé osoby. Zpětná vazba pracuje více na prožitkovém principu. Pokud se daný pacient chová určitým způsobem, jiný člen skupiny (nebo více členů) reflektuje, jak na něj chování působí, jaké u něj vyvolává reakce. Lze si představit případ pacienta – muže, který se podivuje nad tím, že žádná z žen ve skupině se s ním nechce dát do delšího rozhovoru. Při vyjádření této myšlenky na skupinovém setkání se ukáže, že pacientky mají pocit, že se snaží je svést. Pacient si dosud nebyl takového chování vědom, a tak může následně s tématem dále pracovat. Slouží tedy jako jakési zrcadlo, které ukazuje chování jedince v odrazu prožívání druhých. Zpětná vazba není vázána pouze na verbální projev, ale i na tělesné, mimické a gestikulační projevy (Kratochvíl, 2005).

7. Náhled

Podle Kratochvíla (2005, 164) představuje náhled či vhled „*pochopení dříve neuvědomovaných souvislostí ve vlastní psychice a vztazích ve spojitosti s maladaptivním chováním*.“ Jedná se o situace, kdy si pacient uvědomuje souvislost vlastního chování, konfliktů či problémů v přítomnosti/minulosti a prožívaných obtížích. Kratochvíl (2005) dělí náhled na interpersonální (pacient nahlíží svoje obtíže v kontextu vlastního chování a prožívání, tedy se na obtížích spolupodílí) a na genetický (náhled na současné obtíže je tvořen především ve spojitosti se vzdálenější pacientovou historií, například dětstvím). V oblasti náhledu je dobré připomenout, co bylo řečeno u Wampolda (2015), tedy že náhled pacienta na vlastní obtíže může být maladaptivní a psychoterapie mu pomáhá v tom, aby se stal adaptivním. Kratochvíl (2015) dodává, že pokud pacient přičinám vlastních obtíží rozumí, měl by tak být kompetentní je vyřešit.

8. Korektivní emoční zkušenost

Korektivní emoční zkušenosti zpravidla u pacienta předcházejí mylné a generalizované představy o postojích a reakcích druhých lidí. V části o sebeexploraci bylo řečeno, že pacient se může skupině svěřit s tématem, které je velice intimní, zostuzující či kvůli němu

pacient zažívá pocity viny. V takové situaci může nastat pacientovo mylné očekávání ve formě negativní zpětné vazby od skupiny (například odsouzení). Pokud ale skupina přistoupí k jeho tématu s pochopením, podporou a respektem, pacientovo chování tak prochází emoční korekcí. Nedošlo totiž k odmítnutí, ale přijetí, ba dokonce k vyvolání pozitivních emocí nejen na straně skupiny, ale i pacient může prožít pocity uvolnění. Yalom a Leszcz (2007) upozorňují na to, že skupinová dynamika může odrážet procesy, které se pacientovi dějí v jeho primární rodině (obzvláště když jsou ve skupině přítomni muž a žena věkové skupiny jeho rodičů, to se vztahuje i na terapeutický pár, je-li tvořen mužem a ženou) a může tak dojít ke korektivní rekapitulaci primární rodiny. Růžička (2011, 64) poznamenává, že komunita může pozitivně zapůsobit na „defektní“ attachment pacienta: *„Terapeutická komunita se svou rozvětvenou sítí vztahů, podporou ostatních klientů, silným pocitem sounáležitosti a péčí 24 hodin denně umožňuje rozvoj silného terapeutického attachmentu, což může klientovi přinést „přestavbu“ jeho defektního a nefunkčního vzorce přimknutí.“* Kratochvíl (2005) podotýká, že korektivní emoční zkušenost může člen skupiny prožít i nepřímo, tedy že na něj ostatní členové nebudou reagovat tak, jak je zvyklý z vlastního okolí.

9. Zkoušení a nácvik nového chování

Jak již bylo několikrát řečeno, pacient může v průběhu skupinové psychoterapie získat náhled (ať už formou zpětné vazby, konfrontace, vzhledu díky interpretaci) na vlastní maladaptivní chování, a tím se mu otevírá prostor pro vytvoření nových adaptivnějších vzorců. V propojení s řečenými účinnými, popřípadě podpůrnými (Wampold, 2015) faktory, má pacient prostor na zkoušení nového chování v rámci bezpečného a kohezního prostoru psychoterapeutické skupiny. To se může významně dít skrze korektivní emoční zkušenost, kterou může pacient od ostatních členů získávat, může například zjistit, že projevení vlastního názoru a potřeba se mu osvědčuje více než pasivní a ustrašené chování. Kratochvíl (2015) připomíná, že nácvik může probíhat i systematictější formou tréninku, kdy si pacient musí v modelových situacích své potřeby prosadit. Popisuje i proces, kdy se chování změní bez náhledu – skupina svého člena do některé situace vmanipuluje či on sám jí vyhoví souhlasem s činností, kterou z nějakého důvodu nechce vykonávat nebo se jí brání. Členovi skupiny se činnost navzdory vlastním negativním očekáváním zalíbí, čímž se mění jeho postoj k novému chování.

10. Získání nových informací a sociálních dovedností

Kromě informací, které člen skupiny získává z interpersonálního kontaktu, získává mnohé informace a inspirace k novým postupům nasloucháním a pozorováním. Jiní členové skupiny mohou hovořit o tématech, která se i jeho osobně dotýkají a může na ně nahlížet jako na modelové situace, které by mohl následně zkoušet po svém. Samotné naslouchání mu může poskytnout cenné poznatky o partnerské dynamice, mezilidských vztazích, možnostech trávení volného času, relaxace a jiných. Stejně tak mohou nové informace spustit proces, který vyvrcholí jeho aktivitou v terapeutické skupině (Kratochvíl, 2005).

4. Výzkumná část

Cílem výzkumné části diplomové práce je popsat prožívání návratu pacientů psychoterapeutického oddělení PL Šternberk do běžného života. Práce se zaměřuje na jejich prožívání a porozumění situacím nejprve přímo na oddělení posléze zkoumá průběh léčby, dále závěr léčby, kdy se blížil jejich návrat domů, a průběh samotné cesty domů. Středem zájmu pak jsou prožitky každodenního života, porozumění pozorovaným změnám, zdali je pro ně návrat obtížný a pokud ano, jaké mají zdroje podpory. Práce se zabývá také tím, jak jejich pobyt ovlivnil mezilidské vztahy (s rodinou, přáteli, lidmi všeobecně). Práce se soustředí i na témata, která vyvstala v průběhu léčby a při návratu, jak je respondenti reflektovali a naložili s nimi.

Druhou oblast výzkumné části tvoří tematická analýza, jež představuje témata, která jsou respondentům společná.

Vzhledem k cílům výzkumu byl zvolen kvalitativní design studie, který umožňuje dobře postihnout individuální zkušenost, kterou však nelze aplikovat na jakoukoliv větší populaci (Miovský, 2006).

4.1. Cíle výzkumu

- Průzkum a analýza pocitů pacientů navrátilých se z psychoterapeutického pobytu.
- Průzkum změn, které pacienti v průběhu pobytu a po návratu z něj zaznamenali.
- Identifikace témat, se kterými se pacienti vraceli domů.
- Analýza vnitřních a vnějších zdrojů podpory v období po návratu z oddělení.
- Identifikace společných témat pacientů.

4.2. Výzkumné otázky

Na základě cílů výzkumu byly stanoveny výzkumné otázky umožňující přesnější zaměření výzkumníka na danou problematiku.

Výzkumné otázky jsou:

- Co si pacienti odnášejí z pobytu?
- Jak probíhal závěr terapeutického pobytu?
- Jak závěr pobytu prožívali?
- Jak pacienti prožívali návrat do každodenního života?
- Co jim v návratu pomáhalo – jaké byly vnitřní a vnější zdroje podpory?

4.3. Výzkumný soubor, sběr dat a jejich analýza

Práce se zaměřuje na co nejhlubší specifika porozumění a prožívání, bylo tedy nutné zvolit takovou metodu sběru a analýzy dat, která umožňuje participantovu zkušenost co nejvíce rozvinout, ukázat, jakým způsobem participant uvažuje a hovoří. Bylo vhodné rovněž pozorovat participantovo chování a mimiku. Pro analýzu dat byla zvolena IPA – interpretativní fenomenologická analýza (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013).

4.4.1. Výzkumný soubor

Pro účast ve výzkumu museli participanté absolvovat psychoterapeutický pobyt v PL Šternberk v minimální době 6 týdnů (což je minimální určená doba pro úspěšné absolvování pobytu) a rovněž dát písemný souhlas s účastí ve výzkumu. Jediným kritériem pro nepřijetí do výzkumu bylo předčasné ukončení pobytu.

Přestože bývá u IPA doporučován nižší počet participantů – jeden až tři (Smith, Flowers & Larkin, 2009), může se výzkumník rozhodnout udělat širší soubor podle svého rozhodnutí, a to hlavně z důvodu bohatosti dat (Řiháček et al., 2013). Celkově se rozhovorů zúčastnilo 6 osob, přičemž se jedná o 4 ženy a 2 muže. 1 participantka využila práva k odmítnutí použití rozhovoru v diplomové práci poté, co obdržela jeho přepis.

Původně byli zváni do výzkumu participanté, u nichž byla maximální doba od návratu z pobytu jeden měsíc, vzhledem k pandemii Covid-19 byl u tří participantů rozhovor proveden po třech měsících.

K výběru participantů byla použita metoda záměrného výběru. K získání participantů byly využity tři způsoby kontaktu:

1. Návštěva psychoterapeutického oddělení v říjnu 2019, kdy byl pacientům představen výzkumník a cíle jeho výzkumu.
2. Zapojení psychoterapeutické sestry do spolupráce. Ta obdržela letáky s informacemi o výzkumu a kontaktem na výzkumníka. Leták obdržel každý pacient při odchodu z oddělení.
3. Zapojení ošetřujícího psychiatra, kterému byli pacienti po návratu svěřeni do péče. Ten je o výzkumu informoval a nabídl možnost spolupráce.

Získání respondentů z terapeutického oddělení nebylo snadné, neboť se jedná o oddělení, kde se průměrně pohybuje 12 osob. Ti po návratu musí obvykle řešit návrat do rodinného a pracovního života. Personál oddělení vyšel výzkumníkovi vstříc a umožnil mu přístup k respondentům v rámci ranní komunity. Tam byli pacienti tématem zaujati s tím, že si účast rozmyslí. Dvě respondentky se na základě návštěvy ozvaly. První konzultovala účast výzkumu i s dalšími členy skupiny, ale ti chtěli chránit své soukromí, a nechtěli se výzkumu účastnit. Druhá respondentka následně účast odmítla z důvodu karanténních opatření.

Psychoterapeutická sestra z oddělení se nabídla, že může pacientům při každém propuštění předávat letáky s informacemi o výzkumu a bude informovat o zájmu o výzkum, aby se mohla strategie případně upravit.

Psychiatrička a psychoterapeutka, která svým pacientům PL Šternberk často doporučuje, se rovněž nabídla, že je může po návratu kontaktovat a při prvním sezení zjistit, zda by nebyli ochotni se výzkumu zúčastnit. Tento způsob se ukázal jako nejefektivnější. Takto byli získáni čtyři respondenti, neboť své psychoterapeutce důvěřovali, že rozhovor proběhne v pro ně bezpečném duchu (možnost kdykoliv ukončit rozhovor, vydání nesouhlasu s použitím rozhovoru). Zároveň podala participantům informaci, že výzkumník pobyt před lety rovněž absolvoval, což pro něj později znamenalo hlídat, aby participanté některé informace nesdělili v domněnku, že je výzkumník již zná.

První respondentka odpověděla začátkem prosince 2019 a setkání proběhlo v místnosti terapeutického zařízení Da-Psychoterapie na pražském Albertově.

Karanténa a výjimečná opatření kvůli epidemii Covid-19 se ukázaly jako velká komplikace ve výzkumu, neboť osobní setkání nepřicházelo v úvahu a nepodařilo se technicky vyřešit jiné možnosti rozhovoru tak, aby to bylo pro respondenty komfortní. Po odeznění opatření začátkem června byli tři respondenti, kteří odešli začátkem března 2020, ochotni se výzkumu zúčastnit a došlo k osobním setkáním. Druhé setkání proběhlo v prostorách kavárny Tvoje máma – respondentce prostředí vyhovovalo. Rozhovor s třetí respondentkou se odehrál v bytě sloužícím jako sklad pro tuto kavárnu, kde bylo zajištěno soukromí. Čtvrté setkání proběhlo v domově autora. V případě těchto respondentů bylo znát, že vzpomínky na odchod ze zařízení před třemi měsíci byl značně přehlušen událostmi souvisejícími s karanténními opatřeními a retrospekce tak byla o to náročnější.

Setkání s posledním respondentem, které se konalo měsíc po jeho návratu z pobytu, proběhlo u autora doma. Tato schůzka opět proběhla na základě pobídky psychoterapeutky.

Respondenti spolupracovali velice dobře a přistupovali k rozhovorům s ochotou. Někteří z nich vyjádřili uspokojení nad tím, že měli možnost si pobyt a s ním spojené myšlenky a pocity oživit.

4.4.2. Sběr dat a jejich analýza

Práce postihuje individuální zkušenost, tedy byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, který umožňuje zacílení na danou tematiku, zároveň ale poskytuje možnost otázky měnit, pokud se udrží základní schéma rozhovoru. Tím, že samotné pořadí otázek není důležité, vzniká možnost participanta se volně a otevřeně k tématu vyjádřit, aniž by musel být výzkumníkem přerušován a směřován ke konkrétní otázce (Miovský, 2006). Vzhledem k bohatosti materiálu vztahujícího se k tématu jsou participanté prezentováni formou případových studií, kde je možné detailně rozvinout jednotlivé příběhy a prožitky (Mareš, 2015).

Před začátkem samotného rozhovoru byl výzkum participantovi znovu představen. Bylo vysvětleno, že rozhovor se bude týkat především prožívání a porozumění vlastní zkušenosti z období průběhu léčby, a hlavně návratu z ní. Dále byl každý participant upozorněn, že rozhovor je nahráván a že bude pořízen jeho přepis, který bude následně odeslán participantovi ke schválení, aby mohl být využit v diplomové práci. Byla zaručena i naprostá anonymita, všechny potenciálně identifikující údaje byly redigovány a jména participantů byla změněna. Participant mohl rozhovor ukončit kdykoliv bez udání důvodu. Délky rozhovorů činí 53 minut, 47 minut, 55 minut, 25 minut, 27 minut; 34minutový rozhovor byl na žádost participantky vyřazen. Průměrná délka použitých rozhovorů tak činí 41 minut.

Pro začátek rozhovoru byla určena otázka „Co si z psychoterapeutického pobytu odnášíte?“, jejíž účel byl, aby se participant mohl myšlenkami vrátit k obecným vzpomínkám na pobyt. Ty pak u každého z participantů přešly na volné vyprávění o okolnostech, které je motivovaly k absolvování terapeutického pobytu. Dále interview směřovalo od prožívání samotné léčby až po současnost s tím, že časová souslednost i témata byla zcela v režii participanta.

Pro analýzu dat byla zvolena IPA – interpretativní fenomenologická analýza (Řiháček et al., 2013). Ta vychází z fenomenologické tradice, kde je určující především prožívání a zkušenost participanta a úlohou výzkumníka je uchopit způsob, jakým participant svou zkušenost utváří a jak jí rozumí. Předností této metody je, že umožňuje co nejhlubší popis zkoumaného příběhu a rovněž možnost rozvíjet témata, která považuje výzkumník či

participant za důležitá. IPA je výhodná i z toho z důvodu, že si výzkumník po vyhodnocení prvního rozhovoru může rozmyslet, zdali není vhodné změnit strategii dotazování za účelem lepšího pochopení participantovy zkušenosti.

Prvním krokem této analýzy bylo několikanásobné přečtení doslovně přepsaných rozhovorů a zapisování myšlenek, které v průběhu čtení vyvstávaly. Následně byla kódována témata – byla provedena analýza otevřeným kódováním, k odpovídající větě či části textu bylo přiřazeno určité téma. Druhým krokem práce byla analýza a spojování jednotlivých kódů do tematických celků zachycujících participantovu zkušenost. Získaná data byla podrobena analýze. Výsledky jednotlivých analýz jsou v práci sepsány v rámci jednotlivých případových studií. Každá případová studie obsahuje i interpretaci výzkumníka.

Po případových studiích následuje analýza témat, která byla společná u všech respondentů.

4.4.3 Etické pozadí výzkumu

Všichni participanti podepsali souhlas se zpracováním osobních údajů pro potřeby diplomové práce. Vzhledem k tomu, že se jedná o vysoce citlivá data, bylo bezpečí participantů zajištěno následovně:

- Anonymita participanta – v prepisech rozhovoru budou odstraněny i potenciálně identifikující údaje.
- Mlčenlivost – s poskytnutými informacemi participanta bude zacházeno jako s citlivým materiálem. Osobní údaje nebudou dále šířeny, s informacemi bude nakládat jen osoba provádějící rozhovor, a to pouze v rámci diplomové práce.
- Autorizace textu po přepsání rozhovoru za účelem dodatečného vyjádření a možnosti rozhodnutí, zda participant souhlasí se zveřejněním.

4.4.4. Reflexe výzkumníkových představ spojených s cílem práce

Reflexe autorových představ o tématu je důležitá z vědeckého i etického aspektu této práce. Řečeno s Řeháčkem et al. (2013, 17): „Reflexe vlastní zkušenosti s tématem

představuje především nástroj uvědomění si interpretativní role ve výzkumném procesu, díky němuž jsme schopni užitečně pracovat s daty a zajistit přitom validitu naší analýzy.“

Autor této práce zvolil metodu „dialogu sám se sebou“, tedy sepsání vlastních představ a vědomou konfrontaci s nimi po celou dobu analýzy. Sám prošel psychoterapeutickým pobytem ve Šternberku v roce 2012, kdy se rozhodoval, čemu se chce dál v životě věnovat. Výsledky reflexe jsou následující:

- Participant si budou na návrat zvykat obtížně, jelikož opouští program, kde je předem daný řád.
- Po návratu budou zažívat změny v mezilidských vztazích, neboť procházeli komplexním psychoterapeutickým pobytem a budou stále „v procesu“, o kterém ale nikdo z jejich okolí neví.
- Velkým nositelem vnitřních změn bude komunitní proces.
- Participant budou většinou prožívat závěr pobytu úzkostně a budou si vytvářet plány, z nichž většinu nezrealizují (vlastní řád, psaní deníku, pokračování v relaxaci).

5. Výsledky

Výsledky jsou představeny formou případových studií. V první části jsou respondenti představeni každý zvlášť. Aby byl obraz prožívání návratu kompletní a srozumitelný, je základní osnova analýzy tvořena chronologicky. První kategorie popisuje prožívání období před pobytem na psychoterapeutickém oddělení a dále v jeho průběhu. Další se věnuje samotnému návratu. Předposlední kategorie je věnována doporučením, která respondenti dávají budoucím pacientům navrátilivším se do běžného života. Ta dokreslují jejich vlastní témata a postřehy. Závěr je věnován osobní reflexi výzkumníka. V každé kategorii jsou zásadní kódy daného úseku označené tučným písmem. Analýza je tvořena pěti základními kategoriemi:

1. Před začátkem léčby
2. Průběh terapeutického pobytu
3. Návrat z terapeutického pobytu
4. Doporučení budoucím pacientům
5. Reflexe výzkumníka

Druhou část tvoří témata, která se v rozhovorech opakují a dle výzkumníka tvoří významné kategorie prožívání respondentů.

5.1. Pan Přemysl

Před začátkem léčby

Pan Přemysl je mladý muž kolem třiceti let. Studuje závěrečný ročník vysoké školy, je ženatý. Do nedávné doby přistupoval ke **studiu** s nadšením a **měl vizi** úspěšné a dobré práce. Vzhledem k tomu, že je ženatý, považoval za svou **povinnost přispívat** do domácího rozpočtu. Při studiu pracoval na plný úvazek. Práce probíhala na směny v noci, což byla jediná doba, kdy neměl jiné **povinnosti**, ať už **rodinné** či **studijní**. V průběhu takto nastaveného rytmu byl Přemysl **čím dál unavenější** a jeho **výkon se soustavně zhoršoval**, až se s **manželkou** v rámci závěrečného ročníku studia dohodl, že poslední ročník pracovat nebude a **bude se věnovat výhradně studiu**, což manželčin příjem umožňoval. **S manželkou** od začátku vztahu řešili **potíže s intimitou**. Přemysl si to vysvětluje tak, že je její první partner a že žena měla vždy problém se uvolnit. Po začátku roku začal být Přemysl vyhořelý, nedokázal se už ani učit, pociťoval těžkou **únavu**, sám situaci doma popisuje:

„V podstatě jsem vypadl ze všech svých rolí, ať už mluvím o mužské roli nebo o roli manžela... vlastně já jsem ani doma nepomáhal třeba s domácíma pracema a v podstatě s ničím, jsem spal, jedl a později se ani neučil. V podstatě jsem tak přežíval.“

Muž vnímá jako někoho rozhodného a schopného se postarat o rodinu a domácnost. **Muž** by neměl měnit příliš často názory a měl by být čitelný. Tak se ale Přemysl necítil, čím dál víc pociťoval **smutek**, **osamělost** a bezradnost. Učení ho unavovalo, při pohledu na kopy knih pociťoval **zhnusení**. **Neměl náladu na vlastní koníčky**, a o to více času trávil doma s pocitem **viny**. Přemysl potřeboval ze strany **manželky** slyšet, že ho má ráda, a přál si objetí. Když **manželku** požádal o pomoc, odvětila, ať zatne zuby a maká, což Přemysla silně zasáhlo a ještě více rozesmutnilo. Jak gradovala jeho **únava** a **smutek**, cítil čím dál větší **vinu**, že se neučí, což bylo to jediné, čemu se měl věnovat. Silně mu **scházelo sebevědomí** a neměl se rád. Jeho psychoterapeutka mu nabídla pobyt v léčebně jako možnost si odpočinout a zároveň vyjasnit pocity vůči sobě i ženě.

Průběh terapeutického pobytu

Přemysl stručně a jasně popsal, jak se cítil po příjezdu na psychoterapeutické oddělení:

„Když jsem tam přijel, tak jsem byl poměrně zdevastovaný. Myslel jsem si o sobě, že jsem k ničemu, že mě nikdo nemůže mít rád.“

Přemysl o sobě hovoří jako o introvertovi, proto byl zpočátku pobytu nervózní, neboť nebyl zvyklý fungovat v tak rozsáhlé **komunitě**. Nebyl nikdy zvyklý na to být v tak intenzivních **vztazích** a dostávat každý den **zpětnou vazbu** o tom, jak na druhé lidi působí. Měl rád **prostor pro sebe** a na oddělení se mu ho dostávalo pomálu. Rád kouří dýmky, a tak když potřeboval **vlastní prostor**, řekl **skupině**, že odchází na dýmku a tam většinou o samotě přemítal o vlastních pocitech. Sám říká, že proces neustálého kontaktu s lidmi mu ukazoval věci, které jemu samému nebyly dostupné:

„Byl jsem nucen interagovat a díky tomu jsem vlastně viděl, že ti lidi jsou se mnou rádi. A to mě samozřejmě těšilo. A dodávalo mi to sebevědomí no. I když se třeba něco dělo nebo se něco rozhodovalo, tak že lidi dali na můj názor, tak to bylo příjemný.“

Jeho skupiny se týkaly především **manželství** a jeho pocitů **osamělosti**, **smutku** a nulové iniciativy. Zpětně mluví o tom, že po celý pobyt poslouchal, že by se měl rozvést, neboť **skupina** nahlížela jeho **manželství** jako předem odepsané, že se k sobě s **manželkou** nehodí a že s ní nikdy nebude šťastný. V průběhu pobytu, kdy měl Přemysl možnost **ventilace vlastních pocitů** a pocitů ohledně **manželství**, zaznamenal, že se mu lepší nálada. Cítil se být **přijat skupinou**, která ho podporovala a vnímal, že s ním jsou její členové rádi a dají na něj. Znovu nabýval **sebevědomí**. Přičítá to rovněž tomu, že tam byl jasně daný **režim** a pravidelná strava. Obojí před pobytem postrádal. Tomuto procesu rozumí tak, že byl **dlouhodobě nespokojený**, **neopečovával se** a **nedokázal dát najevo vlastní potřeby**.

Přemysl na jeden víkend odjel domů, neboť měl podezření na pásový opar. **Necítil se být doma** vítán a ovzduší hodnotí jako chladné. Cítil **zklamání** a s ním se i do léčebny vrátil a opět reflektoval **nespokojenost s manželstvím**.

Ke konci pobytu, kdy se opět začala uplatňovat karanténní opatření a pacienti tak nemohli opustit prostor léčebny, se Přemysl **sblížil** s další pacientkou. Pociťoval z její strany velké **pochopení** a **porozumění** a zároveň se mu velice líbila. **Vztah** vznikl v tajnosti, neboť to bylo proti komunitním pravidlům, nejvíce se však Přemysl bál **odsouzení** a **nepochopení** ze strany členů **komunity**, u nichž si vydobyl respekt a které měl rád. Měl pocity **viny** vůči **manželce**, ale s novou **příteklíní** zažíval pocity **spřízněnosti**, která mu v jeho vlastním **manželském vztahu** chyběla. Následně se **komunitě** ke vztahu přiznali, což vyústilo

v dívčino propuštění z pobytu. K jeho překvapení **komunita** Přemyslův nový **vztah** schvalovala, jedna pacientka ke dvojici poznamenala, že „jsou ze stejného vrhu“.

I přes navázání nového vztahu se Přemyslovy myšlenky upínaly k **manželství**. V průběhu pobytu nastrádal energii, aby se mohl opět vrátit ke **studiu**, věnoval se svým **koníčkům** a začal řešit **manželství**, o němž sám nevěděl, zda si ho přeje zachovat či se chce rozvést, jak mu radila skupina. Byl **rozpolcený**. Přestože jeho partnerka z **komunity** odjela, myslel na ni.

Zmíněné se odráželo na jeho prožívání ve **skupině**. Sám říká, že byl už „*více u sebe než u skupiny*“. Pociťoval velkou **nervozitu**, neboť už **chtěl jet domů** a začít věci **řešit**. Ale nemohl, protože musel pobyt dokončit. Zažil nedorozumění na jedné psychoterapeutické skupině, kde on sám cítil, že nemá co k tématu říct, ale psychoterapeutka ho konfrontovala, že už není ve skupině přítomen. Další týden na vizitě mu bylo nabídnuto, že by mohl pobyt ukončit, neboť terapeutický tým shledal, že se Přemysl chce **věnovat už sobě** a že z léčby už nic dalšího „*nevytěží*“. S tím Přemysl souhlasil. Odjezd již bral velmi pragmaticky, sbalil si, zkontroloval, že má vše zaplacené a **plný energie** se chystal odjet **domů**, čelit výzvám, které si stanovil. Chtěl si s manželkou **promluvit o vlastních pocitech**, jak ho mrzí, že se **prohodily jejich role**. Zajímalo ho, jak **manželství** prožívá jeho žena, měl podezření, že ona sama na tom není dobře, ale že mu to nebude chtít říct. Těšil se na blízkého kamaráda a také až bude mít příležitost domalovat obrazy a opět se projet na kole. Velice mu už chyběla **vlastní postel**. Celkově shrnul, že kromě **manželství** chtěl zapracovat na **prostoru pro sebe**.

Návrat z terapeutického pobytu

Přemysl cestoval autem a hlavu měl plnou myšlenek. Byl **nervózní ze setkání s manželkou**, nevěděl, zda se jim podaří **najít k sobě cestu**. Vzhledem k tomu, že v léčebně navázal intimní vztah, který nadále trval, myšlenky mu zabíhaly i k **nové přítelkyni a pociťoval zmatek**.

Návrat domů popisuje jako **nepříjemný**. Když dorazil domů, byl sám. Manželka byla stále v práci. První dojmy byly silné:

„Chodil jsem takovým hodně sterilním bytem. Ve smyslu strašně přeuklizené a strašně vydezinfikované všude... Přišel jsem si, že tam nepatřím, že jsem tam jako navíc... Prostě že to není můj domov, že jsem v hotelu třeba.”

Pociťoval velký **smutek**, který se následně ještě více prohloubil, neboť manželka přišla domů, přes chodbu ho pozdravila a odešla si dělat čaj. Přemysl zažíval **obrovské zklamání**. Očekával alespoň **objetí**, tak **chladná reakce** ho překvapila.

Cítil velké napětí, neboť **byl plný prožitků**, o něž **by se rád podělil**, zároveň si ale byl vědom, že by manželku zahltil dojmy, které by nebyla s to pochopit. Rozhodl se, že jí **musí dát prostor** na to, aby si vůbec zvykla, že už není doma sama. Manželka se příliš nevyptávala a Přemysl vnímal **velký odstup a chlad**.

Po dvou dnech se odhodlal k „vážnému” rozhovoru. **Sdílel**, jaký pro něj pobyt byl. Vyjádřil lítost nad tím, že se jejich manželství tak „otočilo” a že **zklamal nejen ji, ale i sebe**. Vysvětlil jí, že ve Šternberku nabral **novou energii** a že je připraven se zase pustit do učení a **věnovat se sám sobě**. Manželce sdělil, že by se moc rád pokusil **změnit jejich manželství** k lepšímu a že by chtěl hovořit o **svých potřebách**. Vyřčení a pojmenování toho, co mu chybí, je pro Přemysla zcela **nová zkušenost**. Rozumí tomu tak, že se v komunitě naučil tomu, že **vlastní potřeby jsou důležité** a že pokud si je naplní, bude mít sílu naplňovat i **potřeby druhých**.

Manželka mu sdělila, že ona sama byla několikrát v **pokušení nechat se rozvést**, měla ho před odjezdem do léčebny **dost** a ve chvílích, kdy nebyl doma, se mohla konečně **věnovat sama sobě** a vlastním koníčkům, což si **kvůli němu odpírala**. A také, že byla přesvědčena o tom, že Šternberk nic nezmění a vše bude jako předtím. Pro Přemysla to byl velmi náročný rozhovor, ale vrátil se s odhodláním tuto **bolest překročit** a pracovat na tom, aby se **věci změnily**.

Přemysl si dal za cíl mít s manželkou vážný rozhovor alespoň jednou týdně. V dalším **společném rozhovoru** ženě přiznal, že v léčebně navázal **intimní vztah se spolupacientkou**. Manželčina odpověď byla velice **pragmatická**. Pověděla mu, že vzhledem k tomu, jak jejich vztah vypadal, a proto chápe, že si našel někoho dalšího. Tato **chladná reakce** Přemysla **překvapila**:

„Vím, že manželka je hodně klidná, nedělá hysterické scény prostě. Ale přece jenom nějakou emoci jsem čekal. Vztek minimálně. Smutek?”

Přemysla ale nejvíce překvapilo, že se před ním manželka **poprvé v životě rozplakala**. Stalo se to, když probírali období před jeho odjezdem. Přemysl chtěl konečně **mluvit na rovinu** a tak poznamenal, že ho nejvíce zasáhlo, že **si řekl o pomoc, ale ona mu ji neposkytla**. Díky jejímu pláči doopravdy **pochoopil**, jak moc je i jeho žena ve vztahu **nešťastná**. Společně se rozhodli, že se pokusí **manželství zachránit**. Pro Přemysla to bylo náročné období, protože se podle svých slov potýkal se dvěma problémy. První byl, že **sám si místy nebyl jistý**, jestli **manželství** opravdu **zachránit** chce, zároveň má ale svou ženu stále **velmi hluboce rád**. Za druhé často myslel na jeho **druhý vztah**, který doposud neukončil, a měl velké pocity viny.

I přes tyto pocity na sobě **vnímá** Přemysl **velkou změnu**. Vrátil se ke **koníčkům**, domaloval jeden z obrazů, jel se projet na kole, studuje nyní každý den **pravidelně**. **Pravidelnost** v jeho proměně sehrála zásadní roli. Sám říká, že jedna z věcí, která mu pomohla, byl **denní řád**. Před pobytem jedl přes den pouze sladkosti a až večer snědl něco více a bylo mu často špatně. Nyní **pravidelně** jí a snídá a zjišťuje, že už jen kvůli **pravidelnému jídlu** mu je dobře... V léčbě zjistil, že mu **režim** prospívá, a rozhodl se, že si doma udělá vlastní. Do odpoledne se věnuje studiu a od podvečera **vlastním zájmům**. Další a dle jeho slov největší **proměna přístupu k sobě** je, že si **chce udělat na sebe čas**. Tomu porozuměl skrze skupinové terapie, kde vyšlo najevo, jak často **podřizoval vlastní potřeby potřebám druhých**. Jezdil k tehýni, i když to bylo to poslední, co si přál. Přestože měl čas na vlastní záliby, nevěnoval se jim, protože **cítil povinnost být manželce oporou**. Tomuto nároku nebyl s to dostát a o to víc se prohlubovaly jeho pocity smutku a **zklamání ze sebe sama**.

Přemysl se domnívá, že díky **upřednostnění vlastního prostoru** se podstatně změnil a zlepšil i **vztah s ženou**. Domnívá se, že je to proto, že on sám působí mnohem **sebevědoměji**, že má **život ve vlastních rukou** a umí si **říct o to, co chce a potřebuje**, a je tak čitelnější. Tím se i on sám cítí být oním **mužem**, který mu před léčbou tolik chyběl. Sám reflektuje, že se učí být sám sebou, brát zřetel na **vlastní potřeby** a přitom **reflektovat i potřeby druhých**, ale již **je nepodřizovat vlastním**. Cítí soulad mezi vlastní životní vizí a manželstvím. Díky vizi je mu manželka ochotna některé věci tolerovat a zároveň si jeho znovunabyté vize **váží**. Toto zlepšení pozoruje nejen tehdy, kdy se s ženou častěji společně smějí, ale i v **intimním životě**. Přemysl to shrnuje:

„Prostě cítím, že manželka už se nebojí se uvolnit a vypnout trošku. Přenechat i něco na mě. A mně to vlastně lichotí. A věřím, že je to doopravdy efekt toho, že se cítím být mužem.“

Celý měsíc po návratu uzavírá s tím, že se cítí nejšťastněji za celé roky a je odhodlán **manželství zachránit**. A má velkou radost, že si manželka přeje totéž. Z obou cítí upřímnou snahu. Trápí ho stále **vztah se slečnou**, s níž se seznámil v léčebně. Stále ji má velmi rád a cítí se provinile, že **není schopný vztah ukončit**, neboť se domnívá, že se partnerka musí velice trápit a byl by nejradši, kdyby řekla, že už v tom nechce pokračovat.

Doporučení budoucím pacientům

Přemysl míní, že každý, kdo opouští psychoterapeutické oddělení PL Šternberk, si odnáší proces, který stále pokračuje i po návratu. Veškerá nová poznání, u sebe zaznamenané změny, touhy a plány jsou však plodem dlouhé a intenzivní práce na sobě a nebylo by podle něj dobré jimi okamžitě zahltit své blízké, neboť oni v onom procesu nebyli účastni a nemuseli by změnám rozumět. Podle Přemysla by to pak mohlo do vztahů přinést spíše zmatek než kýženou změnu. Rozumí tomu, že většina pacientů se vrací pravděpodobně nadšená, zároveň ale upozorňuje, že to, co funguje ve Šternberku, nefunguje automaticky i doma. Šternberk popisuje jako vynikající bublinu, kde je prostor vyzkoušet si to, na co v životě nebyl čas a co v něm chybí. Ale že ta bublina je od reality přece jen něčím oddělená.

Interpretace výzkumníka

Přemysl je právě v procesu změny, se kterou přicházejí smíšené pocity. Na jednu stranu je nadšený z nově získané energie a elánu. Je rád, že se manželství vyvíjí dobrým směrem a je rozhodnutý ho zachránit. Zároveň se nechce vzdát druhého vztahu, popřípadě ho nechce ukončit on sám. Dle názoru výzkumníka by to mohlo vypovídat o určitém strachu z uzavření nějaké nenaplněné možnosti, možná i potřeby zkusit něco jiného a nového. Je možné, že mu pobyt ukázal vlastní skrytý potenciál. Přemysl si není jistý, jestli má novou energii investovat do nového vztahu anebo k záchraně manželství. Příběh ukazuje, že je Přemysl zaměřený na výkon. Navíc dlouho dbal na naplnění potřeb druhých a zároveň dlouho zanedbával vlastní potřeby. Kladl na sebe vysoké nároky, které nebyl s to naplnit, a vzápětí se z toho obviňoval a vyčerpal se. Velké téma byly role muže a manžela – měl od

sebe vysoká očekávání bez ohledu na svůj aktuální stav studenta. Pobyt v komunitě pro něj byl velkou zkouškou vlastních hranic, neboť se vidí jako introvert a není zvyklý otevřeně komunikovat o vlastních pocitech... Když přijížděl do zařízení, cítil se unavený a chybělo mu sebevědomí. Právě mezi druhými poznal, že ho někdo respektuje, má ho rád a umí k němu být vřelý. Výzkumník vnímá Přemyslovu velkou schopnost udržet si prostor pro sebe a kontemlovat nad vlastními pocity a možnostmi řešení jeho situace.

5.2. Paní Sabina

Před začátkem léčby

Paní Sabina má za sebou ve věku kolem padesáti let dlouholetou psychoterapeutickou zkušenost. Zažila velice náročné **dětství**, kdy byla **emočně i fyzicky zneužívána** vlastním **otcem**. Absolvovala několik stacionárních programů, o tuto zkušenost se podělila teprve nedávno, sama má pocit, že to na 30 let **vytěsnila**. Poznamenává, že ve chvíli, kdy o událostech z dětství hovořila, **necítila vůbec nic**. Má dlouhodobě **náročný vztah s matkou**. Ta ji v těžkých chvílích s otcem **nepodporovala** a Sabina se tak cítila **osamělá**. Později se pokusila s matkou toto téma otevřít, matka však její pocity **bagatelizovala** a nebyla ochotna se o tom bavit. Sabina uvádí, že v posledních letech **na matku zanevřela**, neboť má pocit, že k ní není **upřímná**. Proto se rozhodla, že bude stejně neupřímná – hovořila s ní o počasí, ale nechtěla jí sdělovat jakékoliv podrobnosti o vlastním prožívání a její **rodině**.

Žije přes dvacet let **v manželství**, ve kterém **není spokojená**. Má pocit, že si manžela vybrala kvůli vlastnímu **dětství**, dlouho v něm žila naoko spokojeně, ale nebyla si schopna přiznat, že jí v něm **není dobře**. Dlouho se s tím také odmítala smířit, neboť je **katolického vyznání** a myšlenka na **rozvod** v ní vyvolávala úzkost, nyní se s tou možností ale smířila. Sama je nyní **nezaměstnaná**, a je tak **závislá** na manželově příjmu. Mají spolu dvě děti, vzhledem k její únavě a špatné rodinné atmosféře spolu nyní **komunikují málo**.

Poslední roky tráví sama dovolené. Jezdí na meditativní pobyty, jejichž vedoucího zná.

„To jsou takové meditativní pobyty, kde se mlčí, což je pro mě snazší, protože pro mě je spíš problém s lidma mluvit než mlčet.“

Když pro ni po takovém pobytu, kde se cítila dobře, přijel manžel, opět se jí začala zhoršovat nálada: *„Hned jsem cítila, že jsem smutnější a že mě ta radost opouští.“* Sabina je na **vlastní prostor** velmi citlivá a jeho narušení vnímá špatně. Bývá pak **unavená**.

K psychoterapii poznamenává, že tam se **cítí přijata** a má **možnost ventilovat vlastní pocity**. Celkově žije **uzavřený život** a má pocit, že největšího **pochopení** se jí dostává **od lidí, kteří mají psychické problémy**. To přičítá tomu, že díky jejich vlastní zkušenosti

s psychickými problémy umožňují hlubší **pochopení** jejích **obtíží** a ona se pak před nimi nemusí přetvařovat. Na terapeutický pobyt se vydala právě kvůli situaci v rodině.

Průběh terapeutického pobytu

Terapeutický pobyt byl pro Sabinu novou zkušeností, celkově ji ale hodnotí jako **příjemnou**. Cítila se být **komunitou přijata** a byla se svými **spolupacienty velmi ráda**. Během prvních týdnů zažívala i diskomfort kvůli mladší člence komunity, která často a nahlas hovořila. Sabina to vnímala jako **velký zásah** do jinak **fungujícího a respektujícího kolektivu**. Již přítomnost této slečny Sabinu velice **unavovala**, cítila hněv a měla **tendenci odcházet pryč**, ač si to nepřála, neboť s ostatními členy **komunity** jí bylo dobře. V průběhu léčby se kontaktovala i se zdejšími řeholními sestrami, které jí zapůjčily matraci, Sabina si chtěla zaopatřit pro ni základní pohodlí.

V průběhu psychoterapeutických skupin čerpala **inspiraci**, neboť ji **tížily pocity** ohledně vlastní **rodiny**, především **matky**. Ta Sabinu dle jejích slov nemá ráda. Matku popisuje jako **velice přísnou**, jak na své okolí, tak na sebe. Těž je podle Sabiny **uzavřená** a **drží** veškeré **negativní pocity v sobě**. Je proto **nečitelná**. Sabina hovoří o tom, že obtíže se vztahy s rodiči jsou ve skupinách časté téma a že jak se jednotliví členové **komunity** snažili najít řešení situace, rozhodla se, že se také pokusí nějaké najít.

V rámci programu členové komunity psali dopis osobám, kterým například něco neprozradili, či by jim **chtěli něco sdělit**, ale dosud na to **neměli odvahu**. Sabina takový dopis napsala matce a po delší úvaze jí ho i odeslala. Opět se týkal **zneužívání otcem** a **neschopnosti matky postavit se za vlastní dceru**. Očekávala, že žádnou odpověď neobdrží. Reakcí byla opět **bagatelizace**, matka vše popřela. Sabina cítila **vztek** a rozhodla se, že na matčinu odpověď radši nijak nezareaguje. O dva dny později se matka opět ozvala a napsala Sabině, že se jí omlouvá a netušila, že Sabinu nějak zranila. To Sabina **odbývá**, na přesnou formulaci odpovědi si už ani nevzpomíná. Ale přesto se rozhodla, že se pokusí **matku znovu konfrontovat**. Velkou **inspirací** jí bylo téma **otevřenosti** a **upřímnosti**, což byly aspekty komunikace, které v jejím vztahu s matkou postrádala.

Sabina se v **režimu a komunitě** cítila dobře. Jedním z jejích témat je i **tělesná váha** a kondice. Využila nabídek členů **komunity** a začala tam pravidelně běhat, což bylo

přerušeno zraněním při skupinové aktivitě. Byla ale rozhodnuta si jak **běhání**, tak **denní režim** přenést domů.

Popisuje večírek, kdy se s kolegyní loučily s **komunitou**. Sabina byla nervózní ohledně pohoštění. Sama ho nechtěla připravit, protože má **pocit, že ho nikdy neudělá dost dobře**. Zároveň se cítila **být tlačená** do koupě občerstvení, kdy sama neměla moc financí nazbyt. Navíc se **bála**, že dovezené jídlo nebude dobré. Na závěr ale reflektuje, že dobré bylo a že byla velice ráda, že na tento večírek **nebyla sama** a dobře to dopadlo. Závěr pobytu byl pro Sabinu náročný, komunita jí byla velkým **zdrojem pochopení a duševní podpory** a cítila, že je jedna z mála, kdo se **na domov netěší**:

„Na rozdíl od ostatních, kteří se těšili domu, já se domů moc netěšila. Asi až ten poslední nebo předposlední den, že teda jo, že se taky těším. Ale já jsem se tam jako cítila dobře, takže domů se mi moc nechtělo.”

Vzápětí ale dodává, že se přeci jen **smutně** cítila. Zároveň reflektuje vlastní **únavu**, neboť byl pobyt náročný a dle jejích slov už jí to tehdy stačilo.

Sabina měla **předtuchu**, že se doma **nebude cítit dobře**, není schopna si na sebe sama vydělat, takže radši zůstává v **nespokojeném manželství**, které jí ale dobré pocity nepřináší.

Návrat z terapeutického pobytu

Domů ji vezl syn. Přestože Sabina vnímá, že se s ní děti málo baví, hovořil s ní syn se zájmem. Mluvil velmi **otevřeně**, zajímalo ho, jaký byl pro Sabinu pobyt, a ona byla ráda, že s ním **může hovořit**. Po hodině ale byla **unavená**, avšak dokázala si **říct o vlastní prostor**, že chce mít chvíli **klidu**, a to syn přijal. Cestu shrnuje s **lehkou nejistotou**: „Byla jsem trochu unavená, ale jako byla jsem asi ráda.”

Na návrat domů si příliš nevzpomíná, neboť vzápětí přišla karanténní opatření. Tím Sabina přišla o možnost **vlastního prostoru a o aktivity**, které si plánovala. Chtěla si udržet **režim**:

„Pohybová aktivita každý den že jo, já jsem čekala, že budu ráno vstávat, cvičit, chodit běhat jo, a to mě vlastně překvapilo, jak rychle jsem byla schopná od toho upustit, jak jsem pak začala tloustnout, jak jsem byla taková asi zdeptaná tou nezaměstnaností.”

Popisuje nástup **velké únavy**, rychle **přibrala na váze**. Změnám tělesné váhy rozumí skrze prožitky, které aktuálně má. **Hubne** ve chvílích, kdy přichází něco nového, co jí dělá radost. Když se poprvé zamilovala, když se seznámila s manželem, zažívala **velké nadšení** při stěhování do nového bytu kvůli budoucím dětem.

Říká, že takové **výkyvy u sebe zná**, a vždycky když **opouští nějaký režim**, zhoršuje se jí **nálada**, a tím i **tělesná hmotnost**. Občas má tendenci se **přejídat**, tomu ale vůbec **nerozumí**. Ví, že má na něco chuť, nechápe ale proč. Zažívaný propad vysvětluje tím, že **nemá práci**, a nemá tak sama **vůli** držet si vlastní **režim**. Popisuje, že jediné, co ji drželo nad vodou, byly **pravidelné** výlety a procházky s **manželem**. Rádi jezdí každou sobotu na místa a vyhlídky, které nikdy předtím nenavštívili.

Zlom pro Sabinu nastal ve chvíli, kdy mohla opět vstoupit do **psychoterapeutické skupiny** a měla možnost opět **sdílet své pocity a obtíže**. Nechala se skupinou **podpořit**, aby mohla konečně naplnit plán **otevřeného a upřímného rozhovoru s matkou**. K jejímu překvapení na tento **rozhovor** skutečně došlo a **matka** Sabině sdělila, že byla sama v dětství **zneužita** blízkou kamarádkou. Sabina si tohoto kroku velice cení a vnímá ho jako posun jejich vztahu a Sabinina **porozumění matčině světu**:

„Ona se mi svěřila, což jsem asi první člověk v životě, kromě kněze, že vlastně byla v dětství zneužita kamarádkou jo. A z toho vlastně podle mě pramení, jaká je.”

Sebranou odvahu k tomuto rozhodnutí přičítá hlavně **komunitě** z terapeutického pobytu, sama vůbec nečekala, že na tento rozhovor dojde.

Po absolvování tohoto rozhovoru a s ním souvisejícího **uvolnění napětí** a zároveň díky **podpoře** nové psychoterapeutické **skupiny** se Sabině daří hledat novou **vůli** k vytvoření vlastního **režimu**. **Pravidelně** se ráno protahuje, dělá pozdrav slunci, nejí už tolik jako po návratu z pobytu. Poslední tři měsíce shrnuje tak, že **nespokojenost v manželství** přetrvává, ale zároveň se ukazuje, že ji společné aktivity dokázaly alespoň v nějaké míře aktivizovat. Těší ji posun ve **vztahu s matkou**. Cítí se ale stále unaveně a potřebuje témata **manželství** a **matky** i nadále reflektovat a sama příliš **nevěří**, že by se v **manželství** něco do budoucna mělo změnit.

Doporučení budoucím pacientům

Sabina nejvíce doporučuje udržet si návyky jako je pravidelnost. Ranní vstávání, rozcvičku a sestavit si režim tak, aby byl pro ně komfortní. Sama ale přiznává, že jí se to nedařilo, neboť sama ztratila sílu a vůli pro to si nějakou pravidelnost vytvořit. Reflektuje ale, že z podstatné části to bylo kvůli karanténním opatřením, která jí znemožnila jakékoliv aktivity mimo domov.

Interpretace výzkumníka

Sabina se v průběhu rozhovoru chovala mírně odtažitě a bylo znát, že jí hovoření o vlastním příběhu místy dělá problémy, což umocňovala i její aktuální únava. Sabina si v dětství a rané dospělosti prošla dlouhodobým emocionálním a tělesným zneužíváním ze strany otce a zároveň se nikdy necítila podpořena vlastní matkou, která ji dle jejích slov neměla ráda. Sama uvádí, že si v průběhu života zvykla na to, že žije v nepohodě, a zaujala tak vůči problémům v manželství a v práci vyhýbavý přístup, aby tak uchránila vlastní zdroje. Uchýlila se více do sebe, preferuje samotu, kontemplaci a meditace. Přítomnost druhých lidí pro ni bývá náročná, s výjimkou těch, kteří také trpěli psychickými problémy. U nich Sabina našla porozumění, neboť sama sebe vnímá jako trpícího člověka. Její život prostupuje téma problémů s blízkými, neboť její vlastní zkušenost z dětství zanechala svou stopu v podobě nedůvěry vůči sobě i druhým a jedinou možnou variantu uchránění sebe sama: odstup. Komunita jí dala inspiraci k řešení problému, který ji dlouho tížil – otevřený a přímý rozhovor s matkou, od které chtěla vyjádřit pochopení a porozumění. Velice ji překvapilo, že k takovému momentu došlo, neboť při několika příležitostech seznala, že změny neočekává a má spíš očekávání, že situace nedopadnou dobře. Komunita jí velmi prospívá a zdá se, že v náročných obdobích čerpá svou energii především z režimu daného zvnějšku (terapeutická komunita, psychoterapeutická skupina, zaměstnání) a sama si ho vytváří až následně.

5.3. Paní Ida

Před začátkem léčby

Paní Ida, které je lehce přes třicet let pochází ze Slovenska, vysokou školu dokončila v Praze. Mnoho let pracuje v akademické sféře. Je šťastně vdaná, děti nemá. Dlouhá léta věnovala vědecké práci. Měla a má ráda cestování, ale **přesouvání z místa na místo** v ní vyvolává pocit **úzkosti** a dostává z něj **migrény**. Výjimkou byly akademické konference, kam si dopravu vždy nějak zařídila a **překonala se**. Velké **podpory** se jí dostávalo a dostává ze strany **manžela**, kterého si velice váží a má ho ráda. Vedle **manželství** se neustále věnovala akademické práci a vše ostatní tomu bylo **podřízeno**. V nedávné době se jí podařilo publikovat knihu, ale i přes tak velký úspěch **nebyla s to se radovat**, neboť pak začala s další prací.

Bylo pro ni vždy důležité, aby **pracovala na 100 %**, sama o sobě tvrdí, že byla **perfekcionistka** a vždy pociťovala **úzkost**, **zdali vše udělala správně**. K práci se vždy snažila přistupovat **zodpovědně** a **nikdy si nedovolila** odevzdat práci se zpožděním či v ní cokoli zanedbat. Její **život** tak měl rytmus práce jak na pracovišti, tak i doma a zbylý čas se věnovala manželovi. Poslední roky ale na sobě začala upozorovávat **pocity úzkosti**, čím dál častěji měla **migrény**, byla neustále **unavená** a přestávala svoji práci zvládat. Přestože stále plnila to, co měla plnit, stálo ji to čím dál více energie, což si **vyčítala** a **chtěla po sobě, aby vše zvládala na výbornou** a **nechtěla si dovolit** polevit. Ve chvílích odpočinku si **vyčítala** buď to, že se nevěnuje práci, anebo že **nemá sílu** věnovat se manželovi, uvařit, ani uklidit. Postupně **ztrácela motivaci** a **energii** k tomu dělat cokoli. Řešení obtíží navíc neustále **odkládala**, neboť vždy byla **povinnost**, které se musela věnovat **přednostně**. Po návštěvách psychoterapeutky, která jí reflektovala téma **vysokých nároků na sebe**, nedostatku odpočinku a **osobního prostoru**, se Ida rozhodla, že přijme nabídku psychoterapeutického pobytu v PL Šternberk. Sama situaci popisuje:

„Ja som bola prepracovaná. Silne prepracovaná. Ja som šla do Šternberku s tým, že už mám tak časté migrény, že poriadne nemám život a prestala som v noci dobre spať a mala som až tak ako silné úzkosti. Už som prostě mala pocit, že potrebujem s tým ako niečo robiť.“

Průběh terapeutického pobytu

Ida byla vždy zvyklá na intelektuální práci. Co se týče **práce s pocity**, tak měla dle svých slov minimální zkušenost, pokud nepočítá psychoterapii předcházející pobytu ve Šternberku. Již od začátku pobytu zažívala **úzkost**. Jako silnému introvertovi jí nebylo dobře z pocitu, že bude **neustále v kontaktu s druhými lidmi**, a celkově měla pocit, že neumí ve **skupině** fungovat. Být ve **skupině** pro ni znamenalo další **nároky**:

„Úzkosť, nějak sa vyrovnat', byť autentická, behrat', že som silná, že to zvládnem a dovoľit si, byť totálne ako lemra.”

Domnívala se, že se v sobě vyzná, neboť na každý pocit, který u sebe zaznamenala, měla **zdůvodnění** či interpretaci. Při hlubší práci zjistila, že dopátrat se zdroje pocitů pro ni není zdaleka tak jednoduché. Popisuje velikou **únavu**, **hovořit** neustále **o vlastních pocitech** bylo něco, na co nebyla zvyklá. Bolela ji hlava, každodenní program ji zpočátku velmi **vysiloval**. Trpěla i tím, že jako pacientce jí byly zabaveny léky, a tak při bolesti hlavy nemohla sama jen tak sáhnout do kabelky a vzít si lék proti bolesti.

Její psychoterapeutické skupiny se věnovaly právě tématu **chronické únavy** a sama dodává, jak během nich došla k tomu, že si nedokáže najít **prostor sama pro sebe**. Členové komunity, terapeutický tým často poukazovali na to, kolik je toho Ida schopna udělat, ale zároveň nikde v jejím životě **nevidí radost, prožití úspěchu**. Pro Idu bylo zpočátku **těžké** tyto reflexe **přijímat**, neboť byla přesvědčená, že **objektivně** nestíhá tak, **jak by měla**, a že **povinnosti** nelze jen tak odložit. Situaci se spíše snažila uchopit tak, aby se naučila zacházet s únavou a mohla se vrátit ke svým **povinnostem**.

Ida popisuje, že v průběhu pobytu zjistila, že se nikdy nenaučila **zacházet sama se sebou** a že **únava** a **migrény** jsou toho příznaky. Když dostala možnost své **pocity reflektovat** a vyšlo najevo, že by si přála **prostor pro sebe**, **komunita** odpověděla, že tak na ně skutečně působí jak na skupinových terapiích, tak i na dalších aktivitách. Ida seznala, že se vždy zajímala v první řadě o **potřeby druhých** a o práci, aby vše bylo **perfektní**, ale nebyla zvyklá naplňovat **vlastní potřeby**. Nově porozuměla právě **únavě** a **migrénám**. Vnímala je jako důsledek vlastních **nároků** na sebe a neustálého **sebehodnocení**. Postupně si začala uvědomovat, jak jí chybí **volnost**, **prostor**, kde by mohla být, a nehledět neustále na **potřeby ostatních**. Za vším, co dělala, začala spatřovat potřebu **výkonu** a zděsila se, jak **bezohledná** je v onom výkonu **vůči sobě**.

Tento skupinový proces i názor odborníků označila jako zásadní:

„Tak ja som sa vlastne snažila spomaliť a netlačiť na seba. Som sa cítila pochopená v tom, že oni ako, vlastne, odborníci, tiež vnímali, že mám na seba vysoké nároky ... že asi fakt môžem rozvoľniť.“

Závěr Idina pobytu byl poznamenán karanténními opatřeními a její pobyt tak byl ukončen po šesti týdnech, tedy o dva týdny dříve. Na jednu stranu ji to **potěšilo**, neboť pociťovala velkou **únavu** z psychoterapeutického procesu a **těšila se na manžela**. Velmi litovala členy komunity, kteří svůj pobyt právě začali, prošli si životopisnými skupinami a těšili se na terapeutickou práci, ale museli náhle odjet.

Ida nikdy **neměla ráda náhlé změny**, přesuny a balení. Zpozorovala u sebe **větší odvahu** a **odhodlání** než dřív. Rozhodla se, že náhlý odjezd pojme jako tréninkovou situaci. Tuto **změnu** chápe jako důsledek jejího **rozhodnutí dovolit si mít věci podle svého**, za což vděčí právě **komunitě**. Na skupinách podobné situace analyzovala, mívala dřív pocit, že jí jde vše pomalu, zdržuje ostatní a na něco zapomene. Nyní však vnímala, že si **může** odjezd zařídit **podle svého** a s překvapením zjistila, že během balení i příprav nedostala **migrénu** a udržela si **vnitřní klid**. Měla pocit, že je schopna mnohem více **pracovat s vlastními nároky** a přijmout, že se vždy **nesplní její očekávání**, ale není to důvod k panice:

„Som si vravela, že to kludom skúsím, a nebudem z toho nervózna, a nechcem tu migrénu, takže som sa snažila mať akoby náhľad na to .. ja som v podstate bola na seba hrdá, pretože migréna sa mi nerozbehla, takže na to, čo to bolo, som to zvládla celkom v klude.“

Popisuje to jako velkou **změnu** – kdykoliv se má něco měnit, hned je nervózní a pociťuje **úzkost**, jestli vše proběhne v pořádku. V této situaci nevěděla, jak pojede domů – jestli vlakem nebo pro ni přijede manžel. Podotýká, že obvykle by jí okamžitě naskočily **katastrofické scénáře**, ale nyní si **důvěřovala**, věděla, že to bez problémů zvládne.

Domů nakonec jela s kolegyní autem. I v průběhu cesty zaznamenala změnu. Kolegyně měla puštěnou klimatizaci, což Idě vadilo, neboť jí byla zima. Nikdy dřív nepověděla druhému člověku, že jí něco **vadí** a že by **potřebovala věci jinak**. Nyní se jí to povedlo. Opět situaci rozumí tak, že to hlavní, co si z pobytu odnáší, je **právo na vlastní prostor** a také to, že pokud si lidé mezi sebou **vyjasní potřeby**, nevznikne tolik nedorozumění a konfliktů a poskytuje jim to možnost **mít k sobě blíž**. Hlavou jí běžely myšlenky na

manžela, jestli nebude unavený z práce, co spolu budou po návratu dělat a o čem by se měli bavit.

Návrat z terapeutického pobytu

Ida byla po návratu velice **unavená**. Byla **šťastná**, že konečně vidí manžela a užívala si jeho přítomnost. Manžel působil unaveně a ji přepadl **pocit lítosti**, neboť viděla, že se muž snažil všude pečlivě uklidit, aby se vrátila do čistého domova. Manžel byl velice zvědavý, ale **respektoval** Idinu únavu, ona **sama si řekla** o to, aby se jí hned na všechno nevyptával, neboť je sama plná dojmů a chce to alespoň první den **nechat být** a přeje si jen společně **odpočívat**. Sama cítila, že si potřebuje dát **od všeho odstup**, aby mohla vše zpracovat. Řekla mu, že je velmi ráda, že ho vidí a vyprávěla mu o své cestě domů. Spát šli oba brzy, byli **vyčerpaní**.

Zpočátku Ida zažívala **nervozitu**, neboť si nebyla jistá, jak dalece rodinný život zasáhnou karanténní opatření. Nakonec byla ale ráda, že jí byl posunut termín další práce, a mohla si tak **dovolit** delší čas na **odpočinek** a vstřebání dojmů a pocitů, které si z pobytu odnesla. Při rozhovoru se směje, neboť vypráví o tom, jak si tehdy říkala, že za dva měsíce opatření zmizí, a tak bude mít čas její nově nabyté téma osobního prostoru a volnosti **rozpracovat** a **vylepšit** a tento proces pak dovrší po návratu do Šternberka na poslední dva týdny. Rozesmála se nad tím, jak hluboko v ní potřeba **výkonu** byla (a stále je) zakořeněna. Popisuje její **plány** po návratu – naučit se hrát na ukulele, chodit na procházky, vytvořit si denní program hodinu od hodiny. Tomu rozumí jako reziduu jejího fungování před nástupem na psychoterapeutické oddělení, kdy byla zvyklá takto fungovat. Rychle ale zjistila, že to nefunguje a že **potřebuje více odpočinku a volnosti**. Nakonec nenastoupila do práce a rozhodla se, že si vezme měsíc **volna**. Zpočátku to pro ni bylo náročné, stále jí **naskakovala myšlenka**, že je **líná** a že by už měla začít pracovat. Sama došla k závěru, že i pobyt ve Šternberku pro ni představoval v jistém smyslu práci a že **má právo** být unavená:

„Než mi došlo, že som vlastne unavená a nie lenivá, a že si potrebujem dovoliť ako rozvolniť a dovoliť si nerobiť nič. A nie byť ešte výkonná aj v tom - ešte aj v tom, že odpočívam nějakým spôsobom. To proste tá výkonnosť bola úplne ako vo všetkom... Možno jeden deň to fungovalo, na druhý deň som umierala z toho, jak mi nebolo dobre, že ma rozbolela hlava, hej.”

Tlak na sebe popisuje i v souvislosti s karanténou. Se smíchem popisuje, že sama odmalička nesnáší šítí, ale řekla si, že když šijí všichni, bude šít i ona, když je na nemocenské, a kromě odpočinku nemá co na práci. Po dvou týdnech snažení vyrobila několik kusů roušek a opět viděla, jak ve výsledku nic neudělala, a přitom **si** ještě **nadávala**, jak **málo byla efektivní**.

Velkou podporu dostala od pražské psychoterapeutické skupiny, do které se vrátila. Dostala radu, ať si napíše kartičky s **povinnostmi** a **radostmi**. Sama byla **šokována**, jak **povinnosti** počtem podstatně převýšily aktivity, kterými by si mohla udělat **radost**. Nejprve se pokusila kartičky skládat do smysluplného harmonogramu, ale došla do současného stavu, kdy již kartičky zahodila, neboť se rozhodla **dopřát si volnost**. Ráno se probouzí a na celý den si **neplánuje** nic kromě nákupu a přípravy večeře pro manžela. Je nyní **nabita energií**, neboť má pocit, že se jí naskytla životní příležitost **zažít si volný čas**, najít si aktivity, které jí dělají radost, a užít si je **bez výčitek**:

„A mne to prišlo ako - a doteraz to vnímam ako taký darovaný čas, ktorý je vlastne krásny, tak prečo to ako nevyužiť. A vlastne mi to ako robí radosť, hej. Tie veci, ktoré mi robia radosť, tak mi robia radosť. To je zaujímavé. Tie výkričníky tam samozrejme niekedy naskočia, ale poviem si, že nemám nič iné na práci, len si robiť radosť – to je moja povinnosť – takže si to zaobalím do toho.”

V psychoterapeutické skupině i shrnula, co chápe jako zásadní poznatek – **zažít samu sebe s pocitem svobody mezi druhými lidmi**. Bez pocitu **trapnosti**, jak se Ida vyjadřuje, působí a vypadá. Je v současnosti velmi spokojená, po rozhovoru se chystá projet na koloběžce.

Doporučení budoucím pacientům

Ida by z pohledu **výkonnostního člověka** poradila **dopřát si** po návratu **čas pro sebe** a nevrátit se okamžitě do pracovního procesu. Jako smysluplná jí přijde **komunikace s druhými na pocitové rovině**, což vnímá jako možnost ke zlepšení **vztahů** obecně. Ona sama to cítí jako velkou **možnost změny**. Zároveň se ale zdráhá k větším doporučením, neboť to vnímá jako velmi individuální záležitost.

Interpretace výzkumníka

Ida byla v průběhu rozhovoru usměvavá, odpovídala vždy velice ochotně a energicky. Působila odpočatě a zdálo se, jako kdyby se jí karanténní opatření vůbec nedotýkala. Prošla a prochází velkým procesem změny. Byla odjakživa zvyklá být pečlivá, často sama sebe hodnotila podle vynaloženého výkonu a nebyla schopna hlídat si vlastní zdroje. Přišlo jí přirozené pracovat na 100 %, zároveň neustále žila v nejistotě, zdali i to je dost. Styděla se před ostatními, bála se, jak bude na druhé působit. Velice dlouho upozadovala vlastní potřeby ve prospěch druhých, se kterými velmi soucítila. Dle jejích slov ale nesoucítila sama se sebou, a to vnímá jako zásadní problém. Psychoterapeutický pobyt jí umožnil toto odhalit. Dle názoru výzkumníka měla konečně možnost vyslechnout vlastní únavu a objevit, co všechno se pod ní skrývá. Je to začátek procesu, neboť hlubší změny vyžadují čas. Ida sama přiznává, že potřeba výkonu jí naskakuje dokonce i ve chvílích, kdy přemýšlí nad odpočinkem. A takový je její prožitek návratu – sama se rozhodla vzít si čas na odpočinek a využít onoho času i k tomu, aby od sebe oddělila radost a povinnost a následně je spojila zcela opačným způsobem: „*robit si radost – to je moja povinnosť*.“ Změnou vztahu k sobě se jí mění i vztah k druhým, s poznáním vlastních potřeb se objevuje hranice, kdy si dokáže říct o vlastní prostor, a také dokáže sdělit okolí, že jí něco nedělá dobře. To sama vnímá jako obrovský krok.

5.4. Pan Jindřich

Před začátkem léčby

Pan Jindřich pracuje jako **vedoucí** pracovník ve firmě. Byl odmalička vychováván k **poslušnosti**. Považoval se spíš za **tichého** a kdykoliv došlo na **veřejný projev**, **stydl se** a **komunikace** mu dělala potíže. Když rozvíjí vlastní **strach z mluvení**, vzpomíná na dětství:

„Já nevím, asi možná, z dětství, že spíš jsem... že za mě mluvili rodiče, máma že jo. Takže asi z toho, nebo mi to připadá, že z toho. Z těch terapeutických sezení to tak bylo směřovaný, vypadalo to na to.”

To nejvíce pociťoval například na pracovních poradách, ale i v rodinných a přátelských vztazích, kdy **o vlastních pocitech nemluvil**, a byl tak pro okolí občas nečitelný. Jako vedoucí pracovník byl velice **nervózní**. Kdykoliv měl mít **projev před skupinou**, zadržával se a sám ve svém hlase **cítil nedůvěru k sobě**. Mívá **panické ataky**, sám o nich mluví jako o chronickém onemocnění. Přistupuje k nim věcně, bere to tak, že se dějí. Rozhodl se přijmout nabídku psychoterapeutky a odjel na psychoterapeutické oddělení PL Šternberk. Především tam chtěl pracovat na **úzkosti pociťované mezi druhými lidmi** a také si přál zlepšit vlastní způsob **komunikace**.

Průběh terapeutického pobytu

Pro Jindřicha bylo absolvování psychoterapeutického pobytu velice náročné. Sám přiznává, že **hovořit o vlastních pocitech**, a navíc před **komunitou** 12 lidí, pro něj bylo něco nového a **nepříjemného**. Vzhledem k tomu, že si ale sám určil **zakázku**, snažil se jí **držet a naplnit ji**. Považuje se za pohodlného člověka, bylo pro něj obtížné se adaptovat na každodenní **režim**, pocity z **fungování v komunitě** popisuje následovně:

„Tak to máte od rána: budíček, vymyslet ty... tam je to nastavený, co tam je ... ty funkce, takže funkce budíčkáře, předseda. Každý musí něco z toho udělat. To je jedna věc, pro mě to bylo veřejný vystupování, připravit se, jít na skupinu, být na skupině, tam se soustředit. Pak bylo další že jo, relaxace, ten den byl naplněnej.”

Pro Jindřicha bylo náročné proniknout do **skupinového fungování**, systému komunit, skupinových psychoterapií, relaxací a jiných typů terapie. Zpočátku pro něj byl

psychoterapeutický **proces** zahlcující. Popisuje i obtíže se soustředěním, což si vysvětluje především **úzkostí z veřejného projevu, obavami, jak může** na ostatní členy komunity **působit**, a jestli se mu podaří **adekvátně sdělit** to, co by chtěl.

Téma **hovoru o sobě a před ostatními** pro něj bylo ústředním. **Komunita** ho v tom podporovala a on sám o ostatních členech mluvil jako o „*komunitní rodině*“. **Sám se necítil být nucen** bavit se se všemi jejími členy, což mu pomohlo vytvořit si tam **vlastní prostor** a dodalo mu to pocit základního komfortu, sám ale vstup do těchto vztahů se smíchem popisuje:

„Jo tak to byla síla no.“

V průběhu terapeutických skupin Jindřich s překvapením sledoval, že se **začíná rozmlouvat**, o vlastním dětství, **nejistotě a úzkosti v hovoření o sobě**, o panických atakách, které předcházely větším hovorům, které jako **vedoucí** pracovník musel pravidelně dělat a které přicházely, když se postavil před sbor zaměstnanců. Mluví o tom, jak zažíval těžkou **trému a úzkost**. Vysvětluje si to tak, že mu pomohlo **sblížení se se** členy komunity, cítil se s nimi **bezpečně a neměl pocit hodnocení** z jejich strany. Nejvíce oceňoval **nácvik asertivity**, zkušenosti druhých s **vystupováním** a také hovoří o **zpětné vazbě** komunity, která ho naopak vnímala jako veselého člověka, který má co sdělit, a která mu komunikovala, že je škoda, když nemluví. Rozebíral i přátelské a rodinné vztahy. Zpětná vazba mu podle něj dala ponaučení, že pokud bude **hovořit o svých pocitech**, zlepší se mu i mezilidské vztahy, že se pro okolí stane **čitelnějším**.

Jindřich při pobytu velice ocenil možnost **relaxace a jógy**. Popisuje, že se **nedokázal nikdy** moc **uvolnit** a v práci pociťuje velký **stres** a sám si nenašel žádný postup, jak se stresu zbavit. **Jóga** mu vyhovovala v tom ohledu, že všechny cviky a polohy se dělaly pomalým **tempem**, což bylo zcela mimo jeho dosavadní zkušenost, kdy byl zvyklý na celkově rychlé životní **tempo**.

Závěr pobytu prožíval pozitivně. Velice se **těšil domů**, sám říká, že on se vracel do už **rozběhnutého a funkčního života**, jak v pracovní, tak i vztahové rovině. Sám měl pocit, že se ve Šternberku naučil lépe **komunikovat a hovořit o sobě** a byl **zvědavý**, jak to bude doma fungovat. Zároveň popisuje lehkou **nervozitu**, neboť si nebyl jist, jak bude o svém pobytu hovořit, měl již naplánované akce s dětmi a přáteli, očekával otázky.

Návrat z terapeutického pobytu

Nad otázkami týkajícími se návratu domů se Jindřich pozastavoval, nevěděl, co by na cestě domů mohlo být zajímavého nebo stresující, řekl, že se cestou těšil, ale příliš nad tím nepřemýšlel. Chápal **návrat jako kontinuum**. Sotva se vrátil domů, odjížděl hned s rodinami přátel na akci do hor, na kterou se velmi těšil a užil si ji. Jak očekával, přicházely dotazy na jeho pobyt otázky, jak se mu tam líbilo. Odpovídal, že to bylo to **nejlepší, co pro sebe mohl udělat**. Na otázku, jak se cítil, když se ho na toto ostatní ptali, uvedl, že to bylo příjemné. Mnoho lidí se prý ptalo spíš ze zvědavosti a sám v té době uvažoval, že **by to málokdo** absolvoval. Uvažuje tak dodnes. Sám si myslí, že psychoterapie a psychiatrie je v ČR tabu, stigma. Jeho zkušenost ze Šternberka mu přinesla poznání, že je dobré o věcech **otevřeně mluvit**, ale u tohoto tématu má pocit, že se o něm nedá mluvit veřejně, pravděpodobně ze strachu z nálepkování.

Jindřich popisuje, že se mu **zlepšil krevní tlak** a odešel pocit **tlaku na hrudi**. Rozumí tomu tak, že když se naučil ze sebe **emoce pouštět a ventilovat** je, jako by **vnitřní tlak** ubyl. Hovoří o tom, že nyní je schopný **vyjasnit konflikty**, má pocit, že je často nechával „vyhnít“. **Začal s pokusy** si tyto konflikty vyřikat a tvrdí, že to takto dělá dodnes. Upozorňuje, že má ještě stále mezery a s některými typy lidí se ještě úplně domluvit nedokáže, ale že i tak to zkouší. Cítí se odvážněji.

Když se vrátil z hor, začal opět docházet do práce, kde se mu lépe dařilo **vystupovat před kolegy**. Díky dle něj zlepšeného **zvládání vztahů a konfliktů** se zaměstnanci zažíval i **méně stresu**. Sám podotýká, že i tak stres zažívá, i vzhledem k epidemiologické situaci. Popisuje chvíle, kdy si **udělá čas pro sebe** a například si mezi jednáními vyjede s autem za město na louku a provádí **autogenní trénink**, jehož nahrávku si z pobytu odvezl:

„Jedu jakoby se někam zašít jo. Vydržím tam takhle třeba s nohama na palubce. Není to asi ta metoda, ale normálně je to dobrý, že to nechám úplně bejt těch třicet minut nebo kolik to je, potom nasednu a vrátím se.“

Tato **pravidelnost** je jediná, kterou si Jindřich odnesl. Po návratu si oddychl, že již nemusí dodržovat pravidelný **režim**, neboť si rád přispí a má rád svoje pohodlí. **Pravidelnou**

relaxaci ale dodržuje, neboť ho těší a nabíjí energií, že si najde každý den třicet minut pro sebe a **svou pohodu**, že má možnost **vyventilovat negativní pocity** z práce.

Doporučení budoucím pacientům

Sám Jindřich říká, že měl štěstí a vrátil se do funkčního prostředí, z pobytu má ale dojem, že byli i členové, kteří se vraceli do samoty nebo šli bydlet k přátelům a neměli **zázemí**, jaké má on. Klade důraz na **komunitu**, přál by jim a také doporučil, aby se dále drželi v kontaktu **s komunitou**, neboť tu vnímá jako zásadní z hlediska **emoční podpory** i jako možnost sounáležitosti:

„Že jsou součástí něčeho že jo, prostě někam patří, nebo se můžou o někoho opřít, když už začínají znova třeba.“

Zároveň si Jindřich nedokáže odpustit poznámku, že by takový pobyt doporučil celému národu, neboť se domnívá, že by se pak dalo v Česku žít podstatně lépe, kdyby si každý prošel takovou zkušeností jako on.

Interpretace výzkumníka

Jindřich byl už při příchodu usměvavý, během rozhovoru se často smál a měl dobrou náladu. Když Jindřich o pobytu mluví, nesděluje moc prožitky, ale spíš postup jeho procesu. Od malička byl tichý a bál se více projevovat až do dospělosti, zažíval stud, obavy, často se hodnotil a měl nízkou sebedůvěru. Zároveň je vedoucím pracovníkem a je zvyklý mít ve věcech svůj řád. Sám sebe vidí jako pohodlného člověka, zároveň ale umí pracovat. Jeho pobyt působí na výzkumníka jako naplnění zakázky „naučit se projevovat a mluvit před druhými“. Byl stanovený cíl, daný postup a dostavil se jasný výsledek, který pak Jindřich aplikoval na sebe a na své vztahy. Zároveň byl již před odjezdem Jindřich zakotvený v životě. S rodinou byl šťastný, vztahy měl dobré i s přáteli a cítil potřebu se zlepšit v sebeprojevu, neboť cítil velký tlak, nemožnost vyjádřit, přijmout konflikt a vypořádat se s ním. Místo toho dostával panické ataky a těžký pocit na hrudníku. Jeho příběh je výjimkou právě v tom, že se vrátil domů a takřka opět „nasedl“ a aplikoval to, co se ve Šternberku naučil, nezažíval žádné úzkosti z odjezdu, návratu, nebál se a těšil se, až si bude moci odzkoušet to, co ve Šternberku trénoval.

5.5. Paní Klára

Před začátkem léčby

Paní Klára pracuje ve zdravotnictví, vyrůstala u prarodičů. **Matku nevnímá jako mateřskou osobu**, tvrdí, že nikdy nedokázala **vzít život do vlastních rukou**, pila ve velké míře alkohol. Mluví o tom, že jí životě **matka chyběla**. Vlastního otce nikdy nepoznala a když se s matkou snažila na toto téma hovořit, **byla vždy odbyta**. Prarodiče měla a má ráda, dodnes si jich velice váží a ví, že u nich vždy najde místo, kam se může vrátit. O babičce hovoří jako o nejbližším členu rodiny. Současný **vztah s matkou** vnímá spíš jako **sesterský**, z matčiny strany často cítí rivalitu a vztah mezi nimi nikdy nebyl klidný, popisuje ho jako patologický. Ze strany prarodičů si do života odnesla především **péči o druhé**, což ji pak přivedlo do práce ve zdravotnictví.

V pubertě čichala toluen, do období před začátkem léčby často kouřila marihuanu, což vnímala jako možnost **ulevit si od úzkostí**. Pociťovala pocity **prázdnoty a vyčerpání**, silné **úzkosti a deprese**, kterým **nerozuměla**. Před nástupem do Šternberka **se intenzivně starala** o prarodiče, což považovala za **samozřejmost** vzhledem k tomu, co oni poskytli jí. V posledních letech neustále pracovala a **vyčerpání** se prohlubovalo. Popisuje, že často „*utíkala do spánku*“, prospala leckdy celý den a nebyla schopna se jakkoliv aktivizovat. Kdykoliv ji přepadly **úzkosti**, **šla si lehnout**, dala si **jointa** nebo šla s nějakou kamarádkou na **pivo**. V partnerských vztazích často padala do **závislé role**, **nechávala si ubližovat** a nedokázala se vůči partnerovi **vymezit**.

Sama tomu rozumí tak, že má „*ten spasitelskej syndrom*“, má pocit, že **byla vždycky pro druhé** a neustále se **upozadňovala**. Častá péče o prarodiče, konflikty s matkou, neshody a ubližování ze strany partnera ji vyčerpalo natolik, že se na radu psychoterapeutky rozhodla odjet na psychoterapeutický pobyt v PL Šternberk, kde si chtěla odpočinout.

Průběh terapeutického pobytu

Klára dle svých slov **zapadla do komunity** dobře. Začátky pro ni byly těžké, neboť zařadit se do nového kolektivu pro ni není jednoduché. Sama říká, že jí chvíli trvá, než si na všechny zvykne a pozná je. Vzpomíná, že první čtyři týdny **chodívala často kouřit**, neboť se musela **vyventilovat** z probíhajících skupin a komunit. Program byl podle ní doslova

nabíty emocemi, a tak si potřebovala najít **klidný prostor**, kde by si mohla utřídit myšlenky. Zároveň vnímala kuřácké pauzy jako možnost bližšího seznámení s členy **komunity**:

„Ta cigareta pro mě byla taková sociální stmelovačka. Určitě to byla berlička. Ventilovala. Emoce hlavně, který tam byly tisíckrát nahoru tisíckrát dolu, pořád se to tam točí, je to tam toho tolik všeho...”

Doufala, že **komunita** ji dokáže **podpořit** a že jí program pomůže od chronické **únavy**. **Ze strany členů skupiny** se cítila silně motivována. Ráda vzpomíná na jednu kolegyni, která cvičila pravidelně jógu a následně spolu cvičily obden. Klára ji cvičila sama několik let, ale později už měla tak zaplněný harmonogram, že na ni neměla čas ani vůli.

Její terapeutickou **komunitu** měla velice ráda a bylo jí v ní dobře. Jezdili **společně** na výlety a exkurze po okolí. **Komunitu** jako celek vnímala **jako středobod** jejího pobytu, všechny zážitky a uvědomění popisuje právě **v souvislosti s ní**. Co se jí stále vybavuje, jsou ranní komunity, kdy měl každý z pacientů prostor **hovořit o sobě** a o svém dni. Během několika ranních komunit jí skupina poskytla zpětnou vazbu, že každé ráno reflektuje všechny přítomné kromě sebe a že **o sobě mluví málo**. Jedna členka skupiny jí dala inspiraci o uvědomění si důležitosti sebe sama v podobě daru, kterým byl adventní kalendář, kde bylo napsáno „*Vzpomeň si, co jsi dneska udělala hezkého a poděkuj Bohu.*” Klára vnímala, že komu má děkovat, je ona sama, a tak nápisy přepsala na „... *poděkuj sobě*”.

Často si psala **deník**, kam zapisovala všechno, co během dne zažila, a pomáhalo jí to **ventilovat pocity** vzteku anebo úzkosti obzvláště po jejích vlastních skupinách, kdy hovořila o dětství, o dynamickém **vztahu s matkou**, péči o prarodiče a její práci. Skupina jí několikrát dala **zpětnou vazbu**, že v jejím příběhu nevidí žádnou **starost o sebe**. To vnímá jako její stěžejní téma. Když měli ostatní členové **komunity** skupinu, starala se o ně a **vnímala jejich potřeby**, když ale po ní skupina chtěla, aby **vyjádřila vlastní potřeby**, narážela na to, že není s to jednoduše odpovědět, **nebyla na to zvyklá**. Těžiště této práce spočívalo právě v tom, že se skupinou měla takřka **neustálý dialog** o situacích, kdy by se například i **chtěla projevit, ale nedokáže to**, protože jí záleží na **komfortu ostatních**. To, co si z terapeutických skupin brala, shrnuje následovně:

„Jsem si tam uvědomila, že tam jako nejsem já, vždyť já jsem přece důležitá v tom životě. Jako jediná v tom životě, protože já jsem se sebou do konce svého života, takže tadytéma

všema věcmi – komunitou, skupinama určitě aj deníkem, tam si fakt člověk přijde na spoustu věcí.”

Když si na komunitu vzpomene, mluví o **přijetí, otevřenosti**, o prostoru, kde bude vždy **pochopena**, a pokud si o to řekne, tak i **opečována**.

Předposlední týden pobytu byl pro Kláru náročný. **Společně s několika dalšími** se dohodla na tom, že nebudou kouřit, používat mobilní telefony a že omezí sladké. V dalším týdnu ji přepadly pocity **vzteku, zlosti a tlaku**, sama tomu úplně **nerozuměla** a dodnes nerozumí, místy to přičítá odvykání, ale není si jistá, jestli nešlo o něco hlubšího:

„Já nejsem agresivní člověk, nebo nevím (smích). Ale že jsme byli v solný jeskyni a jsem měl úplně pocit, že to tam celý jako rozbiju, že úplně jsem tam těch dvacet... bylo fakt těžkých, že jsem tam úplně cítila toho nějakýho přetlaku no.”

K tématu odvykacího stavu ještě udává druhý možný důvod, a to sice že v onom týdnu také měli málo psychoterapeutických skupin **kvůli absenci personálu** a nebylo jak **ventilovat a zpracovávat emoce**, které se v ní kumulovaly.

Nejdříve cítila, že se jí z psychoterapeutického pobytu **nechce odejít**. Byla **v komunitě šťastná**, celkově tamní **společenství** vnímala jako **rodinu**, hlavou jí běžely myšlenky, jak to s ní za dva týdny po návratu bude. Neměla práci, neboť dala výpověď, ale v tomto se utěšovala tím, že měla úspory, ze kterých mohla na pár měsíců vyžít. Nejvíce ji **zúzkostňoval fakt**, že se bude **stěhovat** do jiného města, kde sice již bydlela, ale postrádala tam **lidi, které by měla ráda** a s kterými by mohla být. Byla tam její **rodina**, se kterou měla **rozpačité vztahy**, a několik přátel, kteří už ale měli rodiny, takže nebyla možnost nastěhovat se dočasně k nim. Měla strach, bála se, že bude **opuštěná**. Do toho jí naskakovaly další **úzkostné myšlenky**. Například na partnera a vlastní rodinu:

„Moje vždycky životní meta nebo sen bylo mít svoji rodinu, což teď už v rámci věku to jsou spíš takové věci, co mě jako dohání a straší daleko víc než ta práce.”

V posledním týdnu pobytu si ale uvědomila, že **začíná být unavená**. Popisuje **přesycenost emocemi**, poznatky o sobě, o svých vztazích. Mluví o tom, jak její tělo už přestávalo zvládat životopisné i další skupiny, měla pocit, že je den ode dne utlumenější. Cítila **smutek**, když pomyslela, že **skupinu opustí**, zároveň ale toužila po vlastní posteli, vstávat, když se jí zachce, dopřát si volnost.

Při loučící skupině pociťovala **nervozitu** a **smutek**. Sama o sobě říká, že je trochu **závislostní typ**, a tak pro ni **separace nikdy není jednoduchá**. Nejdřív se snažila sepsat si, co chce každému členovi říct. Cítila, že jiné loučící skupiny, které zažila, byly velice otevřené, a obdivovala členy, kteří někomu **dokázali říct něco negativního**, s tím má ona velký problém. Vysvětluje si to tak, že se jí **nikdy nedostávalo mateřské lásky** a že tak chce, **aby ji všichni měli rádi**, nechce **nikomu ubližovat**, proto na sebe zároveň klade **velké nároky**. Hovoří o tom, že je to jedna z věcí, na kterých chce do budoucna pracovat. Nakonec se rozhodla nic si nepsat a říct členům skupiny, co ji napadne, považovala to tak za nej přirozenější. **Hrdě hovoří** o tom, že některým členům komunity i **sdělila**, že jí s nimi nebylo občas dobře, což u sebe považuje za výkon. Sama ocenila, že skupina na ní „*něco vyloženě hnusného nebo negativního*” nenašla.

Návrat z terapeutického pobytu

Domů jela s kolegou autem. Klára byla **smutná, plakala**. Pustila si hudbu, aby si alespoň trochu ulevila. Těsně před odjezdem byla motivovaná a přesvědčená, že nyní si již dokáže víc **říct o vlastní prostor**. Měla pocit, že si zpracovala mnoho témat, jako byla matka a nadměrná péče o ostatní. **Očekávala od sebe**, že už nebude padat do **úzkostí** a **slz** a že se s **novým prostředím vypořádá bez problémů**. Bydlela nyní u kamarádky v bytě. Po příjezdu ale cítila prázdnotu. Byla najednou v **cizím** bytě, který **nebyl její**. Kamarádku měla ráda, ale nejsou si nijak zvlášť **blízké**. O prvním týdnu hovoří jako o velké zkoušce:

„Bylo mi z toho tak prázdné, marné a beznadějně a začala jsem zase padat do těch svých úzkostných nebo depresivních myšlenek.”

Návrat popisuje jako **šok**. Opustila léčebnu, kde měla 24 hodin denně režim. **Bylo postaráno** o všechny její základní potřeby, sdílela prostor s **lidmi, které měla ráda** a se kterými si rozuměla. Klára se v léčebně cítila až rozmazlována, to hlavně díky tomu, že se kromě **práce na sobě** nemusela věnovat žádným jiným činnostem. Najednou si musela **vlastní potřeby naplňovat sama**. Popisuje **údiv** nad tím, že před odjezdem na nic takového nepomyslela. Musela si plánovat, co si nakoupí a co bude k obědu, nebyla si jistá, zdali si může dovolit jít na menu do restaurace, a celkově zmatená, neboť kromě rodiny neměla v okolí domova **nikoho, s kým by mohla sdílet prožitky**. Na první týden má vzpomínky mlhavé, neboť se jí vše míhalo před očima, změnilo se toho až příliš naráz a sama nevěděla, **co si se sebou počít**. Cítila velkou **úzkost** a **vzduchoprázdno**, přišlo jí,

že se ve Šternberku **nic nenaučila** a všechno, co se o sobě dozvěděla, se pomalu vytrácelo. Neměla ani práci, kam by mohla **pravidelně** docházet, a cítila se ztracená:

„Po tom Šternberku jsem si říkala, že si dám týden pohodičku a nebudu se do ničeho nutit, že akorát jsem prostě čtyři dny chodila uklízet babičce, pekla jsem s ní a tak, že jsem si nedala ten režim, že jsem vstávala až v devět, nebylo mi z toho dobře.”

Režim hrál v Klárině prožívání návratu zásadní roli. Vzpomíná na **pravidelné** relaxace na oddělení a také na psaní **deníku**. To vše se v jejím prvním týdnu doma vytratilo. **Bála se**, že spadne do **starých kolejí** a všechno bude jako před odjezdem. Opět začala **unikat** do spánku, vstávala pozdě a byla unavená. V tento moment se snažila upomenout se, **co jí ve Šternberku pomáhalo** a jak by si to mohla přenést do současné situace.

Hovoří o tom, že jí dělá dobře **pravidelnost**, a tak se v druhém týdnu po návratu rozhodla pro ustanovení **vlastního režimu** tak, aby měl každý den nějaký řád, **prostor pro sebe sama a prostor pro lidi kolem**. Nastavila si budík na dobu, kdy vstávala ve Šternberku, a začala provozovat **pravidelně** autogenní trénink, který jí dělal dobře. Vnímala to jako **možnost se v sobě ukotvit**. Začala si opět psát deník a často se uchylovala k deníku z pobytu. To jí pomáhalo rozpomenout se na to, co si prožila a reflektovala.

V tomto rozhodnutí také **pocítila** jistou **změnu**. Měla pocit, že **k sobě mluví jinak**. Na otázku výzkumníka, jak to myslí, odpověděla, že k sobě předtím moc nemluvila. Tu dobu popisuje tak, jako kdyby v ní byly dvě Kláry:

„Že jsou ve mně dvě bytosti. Jedna ta „stará”, která předtím šla do těch vzorců špatnejch, který mě prostě trápily, byly pro mě nějak destrukcí, a teď je tam ta jakoby nová bytost, která se nějak ve Šternberku učila jinak myslet ... že si tak jako povídám a snažím se vymyslet to jaktože to není špatně, že je to dobře co prožívám, že vlastně to je všechno přirozený, co se ve mně děje.”

Pociťovala, že je k sobě podstatně **shovívavější** a **nemá na sebe takové nároky** jako předtím. Přestože pokračovaly stavy **prázdnoty** a **smutku**, **dokázala se o sebe** podle svých slov **lépe postarat**. Uvádí, že dřív by šla úzkost přepít s kamarádkou, nebo by si daly jointa, ale nyní se k tomu stavěla tak, že by pak zvítězila ona **stará Klára**, která ráda **utíká** a **odkládá** všechno na zítřek. Občas jí problesklo hlavou, že by se do Šternberka nejraději vrátila. Velmi jí chyběla **komunita**, kterou dobře znala a ve které se měli rádi, cítila v ní velkou **pospolitost**. Byla by to pro ni i velká příležitost podělit se o to, co se s ní

děje. **Vyventilovat** vlastní **pocity** a více si **zvědomit** témata, se kterými se během léčby potýkala a přenést si jejich řešení do současnosti.

Co ji podpořilo, bylo upomenutí sebe sama, že se nachází v průběhu **procesu**. Ten vnímá jako významný, ale náročný děj. Cítí, že na sebe má stále **velké nároky** a ty ji nutí do snahy **utéct od obtíží** a následně se cítit **provinile**. Velkou změnou pro ni je, že tentokrát přistupuje k problémům s **větším pochopením**, nahlíží meze svojí situace a je ochotna si dát **prostor pro odpočinek**. Čím dál více pociťovala, že se jí daří navazovat na proces, který započal ve Šternberku. Každý den si říká, že má **právo na svůj prostor** a že je dobře, že si **naslouchá** a dokáže se **pochválit**, když se jí něco povede.

Velkého **uklidnění** se jí dostalo ve čtvrtém týdnu ze strany **psychoterapeutky**. Když k ní přicházela, opět ji přepadly pocity, že se ve Šternberku nic nenaučila, **měla obavy**, že opět spadne do **starého režimu**. Cítila **úzkost**, že v současnosti nemá **nikoho blízkého**, na koho by se mohla obrátit, a že vše jde od desítky k pěti. Psychoterapeutka ji ale ujistila, že to, co zažívá, je po tak dlouhé době strávené v komunitě zcela přirozené. V tom našla Klára jistý **klid** a opět se projevila její změna a přistupovala k vlastní situaci s **větším pochopením**. Aby si opravdu dopřála **prostor pro sebe**, má v plánu další dva měsíce cestovat. Rozhodla se, že pokud jí není v současné situaci dobře a cítí přání poznat svět a **udělat si dobře**, půjde za tím.

Doporučení budoucím pacientům

Klára na úvod poznamenává, že lidé, kteří jsou zaměstnaní, mají návrat jednodušší. Má pro budoucí pacienty celkem čtyři doporučení, především pak pro ty, kteří se jako ona vrací do stavu, kdy nemají práci a nejsou v životě tak **pevně ukotvení**, například i ve **vztazích**:

Prvním je psát si **deník**, který považuje za nesmírně důležitý prvek. Nemíní tak detailní jako ten, který si pacienti museli psát během pobytu, ale bere ho jako možnost **zvědomění** si toho, co se právě děje. Užitečná jí také přijde možnost vracet se ke čtení deníku, který si pacienti píšou ve Šternberku. Sama této možnosti několikrát využila a připomnělo jí to, jak se s jednotlivými tématy vyrovnávala a co jí pomáhalo.

Druhým doporučením je **autogenní trénink**, ve kterém ona sama pokračuje. Vnímá ho jako možnost „*zahodit tu únavu z toho světa venku*.” Nedělá ho třikrát denně, ale nabízí možnost pustit si ho například do sluchátek.

Nejvíce zdůrazňuje přijetí faktu dle ní daného statistikou, že první týdny po návratu budou náročné. Je třeba počítat s **šokem**, který se dostaví, ale neztratit přitom hlavu a najít pochopení pro vlastní situaci.

Poslední radou, kterou by ráda dala, je zbavit se **stigmatu** pobytu na psychiatrii. Domnívá se, že je to to nejlepší, co pro sebe mohla udělat, ale zároveň se za to velice **styděla**. Když ale ostatním vyprávěla, co prožila, mnozí ji **překvapili**. Podpořili ji v tom, že je dobře, že si šla někam konečně **odpočinout** a vůbec to **neodsuzovali**. Naopak pobyt připodobňovali k lázním. Nejvíce ji překvapila její 80letá babička, které se nejvíce zdráhala povědět, kam na osm týdnů odjíždí:

„Dyt' běž, to je super, to je moderní, tam dnes chodí všichni!”

Interpretace výzkumníka

Klára přišla na pohovor v dobré náladě, byla těsně před ním u své psychoterapeutky, která ji podpořila v jejím procesu. Sama říká, že je závislostní typ, nikdy nepoznala, co je mateřská láska, a reflektuje, že tak má potřebu být oblíbená a zároveň nikomu neublížit, čímž na sebe klade velký nárok. Nedovoluje si tak být vůči druhým otevřená a upozaduje vlastní potřeby. Při opakovaném čtení jejího příběhu nabýval výzkumník dojmu, že téma závislosti „na vnějšku” se v něm opakuje velice často. Ve chvílích, kdy byla Klára v kontaktu s komunitou, se jí dařilo dobře a dokázala zvládat náročné situace jako nepříjemné emaily od bývalého partnera nebo návaly negativních pocitů a agrese, kterým nerozuměla. Po opuštění externě daného režimu se začala téměř okamžitě navracet do stavu před začátkem léčby. Ujistění, že její proces po návratu probíhá v zásadě standardně, přijala až z pozice psychoterapeutky a zmíněné statistiky. U Kláry ale došlo k významné změně uvažování o sobě skrze zpětnou vazbu skupiny. Má pocit, že k sobě dřív nemluvila, nyní se ale objevuje podstatně shovívavější a chápavější hlas, který jí pomáhá ve zvládnutí nově vzniklé situace v podobě nového bydlení v místě, kde neměla žádné sociální vazby vyjma rodiny, ke které má ale rozporuplný vztah. Sama k obtížím po návratu přistupuje jako k procesu a zmírňuje tak tlak, který na sebe vytváří. Cítí možnost trvalejší a pozitivní změny, kterou začala vnímat při pobytu. Ráda by si dopřála víc prostoru a pracovala na budování hranic mezi jejími potřebami a potřebami druhých, které byla zvyklá naplňovat přednostně.

6. Výsledky tematické analýzy

6.1. Vlastní prostor a prostor druhých

Jedním z dominantních témat vyskytujících se u všech respondentů byl vlastní prostor, který často souvisel i s prostorem druhých, odrážel se v jejich přátelských i partnerských vztazích. Toto téma se týká všech respondentů. Ti hovořili o oblasti naplňování základních potřeb, nesplněných přání, jmenovali touhu po samotě, větším prostoru, volnosti, možnosti se projevit. Ve chvílích, kdy respondenti nebyli s to tyto možnosti realizovat, zažívali strach, úzkost, pocity viny vůči sobě i druhým. To se projevovalo i po tělesné stránce formou únavy, migrén, přibíráním na váze, pocitem tlaku na hrudníku i zvýšeným krevním tlakem. důležitým aspektem tohoto tématu je rovněž autenticita, tedy být pro sebe i pro druhé otevřeně a bez přetvářky. Přemysl měl v tomto smyslu touhu věnovat se vlastním koníčkům. Byl zvyklý, že ho nabíjí energií, přinášejí mu radost a považoval je za součást sebe sama. Čím hlouběji ale postupovala jeho únava a smutek, tím více se mu ztrácely. Sám mluví o tom, že si žádný z nich nedokázal dopřát, neboť měl výčitky vůči ženě, domácnosti a studiu, a proto si je v jistém smyslu nemohl dovolit. Ohleduplnost vůči ženě v kombinaci s únavou a nároky na sebe sama mu zabránili být jakkoliv aktivní. Měl pocit, že je k ničemu a nikdo ho nemůže mít rád. Komunita a skupiny ho přesvědčily, že je tomu naopak, a poté, co měl možnost ventilovat svou frustraci a sdílel svůj příběh s druhými, ho začal opět získávat. Důležité zjištění, a nejen u Přemysla, bylo, že jeho potřeby jsou stejně důležité jako potřeba ostatních. Přemysl, Ida, Jindřich a Klára v průběhu léčby i po návratu reflektovali, že pokud se sami dokážou přihlásit o to, co opravdu chtějí a potřebují, tak se zlepší i jejich vztahy. Také pokud budou přistupovat s respektem k sobě i druhým. Přemysl hovořil o tom, že se začal věnovat zase svým koníčkům a přistupuje k ženě více autonomně, otevřeně a s respektem. Cítí, že se uvolnily zábrany a navzájem si více váží jeden druhého. Přestože z pobytu přijel nabitý a odhodlán řešit obtíže v manželství, sám hovoří o tom, že se naučil i dávat prostor druhým. Tentokrát ne ve smyslu, že by si za jejich prostor bral odpovědnost, ale aby v tom bylo oběma stranám v rámci možností komfortně: „*Já jsem jí chtěl dát ten prostor prostě, aby si nějak sama zpracovala, že už teda jsem doma.*” Nechtěl ji okamžitě zahltit svými dojmy a myšlenkami, chápal, že by to bylo příliš. Klára na sebe málo brala ohledy a vždy se starala o potřeby druhých, tématem

jejího prostoru bylo zabezpečit nejdřív sebe a pak teprve okolí. Ve své cestě je na začátku, cítí ale, že jde kupředu, neboť začíná naslouchat sama sobě, což si také odnáší jako hlavní poselství: „*A to bych si chtěla zanechat vlastně, učit se být v sobě. Že prostě tak jako člověk žije hekticky a furt někde pobíhá, tak vlastně jsem mimo sebe a tím pádem jsem z toho víc smutná.*” Ida si prostor získala tím, že pracuje s nároky na sebe, které jí odpočinek upíraly, a rozhodla se, že si dovolí odpočinek a být „líná”. Vyskytl se jí čas, který možná už nikdy nenastane, a chce ho tak plně využít, což by dříve nikdy neudělala. Sabina měla často pocit, že jí druzí do její komfortní zóny vstupují, a tak se zase dokázala vymezit tak, aby nebyla druhými zahlcena. Všichni respondenti si na terapeutickou komunitu těžce zvykali a byli často neustálou interakcí s ostatními členy unaveni, reflektovali, že právě intenzivní kontakt s druhými je naučil najít si to „své”. K vlastnímu překvapení jim to nikdo v komunitě nikdy nevyčítal, naopak se to setkávalo s porozuměním. Jindřich se před ostatními styděl a neuvědomoval si, že svým nemluvením dokáže druhé lidi mást. Zároveň se nedokázal prosadit, když to bylo třeba, a vyjádřit se, bál se hodnocení ostatních, především zaměstnanců. V rámci skupin ale došel k závěru, že pokud se projeví, pravděpodobně to dopadne lépe, než když bude nečitelný. Dokáže si tak i lépe prosadit svou a zbavit se panik a přetlaku, který v sobě cítil.

6.2. Komunita a skupinová psychoterapie

Komunita je pochopitelně jeden z ústředních pojmů respondentů, kteří si prošli 6 až 8týdenním psychoterapeutickým programem, který je na bázi komunity postaven. Pro všechny respondenty byl vstup do skupiny náročný. Ida, Jindřich, Přemysl i Sabina popisovali, že je pro ně nový kolektiv vždy náročný, neboť se považují spíše za introverty a není pro ně lehké se druhým otevřít. Navíc byli zvyklí žít si podle svého, a tak pro ně byl mezilidský kontakt unavující. Už také proto, že si své spolučleny nemohli vybrat. Sabina popisovala situace, kdy ji další členka komunity rozčilovala a dráždila, neboť jí bylo všude plno. Co jí ale komunita naopak dala, bylo přijetí, prožitky radosti a podpory. O tomtéž mluvili i ostatní respondenty. Pro Jindřicha byla komunita jakési zrcadlo, které ukazovalo, co mu uniká, čerpal z ní inspiraci pro své téma mluvení za sebe i s ostatními. Sotva začal hovořit a dávat najevo, co cítí, s překvapením zjistil, že právě skupinové prostředí mu dá možnost nahlédnout vlastní nečitelnost, a zpětné vazby od mužů i žen mu ukázaly, co všechno ve vztahu otevřená komunikace dokáže. Ani nečekal, co v něm dokáže skupina neznámých lidí probudit, díky společně sdílenému programu mu komunita připomínala

rodinu: „*Takový emotivní, že se jako ... že se s někým člověk tak dokáže sblížit, že tam žije v takový komunitní rodině*”. Ida ze skupin čerpala pochopení a povzbuzení v tom, aby si mohla dovolit odpočívat a najít si čas pro sebe. Při jejím popisu komunity se zdá, že si nejvíce užívala chvil o samotě s tou výjimkou, že tentokrát za ně byla vážně ráda a naučila se tam si onen prostor na odpočinek najít. Přemysl, který se styděl za vlastní selhání coby muž a manžel, našel v komunitě i skupinových psychoterapiích porozumění a s překvapením zjistil, že ho mají ostatní členové rádi a dají na jeho slovo. Navíc měli i pochopení pro jeho nově navázaný vztah se spolupacientkou a poskytovali mu emocionální podporu v jeho pocitech o marnosti z manželství. Získal tak sebedůvěru a nedal tak ani na radu skupiny, aby se rozvedl, ale získal díky její péči sílu na to vzít věci do svých rukou. Kláře přijetí a pospolitost velice chyběly, se členy komunity ale zažívala něco, co už dlouho nepoznala. Společné akce, sounáležitost a pocit radosti ze sdílené činnosti. Skupinové psychoterapie pro ni byli stěžejní v oblasti starání se o sebe, neboť jí skupina neustále reflektovala, jak málo o sobě hovoří. Ze všech respondentů komunitu akcentovala nejvíce, stejně jako Jindřich o ní mluvila jako o rodině. Možná právě proto, že s vlastní rodinou měla rozporuplné vztahy, tak se jí z této nové „rodiny” odcházelo o to hůř: „*Sedmej týden jsem si říkala, že se mi domu fakt nechce, že se tam cítím dobře, že jsme prostě všichni taková jako rodina, byli jsme tam super parta.*”

6.3. Proces a změna

Respondenti sami pochopitelně vnímali návrat skrze období pobytu a před pobytem. Několikrát z jejich strany zazněla slova „proces”, „dlouhodobá práce”, „pracuji na tom už dlouho”, „pořád pracuji na”. U všech respondentů se ukázalo, že se nejednalo o jednorázovou akci, která by měla definitivně vyřešit jejich obtíže, ale svůj pobyt vnímali jako součást dlouhodobého procesu. Dokonce i o svém stavu před léčbou často referovali, že již věděli, co se děje a co potřebují, ale neustále možný posun či řešení odkládali. Klára hovořila o tom, jak již dříve myslela na to, že by se sebou měla něco dělat, cítila únavu a prázdnotu již mnohokrát a věděla, že se musí soustředit na sebe, a porovnává to se současným stavem po pobytu: „*To jsem předtím rozhodně nedělala, dycky jsem chtěla, ale nikdy jsem se k tomu nedostala, jsem to odkládala.*” Byť po návratu prožívala náběh do starých kolejí, uvědomila si změnu. Více a laskavěji k sobě hovoří. Zároveň ale viděla, že se jí neustále vrací tendence být na sebe přísná a utíkat od řešení vlastních obtíží. Cítí se být vyzbrojena novými poznatky a přístupem sama k sobě a je si vědoma, že ji ještě čeká

dlouhá cesta: „*Ta realita je takovej šok trošku. A určitě i takovýto, že vlastně to není konec, že je to práce dál. A ještě vlastně třeba dlouho.*” Sabina popsala svůj proces s řešením vztahu s matkou, hovoří o tom, že trvá dlouho a byť se snažila v psychoterapii najít podporu, výsledky byly různé, ale ne dlouhodobé. Poté, co s matkou absolvovala otevřený rozhovor, ke kterému se inspirovala v komunitě, má pocit, že se něco opět otevírá, došlo ke změně a je možné, že jejich vztah čeká další vývoj. Na tom by sama ráda do budoucna pracovala. Přemysl má pocit, že jeho proces začal už před pobytem, věděl, co by bylo zapotřebí udělat, ale stejně jako Ida na to již neměl energii. Při pobytu nasbíral novou energii a otevřely se mu nové možnosti – jak sám říká, nabyt tam sebedůvěru a chce ji využít pro záchranu manželství. Navázal tam paralelní partnerský vztah, který mu dal něco, co mu v manželství chybělo: intimitu, porozumění, společně naladění. Mluví o tom, že práce na sobě a manželství je na dlouhou dobu: „*Jsmo na začátku hodně dlouhý cesty. Jestli jsme v desetině, tak přeháním.*” Uvažuje stále i nad vztahem s přítelkyní, má za to, že tento vztah se vyjasní, až sám dojde k tomu, co vlastně chce a potřebuje. Jindřich oproti zbytku respondentů hovoří o procesu jinak. Nechápe ho jako psychoterapeutický proces, naopak procesem míní každodenní život. Jeho pobyt byl prostředkem, jak vlastní životní proces zkvalitnit, ale ve srovnání s ostatními respondenty je znatelná odlišná kvalita. O pocitech změny hovoří především ve spojitosti s jednotlivými skupinami a intervencemi, což vnímá jako práci na sobě, která se konala v ohraničeném čase.

6.4. Režim a pravidelnost

Psychoterapeutické oddělení funguje na základě stanového denního režimu. Každý z respondentů ho zmínil ve větší či menší míře. Nejen v souvislosti s fungováním v léčebně, ale i po návratu. Téma režimu bylo tvořeno především pravidelností, každodenností, náplní dne a touhou po struktuře. Čtyři z pěti respondentů hovořili o pravidelnosti jako pozitivním aspektu každodennosti, někteří si ji spojovali spíš s plánováním celého dne, pro jiné byla pravidelnost kotvou v každém dni, kdy se věnovali pravidelně jedné činnosti. Činili tak především proto, že tento opakující se prvek jim pomáhal ve zvládnutí návratu či obtíží, se kterými se v každodenním životě potkávali. Pro Kláru, Sabinu a Přemysla byl režim velkým přínosem v průběhu léčby a následně na něj navazovali i po návratu. Klára, která se v komunitě cítila jako v „*rodině*“, si velice pochvalovala, že měl každý den určitou strukturu, a také, že bylo postaráno o všechny její základní potřeby, a mohla se tak věnovat sama sobě. Zpětně o tom mluví jako

o „rozmazlování“. Její život před odjezdem na psychoterapeutické oddělení byl chaotický a sama se cítila „*mimo vlastní tělo, prázdně*“. Sotva byl její denní rytmus pravidelný a také v kombinaci s programem a dobrým vztahem se členy komunity, cítila se více „*v sobě*“. Rozumí tomu tak, že když sama neměla trochu dané hranice nebo limity, tak se ztrácela a nevěděla, co se sebou. Po návratu Klára silně reflektovala absenci režimu a začala „*padat do starých kolejí*“. Přečtení deníku z pobytu jí pomohlo si upomenout, že pravidelnost jí pomáhala se ve svém dni zorientovat, a tak začala pravidelně cvičit jógu a relaxovat. Každé ráno vstává ve stejný čas a snaží se dělat si krátkodobý plán, aby věděla, co bude další dny dělat, co by si přála dělat. Zároveň zmiňuje, že si na sebe nechce dělat velké nároky a pokud nějakou část plánu nesplní, nebude si nadávat a přijme to tak, jak to přijde. Sabina vnímala režim podobně jako Klára. Také je nezaměstnaná a přechod do každodenního života mimo zdi léčebny byl náročný. Ve Šternberku kromě náplně denního harmonogramu chodila běhat, což se po návratu kvůli zranění nedařilo, sama popisuje, že režim jí dává strukturu, ale sama má problém si ho vytvořit: „*Když nemám tu práci, tak nemám silnou vůli, abych ten režim si udržela. A teprve vlastně až jsem zase nastoupila tady do dalšího, na další skupinovou psychoterapii, tak jsem ten režim schopná nějak udržet.*“ Sabině pravidelnost pomáhá, ale potřebuje k jejímu udržení podporu zvenčí. Přemysl byl překvapen, jak mu v léčebně prospívá pravidelná strava. Přestože chuťově se mu příliš nezamlouvala, jeho pocity nevolnosti začaly ustupovat. Jak zmiňoval ve svém příběhu, dřív jedl nárazově a převážně sladké, nyní zjišťuje, že když jí pravidelně, má mnohem více energie a cítí se vlastně dobře. Také si plánuje na každý den, kdy je čas studia, odpočinku a koníčků. Vypráví, že mu takový harmonogram pomáhá udržovat čistou hlavu a strukturu. Je rád, že si může dovolit odpočívat, má na to stanovený čas a oproti stavu před pobytem si to nevyčítá, pevně cítí, že na to má právo. Ida zmiňuje režim v léčebně jako přínosný, neboť se předtím cítila ztraceně. Nevěděla, co má udělat dřív, a jak se stupňovala její únava, úplně ztratila orientaci v čase. Denní harmonogram jí pomáhal utřídit si myšlenky a říct si, kdy je čas odpočinku a kdy je čas práce. Měla v plánu si režim přenést i do každodenního života po návratu, ale sama reflektuje, že její „*výkonové já*“ se opět snažilo jí vnutit něco, co si sama nepřeje. Naopak došla k tomu, že místo režimu potřebuje více volnosti a dopřát si ji. Jedinou pravidelnou kotvou nazývá svou psychoterapeutickou skupinu v místě bydliště, kde má prostor shrnout si, co právě prožívá. Co se týče každodenního rytmu, jediná pravidelnost, kterou dodržuje, a i tak se musí přemáhat, je nákup a následné vaření večere pro manžela. Jindřich byl jediným respondentem, kterému režim v léčebně nevyhovoval, neboť jak sám říká, je pohodlný

člověk a rád si přispí. Jako vedoucí pracovník ví, že udržet si denní harmonogram je zásadní. Sám ale mluví o tom, že mu dělá dobře pravidelné pouštění autogenního tréninku, jelikož se u toho zrelaxuje. Stejně jako Přemysl, Klára, Sabina i Ida tuto pravidelnost vnímá jako „*udělat pro sebe pravidelně každý den jednu hezkou věc*”.

Shrnutí výzkumné části

Cílem výzkumné části bylo odpovědět si na výzkumné otázky. V této kapitole autor stručně představuje odpovědi na jednotlivé otázky. Odpovědi jsou širěji rozvedeny v diskuzi.

Respondenti si z pobytu odnáší především pocity změny, jiný přístup vůči sobě samým i druhým lidem (především těm blízkým), vizi, jak dále nakládat se získanými znalostmi a dovednostmi. Jako změnu vnímají především zvýšené sebevědomí, schopnost vytvořit si osobní prostor podle svých potřeb a přání. Dokáží lépe zacházet s problematickými situacemi ve svém životě, například se jedná o partnerské krize, stresové situace, pocity vyhoření ze zaměstnání, konfliktní vztahy se členy rodiny.

Závěr pobytu probíhal formou balení, loučící skupiny a oslavy s ostatními členy komunity. Následoval samotný odchod ze zařízení spojený s placením výdajů a odjezdem. Participanti ho prožívali se smíšenými pocity. Ti, kteří měli pocit, že vyčerpali možnosti terapeutického programu, se těšili a zaznamenali, že už v procesu nejsou příliš přítomni po stránce pozornosti. Participanti, kteří byli více vázáni na prožitek komunity a společenství a vraceli se do neuspokojivého prostředí, zažívali na jedné straně úlevu z náročného programu, ale na straně druhé úzkost a při odchodu ze zařízení stesk.

U tří participantů byl návrat do každodenního života spojen především se získaným sebevědomím a identifikací vlastních potřeb a cílů, na které dokázali navázat. Prožitky tvořila obvykle zprvu nejistota, za kterou ale následovaly pocity změny kvality vztahu vůči sobě. Následně participanti zvolili takové směřování, které si vytyčili či považovali pro sebe za nejlepší – odpočinek, návrat do práce a využití nabitých dovedností, práce na záchraně manželství. U jedné respondentky došlo po krátkém návalu nadšení k šoku v konfrontaci s realitou, ve které ji neočekávala komunita ani blízcí přátelé. Dostavila se úzkost a prázdnota, stesk po komunitě. Respondentka si zvědomila staré dysfunkční chování a snažila se dál o adaptivnější formu větší péče o sebe a své potřeby. Poslední respondentka se vrátila do neuspokojivého zázemí, ve kterém jí není dobře. Ve zvládání nepříznivé situace jí pomáhá pravidelnost. Zároveň se na základě terapeutických skupin odhodlala k otevřenému rozhovoru s matkou, který se podařil.

Jako zdroj podpory participanti nejčastěji uváděli sami sebe, neboť hlavní myšlenka, kterou si odneslo všech pět participantů je „když budu já v pohodě, všechno a všichni

ostatní pak budou taky“. Oporu zevnitř nejčastěji tvořilo zvýšené sebevědomí a energie, určení cíle dalšího postupu, vědomí pokračujícího terapeutického procesu, identifikace dřívějšího maladaptivního chování, a především vědomí vlastních potřeb. Dalšími velkými zdroji podpory byla především pravidelnost a podpora ze strany přátel a rodiny.

Diskuze

Cílem této práce bylo popsat prožívání návratu pacientů psychoterapeutického oddělení PL Šternberk do každodenního života. Jak prožívali pobyt na oddělení, návrat z něj a následné fungování v každodenním životě. Zjistit, zdali pro ně byl návrat obtížný a pokud ano, v čem nacházeli zdroje podpory. Jak se proměnily jejich mezilidské vztahy a zároveň vztah k nim samým. Respondenti byli do výzkumu vybráni na základě absolvování daného psychoterapeutického pobytu v délce minimálně šesti týdnů, maximálně tři měsíce po návratu. Výběr byl proveden na základě metody záměrného výběru. Participanti byli osloveni přímo výzkumníkem na oddělení, dále skrze psychiatrickou sestru přímo na oddělení při ukončení pobytu a také skrz psychiatricku a psychoterapeutku, která své pacienty na tento program frekventovaně posílá. Vzhledem k tomu, že některým z participantů sdělila, že autor práce pobyt před 8 lety absolvoval, dával si autor během rozhovorů pozor na to, aby pacienti sdělili veškeré informace o pobytu a nepočítali s jeho implicitní znalostí tamního programu. To by byl možný negativní prvek, který by způsobil vynechání potenciálně důležité vzpomínky či zkušenosti, u níž by se domnívali, že autor již odpověď zná. Potenciální výhodou této skutečnosti mohla být větší možnost otevření se člověku, který prošel touž zkušeností.

Březnová epidemiologická opatření významně narušila průběh výzkumu a setkání s respondenty. Vzhledem k tomu, že komunikace na dálku představovala technický problém, po delší reflexi autor seznal, že budou do výzkumu zahrnuti i participanti, kteří se vrátili z pobytu nejpozději před třemi měsíci, což byl původní záměr, nicméně výzkum Eldala a kol. (2019) ukázal, že tři měsíce jsou stále relevantní dobou pro sběr dat. U dvou ze tří participantů měl tento odstup v souvislosti s karanténními opatřeními, která představovaly neočekávanou a zatěžující situaci, pravděpodobně negativní vliv při retrospekci na průběh návratu do každodenního života. Rozhovory se odehrávaly v prostředí, kde se respondenti cítili komfortně (kavárna Tvoje máma) a dle potřeby i v dostatečném soukromí (byt autora studie, sklad kavárny Tvoje máma, terapeutická pracovna Da-psychoterapie).

Čtyři z pěti participantů uvedli, že u sebe pozorují změny, které mohou v dalším životě rozvíjet, a mohou tak zlepšovat vztahy s druhými i vůči sobě. Tyto změny spojují je s absolvováním pobytu. Jedná se především o aspekty osobnosti či vlastnosti, kterých si

dříve nebyli vědomi, či měli pocit, že o ně přišli: zvýšené sebevědomí, zlepšené komunikační schopnosti (odmítat neustálé požadavky o pomoc ze strany druhých, asertivita, schopnost se jasněji vyjadřovat), dovednost odpočívat, vymezit si vlastní prostor, ve kterém se mohou cítit komfortně, svobodně a bez výčitek (potřeba věnovat se potřebám druhých lidí se výrazně zmenšila). Tento výsledek je tak konzistentní s longitudinálním výzkumem Wucherpfenniga a kol. (2019), ve kterém u participantů identifikovali tentýž proces aktivace vnitřních zdrojů.

Tři participanté uvedli, že jejich priority se týkaly především práce a druhých lidí a léčba jim pomohla si vymezit hranici, v jistém smyslu komfortní zónu, na kterou mají právo. Dříve se jim obvykle stávalo, že ve chvíli, kdy se věnovali sami sobě, pociťovali vinu vůči nedodělané práci nebo z jejich pohledu zanedbávaným partnerům či členům rodiny. Ve dvou případech si respondenti před nastoupením pobytu neuvědomovali, že vlastní potřeby nezohledňují vůbec. V retrospektivě vnímají, že samotné nastoupení do léčby bylo prvním krokem pro vytvoření tohoto „vlastního prostoru“.

Čtyři respondenti se pro pobyt rozhodli především proto, že trpěli únavou a vyčerpáním a měli pocit, že jejich situace začíná být bezvýchodná. Přestože původní záměr byl odpočinek, v jejich případě hovoří o aktivní formě odpočinku. Přestože pro ně byl program náročný, neboť měl pevně daný režim, zpětná vazba ze strany členů komunity a terapeutického personálu jim reflektovala nenaplněné potřeby soukromí, nenaplněná přání a ambice a zároveň vysoké nároky na sebe, neschopnost si odpočinek dopřát. Ve chvíli, kdy se jim dařilo najít si prostor pro četbu, procházku, přicházeli ke zjištění, že se zlepšuje i jejich psychický stav. Tomuto jevu rozuměli tak, že v těchto momentech nemuseli nikomu vyhovět a jejich potřeby byly ze strany komunity i personálu nejen respektovány, ale i přijímány. Zaznamenali pocit souznění a pochopení. I ve chvílích, kdy projevíli emoce, které by si za jiných okolností nemohli nebo nechtěli dovolit, cítili, že mohou a bylo to pro ně osvobozující (pocity hněvu, agrese, úzkosti, nejistoty).

Zpětná vazba a konfrontace vlastních představ o sobě či mínění druhých sehrála u čtyř participantů zásadní roli, kdy vstupovali do skupiny například s tématy, „jsem líná a málo pracuji“ (Ida), „odsoudí mě za nový vztah, navíc s pacientkou“ (Přemysl), „působím nejistě a nesebevědomě, neumím mluvit“ (Jindřich) a „musím se hlavně postarat o druhé a nejde mi to, musím se víc snažit“. Zpětná vazba skupiny pro ně byla zásadní v tom, že jim dokázala uvést nejen příklady rozporující tato přesvědčení z jejich života, ale

nejdůležitější roli dle nich hrály přímo události v komunitě, kde podle názoru pacientů jejich formy chování a myšlení ukazovaly takřka denně. Tento paralelní proces (Kratochvíl, 1979) je dle participantů významným hybatelem celého komunitního dění. Uvádějí, že díky možnosti zpětné vazby v rámci dlouhodobého pobytu získali podstatně větší náhled na sebe samé a obtíže, které zažívají. Důležitým prvkem byla rovněž inspirace pravidelným režimem. Tři participanté uvedli, že režim jim pomáhá v organizaci dne, pomáhá jim vymezení času pro práci a času pro volnočasové aktivity, partnera, rodinu. Pravidelnou aktivitou, kterou si participanté z pobytu odnesli, je relaxace (autogenní trénink), ve které tři z participantů pokračovali a uvedli, že je to součást jejich prostoru pro sebe a možnost uvolnit nadměrné napětí ze situací, které identifikují jako stresující.

Ve shrnutí toho, co si participanté z pobytu odnášejí, lze říci, že pozitivní změny, které pacienti zaznamenali, přičítají faktorům: působení ostatních členů komunity, možnost autentického sebeprojevu, emoční podpora, zpětná vazba, náhled, korektivní emoční zkušenosti, pozorování a zkoušení nových postupů, což je ve shodě s účinnými faktory psychoterapie jmenovanými Kratochvílem (2005). Výsledky rovněž potvrzují Kalinovu (2008) hypotézu, že se pacienti s úzkostnými poruchami zapojují do komunity rychle a těžiště léčby spočívá především v interpersonálním učení. Přestože se čtyři participanté vymezili jako introvertní, z rozhovorů vychází, že zapojení do skupiny proběhlo spontánně, u všech participantů se dostavil pocit bezpečí a přijetí, a akceleroval tak otevření se vůči skupině. Významnou úlohu také sehrálo, že participanté cítili ze strany ostatních členů komunity, že trpí obdobnými problémy, což jim usnadnilo zapojení se do procesu. Jedna participantka uvedla, že se mimo takovou skupinu cítí sama (i v rodině) a zapojení se do komunity jí přineslo pocit zapojení se a přijetí, navíc sama uvedla, že se mezi lidmi s psychickými obtížemi cítí lépe a pochopeně, pocit osamění se snižuje. To je v souladu i se zjištěními Kratochvíla (2005), který podotýká, že samo členství ve skupině může takové pocity vyvolat u lidí, kteří sami sebe identifikují skrze prožívané obtíže.

Závěr pobytu probíhal na základě přípravy na odchod (tedy loučících skupin, oslavy odchodu se členy komunity) a samotným odchodem (tedy sbalením věcí, opuštěním areálu, odjezdem). Pocity participantů při myšlence na odchod z programu byly smíšené.

Tři participanté cítili, že vyčerpali z programu to, co mohli a přijeli vyřešit. Těšili se domů, byli nabyti energií a hodlali změny, které prožili a stále prožívali, využít pro svůj další rozvoj a rozvoj vtažů s ostatními. V jednom případě neměl participant doma žádné obtíže

a pobyt bral jako zlepšení vlastních možností komunikace, po splnění zakázky tak neměl důvody k obavám, těšil se, až bude mít příležitost vyzkoušet si, co se naučil. Druhý participant byl nedočkavý a cítil, že opět získal sebevědomí, a odjížděl silně motivován řešit problémy ve vztazích. Třetí participantka uvedla, že se těšila domů, ale zároveň v ní panovaly obavy, zdali zvládne cestu. Zaznamenala ale, že k sobě přistupovala s větší důvěrou, cesta dopadla dobře a po příjezdu domů si oddechla.

Dvě participantky opouštěly program se smíšenými pocity. Vzhledem k tomu, že se obě vracely do prostředí, které se nepojilo s pozitivními očekáváními, zažívaly úzkost a prožívaly opuštění komunity hůř než zbylí respondenti. První participantka dala již během rozhovoru najevo, že vždy když opouští komunitu lidí s podobnými obtížemi, jako má ona, se kterými je jí dobře, je smutná. Přicházela tím o prostor, kde by ji ostatní chápali a přijímali. Druhá respondentka rovněž reflektovala, že odchod z vybudovaného společenství pro ni byl velmi náročný a plakala. Odjížděla motivovaná věnovat se především sama sobě. Jela do města, kde neměla příliš přátel a několik let v něm nepobývala, nicméně i tak si věřila. Obě respondentky popsaly program jako určité útočiště, kde na rozdíl od venkovního světa zažívaly pochopení, přijetí a radost. Svět venku pro ně byl stresující a návrat pro ně těžší než pro ostatní respondenty. Tento závěr tak koresponduje se zjištěními Elda a kol. (2019), že pacienti, kteří v každodenním životě nemají tak pevné a bezpečné vztahy, vnímají návrat z prostředí, kde je o vše postaráno a kde se s nimi vyskytují lidé, kteří je přijali a se kterými jim bylo dobře, s úzkostí a nejistotou.

Všichni participanti se ale shodli na tom, že opustit komunitu nebylo snadné, neboť se o ní zmiňovali jako o rodině, která jim byla velmi blízká, a sdíleli s ní mnoho témat, která jsou pro ně velice citlivá a osobní. Zároveň reflektovali, že program byl velmi náročný, a tak v rozhovorech hovořili o velké únavě a jisté úlevě, že budou mít příležitost si od procesu na chvíli odpočinout.

Prožívání a zdroje podpory po návratu do každodenního života lze, stejně jako u prožívání závěru pobytu, shrnout do dvou základních skupin.

Z dat by se dalo usuzovat, že participanti, kteří se vraceli do prostředí, ve kterém byli odhodláni podstoupit změny, ať už na sobě, mezilidských vztazích, aplikováním nových dovedností, které jim probyt přinesl, a zároveň o návratu mluvili jako o „součásti procesu“,

u sebe více zaznamenávali změny v prožívání a myšlení oproti participantům, kteří se vraceli do prostředí, které jim bylo cizí či které nevnímali jako komfortní či přijímající. Zároveň je možno usuzovat, že u participantů, kteří si dokázali vytvořit nový „režim“ z vlastních zdrojů a přání, není průběh tak obtížný jako u participantů, kteří na pobyt nenavazují a mají horší přístup k vlastním zdrojům či je nedokázali identifikovat.

V případě první skupiny přešel proces z fáze pobytu do každodenního života plynule, participant si po návratu vyčlenil prostor, ve kterém asimiloval pocity a dovednosti z terapeutického programu. Zaznamenával oporu a respekt ze strany druhých, což posilovalo jejich možnost lepší adaptace na každodenní život. Přestože jeden z participantů hodnotil návrat jako nepříjemnou zkušenost, stále se cítil motivovaný k řešení manželských obtíží a celkově nabitý novou energií. Dokázal si vytvořit vlastní denní řád, který mu velice pomáhal a pomáhá ujasnit si priority, rozdělit snahu mezi studium, odpočinek a manželské povinnosti. Vzhledem k tomu, že opět prožíval úspěch a viděl, že pokud se za sebe a své potřeby dokáže postavit, zvyšovala se jeho motivace. Ač snaha o záchranu manželství je dle něj na začátku, cítí, že se jeho proces opět dává do pohybu a zažívá pocity štěstí, neboť manželka ho podporuje v jeho úsilí o vlastní změnu a zároveň si přeje, aby se manželství zachránilo. Druhý participant nevnímal proces odděleně, nýbrž hovořil o plynulém navázání a vzhledem k tomu, že se cítil mezi blízkými šťastný i před odjezdem, hovoří o tom, že „opět naskočil do kolejí“. Během pobytu si prožil úspěch v podobě funkčnější mezilidské komunikace, aplikoval nové dovednosti do každodenního života a každý posun mu přinesl motivaci tyto dovednosti dále rozvíjet. Oporou mu byla rodina, která ho přijala, i přátelé, se kterými mohl „lidsky“ strávit společný čas. Všimá si toho především na pracovních schůzkách, na kterých byl dříve značně nervózní. Zároveň si vyčleňuje prostor na pravidelné relaxace, díky kterým je s to pracovat se stresem nahromaděným v průběhu pracovních povinností. Třetí participantka se cítila zprvu zahlcená a rovněž se snažila vytvořit si režim, který dodržovala v průběhu léčby. Díky získanému náhledu na své výkonnostní zaměření a pokračováním v individuální a skupinové psychoterapii seznala, že se opět pouští do procesu, který není v souladu s jejími aktuálními potřebami a rozhodla se pro úplnou volnost, kdy si zadala úkol odpočinku a maximálně jedné povinnosti na den. V následujících týdnech zjistila, že s nově nabytou schopností odpočívat a zároveň zvýšené schopnosti redukce nároků na sebe se jí vrací síla a motivace k návratu do práce, tentokrát tak ale činí s ohledem na vlastní potřeby a hlídá si, aby se nevrátila do předchozího výkonového režimu. U těchto tří

respondentů se mohou potvrzovat faktory zmíněné Wucherpfennigem a kol. (2019), tedy aktivace vlastních zdrojů, vyjasnění motivace, vhléd a s ním spojené užití copingových strategií založených na akci. Nejen, že pacienti v průběhu léčby získali lepší vhléd do vlastních motivací skrze zpětné vazby ostatních členů skupiny, kteří neustále konfrontovali domněnky respondentů s tím, jak se situace jeví jim, ale také využili nově nabitou energii k tomu, aby si vytvořili adaptivnější prostředí, na kterém dále budovali lepší a uspokojivější vztahy k sobě i druhým.

U dvou zbývajících respondentek bylo prožívání návratu více spojené s úzkostí a komunita, kterou opustily, jim zřetelně chyběla, ale zdá se, že v jejich okolí nebyl nikdo, kdo by onu komunitu zastoupil a poskytl jim péči a přijetí. Opustily prostor, který vnímaly jasně odděleně od „každodenního světa“ a cítily se tam jako v jakési „bezpečné bublině“. Návrat do všednosti je ale uvrhl do nejistoty, v jednom případě do apatie. To je konzistentní i s poznatky Eldala a kol. (2019), který u některých navrátilších se pacientů popisuje prvotní energii, ale následný pád do osamělosti a všednosti. Obě byly rovněž nezaměstnané. Mezi participantkami je ovšem rozdíl v následných strategiích zvládnutí těchto pocitů.

První participantka jela domů s velice pozitivními očekáváními, ale střet s každodenním světem, ve kterém neměla v blízkosti přátele a ve kterém ani nebydlela ve vlastním prostoru, ji vyčerpal. Energie a elán, se kterým přijela, ji opustily, pociťovala prázdnotu. Byla v šoku, měla pocit, že si z léčby nic neodnesla a propadala se do úzkosti. Přesto zaznamenala změnu. K vlastním neúspěchům nepřistupuje tak přísně jako předtím a uvědomila si, že se jedná o přirozený proces po tak náročném programu. Na základě dvou momentů (porozumění a vhlédu v kombinaci s ujištěním psychoterapeutky o přirozenosti takových pocitů), zaznamenala participantka větší ukotvení v sobě, začala se na vlastní proces více soustředit a dále dělala změny, které byly více podle jejích představ a potřeb. Identifikovala u sebe dřívější maladaptivní formy chování skrze útěk, alkohol a anxiolytika a snahu upřela na to, aby prosadila podstatně shovívavější postoj k sobě samé a aby byla odhodlána na něm dále pracovat. I zde by se mohlo hovořit dle Eldala a kol. (2019) a Kratochvíla (2005) o náhledu jako možném účinném faktorů v prožívání změny po návratu.

Druhá participantka, která již pobytem v PL Šternberk absolvovala dlouholetou psychoterapeutickou léčbu, se domů vracela s očekáváním, že se její stav vrátí do

původního nešťastného a osamělého modu. Sama přiznává, že je závislá na manželovi a postrádá vůli si vlastní režim vytvořit. Navíc její návrat zkomplikovala epidemiologická opatření, takže si nemohla dopřát ani výlety, které uvádí jako možný zdroj podpory. Co v jejím případě hodnotí jako úspěch, je posun vztahu s matkou, neboť v průběhu léčby se inspirovala ostatními členy skupiny a rozhodla se pro otevřený rozhovor. Tím by se mohlo zdát, že se proces dává do pohybu, nicméně respondentka je stále vůči vlastní situaci skeptická. Zároveň je ale možné, že se jedná o proces zmíněný v Eldalově studii (2019), kdy participantka spíš využívá oné „bezpečné“ sítě v podobě psychoterapeutických skupin, neboť její proces sebeporozumění je stále v počátcích a zároveň není schopna najít s blízkými osobami jednoznačně pozitivní a podpůrný vztah, což může být velice významný prediktor přispívající k dlouhodobé stagnaci respondentčina stavu. Zároveň i její negativní očekávání a absence naděje v jakoukoliv změnu nepřispívají ke zlepšení (Wampold, 2015).

Z analýzy vyplývá, že studie Eldala a kol. (2019) o prožívání pacientů navrátilých se z hospitalizace je v mnohých ohledech podobná. Předložená diplomová práce oproti Eldalově (2019) však cílila přímo na participanty s úzkostnými poruchami a absolvující komplexní psychoterapeutický program. U Eldala nejsou sděleny bližší údaje o tom, jaký typ léčby participanti absolvovali. Eldalova studie i tato diplomová práce spatřují jako důležitý prvek odpovědnost, tedy přebrání zodpovědnosti za vlastní „životní proces“, a zároveň také to, že mohou (ale také nemusí) hrát roli v úspěšné adaptaci na každodenní život blízké a bezpečné vztahy.

Diplomová práce má četné limity. Zaprvé pracovala s malým vzorkem respondentů, je tedy spíš sondou do dané problematiky. Druhou slabinou je rozdílnost v časové vzdálenosti sběru od propuštění participantů. Participant, kteří absolvovali rozhovor měsíc po návratu, mají prožitky v živé paměti a stále ještě cítí určité dozvuky pobytu, takové svědectví je tedy více validní směrem k tématu prožívání návratu. Participant absolvující rozhovor po třech měsících měli návrat do každodenního života významně narušen epidemiologickými opatřeními a zároveň je zde větší pravděpodobnost, že s odstupem času prožitky následující po příjezdu domů zkreslovali. Dostalo se jim několik měsíců odstupů a také větší možnost zpracování emocí a témat, které se po návratu mohly objevit. Diplomová práce je rovněž svědkem toho, jak náročné je oddělit při výzkumu psychoterapie její efekt (tedy zdali funguje a nakolik) a zároveň skrz jaké mechanismy. Na diplomové práci se ukazuje, jak široké téma proces změny v psychoterapii skutečně je.

Práce přináší originální výsledky z hlediska prožívání návratu z hospitalizace u lidí s duševními poruchami, které není ve vědeckých databázích se zmíněnými výjimkami přítomno. Diplomová práce pojala problematiku z hlediska hloubkových rozhovorů a autor je toho názoru, že Eldalovu studii (2019) rozšířila o faktory, které mohou být v úspěšném návratu do každodenního života nápomocné, tedy vědomí procesu, vhléd v oblasti maladaptivního chování a modů myšlení, následný režim vytvořený podle potřeb a zdrojů participanta, podpora ze strany druhých. Je ovšem nutné znovu upozornit, že v případě této práce se jedná o participanty trpící úzkostnými poruchami, kteří absolvovali komunitně-psychoterapeutickou léčbu, u Eldala (2019) není vzorek blíže specifikován. Výzkum komunitně-terapeutického procesu úzkostných poruch dosud podle zjištění autora nevznikl. Práce tak může být prvním krokem k dalšímu výzkumu faktorů, které mohou být nápomocné jak v oblasti úspěšné adaptace tohoto druhu pacientů do každodenního života, tak by zároveň v širším měřítku mohla být využita ve výzkumu procesu změny v psychoterapii, který by tak mohl komplexněji dokázat či vyvrátit místo komunitně-terapeutické léčby u úzkostných poruch. Zároveň může také z praktického hlediska pomoci budoucím pacientům psychoterapeutického oddělení při návratu do každodenního života nejen radami jednotlivých respondentů, ale i pocitem, že nejsou sami, kdo může prožívat těžké chvíle i přes očekávání, že bude návrat hladký a bez obtíží.

Ze získaných výsledků lze formulovat a do budoucna ověřovat následné hypotézy:

Vhléd v oblasti maladaptivního chování a modů myšlení: Participant, kteří prožívali návrat s mírně negativními či s pozitivními pocity a dokázali se adaptovat, měli větší náhled na své obtíže a dokázali identifikovat maladaptivní vzorce chování a myšlení a také s nimi pracovat.

Následný režim: Režim a pravidelnost, které participant vytvoří dle vlastních potřeb a zdrojů (tedy s respektem k nim), se pozitivně projevuje na úspěšném návratu do každodenního života.

Sociální podpora: Participantům v adaptaci na každodenní život pomáhá pozitivní podpora a přijetí ze strany rodiny, přátel a jiných blízkých osob.

Proces: Participantům v návratu pomáhalo vědomí bytí v procesu, tedy práce na vlastních cílech nekončí ukončením programu, ale pokračující i dále.

Paralelní proces v komunitně-terapeutické léčbě úzkostných poruch: Paralelní proces patří mezi nejvýznamnější činitele léčby úzkostných poruch v komunitně-terapeutické léčbě.

Závěry

Výsledky výzkumné části byly rozděleny do dvou částí: jednotlivých případových studií a společných témat. Případové studie měly jednotnou formu. Každá se řídila tímto chronologickým řazením: před začátkem léčby, průběh terapeutického pobytu, závěr terapeutického pobytu, návrat z terapeutického pobytu a následovala doporučení budoucím pacientům psychoterapeutického oddělení PL Šternberk. Po představení případových studií jsou prezentovány výsledky tematické analýzy, kde jsou popsána témata společná všem respondentům.

Participant si z terapeutického program v PL Šternberk odnášejí pocit, že byli součástí komunity, kterou byli přijati, dokázali se jí otevřít a cítili se v ní bezpečně. V komunitě zažili blízkost a interpersonální zkušenost, se kterou doposud nebyli konfrontováni. Jako hlavní témata se u nich ukázala: větší respekt vůči vlastním potřebám; náhled na vlastní vzorce chování a myšlení; cesta ke spokojenosti jako proces.

Závěr pobytu byl spojen s očekáváním další práce, neboť si participant byli vědomi témat, která si z programu odnášejí. S opuštěním léčby se ale pojily i pocity úlevy, neboť ji pacienti reflektovali jako intenzivní a náročnou. Loučení bylo pro všechny participanty náročné, všichni o komunitě mluvili jako o „rodině“, se kterou se za osm týdnů sblížili, a přerušení tak intimního vztahu pro ně bylo zdrojem stesku a smutku.

Návrat do každodenního života představoval po osmi týdnech v ústavní léčbě velkou změnu. Participant, kteří byli zaměstnaní a byli obklopeni blízkými osobami, se kterými měli pozitivní vztah, prožívali návrat lépe, rychleji se adaptovali na nové podmínky a snáze se jim pracovalo s tématy, která si z pobytu přivezli. Zdroji opory pro ně bylo získané sebevědomí, sebeúcta, nárok na vlastní prostor, zařízení vlastního režimu podle vlastních potřeb, relaxační cvičení, rodina, partner a přátelé.

Pro dvě participantky byl návrat a následný čas spojen i s negativními pocity. Jedna participantka se vrátila do prostředí bez blízkých vazeb, zpočátku cítila pocity prázdnoty, úzkosti a paniky. Identifikovala ale u sebe dřívější formy útekového chování a režim a nastavená pravidelnost a ujištění ze strany psychoterapeutky o přirozenosti jejích pocitů dokázaly participantku ukotvit a navázat na proces započatý v léčbě. Největším zdrojem podpory pro ni byla ona sama a pocit, že u ní dochází k pozitivní změně.

Druhá participantka se vrátila do prostředí neuspokojivých vztahů, zažívala smutek a stesk po členech komunity, silně ji zasáhla epidemiologická patření, kvůli kterým byla nucena být v neustálé interakci s rodinou a manželem. Nemohla tak vyhledávat samotu, ve které by nacházela klid. Povzbuzením pro ni byl otevřený rozhovor s matkou, jehož realizaci brala jako výsledek terapeutického programu. Roli nejvíce hrála vnější podpora z hlediska nové psychoterapeutické skupiny a zároveň pravidelnost ve formě cvičení a meditací.

Souhrn

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastěji diagnostikovaná duševní onemocnění v Evropě (WHO, 2017). Přestože úzkost patří mezi běžné lidské reakce, v některých případech se stává chronickou a významně pak snižuje kvalitu života. Rozdíl mezi fobií a úzkostí je ten, že fobie je ohraničená na určitou událost či objekt, u úzkosti je zdroj nepohody hůře určitelný. Úzkostné poruchy se projevují četnými psychickými i tělesnými příznaky, mezi které patří úzkost, nejistota, strach, zmatenost, zrychlený dech, bušení srdce, třes, bolesti hlavy a břicha, závratě, pocity na omdlení, pocení, návaly horka či zimnice, dále ztuhlost či pocit mravenčení v končetinách, sevření v krku a pocity dušení.

Vzhledem k tomu, že úzkostné poruchy představují velice rozmanitou skupinu poruch, je náročné přijít s jednotnou teorií, která by jejich vznik vysvětlila. Současný výzkum se především snaží o jejich neuropsychologický výklad, tedy propojení psychologických teorií a zjištění týkajících se fungování nervové soustavy (Grupe & Nitschke, 2013). Badatelé se obvykle věnují jednotlivým poruchám nežli celé kategorii (Martin, Ressler, Binder & Nemeroff, 2009). V ČR se v současnosti úzkostné poruchy klasifikují dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (2002).

Léčba úzkostných poruch je postavena na dvou základních pilířích: farmakoterapii a psychoterapii (Orel, 2016). Nejužívanějšími psychofarmaky jsou antidepresiva (především pak III. Generace SSRI), ale léčbu lze augmentovat i preparáty z řad atypických antipsychotik a antiepileptik. Pro léčbu akutních stavů jsou předepisovány benzodiazepiny, s jejich dlouhodobým užíváním se ale pojí významné riziko vzniku závislosti, proto se od nich v posledních letech ustupuje (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Psychoterapie jakožto léčebná metoda využívá psychologických metod. V průběhu let vznikl bezpočet psychoterapeutických směrů a škol, mezi v současnosti nejvýznamnější a zároveň nejčastěji zkoumané patří především Kognitivně behaviorální terapie (KBT) a psychodynamická psychoterapie (Bandelow et al., 2017). Pro potřeby této práce byla představena i skupinová a především komunitní psychoterapie. Ta nejenže pracuje s dynamikou terapeutické skupiny, ale je obohacena o dlouhodobé a každodenní soužití pacientů, čímž poskytuje mnohem širší paletu možností pro jejich interakci a vzájemnou reflexi v průběhu programu. Mnohem více se tak nabízí i možnost práce s paralelním procesem (Kratochvíl, 1979). Druhá kapitola je zakončena představením terapeutické

komunity úzkostných poruch PL Šternberk, která je zásadní pro orientaci v praktické části diplomové práce.

Výzkum psychoterapie ušel dlouhou cestu od dob tázání se, zda psychoterapie funguje, po otázku dnešní doby, jak vlastně funguje. Psychoterapie je již uznávanou vědou a většina badatelů se shoduje na tom, že funguje (Lambert, 2013). Zjistit principy a mechanismy psychoterapie je velice náročný úkol, neboť každý psychoterapeutický směr má své metody a postupy. Současné výzkumy tak jdou směrem hledání společných faktorů psychoterapie, které by měly fungovat bez ohledu na použitý terapeutický směr či metodu, měly by být univerzální. Navíc je značný problém tyto změny zachytit objektivními měřicími metodami, neboť pojmy související s psychoterapií (změna, nápomocný faktor, škodlivý faktor) jsou významně subjektivní a lze je velmi těžko operacionalizovat a kvantifikovat (Cuijpers et al., 2019). Výzkum psychoterapie zkoumá i samotný proces změny v psychoterapii, tedy zkoumá faktory, které by v psychoterapii měly být katalyzátory změny či naopak by měly změně bránit. Součástí výzkumu psychoterapie (v případě této diplomové práce především skupinové) je i hledání účinných faktorů, tedy takových, které jsou spojeny s pozitivními výsledky psychoterapie. V závěru kapitoly je 9 nejvýznamnějších účinných faktorů určených Stanislavem Kratochvílem (2005).

Výzkumným cílem diplomové práce byl průzkum a analýza prožívání pacientů po návratu z psychoterapeutického pobytu v PL Šternberk. Autora zajímaly změny, které participanti v průběhu pobytu a po návratu z něj zaznamenali. Dalším cílem byla identifikace témat, která si pacienti odnášeli, a analýza vnitřních a vnějších zdrojů podpory v období po návratu z pobytu. Středem zájmu byla i společná témata pacientů.

Předložená studie má kvalitativní design, je zpracována formou případových studií. Ke zpracování dat byla použita interpretativní fenomenologická analýza. Pro sběr dat bylo využito polostrukturované interview, ke kterému byla vytvořena osnova začínající dojmy z pobytu a postupně rozvíjející vyprávění participantů směrem k prožívání závěru pobytu a návratu z něj. Osnova poskytovala dostatečně volný prostor pro výzkumníkovy další dotazy a případnou změnu směru tázání. Po dokončení všech rozhovorů byla data přepsána a výzkumník za pomoci psacích potřeb identifikoval jednotlivá témata, která později vytvářela dané kategorie. Získaná data byla analyzována a konfrontována s dostupnými zdroji a výzkumy.

Výzkumný soubor tvořilo 5 osob, přičemž se jednalo o 3 ženy a 2 muže. Všichni respondenti museli absolvovat psychoterapeutický pobyt v PL Šternberk v minimální délce šesti týdnů. Participanti byli vybíráni metodou záměrného výběru. Kontaktování byli přímo výzkumníkem v PL, dále přes psychiatrickou sestru PL a rovněž skrze psychoterapeutku, která své pacienty na psychoterapeutický program pravidelně posílá. Původní záměr udělat rozhovory jeden měsíc po návratu byl komplikován kvůli epidemiologickým opatřením, ale výzkum Eldala a kol. (2019) ukázal, že i tři měsíce jsou vhodnou dobou pro sběr relevantních dat. Etický aspekt výzkumu byl ošetřen informovaným souhlasem se zpracováním osobních údajů.

Ve výsledcích diplomové práce jsou participanti představováni jednotlivě formou případových studií, které jsou psány vždy ve stejné struktuře: každá se řídila chronologickým řazením „před začátkem léčby“, „průběh terapeutického pobytu“, „závěr terapeutického pobytu“, „návrat z terapeutického pobytu“ a následovala „doporučení budoucím pacientům“ psychoterapeutického oddělení PL Šternberk. V tematické analýze byly vytvořeny celkem čtyři tematické kategorie: „Vlastní prostor a prostor druhých“, „komunita a skupinová psychoterapie“, „proces a změna“, „režim a pravidelnost“. Tyto kategorie obnáší nejčastější společná témata (prožívání, myšlenky, zkušenosti, události), která byla nalezena napříč všemi provedenými rozhovory.

Práce přináší originální výsledky z hlediska tématu prožívání návratu z hospitalizace u lidí s duševními poruchami, které není ve vědeckých databázích s výjimkou dvou prací (Eldal et al., 2019; Rezaie & Phillips, 2020) přítomno. Diplomová práce pojala problematiku z hlediska hloubkových rozhovorů a autor je toho názoru, že Eldalovu studii (2019) rozšířila o faktory, které mohou být v úspěšném návratu do každodenního života nápomocné, tedy „vědomí procesu“, „vhled v oblasti maladaptivního chování a modů myšlení“, „následný režim vytvořený podle potřeb a zdrojů participanta“, „podpora ze strany druhých“. Výzkum komunitně-terapeutického procesu úzkostných poruch dosud podle zjištění autora nevznikl. Práce tak může být prvním krokem k dalšímu výzkumu faktorů, které mohou být nápomocné jak v oblasti úspěšné adaptace tohoto typu pacientů do každodenního života nejen radami jednotlivých respondentů, ale i pocitem, že nejsou sami, kdo může prožívat těžké chvíle i přes očekávání, že bude návrat hladký a bez obtíží, ale zároveň by v širším měřítku mohly být využity při výzkumu efektivity komunitní psychoterapie pro pacienty s úzkostnými poruchami.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Alonso, J. & Lépine, J. P. (2007).; Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 2:3-9. PMID: 17288501.
- Baldwin, D. S. (2006). Serotonin noradrenaline reuptake inhibitors: A new generation of treatment for anxiety disorders. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2006;10 Suppl 2:12-5. doi: 10.1080/13651500600637056. PMID: 24921677.
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 93–107. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>
- Bandelow, B., Lichte, T., Rudolf, S., Wiltink, J. & Beutel, M., E. (2015). The German guidelines for the treatment of anxiety disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2015 Aug;265(5):363-73. doi: 10.1007/s00406-014-0563-z. Epub 2014 Nov 18. PMID: 25404200.
- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders. *International Clinical Psychopharmacology*, 30(4), 183–192. doi:10.1097/yic.0000000000000078.
- Bergin, A., E., & Garfield, S., L. (1971) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley: NewYork.
- Boettcher, H., & Barlow, D. H. (2019). The unique and conditional effects of interoceptive exposure in the treatment of anxiety: A functional analysis. *Behaviour Research And Therapy*, 117(1), 65-78. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.12.002>
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Zack, S. E., Baker, S., Boutselis, M. A., Chiswick, N. R., ... Holtforth, M. G. (2010). *Helpful and hindering events in psychotherapy: A practice research network study*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 327–344. doi:10.1037/a0021164.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2018). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1). doi:10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424.
- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method*. Springer Publishing Company.

- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2., přepracované vydání). Praha: Grada Publishing.
- Egger, N., Konnopka, A., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., ... König, H.-H. (2016). Long-term cost-effectiveness of cognitive behavioral therapy versus psychodynamic therapy in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 33(12), 1114–1122. doi:10.1002/da.22540.
- Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M. Davidson, L., & Moltu, C. (2019). From the (Dis)comfort of One's Own Home: Patients' Experiences of Hospitalization After Discharge. A Qualitative Study of Lived Experience of Hospitalization from the Perspective of People with a Mental Health Disorder. *J. Psychosoc. Rehabil. Ment. Health* 6, 187–198. <https://doi.org/10.1007/s40737-019-00143-x>.
- Elliott, R. (2010). *Psychotherapy change process research: Realizing the promise. Psychotherapy Research*, 20(2), 123–135. doi:10.1080/10503300903470743.
- Gelo, O., Pritz, A. & Rieken, B. (2015). *Psychotherapy Research. Foundations, Process, and Outcome*. Vienna: Springer,
- Gordon, J., A, & Hen, R. (2004). *The serotonergic system and anxiety. Neuromolecular Med.* 2004;5(1):27-40. doi: 10.1385/NMM:5:1:027. PMID: 15001810.
- Gruppe, D., Nitschke, J. (2013). Uncertainty and anticipation in anxiety: an integrated neurobiological and psychological perspective. *Nat Rev Neurosci* 2013; 14(7):488-501.
- Herman, E., Hovorka, J., Praško, J., Nežádal, T., Bajaček, M. & Doubek, P. (2008). Disociativní poruchy v praxi. *Psychiatrie pro praxi*. 2008 ; 9(6): 277–282.
- Herman, E., Praško, J. & Hovorka, J. (2004). Somatoformní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. 2004 ; 5: 270–272.
- Honzák, R. (Ed.). (2005). *Úzkostný pacient*. Praha: Galén.
- Hosák, L., Šilhán, P. & Hosáková, J. (2013). Genetika úzkostných poruch. *Psychiatrie pro praxi*. 2013; 14(1):7-9.
- Jáníš, M. (2010). Účinné faktory skupinové psychoterapie. *Psychologie, elektronický časopis ČMPS*. 2010. roč. 4. č.1. s. 30-50.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing.

- Kolesar, T., Bilevicius, E., Wilson, A. & Kornelsen, J. (2019). Systematic review and meta-analyses of neural structural and functional differences in generalized anxiety disorder and healthy controls using magnetic resonance imaging. *NeuroImage: Clinical*. 2015; 24.
- Kosová, J. (2010). Co opravdu funguje u úzkostných poruch:k terapeutickým kombinacím přidáme cvičení. *Psychiatrie pro praxi*. 2010; 11(1):11-14.
- Kosová, J. (2005). Farmakoterapie a psychoterapie úzkostných poruch. *Psychiatrie pro praxi*. 2005; 6:11-14.
- Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
- Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.
- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Lambert, J., M. & Vermeersch, A., D. (2002) In Hersen, M., & Sledge, W. (Eds.). (2002). *Encyclopedia of psychotherapy* (709-714). Academic Press.
- Lambert, M. J. (2013). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 169–218). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Látalová, K. Kamarádová, D., Jelenová, D., Ocisková, M. & Praško, J. (2015) Poruchy přizpůsobení. *Medicína pro praxi*. 2015, 12(4), 184-188.
- Lissek, S., Rabin, S. J., McDowell, D. J., Dvir, S., Bradford, D. E., Geraci, M. & Grillon, C. (2009). Impaired discriminative fear-conditioning resulting from elevated fear responding to learned safety cues among individuals with panic disorder. *Behaviour research and therapy*, 47(2), 111–118. doi:10.1016/j.brat.2008.10.017.
- Mareš, J. (2015). Tvorba případových studií pro výzkumné účely. *Pedagogika*, 65(2), 113-142.
- Marcus, S. M., Gorman, J., Shear, M. K., Lewin, D., Martinez, J., Ray, S., Goetz, R., Mosovich, S., Gorman, L., Barlow, D. & Woods, S. (2007). A Comparison of Medication Side Effect Reports by Panic Disorder Patients With and Without Concomitant Cognitive Behavior Therapy. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 273–275. doi:10.1176/ajp.2007.164.2.273.
- Martin, E. I., Ressler, K. J., Binder, E., & Nemeroff, C. B. (2009). The neurobiology of anxiety disorders: brain imaging, genetics, and

psychoneuroendocrinology. *The Psychiatric clinics of North America*, 32(3), 549–575. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.05.004>.

- Maxwell, J. A. (2005). *Qualitative Research Design*. London, UK: SAGE Publications.
- *Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. (2000) (2. vyd.). Praha: Psychiatrické centrum.
- Mitte K. (2007). Anxiety and risk decision making: the role of subjective probability and subjective cost of negative events. *Pers Individ Diff*. 2007;43(2):243–253.
- Montoya, A., Bruins, R., Katzman, M. A., & Blier, P. (2016). The noradrenergic paradox: implications in the management of depression and anxiety. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 541–557.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.
- Montero-Marin, J., Garcia-Campayo, J., Pérez-Yus, M., C., Zabaleta-Del-Olmo, E., Cuijpers, P. (2019). Meditation techniques v. relaxation therapies when treating anxiety: a meta-analytic review. *Psychol Med*. 2019 Oct;49(13):2118-2133. doi: 10.1017/S0033291719001600.
- Musil, J. (2006). *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Pešek, R., Praško, J., & Štípek, P. (2013). *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi: pro terapeuty, studenty a poučené laiky*. Praha: Portál.
- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (2., aktualizované a doplněné vydání). Praha: Grada.
- Praško, J. (2012). *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.
- Prašková, H., Praško, J. (2007): Psychoterapie úzkostných poruch. *Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů* :: Portál 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy [online] , [cit. 28. 10. 2020]. Dostupný z WWW: <https://portal.lf1.cuni.cz/clanek-755-psychoterapie-ukostnych-poruch>. ISSN 1803-6619.

- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe - Testcentrum.
- Racková, S. (2019). Využití quetiapinu s okamžitým a prodlouženým uvolňováním v klinické praxi. *Psychiatrie pro praxi*. 2019 ; 115(2): 81–87.
- Rezaie, L., & Phillips, D. (2020). Post-discharge needs of Iranian women diagnosed with severe mental illness: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. doi:10.1111/jpm.12634.
- Roman, R., Světlák, M., Damborská A. & Kukleta, M. (2014). Neurofyzilogie obranného chování. *Česká a slovenská psychiatrie*, Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2014, roč. 110, č. 2, s. 96-104.
- Růžicka, J. (Ed.). (2011). *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton.
- Řiháček, T.; Čermák, I. & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita.
- Sandell, R., Holub, D., Roubal, J & Řiháček, T. (2019). *Posouzení změn po ukončení psychoterapie (CHAP): Česká verze manuálu* [online]. Brno: Masaryk University Press, 2019 [cit. 2020-11-02]. ISBN 978-80-210-9244-0. Dostupné z: doi:10.5817/CZ.MUNI.M210-9244-2019.
- Sarinopoulos, I. *et al.* Uncertainty during anticipation modulates neural responses to aversion in human insula and amygdala. *Cereb. Cortex* 20, 929–940 (2010).
- Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage Publications.
- The World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Získáno 5.10.2019 z http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/.
- Toneatto T., Nguyen L. (2007). Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *Can J Psychiatry*. 2007 Apr;52(4):260-6. doi: 10.1177/070674370705200409. PMID: 17500308.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (2018). *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2017*. Praha: ÚZIS.

- Víchová, V. (2014). Autentičtí pokračovatelé Schultzova autogenního tréninku v ČR. *Psychiatrie pro praxi*. 2014; 15(3): 134.
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. doi:10.1002/wps.20238.
- Wucherpfennig, F., Boyle, K., Rubel, J. A., Weinmann-Lutz, B., & Lutz, W. (2019). What sticks? Patients' perspectives on treatment three years after psychotherapy: A mixed-methods approach. *Psychotherapy Research*, 1–14. doi:10.1080/10503307.2019.1671630.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Prožívání návratu z pobytu u pacientů psychoterapeutického oddělení PL Šternberk.

Autor práce: Bc. et Bc. Daniel Říha

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 121 stran, 245 569 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 65

Abstrakt:

Cílem diplomové práce bylo popsat prožívání návratu pacientů psychoterapeutického oddělení PL Šternberk do každodenního života. Teoretická část se zaměřuje na definici a rozdělení úzkostných poruch dle MKN10 a na farmakologickou a psychoterapeutickou léčbu těchto poruch. Dále na historii výzkumu psychoterapie, proces změny v psychoterapii a na účinné a společné faktory psychoterapie. Výzkumná část je provedena formou kvalitativního výzkumu. Do tří měsíců od návratu z terapeutického programu byly provedeny polostrukturované rozhovory s 5 participanty. Data byla analyzována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy a výsledky jsou prezentovány jako případové studie. Práce rovněž obsahuje tematickou analýzu, ze které vyšla témata společná všem participantům. Nejčastějšími zaznamenanými emocemi bylo štěstí, úleva, úzkost a šok. Identifikovaná společná témata byla: vlastní prostor a prostor druhých; komunita a skupinová psychoterapie; proces a změna; režim a pravidelnost.

Klíčová slova: komunitní psychoterapie, skupinová psychoterapie, úzkostné poruchy, proces a změna.

Abstract of thesis

Title: How patients experience their return from hospitalization at the psychotherapeutic department of PL Šternberk.

Author: Bc. et Bc. Daniel Říha

Supervisor: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 121 pages, 245 569 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 65

Abstract:

The aim of the master thesis was to describe the experience of the return of patients of the psychotherapeutic department of PL Šternberk to everyday life. The theoretical part focuses on the definition and classification of anxiety disorders according to ICD10 and on the pharmacological and psychotherapeutic treatment of these disorders. The theoretical part also focuses on the history of psychotherapy research, the process of change in psychotherapy and the effective and common factors of psychotherapy. The research part is carried out in the form of qualitative research. Within three months of returning from the therapeutic program, semi-structured interviews with 5 participants took place. The data were analyzed using interpretive phenomenological analysis and the results are presented as case studies. The research part also contains a thematic analysis that describes most common themes for all participants. The most common emotions recorded were happiness, relief, anxiety and shock. The common themes identified were: Own space and the space of others; community and group psychotherapy; process and change; regime and regularity.

Keywords: community psychotherapy, group psychotherapy, anxiety disorders, process and change.

Přílohy diplomové práce:

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Příloha č. 2: Osnova rozhovoru

Příloha č. 3: Ukázka kódování textu

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas týkající se diplomové práce na téma: Prožívání návratu z pobytu u pacientů psychoterapeutického oddělení PL Šternberk.

Žádám Vás tímto o souhlas s poskytnutím rozhovoru pro potřeby diplomové práce a souhlas s nahráváním rozhovoru na záznamové médium a další zpracování záznamu pro potřeby diplomové práce. Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je z etických důvodů zajištěno bezpečí participanta takto:

- (1) Anonymitu participanta – v prepisech rozhovoru budou odstraněny i potenciálně identifikující údaje.
- (2) Mlčenlivost – s poskytnutými informacemi participanta bude zacházeno jako s citlivým materiálem. Osobní údaje nebudou dále šířeny, s informacemi bude nakládat jen osoba provádějící rozhovor, a to vše v rámci této diplomové práce.
- (3) Autorizace textu po přepsání rozhovoru za účelem dodatečného vyjádření a poskytnutí možnosti rozhodnutí, zda participant souhlasí se zveřejněním rozhovoru nebo částí tohoto rozhovoru v rámci diplomové práce.

Děkuji vám za pozornost věnovanou výše zmíněným informacím a tímto Vás žádám, abyste poskytl/poskytla souhlas s výše uvedeným.

Jméno:.....

Podpis:.....

Podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, a v souladu s nařízením (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (GDPR), tímto uděluji svůj výslovný a svobodný souhlas se zpracováním veškerých svých osobních a citlivých údajů, které jsem poskytl/a během rozhovorů pořízených ve zvukové či audio-vizuální podobě v rámci výzkumného projektu k diplomové práci.

V dne Podpis:

Příloha č. 2: Osnova rozhovoru

- Jak pacienti zažívají pacienti psychoterapeutického oddělení PL Šternberk návrat do každodenního života?
- Co se objevuje jako nejvýraznější témata, kterým čelí? Jak se vyvíjí jejich prožívání od návratu? Jaké jsou vnitřní a vnější zdroje podpory v tomto období?
- Scénář - Podotázka – má přechod nějaký společný prvek? Jak proces přechodu vypadá?
- Otázky:
 1. Jsme teď dva týdny po ukončení pobytu, co si z toho odnášíte?
 2. Jaký byl závěr pobytu/jaké pro vás bylo, když se začal blížit ten závěr? (co byla ta témata?)
 3. Jak to probíhalo?
 4. Báli jste se tohohle a tohohle, jaké to je teď?
 5. Co vám pomáhá v těchto tématech?
 6. Co je to hlavní, na co jste si během pobytu přišel/přišla?
 7. Co byste doporučili lidem v podobné situaci?
 8. Je něco, co byste chtěl dodat, co tady nezaznělo?

Příloha č. 3: Ukázka kódování textu

Vy jste tedy věděla, že se budete vracet domů. Jak jste se cítila přímo ohledně návratu, že se vrátíte domů, do denního rytmu? Opouštíte léčebnu.

Ja som sa ^{domov manžel} tešila domov, mám s manželom veľmi dobrý vzťah, takže ja som sa ^{odpočinut} proste tešila, tešila som sa, že si ^{man} odpočinem, lebo to bolo pre mňa náročné, tam v Šternberku. Vlastne sa mi ^{predtým} posunula práca. Takže v tomto zmysle som sa ako dosť tešila a potom som, ja som to ^{neviem} vnímala ako predel, [preto]že som ešte nevedela, jak to bude s tou karanténou. Tak ja som si ^{očkovaní} myslela, že to bude na mesiac-na dva a potom sa vrátim, nabehnem znova, ešte si to akoby ^{proces} upevním. Takže moja predstava bola, že za tie dva mesiace zistím, čo nefunguje a čo sa mi ^{výkon} ešte nepodarilo, som taký ten výkonový človek. A tam to ešte pôjdem ^{plný} vylepšiť (smích). Tie akoby zvyšky. Celkom také ako komické, ale hej. Proste to bola tá predstava, takže som mala z toho radosť, že to je vlastne dobrá šanca. To obvykle tak ľudia nemajú, sú doma, proste ^{odložím ponuku} ukončia liečbu a teraz sú ponechaní sami, alebo majú nejakého terapeuta, niečo. Tak som sa ^{proces výkon} tešila, že to budem mať takto, že si to ešte druhýkrát zreflektujem.

A jak to konkrétně probíhalo, ten Váš přechod z režimu? Klidně mi popište i cestu, co se ve Vás dělo.

Nakoniec som cestovala s jednou členkou komunity, ktorá má auto a býva ešte niekde ^{cesta} za Prahou v nejakej dedinke, tak ma vzala. Ja som bola strašne unavená z tej cesty. Lebo som ^{cesta} vnímala – a vôbec som nechápala – ako ona dokáže odšoférovať tú cestu šialenú. A hlavne, ona bola jedna z tých, čo tam boli tie dva týždne a tešila sa na tie skupiny, takže bola veľmi ^{jak to majú dnu} unavená. A ešte som riešila, že by bolo dobré si to povedať, že som unavená, aby sme si ^{ventilácia, objasnenie} nerobili nejak násilie, a tak. Že sa mi to podarilo, bola som rada, tiež som zo seba dostala, že ^{smiech} mi vadí klimatizácia. To som nikdy nedokázala povedať človeku, že mi niečo vadí, a že by som ^{možno prosba} potrebovala, aby niečo bolo inak. Tak som sa snažila urobiť [si] v tomto aspoň nejaké ^{nehľadá si potu} pohodlie, hej. A potom vlastne ma vysadila, rozlúčili sme sa. A doma čakal ^{manžel} manžel. A ten bol celý splavený, pretože šialene upratoval na poslednú chvíľu ako sa dozvedel, že prídem. Tak

Prázdnotu?

No jakože, jak to říct, že jste v cizím bytě, kterej není váš, je to taková známá jako, není to úplně blízká kamarádka, ale tak jako ji mám ráda, respektuju, ale není to takový ten nejbližší člověk, kterému říkáte asi úplně všechno. Takže takovou jakoby prázdnotu vidíte to Brno, kde jako sice tam jsou ty prarodiče, kteří mě vychovali a mám je fakt ráda a vážím si je a ta mamka, která prostě je .. fakt hodně pije a nikdy v životě jsme spolu neměli úplně vztah jako matka dcera, spíš jak dvě sestry. A ještě mám pocit, že má se mnou nějakou rivalitu nebo nevím, jak to říct, takže tam ten vztah je jako hodně patologické. Takže prázdnotu, říkala jsem si a co teď? Jo a teď ještě jak jste zvyklej na to z té komunity – ráno v devět že jo, sobota dělat ráno ten úklid. Ten režim prostě jo, tedka jsem si to uvědomila. A To jsem si už uvědomila v tom Šternberku. Já často v těch svých úzkostech nebo tak ubíhám do spánku. Jakože jsem naštěstí, ... já prostě nemám problémy se spaním, já jsem spíš opak, já jsem medvěd. Ale že jsem vždycky jako vlastně jsem vždycky utíkala do spaní jo, se cca probudím se v sedm osm a jsem vyspaná, ale radši se budu převalovat, zase usínat, vstávat, převalovat. A tam jsem si to zvědomila, že vlastně tím, že se probudím a jsem úplně prostě, ne na dně samozřejmě, ale úplně marná. Že jako fakt úzkosti nebo v depresi, já nevím a že jsem si uvědomila, že ten první týden po tom šternberku jsem si říkala, že si dám týden pohodičku, že se nebudu do ničeho nutit, že akorát jsem prostě čtyři dny třeba chodila uklízet babičce, pekla jsem s ní a tak, že jsem si endala ten režim, že jsem vstávala až v devět, nebylo mi z toho dobře.

Nebylo vám z toho dobře?

Ne, bylo mi z toho tak prázdně, marně a beznadějně a začala jsem zase padat do těch svých úzkostných nebo depresivních myšlenek, takže jsem si pak po tom týdně.. zubem to začlo. Začala jsem si dávat budík sedmá půl osmá, trochu podobně jako když jsme vstávali ve Šternberku a bylo mně líp. Bylo mně líp. A úplně jsem si vzpomněla, jak jsem zapomněla si dávat, jak se tam relaxuje pravidelně, autogenní trénink se tam pouští třikrát denně povinně ve Šternberku, tak jsem si to stáhla do mobilu. Jak je těžký, jak člověk na to zapomene, co mu tam pomáhalo. Že jsem si to zase přestala pouštět, že ten první týden jako jsem to občas si to pustila, ten druhý častěji, jak jsem teď zase tady v Praze a chodím do té práce, nemám tady to svoje zázemí, tady bydlím u známý u kamarádky, tak jsem na to úplně zas zapomněla. Včera jsem si ho pustila. Takže to Brno takový jako, hmmm, že jako člověk zase lehce vklouzne do těch starejch lkojů, i když já zase nejsem ve starejch kolejích že jo, že jsem trochu v novejš, nový město, nový byt, nový bydlení, nová práce bude, teď teda nepráce. Ale jakože se to lehce zapomnělo, já jako to lehce zapomínám. Nebudu mluvit za všechny. Takže musím na to víc myslet, na to, co se tam dělo abych si to mohla vrátit do reality, ve který sem.

A když nad tím teď přemýšlíte, je něco, co máte teďka – vy jste říkala autogenní trénink- co vám pomáhá z té...

Určitě ten autogenní trénink, určitě psaní si, ale v menším.