

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2014 – 2017

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Klára Rozmarová

Využití psychoterapie v terapeutické komunitě

Praha 2017

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Iva Duksová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2014 – 2017

BACHELOR THESIS

Klára Rozmarová

The use of psychotherapy in the therapeutic community

Prague 2017

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Iva Duksová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Liberci dne: 24.5.2017

Klára Rozmarová

Anotace

Bakalářská práce se zabývá psychoterapeutickými přístupy v terapeutické komunitě. Podrobně pojednává o psychoterapii obecně, věnuje se její historii, současným trendům, práci psychoterapeuta a jejímu přínosu pro klienty terapeutických komunit. Zkoumá, které terapeutické metody jsou pro klienty nejvhodnější vzhledem k úspěšnosti léčby.

Klíčová slova

Etika, klient, komunikace, osobnost psychoterapeuta, psychoterapie, skupinová terapie, SUR, terapeutická komunita, terapeut, terapie.

Annotation

The bachelor thesis deals with psychotherapeutic approaches in the therapeutic community. It deals in detail with psychotherapy in general, focuses on its history, current trends, the work of the psychotherapist and its contribution to the clients of the therapeutic communities. It investigates which therapeutic methods are best suited to clients due to the success of the treatment.

Keywords

Ethics, client, communication, psychotherapist personality, psychotherapy, group therapy, SUR, therapeutic community, therapist, therapy.

Obsah

Úvod.....	9
Teoretická část	10
1 Vymezení oboru psychoterapie	10
2 Historie psychoterapie	12
2.1 Psychoterapie v dějinách člověka	12
2.2 Vznik a vývoj psychoterapie.....	12
2.2.1 Sigmund Freud.....	13
2.2.2 Pierre Marie Félix Janet	13
3 Psychoterapeutické směry.....	14
3.1 Rogersovská psychoterapie.....	14
3.2 Kognitivně-behaviorální psychoterapie	16
3.3 Psychoanalytická psychoterapie	17
3.4 Systematická psychoterapie	18
3.5 Neuropsychoterapie	19
4 Základní proudy dnešní psychoterapie	20
5 Formy psychoterapie.....	21
5.1 Individuální psychoterapie.....	21
5.2 Skupinová psychoterapie	21
5.2 Léčebné společenství	22
6 Prostředky psychoterapie	23
6.1 Psychoterapeutický vztah	23
6.2 Rozhovor.....	23
6.3 Relaxační metody	24
6.3.1 Autogenní trénink	24

6.4 Psychodrama	25
6.5 Psychogymnastika	25
6.6 Práce se sny	25
7 Psychoterapeutický proces	26
7.1 Indikace	26
7.2 Vlastní terapie	26
7.3 Zhodnocení léčby a ukončení terapie	26
8 Osobnost psychoterapeuta	27
8.1 Vzdělání psychoterapeuta	27
9 Etika v psychoterapii	28
10 Terapeutická komunita	29
10.1 Rozvoj terapeutických komunit	30
10.2 Klient terapeutické komunity	30
10.2.1 Neurózy	31
10.2.2 Poruchy osobnosti	31
10.2.3 Psychózy	31
10.2.4 Závislosti	31
10.3 Terapeutické komunity v dnešní podobě	32
10.3.1 Zařízení, které aplikují přístup terapeutické komunity	32
10.3.2 Terapeutické komunity v původním slova smyslu	32
10.3.3 Bezdrogové terapeutické komunity	32
10.3.4 Alternativní instituce, antipsychiatrické komunity	32
10.4 Model SUR	33
10.5 Život v terapeutické komunitě	33
10.6 Pravidla a normy terapeutické komunity	33
10.7 Výstup z terapeutické komunity	34

10.8 Indikace pro léčbu v terapeutické komunitě	34
10.9 Kontraindikace pro léčbu v terapeutické komunitě	35
Praktická část	36
Strukturovaný program terapeutické komunity	37
Kazuistika 1	38
Zhodnocení kazuistiky 1	41
Kazuistika 2	42
Zhodnocení kazuistiky 2	44
Kazuistika 3	45
Zhodnocení kazuistiky 3	47
Závěr	48
Seznam použitých zdrojů.....	50
Seznam použitých českých zdrojů.....	50
Seznam použitých periodik.....	52
Seznam použitých internetových zdrojů.....	52

Úvod

Oblast psychoterapie je velmi rozsáhlá a zajímavá. Tento obor je velmi pestrý. Má velké uplatnění nyní i do budoucna. Psychoterapie má velké uplatnění v mnoha oborech. Její význam v etopedii a speciální pedagogice je obecně hodnocen jako velmi důležitý a přínosný.

V teoretické části se práce věnuje psychoterapii obecně. Mapuje její historii, vývoj a nejdůležitější představitele tohoto oboru a jejich přínos. Dále rozdělení, druhy, metody a formy psychoterapie, indikace k psychoterapii, komu je vlastně určena. Zmíněna je i osobnost psychoterapeuta – jaké by měl mít vzdělání a kdo může tuto činnost vykonávat. V pomáhajících profesích je důležitá i etika. Tato práce se věnuje i jí. Dále práce popisuje terapeutické komunity. Jejich historii, zakladatele, druhy komunit a v nich uplatnění psychoterapie.

Hlavním cílem práce je orientace v psychoterapeutických přístupech a metodách, které jsou využívány v terapeutických komunitách a dále úspěšnost této terapie. Dílčím cílem práce je zhodnocení zkušenosti klientů s terapeutickými metodami v komunitě, zjištění jejich reakcí na dané metody, zhodnocení zkušenosti pracovníků s reakcí klientů na terapii a následně úspěšnost léčby.

V praktické části bakalářské práce je použit kvalitativní výzkum. Je tvořen kazuistikami klientů terapeutických komunit. Hlavní výzkumnou otázkou je jaké jsou možnosti psychoterapie u klientů v terapeutické komunitě a zda tyto metody vedou k úspěšné léčbě. V dílčích cílech se práce zaměřuje na reakce klientů na dané terapeutické přístupy, které metody jsou podle klientů i zaměstnanců nejvhodnější vzhledem k úspěšnosti léčby a které z terapeutických přístupů jsou nejvhodnější pro klienty komunit.

Teoretická část

1 Vymezení oboru psychoterapie

Psychoterapie je vědní obor, který je tvořen systémem poznatků, díky kterým lze určitým způsobem popsat daný jev a následně v něm navodit v konkrétní jeho oblasti změnu. Způsoby, kterými toto děláme, nazýváme metodami. Psychoterapie mluví o daných jevech za účelem dostat se blíže k jejich hlubším souvislostem, popř. je pochopit, porozumět jim a přijmout je nebo nalézt nějaké řešení.

Psychoterapie probíhá nejčastěji mezi terapeutem a klientem, někdy také mezi skupinou klientů. Člověk je jako psychosomatický celek, duševní i tělesné procesy mezi sebou úzce souvisí, cílem psychoterapie je dosažení rovnováhy, zmírnění psychického i fyzického utrpení daného jedince.

Vymětal (2010, s. 9) psychoterapii definuje jako „*zvláštní psychologickou péči poskytovanou potřebným lidem, tedy lidem, kteří jsou vnitřně destabilizovaní, či jim tato destabilizace hrozí*“ a činnost psychoterapeuta popisuje jako „*starost o záležitosti člověku nejvlastnější, tedy o život, jeho smysl a naplnění, o pravdu a vůbec o vztahy, do kterých člověk vstupuje. Jeho činnost spočívá v napomáhání jedinci se vyrovnávat se svízeli života a nalézt sebe sama na základě pravdivějšího sebepoznání*“.

Psychoterapie je považována za samostatný vědní obor. Má svou teoretickou i výzkumnou část, tedy i svůj předmět – duševní život člověka, do kterého patří jeho chování, prožívání, jednání. Tyto jevy ale nebývají optimální a psychoterapií se je pokoušíme změnit. Tyto změny terapeut provádí používáním metod a ověřených postupů. Tyto postupy mají psychologický charakter a jsou zejména komunikační povahy. Psychoterapie, stejně jako i jiné samostatné vědní obory, je úzce spojena s dalšími příbuznými disciplínami. Nejbliže má ke klinické psychologii, psychiatrii, filozofii, medicíně či speciální pedagogice. Z těchto vědních oborů čerpá a mnohdy se s nimi i prolíná. Využívá lékařské i nelékařské obory. V praktické medicíně může mít dokonce dominantní význam pro pacienta.

V literatuře se velmi často setkáváme s odlišným chápáním tohoto oboru. Mnoho odborníků má různé názory na přístupy k oboru a jeho chápání, každý z nich zdůrazňuje jiné aspekty, kterým přikládá různou váhu.

Výraz psychoterapie pochází z řečtiny a skládá se ze dvou slov: *psyché* a *therapón*. *Psyché* znamenala v překladu motýla, ale také duši či životní sílu. *Therapón* znamenalo v překladu služebník, průvodce či služebník bohů. Znamená to tedy, že opatruje princip života a má blízko k bohům. Tento výraz poprvé použil v písemné formě Filón Alexandrijský, v době asi 25 př. n. l. (Vymětal, 2010, s. 9)

Psychoterapie působí jako prevence, léčba a rehabilitace poruch zdraví, stále častěji se šíří do povědomí široké veřejnosti, získává čím dál více mediálního prostoru a stává se tak čím dál více vyhledávanější terapeutickou metodou. Psychoterapie prošla během sto let velkým vývojem a vyvíjí se vlastně stále. Pořád se objevují nové terapeutické směry, ale cílem by nemělo být vytvoření jednoho terapeutického přístupu, nýbrž prolínání mezi směry, obohacování a hledání optimální terapie pro různou skupinu klientů.

V literatuře lze dohledat různé definice psychoterapie, shrneme-li většinu z nich, můžeme o psychoterapii říci, že je to odborná terapeutická metoda používání uznávaných a ověřených metod, kdy psychoterapeut využívá své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby dosáhl u klienta či klientů změny v oblasti chování, myšlení, emocí tak, aby to bylo pro obě strany žádoucí. Metody, které terapeut využívá, jsou komunikace, použití technik a vytvoření vztahu mezi ním a klientem. (Vybíral, 2010, s. 46)

2 Historie psychoterapie

2.1 Psychoterapie v dějinách člověka

Pokud psychoterapii chápeme jako druh pomoci jinému člověku, který je v tísní a jeho duševní stav je v nepořádku, můžeme tak říci, že psychoterapie byla v historii lidstva vždy. Lidstvo se odjakživa zabývalo otázkami, které vedly k hledání řádu a smyslu, ať už života nebo smyslu v sobě. Tato velká témata řešily i filozofické či teologické směry. Počátky psychoterapeutického myšlení můžeme tedy označit první pokusy člověk vyrovnat se světem a sami se sebou. Tyto procesy spatřujeme v několika různých směrech v historii lidstva. Patří mezi ně například:

- Magie – magické myšlení – kultury a rituály, kontakt s nadpřirozenými silami.
- Mytologické příběhy – najdeme v nich vztahy lidí s bohy či nadlidskými bytostmi.
- Starověké Řecko, filozofové (Sokrates, Platón) – mýty, hledání pravdy, řečtí filozofové věřili, že lidská bytost je nehotová a každý člověk má tak v rukou sám sebe.
- Křesťanství – křesťan své zajištění vidí v nalezení Boha, nalézá sebe ve vztahu k Bohu.
- Židovství - s tímto náboženstvím spojujeme umění výkladu, který mnoho psychoterapeutických směrů považuje za hlavní prostředek terapie z toho důvodu, že výklad navozuje u člověka změnu, uvědomění si souvislostí. (Vymětal, 2010, s. 20)

2.2 Vznik a vývoj psychoterapie

Psychoterapie jako vědní obor vznikla ve 20. století. Její vznik je spojován se dvěma jmény: francouzským filozofem, psychologem a neuropsychiatrem P. M. Janetem a českým rodákem, neuropsychiatrem S. Freudem.

2.2.1 Sigmund Freud

Sigmund Freud se narodil 6. května 1856 a zemřel 23. září 1939. Byl to lékař, neurolog, psycholog a zakladatel psychoanalýzy. Do dějin psychoterapie vstoupil v mnoha směrech.

Vytvořil psychoterapeutickou metodu založenou na volných asociacích pacienta, vytvoření přenosového vztahu s ním a na interpretaci jeho promluv, snů, přenosových emocí a odporu během terapie. Okolo této terapeutické techniky rozvinul rozsáhlý teoretický systém popisující člověka z hlediska psychologického, filozofického i antropologického. Zabýval se léčením neuróz a hysterie. Pokoušel se aplikovat hypnózu a právě touto cestou se propracoval k vlastní metodě a k vlastní teorii o lidské osobnosti – psychoanalýze. Klíčové pro vznik psychoanalýzy byla analýza sama sebe, tzv. autoanalýza. Začal analyzovat například své sny, kterým přikládal velkou důležitost. Zabýval se nevědomými procesy, obrannými mechanismy, je autorem vrstevového a dynamického modelu osobnosti. WIKIPEDIE, *Sigmund Freud* [online]. 2017 [cit. 2017-05-10]

2.2.2 Pierre Marie Félix Janet

Pierre Janet se narodil 30. května 1859 a zemřel 24. února 1947. Byl francouzským psychologem a filozofem. Psychologii přednášel na pařížské univerzitě Sorbonna. Zabýval se sugescí a hypnózou, ale také tématem paměti a nevědomím člověka. V souvislosti s nevědomím se také věnoval procesům, které nevědomě působí na psychické procesy a mohou tak způsobovat duševní onemocnění. Učil, že psychoterapie by měla být v rovnováze mezi tím, co si člověk uvědomuje a mezi nevědomím a také, že psychoterapie by se měla provádět individuálně, v závislosti na potřebách daného klienta. (Vymětal, 2010, s. 29)

P. M. Janet a S. Freud byli těmi, kdo položili základ psychoterapie jako samostatnému vědnímu oboru. Později se o její vývoj zasloužili další významné osobnosti, například C. G. Jung, A. Adler, B. F. Skinner či A. H. Maslow.

3 Psychoterapeutické směry

Psychoterapie v dnešní podobě zahrnuje pět nejdůležitějších psychoterapeutických směrů a přístupů:

- Rogersovská psychoterapie
- Kognitivně-behaviorální psychoterapie
- Psychoanalytická psychoterapie
- Systematická psychoterapie
- Neuropsychiatrie

3.1 Rogersovská psychoterapie

Pro tento psychoterapeutický směr je typické zaměření na člověka. Zakladatel tohoto směru, Carl Rogers, byl významným psychologem 20. století. Do psychoterapie vnesl zejména téma důvěry v člověka, zdůrazňoval důležitost osobního rozvoje a seberealizace. Úkolem terapeuta v tomto směru je rozvíjet potřebu klienta v osobní růst a vývoj. Tento směr bývá někdy nazýván jako nedirektivní psychoterapie, kterou si řídí sám klient. Klade důraz na klienta, empatii a na to, aby člověk porozuměl sám sobě, svým postojům, svému chování. Cílem terapie by měla být změna základních životních postojů klienta a vedení k růstu a rozvíjení. Hlavním prostředkem této terapie je rozhovor. U nejmenších dětí se využívá terapie hrou. Vhodnými klienty pro tento typ psychoterapie jsou lidé, kteří chtějí změnit své prožívání a chování prostřednictvím sdělování svých prožitků a osobních zkušeností, rozebírat je či se s nimi vyrovnat. Klient by měl přemýšlet nahlas o svém prožívání a zároveň se s ním vyrovnávat, hledat souvislosti a propojovat je ve vztahu k sobě sama a ke svému životu. Vhodní jsou klienti, kteří hledají sebe sami a nezávislost. Tento typ terapie je nejčastěji využíváná v individuální či skupinové terapii, může se odehrávat v rámci skupinové terapie mezi několika klienty. Z pohledu délky terapie bývá tato obvykle krátkodobá či střednědobá.

K osobnostním změnám obvykle dochází po 5 – 40 rozhovorů jednou týdně. (Vymětal, 2010, s. 42)

Klientovo počínání se při této terapii nazývá *sebeexplorace*. V literatuře se uvádí, že rozsah sebeexplorace závisí na pozitivním léčebném efektu. Sebeexplorace znamená, že člověk nahlíží do svého nitra a do sebe.

Vymětal (2007, s. 126) uvádí, že sebeexplorace a následný výklad „*je subjektivní proces, během kterého se člověk zabývá významnými obsahy vlastního duševního života a následným výkladem se subjektivně zabývá a vyrovnává se všemi skutečnostmi a porozumí souvislostem*”.

Sebeexplorace zahrnuje dva procesy: *otevírání* a *objasňování*. Otevírání zahrnuje odhalování důležitých životních okamžiků ze svého soukromí a své osobnosti. Aby k této fázi došlo, je třeba navázat kvalitní vztah terapeuta s klientem, který bude založený na důvěře zejména ze strany klienta. To je podstatné k zahoezení ostychu. Při skupinové terapii vede otevírání k navoezení důvěrné atmosféry ve skupině. Objasňování je druhou fází sebeexplorace. Jde o hledání souvislostí mezi vědomím a prožíváním. Obecně lze říci, že dochází k hledání souvislostí mezi tím, co člověk cítí a jak se to projevuje v jeho chování. Objasňování se týká událostí z minulosti, přítomnosti ale také budoucnosti. Přítomnost sebeexplorace je známkou dobře zvolené terapie a začátkem terapeutického úspěchu. (Vymětal, 2010, s. 43)

Rogersovsky zaměření terapeuti by měli být maximálně autentičtí, tzn. být vždy sami sebou, empatičtí a měli by klienta plně akceptovat. Pokud terapeut výše uvedené splní, tím pravděpodobněji dojde k sebeexploraci a následným požadovaným změnám. Vedení rozhovoru při této terapii je prováděno nedirektivně a terapie je z velké části řízena klientem. Bývá mnohdy doprovázena jinými přístupy, jako je relaxace, arteterapie, práce se sny, meditace, bodyterapie, psychohygienická a socioterapeutická opatřeními. V některých případech je nutné zvážít i podpůrnou psychofarmakologii. Vhodná kombinace těchto přístupů, technik a metod často výrazně zvyšuje úspěšnost léčby.

3.2 Kognitivně-behaviorální psychoterapie

Tento směr se rozšířil z amerických univerzit. Vychází z učení – behaviorální psychoterapie a z myšlení – kognitivní psychoterapie. Zdůrazňuje, že je důležité některé skutečnosti vnímat a rozpoznat a následně zhodnotit chování a prožívání v jejich důsledku. To je možné stručně vyjádřit tak, že nejdříve poznávám, pak hodnotím, následně nějak prožívám a na základě toho jednám. Pracuje se s představami, prožitky, vzpomínkami, sny a oproti Rogersovské psychoterapii zde není kladen důraz jen na člověka samého, ale i na jeho vztah k okolnímu světu. Terapie vychází z učení nápodobou, a že mnoho duševních potíží je způsobeno špatnými návyky a nevhodným chováním, které vzniklo učením za emočně vypjatých podmínek či dlouhodobým působením negativních jevů. Z toho je patrné, že se jedná o direktivní přístup. Psychoterapeut klienta často přesvědčuje, poučuje, argumentuje. Tento směr se nazývá Racionálně-emoční terapie. Cílem této terapie je, aby si klient uvědomil patologii ve svém jednání, chování a prožívání a realisticky jej změnil. Vzhledem k direktivně vedené terapii, není tento přístup vhodný pro klienty, kteří trpí hlubokou depresí, jsou psychotičtí nebo u kterých hrozí suicidiální jednání. Terapeut by měl být velmi empatický a podporující vůči klientovi. Délka této terapie bývá 3-6 měsíců, frekvence setkání bývá různá. Obvykle k setkáním dochází častěji na počátku terapie a postupně se intervaly prodlužují. Někdy je vhodné do terapie zapojit i nejbližší příbuzné.

Kognitivně-behaviorální psychoterapie bývá často používána při léčbě depresí, u neurotických depresí či deprese u poruch osobnosti. Podmínkou jsou ale nepsychotičtí pacienti. To vychází z toho, jak už bylo řečeno, že celá tato terapie vychází ze vztahu člověka k okolnímu světu. Příčiny deprese jsou často právě negativní pohledy na sebe a na své okolí, obecně často chybí radost ze života.

Terapie se využívá u dospělých klientů, lze ji ale aplikovat také u dětí již od předškolního věku. Vhodné je spolupracovat i s rodiči dětského klienta, naučit je hlavním zásadám této terapie a mohou tak poté s dětmi pracovat individuálně sami.

3.3 Psychoanalytická psychoterapie

Psychoanalytická psychoterapie je založena na teoriích Sigmunda Freuda. Tuto psychoterapii řadíme do hlubinné psychoterapie. Je založena na teorii a praxi psychoanalýzy. Klade důraz na uvědomování si vlastního vnitřního světa, a jaký to má vliv na současné či minulé vztahy. Její podstatou je nevědomí a vnitřní konflikty. Cílem je změna v osobnosti člověka a změna v emočním prožívání. Odkrývá se nevědomí, posilují se obranné mechanismy tak, aby se pomocí nich zvládaly těžké životní situace. Je kladen důraz na významná období v životě člověka, zejména na jeho dětství. Tato terapie bývá většinou dlouhodobá, trvá několik měsíců, někdy i let. Frekvence setkávání bývá jednou až dvakrát týdně. Terapeut terapii aktivně řídí, vede klienta směrem, který považuje za správný a vhodný z hlediska úspěšnosti léčby, ale snaží se být za všech okolností neutrální ve svém projevu, empatie je samozřejmostí.

Psychoanalytická psychoterapie je využívána u klientů, kteří mají problém s vlastním „já“. Léčba spočívá v dotváření této části osobnosti. Přístupy, které se takovou terapií zabývají, jsou: egopsychologie, egoanalýza, psychologie objektivních vztahů. Déle se zde podporuje dozrávání „já“ za předpokladu, že se jedná o vývojovou poruchu. (Vymětal, 2014, s. 61)

Terapie probíhá ve většině případů jako individuální, ale je možné ji uplatnit i ve skupinové psychoterapii.

Psychoanalytická psychoterapie se uplatňuje při léčbě mnoha psychických poruch, ale bývá často volena u specifických poruch jako poruchy příjmu potravy, psychosomatické stavy, fobie, úzkostné stavy, deprese, poruchy soustředění. Indikací k psychoanalytické terapii může být ale i hledání hlubšího smyslu života a životního uspokojení. Může být jako samostatný způsob léčby nebo být doplňkem jiné, například farmakologické terapie.

Vzhledem k délce této terapie je vyžadováno značné úsilí ze strany klienta i terapeuta. Je proto vhodné důkladně zvážit, zda je tento typ terapie vhodný pro daného klienta a zhodnotit individuálně, zda pro něj bude tento terapeutický směr přínosem.

3.4 Systematická psychoterapie

Systematická psychoterapie je moderní, jeden z nejmladších, terapeutických směrů, pro který je typické, že ho tvoří mnoho různých proudů a přístupů. Tento směr vychází, vznikl a rozvíjí se v Evropě asi od druhé poloviny 20. století. Souvisí se vznikem a rozvojem psychických poruch zdraví a s psychosociálním pojetím.

Systematická psychoterapie je vedena jako zdravotní výkon. Je vhodná tam, kde byla stanovena diagnóza a i přes léčebné postupy se stav klienta nelepší.

Systematický přístup klade důraz na komunikaci a meziosobní vztahy. Zejména na komunikaci v rodině a rodinnou terapii. Vychází z toho, že funkční rodina bývá hlavní oporou nemocného i zdravého člověka. Pojetí rodiny je v tomto případě chápáno jako systém, celek. Klade důraz na změnu a překonání systematických problémů. Vedle rodinné terapie se tento systém uplatňuje i při párové terapii, někdy i v terapii individuální. I v tomto případě je ale myšleno na klientovi nejbližší osoby a terapie je tak vedena i s ohledem na ně.

Hlavním teoretickým východiskem v tomto přístupu je komunikace. Ta by měla vést k porozumění (dekonstrukci) a následně k porozumění novému (rekonstrukci). Terapeut vede klienta k nalezení problému a pomoci mu změnit jeho chování, které povede k vyřešení a očekávané změně. Je empatický, kriticky nehodnotí a je neutrální. Neutralita je zde chápána tak, že se nevytváří koalice s někým z rodiny. Je vhodné, aby terapeuti pracovali v páru. (Vymětal, 2010, s. 63)

Cílem léčby je dojít ke změně, vyřešit problém ke spokojenosti klienta ale i jeho rodiny. Terapie obvykle netrvá déle než dvanáct sezení v intervalech 1-2 týdnů a zpravidla bývá ukončena po souhlasu všech zúčastněných osob.

Výhodou práce s celou rodinou je, že vidíme daný problém z pohledu všech zúčastněných osob a v prostředí, kde daný problém vznikl a byl udržován. Pozitivní je i celkový pohled na rodinu a meziosobní vztahy.

3.5 Neuropsychoterapie

Neuropsychoterapie patří mezi nejmodernější přístupy v psychoterapii. Jejím zakladatelem je Karl Grawe. Neuropsychoterapie psychoterapii obohacuje o pohled neurověd, do kterých patří neurofyziologie, neuroanatomie, neuroendokrinologie, neurologie, neurochirurgie a mnoho dalších medicínských oborů a disciplín. Tyto neurovědy se zabývají výzkumem mozku a tím, jak mozek reaguje na určité chování a které části mozku jsou aktivizovány při patologickém jednání jedince. Neuropsychoterapie vychází z toho, že prostřednictvím učení a zkušeností můžeme změnit biologickou část lidské osobnosti v oblasti mozkových procesů. Z pohledu neuropsychoterapie se lidé s psychickými potížemi, které mohli vzniknout na podkladě genetické výbavy, liší od bezproblémových osob již před začátkem onemocnění, kdy mají sklon k negativnímu prožívání, reagují nepřiměřeně na stresové situace a je pro ně typická nervová podrážděnost. (Vymětal, 2010, s 71)

Pro tento terapeutický směr jsou vhodní klienti, u kterých očekáváme změnu zdravotního stavu za pomoci psychologických prostředků. Patří sem zejména lidé s neurotickou poruchou, posttraumatickou stresovou poruchou, většina depresí.

Celkově lze říci, že tento směr řadíme k direktivním či manipulativním s cílem pomoci klientovi.

Součástí této terapie bývá také arteterapie a využití koníčků a zájmů klienta. Forma terapie je individuální, může probíhat i jako ambulantní léčba, v rámci hospitalizace či formou denních stacionářů. Aplikuje se u dospělých osob.

K ukončení léčby dochází při zmírnění či odstranění potíží, se kterými klient léčbu nastupoval. K ukončení terapie dochází po dohodě klienta s terapeutem.

V tomto terapeutickém přístupu nebývá psychologie a psychoterapie nahrazena neurovědami, ale pouze využívá dané poznatky a zahrnuje je do psychoterapeutické praxe. (Grawe, 2007, s. 13)

4 Základní proudy dnešní psychoterapie

Vybíral (2010, s. 35) vidí v současné psychoterapii tyto základní proudy:

- Humanistická psychoterapie – zdůrazňuje lidskou jedinečnost, vybízí člověka k osobnímu růstu a rozvoji, člověk je považován za svobodnou bytost odpovědnou za své jednání a chování. V psychoterapii to znamená důraz na přítomnost, osobní účast terapeuta, který je zde sám za sebe, nikoliv jako odborník či expert.
- Hlubinná psychoterapie – někdy nazývaná jako dynamická psychoterapie, klade důraz na nevědomí, na prožitky z dětství až po současnost. Nejdůležitější je zde vztah klienta a terapeuta.
- Behaviorální psychoterapie – zahrnuje všechny přístupy, které se aplikují při léčbě, klade důraz na učení a zároveň na odnaučení patologického chování. Terapeut postupuje spíše direktivně a od klienta je vyžadována aktivní spolupráce.
- Sugestivní a hypnoterapeutický přístup – jedná se o sugesci a hypnózu. Je použit manipulativní přístup, při změně stavu vědomí klient přijímá postup terapeuta. Má široké využití, obsahuje celou řadu technik.
- Relaxační a psychofyziologické postupy – přes tělesná cvičení ovlivňujeme psychické děje a naopak – působením na psychiku člověka ovlivňujeme fyziologické děje. Patří sem například autogenní trénink, relaxační techniky, imaginativní techniky, dechová cvičení a mnoho dalších.
- Systémové a komunikační pojetí – uplatňuje se v rodinné a párové terapii. Patologie jedince je chápána jako patologie celé rodiny. Je založeno na tom, že změnou u jednoho člověka můžeme dojít ke změně v celém systému (např. rodině).
- Transpersonální psychoterapie – pomocí různých technik a cvičení dochází u klientů k navození změně vědomí a uvolní se nevědomé. Patří sem například kontrolovaná hypoventilace či hluboká meditace.

- Integrativní a obecné pojetí – znamená spojení a kombinaci různých metod a přístupů. Musí to samozřejmě vycházet z toho, že to u klienta vede k pozitivním změnám.

5 Formy psychoterapie

Formou psychoterapie se rozumí, jak je uspořádaná, jaké jsou v ní použity prostředky, metody a postupy, kterými dosáhneme požadovaného cíle. Je vhodné zvolit vždy jednu formu terapie, ale stává se, že u klientů se složitou diagnózou bývají tyto formy kombinovány.

Z hlediska uspořádání dělíme psychoterapii na individuální, skupinovou a léčebné společenství. (Vymětal, 2010, s. 75)

5.1 Individuální psychoterapie

Účastní se jí pouze dva – terapeut a klient. V praxi je to nejrozšířenější forma psychoterapie. Mezi klientem a terapeutem vzniká intenzivní vztah. Psychoterapeut průběh terapie kontroluje a určuje její směr. Funguje to ale i naopak, klient působí na terapeuta, může ovlivnit jeho chování a myšlení. Základem je komunikace.

5.2 Skupinová psychoterapie

Terapeutická skupina může být buď přirozená, nebo uměle vytvořená. Přirozenou skupinu tvoří klienti, kteří se navzájem znají, nejčastěji se jedná o rodiny či partnery. K takové skupině by měl terapeut přistupovat jako k celku. Uměle vytvořená skupina je tvořena klienty, kteří se navzájem neznají. Sestavení skupin, jejich velikost a terapeutické možnosti v nich jsou různé. Obecně platí, že by počet klientů ve skupině neměl přesahovat počet 15 osob.

Dělení terapeutických komunit je z různých hledisek. Mohou být uzavřené (během celé terapie jsou stejní klienti) či otevřené (průběžné přijímání nebo propouštění klientů), interakční (zaměřené na právě probíhající děje ve skupině), tematické (určité téma), biografické (životopisné).

5.2 Léčebné společenství

Jedná se o ucelený systém terapeuticko-rehabilitační péče. Je zde velký prostor pro psychoterapii a socioterapii, která zahrnuje různé kulturní programy, společnou práci v rámci komunity apod. Může probíhat ve dvou rovinách – v zařízení, které je specifickou organizací zdravotnického zařízení (může být součástí např. psychiatrické kliniky), nebo v podobě terapeutických komunit – komunitním systémem, kterému se práce věnuje v kapitole 10. V tomto typu společenství jsou dána jasná pravidla, která platí bez výjimky pro všechny. Dochází zde ke změně vztahu mezi terapeutickým personálem a klienty. Tradiční hierarchie toho vztahu se zde podstatně uvolňuje, v případě terapeutických komunit někdy i ruší. Klienti si mnohdy po dohodě s personálem mohou zvolit program, který jim nejvíce vyhovuje. Zásadním předpokladem pro fungování takového společenství je dobrá atmosféra, důvěra, porozumění a spolupráce ať už mezi klienty, tak mezi klienty a personálem.

Dobře fungující společenství se pozná podle toho, že se umožňuje průběžně měnit pravidla. Změna pravidel je známkou toho, že systém funguje, je schopný se učit a vyvíjet. Léčebné společenství je malým modelem společnosti. Mělo by umožňovat v co největší míře sociální učení a přeučování, stejně jako porozumění širším souvislostem. (Vymětal, 2010, s. 80)

6 Prostředky psychoterapie

Prostředky psychoterapie jsou činnosti, se kterými se můžeme setkat i v běžném životě. Jde o činnosti, které terapeut cíleně a odborně používá ve snaze pomoci druhému. Jedná se o psychoterapeutický vztah, rozhovor, relaxační metody, psychodrama, psychogymnastiku, práci se sny, hra, sugesce a hypnóza.

6.1 Psychoterapeutický vztah

Tímto vztahem se rozumí vztah mezi klientem a terapeutem. Klíčové pro toto spojení je důvěra. Nutný je pocit bezpečí, intimity, důvěrnosti, naděje, pozitivní očekávání, empatie. Důvěra se může během terapeutického procesu postupně vyvíjet a prohlubovat. Platí, že při psychoterapii jsou z hlediska budoucího vztahu a fungování terapie nejdůležitější první dvě minuty. Během nich se zpravidla utvoří nejdůležitější první dojem, který určí další vývoj psychoterapie. O tento vztah, který se v tuto dobu vytvoří, se opíráme během celé psychoterapie.

6.2 Rozhovor

Již ve starém Řecku byl rozhovor – dialog – metodou, kterou hledali, odkrývali a formulovali pravdu. Lidská řeč je natolik významným předpokladem člověka jako individuální bytosti, bez řeči je člověk nemyslitelný. (Vágnerová, 2010, s 62)

Vedením psychoterapeutického rozhovoru se snažíme u klienta navodit požadovanou změnu. Rozhovorem se snažíme klienta ovlivňovat, případně získávat informace, které povedou ke změně. Rozhovor může mít různý charakter, může být empatický (snažíme se vcítit do klientovi situace a komunikací mu své porozumění sdělujeme), informační (dodat klientovi chybějící informace), interpretující (terapeut klientovi sděluje, jak s jeho chováním souvisí to, co říká), podpůrný (povzbuzení klienta) či přesvědčující (direktivně vedený; směřování klienta k opaku toho, co si myslí a říká). (Vymětal, 2010, s. 82)

6.3 Relaxační metody

Relaxační metody jsou řady postupů vycházející ze třech skupin, z oblasti svalového napětí, psychického napětí a funkčního stavu vegetativní nervové soustavy. Těmito metodami působíme na psychofyziologické procesy. Cílem je dosáhnout uvolnění a relaxaci. To se děje prostřednictvím nácviku. Nácvik není vždy jednoduchý, může trvat různou dobu, někomu nácvik trvá i několik měsíců při každodenním tréninku. Mezi nejrozšířenější druh relaxace patří autogenní trénink.

6.3.1 Autogenní trénink

Autogenní trénink je nejrozšířenější metoda k uvolnění. Jeho autorem je neuropsychiatr Johannes Heinrich Schultz. Při autogenním tréninku se využívá sugesce k navození tělesného stavu, který vede k celkovému uvolnění organismu a mysli. Autogenní trénink můžeme rozdělit do dvou stupňů. První stupeň nazýváme základní a druhý stupeň vyšší. (Viers, 2011, s. 59)

V praxi je nejvíce používán nácvik prvního stupně autogenního tréninku. Nácvik celého základního stupně může trvat i několik měsíců při denním procvičování. Cvičení probíhá až třikrát denně. První účinky autogenního tréninku se projevují zhruba po třech měsících. Důležitá je trpělivost, vytrvalost a pravidelnost. Cvičí se individuálně či ve skupinách. Základní stupeň probíhá tak, že se opakují určité věty, díky kterým dochází k navození tíhy a tepla v končetinách, klidného dechu, pravidelné srdeční činnosti, pocitu tepla v nadbřišku a pocitu chladu. Do vyššího stupně přicházíme dokonalým zvládnutím stupně základního. Dochází při něm k řízené imaginaci a meditaci. Například představa konkrétní barvy „před zrakem“. Prožitky z tréninku je vhodné následně probírat s tím, co mohou pro klienta znamenat.

Při dobrém provádění autogenního tréninku dochází k uvolnění napětí, stresu a neklidu, snižuje svalové a psychické napětí.

6.4 Psychodrama

Psychodrama je terapeutický prostředek, který vyvinul rakouský psychiatr Jakob Levy Moreno ve Vídni. Jedná se o hraní různých scén klientem před skupinou tak, aby daný klient porozuměl svým problémům. Scény imitují určitý problém, který klient prožívá. Jedná se o individuální psychoterapii prováděnou ve skupině. Je podstatné předpokládat, že psychodrama může u klientů vyvolat rozbouřené emoce a je třeba, aby si s nimi terapeut dokázal poradit. Hra se může týkat problému, který se stal v minulosti, děje se právě teď nebo se může odehrát v minulosti.

6.5 Psychogymnastika

Psychogymnastika je česká metoda, kterou vyvinula psycholožka Hana Junová a psychiatr František Knobloch. Je to metoda, která je založena na pantomimě. Je neverbální metodou, po jejím ukončení následuje rozhovor, za účelem analýzy.

6.6 Práce se sny

Snu a jeho využití je dnes věnovaná značná pozornost téměř ve všech významných psychoterapeutických směrech. Vychází z toho, že sen nám poskytuje různé skryté významy prostřednictvím symbolů a metafor. Sny poskytují cestu k nevědomí. Obsah našich snů může vést k porozumění sami sobě.

Výklad snů má různá pojetí. Snům bývají přisuzovány vnitřní konflikty, pokusy o řešení problémů, sen může mít i kompenzační význam, nebo může ilustrovat nejtajnější lidská přání. (Vymětal, 2010, s. 93)

Práci se sny se nejvíce zabývají hlubinní psychoterapeuti. Se sny se pracuje individuálně či ve skupině. Ve druhém případě je vhodné, když skupina nabídne různé názory a pohledy na výklad snu.

Sny vycházejí z nitra člověka, jejich výkladu je třeba věnovat dostatek pozornosti, jejich význam nemusí být vždy snadné odhalit. Významů mohou mít i několik a proto je třeba věnovat dostatek času jejich zpracování.

7 Psychoterapeutický proces

Psychoterapeutický proces je vlastně celý proces, který je předem naplánovaný, díky kterému dojde k navození žádoucích změn myšlení, chování a jednání klienta. Má tři fáze – indikace k psychoterapii, vlastní terapie, následné zhodnocení léčby a ukončení terapie.

7.1 Indikace

Indikací se rozumí postup, který vede k určení konkrétní psychoterapeutické péče a konkrétního psychoterapeuta klientovi, zejména na základě psychodiagnostiky. Prvním krokem indikace je zjištění, zda je daný klient vhodný pro psychoterapii. Následuje prognostická indikace, zahrnuje zvolení postupu a terapeutického přístupu, který bude pro klienta nejvhodnější a povede k určitému cíli. Mnohdy se stane, že je třeba přehodnotit během terapie vlastní léčbu a je třeba jí případně přizpůsobit či změnit. (Růžička, 2011, s. 36)

7.2 Vlastní terapie

Vlastní terapie spočívá v utváření vztahu mezi klientem a terapeutem. Pokud se toto daří, je zřejmé, že terapie byla zvolena správně. Během vlastního terapeutického procesu je důležité průběžné hodnocení. Mělo by probíhat společně s klientem, pro terapeuta to znamená, že dostane od klienta zpětnou vazbu.

7.3 Zhodnocení léčby a ukončení terapie

Tato fáze nastává ve chvíli, kdy dojde k naplnění předem domluveného rozsahu terapie z hlediska času. Na závěr terapie je třeba klienta vždy připravit. Dochází ke zhodnocení celé terapie, zda jsme dosáhli cílů, které jsme očekávali či které jsme si stanovili a zároveň hodnotíme celý průběh terapie. Vhodná je zde i kritika, záleží na zpětné vazbě klienta, měl by dostat prostor pro vlastní vyjádření názoru a pocitů z proběhlé terapie, s čím byl nespokojený, co by změnil apod.

Výsledkem psychoterapie je to, čeho jsme skutečně během terapie dosáhli. Ne vždy se výsledky shodují s cíli.

8 Osobnost psychoterapeuta

Osobnost psychoterapeuta je pro léčbu podstatná. Promítá se do léčby a to může významně ovlivňovat psychoterapeutický proces. Práce psychoterapeuta je velmi zatěžující. V práci se setkává s klienty trpící řadou psychických poruch, s klienty, kteří se ocitli v krizové situaci. Z toho je patrné, že u terapeuta je nutná odolnost zejména k psychické zátěži, vnitřní stabilita, pozitivní přijetí sebe sama, vyrovnání se s významnými zkušenostmi, kvalita nejbližších mezosobních vztahů. Je třeba dbát na vlastní psychohygienu. K tomu patří i umění odpočívat a mít hodnotné zájmy. Vnitřní stabilita či nestabilita terapeuta se promítá do jeho vztahu k druhým lidem, tudíž i k jeho klientům. Je důležité, aby terapeut s klientem spolupracoval a aby mu klient důvěřoval. Toho terapeut dosáhne empatií a bezvýhradným přijetím klienta. Empatický psychoterapeut signalizuje důvěryhodnost a podporuje u klienta sebeexploraci. Naopak terapeut chladný, k pacientovi subjektivně vzdálený, klienta vnitřně blokuje a znemožňuje mu upřímné sdlení. (Resch, 2015, s. 124)

8.1 Vzdělání psychoterapeuta

Každý, kdo chce pracovat jako psychoterapeut by měl absolvovat obvykle pětiletý výcvik, ve kterém si zkusí roli klienta, osvojí si psychoterapeutické techniky, získá teoretické znalosti a zahrnuje i vlastní supervizi. Výcvik probíhá ve vzdělávacím zařízení, které získalo akreditaci a splňuje tak určité podmínky.

Psychoterapie probíhající v rámci zdravotnického zařízení mohou provádět pouze kliničtí psychologové či lékaři s psychoterapeutickou licenci. V rámci privátní praxe může psychoterapii provozovat každý na živnostenský list vedený jako poradenství. Takový terapeut by ale měl splňovat minimálně dokončený pětiletý terapeutický výcvik. Předpokladem k přijetí do výcviku je vysokoškolské, humanitně zaměřené, vzdělání.

Odborná kvalifikace psychoterapeuta není nikde přesně dána. Profese psychoterapeuta není v Česku právně vymezena. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, *Zákon o sociálních službách* [online]. 2009 [cit. 2017-04-16].

9 Etika v psychoterapii

Práce psychoterapeuta mnohdy zahrnuje i otázky, zda je jednání nebo čin správné. To vede k posuzování a hodnocení. Etika je v psychoterapii důležitá z hlediska aspektu, že vztah terapeut a klient není vyvážená, terapeut má nad klientem jistou převahu a není samozřejmostí, že tato převaha je vždy uplatňovaná ve prospěch klienta.

Vymětal (2010, s. 243) uvádí osm hlavních zásad etického jednání psychoterapeuta:

1. Terapeutova povinnost je informovat klienta o průběhu a výsledcích léčby. Klient musí s terapií souhlasit, nelze ho do léčby nutit.
2. Během terapie se používají pouze prostředky a metody, které jsou ověřené a indikované a vedou co nejrychleji k cíli.
3. Terapeut by měl používat jen ty prostředky, které by uplatnil i sám na sobě či na svých blízkých.
4. Při terapii je důležité vstupovat do soukromí klienta jen v nevyhnutelné míře.
5. Terapeut nesmí klientovi vnucovat své vlastní názory, pohled na život, postoje. Měl by respektovat skutečné možnosti klienta.
6. Terapeut je vázán mlčenlivostí o všem, co se od klienta dozvěděl.
7. Terapeut by se měl vyvarovat přehnaných emocí, neměl by překračovat hranice svých kompetencí a pečovat o svůj duševní život – zejména rozpoznat známky syndromu vyhoření.

Terapeut by si měl udržovat nadšení pro práci, pozitivní vztah k druhému člověku, nezištnost a altruismus, morální normy a řídit se svým svědomím.

Zda jde o etické jednání a počínání, zda to je či není správné, to cítíme. Dotýkáme se tak oblasti, ve které se jednání posuzuje a hodnotí. Hodnotí se motivy, následky, dopady, širší významy a smysly. Etika poskytuje kritéria, které k tomuto potřebujeme.

10 Terapeutická komunita

Pojem terapeutická komunita vznikl těsně po 2. světové válce, v roce 1946. Terapeutická komunita je forma skupinové terapie, kde klienti nějakou dobu žijí pohromadě, sdílejí společný program a do tohoto modelu promítají problémy ze svého vlastního života. Klienti jsou zde různého věku, pohlaví, vzdělání a zájmů. Terapeutická komunita je sama o sobě brána jako terapeutická metoda. Společné soužití klientů poskytují vzájemné interakce ve vztazích, řešení konfliktů a problémů, zpětnou vazbu od ostatních členů komunity a učení či korekci stereotypů prožívání a chování.

Terapeutická komunita se vyznačuje svou organizovaností a strukturou s jasně danými pravidly a hranicemi. V takovém prostředí se rodí vztahy a setkání, kterým je poskytnuto bezpečí a empatie. Komunita je uskupena tak, aby tam mohlo docházet k požadovaným změnám a samotné společenství lidí, klientů komunity, se považuje za léčebný prostředek a prostředek psychoterapie. Navození výše zmíněné změny souvisí s vytvářením vztahů v komunitě, interakcemi, pravidly, rolemi a hodnotami, které jsou v komunitě dány.

Předpokládá se, že dlouhodobý pobyt v takovém společenství již sám o sobě může mít pozitivní terapeutický efekt. Běžný život v komunitě, zahrnující chování a prožívání jednotlivců, jejich vypořádání se s pravidly a s ostatními členy, se stává hlavním materiálem terapie.

Žádná definice terapeutické komunity nemusí vystihovat každou komunitu. Pojem zahrnuje široké spektrum různých léčebných metod a přístupů, institucí a organizací a každá komunita je svým způsobem jedinečná a přizpůsobená svým potřebám svých klientů. Existují dva hlavní typy komunity – demokratické terapeutické komunity (pro klienty s poruchou duševního zdraví a osobnosti, první za 2. světové války v Londýně) a terapeutické komunity hierarchické (pro drogově závislé klienty, první terapeutická komunita založena v roce 1963 v New Yorku). (Kalina, 2008, s. 21)

10.1 Rozvoj terapeutických komunit

Zásadní rozvoj terapeutických komunit je spojován nejvíce s osobností Maxwella Jonese. Ten v roce 1948 zformuloval pět zásad a tři základní prvky terapeutické komunity. Ty platí dodnes.

Pět zásad:

1. Oboustranná komunikace – zdůrazňoval zejména vzájemnou komunikaci mezi personálem a klienty, mezi personálem, a v celém společenství.
2. Proces rozhodování – ten by měl být srozumitelný všem.
3. Společné vedení – zapojit pacienty do odpovědnosti za fungování komunity, dělba práce, spolupráce.
4. Shoda v přijímání rozhodnutí – v praxi to znamená naslouchání, porozumění, partnerství.
5. Sociální učení v interakci tady a teď – učení nápodobou, zpětná vazba.

Základní tři prvky:

1. Setkání celé komunity – každodenní setkání, diskuze o tom, co se v komunitě dělo posledních 24 hodin.
2. Schůzky personálu – měly by následovat po každém setkání komunity, dochází zde k vlastnímu sociálnímu učení personálu.
3. Živé učení – mělo by v komunitě probíhat neustále, zaměřit se zejména na krize a v případě potřeby by se měla komunita svolávat i v rámci mimořádného setkání.

(Kalina, 2008, s. 28)

10.2 Klient terapeutické komunity

Klienti terapeutických komunit jsou lidé, kteří mohou mít diagnosticky různé okruhy psychických poruch – neurózy, psychózy, poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy apod. Mohou ale také být bez diagnózy – v tomto případě se hovoří o klientech výcvikových komunit psychoterapeutických výcviků.

Filosofie terapeutické komunity vede k terapeutickému zájmu ne na projevy nemocí a poruch, ale na podstatu dané poruchy. Důležité je, jak klient prožívá meziosobní vztahy a vztah k sebe sama.

Terapeutické komunity u nás se nejvíce specializují na léčbu čtyř základních problémů – léčba neuróz, psychóz, poruch osobnosti a léčba závislostí. Kalina (2008, s. 83) jednotlivé poruchy z pohledu terapeutických komunit popisuje:

10.2.1 Neurózy

Mnoho neuróz, které se promítají do chování, mají svůj podklad v traumatické zkušenosti v interpersonálních vztazích. Tato zkušenost se prolíná ve vztazích nových. K navození změny v tomto chování je většinou potřeba emocionální prožitků.

Neurotik v terapeutické komunitě je obvykle člověk, který se nedokáže plně seberealizovat, má nedostatečně zralou osobnost a trpí úzkostí z představy vlastní seberealizace.

10.2.2 Poruchy osobnosti

Kratochvíl (1979, s 63) uvádí, že v českých terapeutických komunitách postupně ubývalo klientů s neurózami a postupně přibývalo klientů s poruchami osobnosti a přisuzuje to prohloubení psychoterapeutické diagnostice.

10.2.3 Psychózy

U schizofrenních psychóz se dlouho zpochybňoval psychoterapeutický přístup. Zařazení psychotických klientů do terapeutických komunit probíhalo až v polovině 70. let 20. století. (Kalina, 2008, s. 83)

10.2.4 Závislosti

Zneužívání návykových látek je velkým tématem terapeutických komunit. Vychází z toho, že zneužívání návykových látek je projevem, nikoliv podstatou poruchy.

10.3 Terapeutické komunity v dnešní podobě

Principy terapeutických komunit se ověřily jako optimální při práci s drogově závislými klienty, s lidmi poruchami osobnosti a s lidmi s psychózami. Kalina (2008, s. 53) uvádí, že v současné době existují čtyři druhy zařízení, které terapeutickou komunitu využívají. Je to zařízení, které aplikuje přístup terapeutické komunity, terapeutické komunity v původním slova smyslu, bezdrogové terapeutické komunity a alternativní instituce či antipsychiatrické komunity.

10.3.1 Zařízení, které aplikují přístup terapeutické komunity

Tato zařízení vede odborný personál, ale jeho úloha je pouze ve vytváření příznivé atmosféry ve které mají klienti důvěru a přebírají odpovědnost a iniciativu. Je v nich velký prostor pro komunikaci mezi klienty a personálem, hierarchie zde není příliš patrná na první pohled.

10.3.2 Terapeutické komunity v původním slova smyslu

Všechna rozhodnutí, která se týkají terapie, jsou sdílena celou komunitou. Nejčastěji se zabývají klienty s těžkou poruchou osobnosti. Tyto komunity jsou příkladem demokratického typu komunit.

10.3.3 Bezdrogové terapeutické komunity

Personál těchto komunit většinou sám prošel podobnou komunitou. Tento typ komunit se téměř výhradně zabývá klienty s drogovou závislostí. Komunity pro klienty se závislostí mají v dnešní době největší tendenci se rozvíjet.

10.3.4 Alternativní instituce, antipsychiatrické komunity

Tyto komunity jsou jako alternativní k léčbě v psychiatrické klinice. Jsou založeny na duchovních, morálních a sociálních aspektech. Klienti jsou příslušníky silné víry, nebo vyznavači stejné filozofie. V komunitě se klade důraz na rovnocenné postavení všech klientů.

10.4 Model SUR

System psychoterapeutického výcviku je spojen se třemi jmény – Skála, Urban, Rubeš – jejich iniciály mu dali jméno – SUR. Jedná se o spojení výcviku ve skupinové psychoterapii v podobě velké skupiny, komunity, pracující na principech demokraticky laděné terapeutické komunity.

Mezi jeho hlavní principy patří: Terapie či výuka probíhá ve velké skupině – komunitě, v té jsou 2-4 skupiny, každá ze skupin má 8-12 členů. Při výběru by se měly skupiny skládat z rovnoměrného počtu žen a mužů, jinak je spíše vhodné, aby ve skupině byli lidé různého věku, profesí, zájmů, názorů, postojů a přesvědčení. Každou skupinu vedou dva terapeuti – muž a žena, komunitu vede jeden vedoucí. Výcvik trvá obvykle pět let, minimálně 500 výukových hodin.

Během dne se střídají aktivity komunity a skupin. Vedoucí komunity v pravidelných intervalech navštěvuje skupiny. Výcvikový tým si navzájem poskytuje vzájemnou supervizi. První výcviková skupina zahájila svou činnost v roce 1967. (Kalina, 2008, s. 70)

10.5 Život v terapeutické komunitě

Terapeutická komunita by měla být místem, kde dochází ke změně. V tom je její smysl. Měla by tam panovat neformální a otevřená atmosféra, mělo by být přesně určeno místo setkávání skupin a komunity, klienti by měli sdílet společnou práci a volnočasové aktivity, udržovat zařízení v chodu. Klienti by měli mít možnost podílet se na rozhodování a plánování společného programu. Klienti komunity by měli vyznávat alespoň přibližně stejné hodnoty a myšlenky a mít v jádru stejný cíl.

10.6 Pravidla a normy terapeutické komunity

Každá komunita může mít svá vlastní specifická pravidla a normy. Jedním z nejdůležitějších pravidel a vlastně i úkolem komunity je zajištění bezpečí, bezpečného prostředí pro klienty.

Bezpečí:

Každý klient komunity by měl cítit, že je v bezpečné prostředí, měl by cítit otevřenost, důvěru, že může otevřeně hovořit o svých problémech s vědomím, že jeho slova se „nedostanou“ ven ze skupiny či komunity.

Informace, které se řeší na skupině, by zase neměly (pokud s tím klient, kterého se to týká, nesouhlasí) proniknout do celé komunity.

Klient by neměl vytvářet koalici například s dalším členem skupiny, ale měly by sdílet své problémy s ostatními a zabránit tak tzv. paraskupinové či parakomunitní komunikaci.

Sexuální a intimní vztahy:

V komunitě platí zákaz navozování sexuálních vztahů. O svých fantaziích, blízkosti či přitažlivosti by se ale mělo hovořit.

Dodržení časového rámce:

Klient je povinen dodržovat všechny předem určené časy, účastnit se programu v celém jeho rozsahu.

10.7 Výstup z terapeutické komunity

Obecně platí, že by se klient během terapie v komunitě neměl zabývat tím, co přijde po opuštění komunity a měl by se zabývat tím, co se děje teď, tady a v komunitě. Zároveň ale do cílů terapie patří, že změny, které nastanou a naučení nových vzorců chování a prožívání, by měly být reálné a lze je aplikovat i v běžném životě, mimo komunitu. Po opuštění komunity by mělo dojít k udržení všech změn, vztahů a chování, morálních hodnot, k nimž došlo během terapie. Patří sem samozřejmě i abstinence.

10.8 Indikace pro léčbu v terapeutické komunitě

Profil klienta, který je vhodný pro léčbu v komunitě:

- U klienta se předpokládá, že může snadno dojít k relapsu; u závislých klientů předpoklad akutní intoxikace či rozvoj abstinčních příznaků.

- Klient není dostatečně přesvědčen o tom, že se chce a dokáže vyléčit a je nutné mu poskytnout podporu a ukotvení.
- Původní prostředí je pro klienta značně nevhodné – jedná se o drogové prostředí, partnerské vztahy či nefunkční rodinu.
- Léčba je komplikovaná zdravotními nebo psychologicko-psychiatrickými komplikacemi, kdy je terapie v komunitě může nějak ovlivnit.

Pro správnou indikaci se ještě před přijetím provádí komplexní zhodnocení klienta a rozvaha o jiných alternativních možnostech, které by odpovídali jeho stavu a možnostem.

(Kalina, 2008, s. 184)

10.9 Kontraindikace pro léčbu v terapeutické komunitě

Klient by neměl být do komunity přijat, pokud představuje riziko pro ostatní členy, pokud je pro něj pobyt v komunitě spojen se zdravotním rizikem či je ohroženo jeho bezpečí. Léčba je kontraindikovaná pro klienty s mentální retardací, pokud nejsou schopny rozumět pojetí komunity. Kontraindikací je i klient, který již v jiné či stejné komunitě byl a prodělal relaps.

Klient, který je aktuálně pod vlivem návykových látek není také přijat do komunity. Při přijetí se provádí test na drogy a orientační dechová zkouška. Klient by měl mít za sebou detoxikační léčbu.

Praktická část

V praktické části je použit kvalitativní výzkum. V této části je popsán strukturovaný program v terapeutické komunitě, jsou zde popsány aktivity pro skupinovou terapii a následují 3 kazuistiky klientů terapeutických komunit. Každá kazuistika se týká buď jiné terapeutické komunity, nebo se týká klientů s různou indikací pro přijetí do komunity.

S kvalitativním výzkumem jsou spojeny i výzkumné otázky, na které práce odpoví v závěru po následném zpracování získaných informací.

Výzkumné otázky:

- Které psychoterapeutické přístupy jsou nejvhodnější pro klienty komunit?
- Jaké jsou možnosti psychoterapie u klientů terapeutických komunit?
- Jaké je reakce klientů na terapeutické metody používané v dané komunitě?

Informace, které byly použity do kazuistik, byly získány po souhlasu klientů terapeutické komunity Advaita, z.ú. a terapeutické komunity Mýto. Použité údaje byly získány od samotných klientů, nebo z jejich dokumentace.

Strukturovaný program terapeutické komunity

Popis časového harmonogramu a činností komunity se může mírně lišit v konkrétních komunitách. Rámcově ale bývá velmi podobný. V ranních hodinách v čase, který si komunita stanoví, dochází k buzení všech členů komunity. Velmi často se den předem zvolí jedna osoba, která komunitu ráno probudí. Po buzení následuje rozcvička, vedená klientem. Po snídani nastupuje první setkání komunity, tzv. ranní komunita. Na ranní komunitě dochází k reflexi z předchozího dne, plánuje se denní program, řeší se organizační záležitosti. Komunikace probíhá před celou komunitou včetně personálu. Po komunitě obvykle dostává prostor skupinové setkání a práce ve skupině. Může dojít k využití pracovní terapie. Následuje oběd a osobní volno klientů. Je jen na nich, jak tento čas využijí. Po volnu se opět pracuje buď ve skupině, nebo v komunitě. Obvykle jsou po sobě dvě skupinová setkání, nebo kombinace komunitní práce s prací se skupinou. Po večeři se nejčastěji sejde opět celá komunita, večerní program se nazývá Klub. V klubu zpravidla dochází k odlehčení formou hry a zábavy.

Během setkání celé komunity je nutné, aby se zde vyřešilo co nejvíce organizačních bodů a došlo k výměně co nejvíce informací. Při komunitním setkání se vytváří pocit soudržnosti a pospolitosti. Dochází zde ke společným rozhodnutím a k práci v týmu. Práce ve skupinách sebou nese výhodu menšího počtu klientů, to může někdy odlehčit situaci, pomoci odložit zábrany, které někdy klient může mít ve společnosti celé komunity. Skupina má nejčastěji podobu zpovědi, kdy klient mluví o svém problému. Téma si volí sám, mluví o čem chce, jak to cítí, co ho tíží. Reaguje na otázky dalších členů skupiny, na vzájemné interakce. Terapeut je nejčastěji v roli pozorovatele, v případě potřeby terapii pouze směřuje, uklidňuje či doplňuje poznatky z reakce na klientovo sdělení. Pracovní terapií si klient obnoví nebo získá pracovní návyky a je to vhodný prostředek pro resocializaci. Práce je nezbytnou činností pro fungování komunity, stejně jako v reálném životě.

Do programu komunity bývají zapojeny i různé rituály, které opět vyvolávají jistou soudržnost mezi klienty. Nejčastěji se jedná o rituály při příchodu či odchodu klientů či významných událostech.

Kazuistika 1

Klient terapeutické komunity pro drogově závislé klienty, iniciály F.R., ročník narození 1997, v kazuistice bude označován jako Filip. Vztahy uvnitř jeho rodiny byly vždy velmi problematické, časté hádky v rodině, střídavé odchody a návraty otce, občasná přítomnost jiného partnera matky. U otce zanedbávající rodičovský styl, matka byla ve výchově dětí přísná, často však nedůsledná, neměla na děti dostatek času. Rodina žije v pavlačovém domě. Nejstarší bratr byl trestán pro krádež a přepadení, drobné delikty se objevily i u otce a matky. Rodina je pod stálým dozorem sociální kurátorky. V domácnosti se často střídá počet členů. V malém bytě žije rodina pohromadě někdy i s babičkou, jindy se odstěhuje otec a místo něj je zde nový partner matky. Chybí denní režim a řád, což se podepisuje na psychickém stavu Filipa. Volný čas tráví v prostorách pavlačových domů v okolí bez jakéhokoliv dozoru a kvalitní náplně volného času. Filip se necítí v místě bydliště v bezpečí, otcem je nabádán, aby se v případě konfliktů nebál použít i hrubé násilí.

Filip se narodil s nízkou porodní hmotností, diagnostikováno ADHD, hyperaktivita. V předškolním věku spíše plačtivý, konfliktní, těžko si zvykal na změny, nepravidelný denní režim, neklidný spánek. Školní docházka byla doložena. Ve školním věku pak nadměrná mrzutost, podrážděnost, zvýšená unavitelnost, výrazná hyperaktivita, neschopnost soustředění a ovládní emocí, agrese, časté afekty, časté konflikty s dětmi, byl mrzutý, plačtivý, neschopný zapojit se do kolektivu vrstevníků. Na prvním stupni byla Filipovi diagnostikována dyslexie, dysgrafie, dysortografie a dyskalkulie. Požadavky základní školy nezvládal s velkými úspěchy. Od čtvrté třídy se objevují výrazné problémy v chování, agrese, nedůvěřivost, podrážděnost. Potřebuje individuální pozornost a podporu. Časté afekty, záškoláctví. Částečně se situace lepší po každém zásahu ze strany školního psychologa a sociálních pracovníků. To ale nemá dlouhé trvání.

Asi od dvanácti let Filip velmi často začíná trávit čas mimo domov, vyhledává společnost starších přátel a velmi brzy, ve 14 letech, zkouší nejprve marihuanu, později pervitin. Nejdříve ve sniff formě, později i injekční aplikaci.

Jeho závislost trvá šest let, sám se pokouší několikrát abstinovat, vždy se ale k užívání drog opět vrací. V drogách vidí svobodu, chvíli kdy může být sám sebou, kdy to je on. Na drogách může všechno, vše si může dovolit. Takto odpovídá na otázku, co mu drogy dávaly.

Po šesti letech závislosti, při denní intravenózní aplikaci pervitinu, vidí možnost léčby v terapeutické komunitě, kam si podává žádost o umístění a do které je následně přijat.

I když byl do komunity přijat ze své vlastní vůle a o léčbu stál, bylo pro něj velmi obtížné, přizpůsobit se pravidlům komunity, odmítal program, a jak sám říkal, terapie mu zpočátku vůbec „nesedla“. První dny se ale zdálo, že bude v komunitě spokojený. Viděl kolem sebe lidi s podobným problémem a pocity. Dostával čas a prostor k orientaci v komunitě a první dny nemusel plnit žádné povinnosti. Po rituálním uvítání v komunitě následovala skupinová terapie, „životopisná skupina“, kde měl Filip sdělit ostatním klientům komunity svůj příběh. Bylo to pro něj velmi obtížné, psychicky vyčerpávající. Během tohoto sezení i Filip začal uvědomovat, jaký žil život a co ho vůbec k užívání drog vedlo. Tento zážitek Filip uvedl při otázce, která část terapie pro něj byla od přijetí do komunity ta nejtěžší. Nikdy nebyl nucen reflektovat svůj život a otázkám, z jakého důvodu je z něj narkoman, se snažil vyhýbat.

Hodně intenzivně bojoval prvních pár týdnů s velkou chutí na drogu. Byly to stavy, kdy dokázal někdy i několik hodin intenzivně přemýšlet, jaké by to bylo, kdyby byl pod vlivem pervitinu. Tyto stavy naštěstí dokázal detekovat a snažil se je řešit. Sám několikrát svolal mimořádnou skupinovou terapii, kde svůj problém a myšlenky prezentoval a po které ve většině případů chuť na drogu odezněla. Velmi mu pomohlo i vědomí, že tyto pocity a chutě nemá sám a že i ostatní klienti, také drogově závislí, si podobnými stavy prošli.

Filipovi nevyhovovaly pracovní terapie. Vzhledem ke svým diagnózám ADHD a hyperaktivitě mu dělalo potíže vydržet celý blok vydržet pracovat na jedné věci. Byl neklidný a roztržitý po velmi krátkém čase a v začátcích pobytu v terapeutické komunitě byly právě pracovní terapie, které mu vyvolávaly chuť po droze.

I přes počáteční značně obtížné začlenění do komunity jeho další průběh terapie probíhala bez větších kolizí. Po ukončení počáteční fáze byl velmi brzy zvolen vedoucím týdně za všechny klienty. Nově nabitá zodpovědnost a pocit důležitosti pro něj pocitově znamenal opět krok vpřed. Potlačily se tím jeho počáteční pocity zbytečnosti, které v prvních dnech abstinence prožíval. Neměl moc rád individuální terapie. Nevyhovovalo mu, že neslyší reflexe ostatních členů komunity a nezvládal moc pocit, že je tam jen on a terapeut.

Před ukončením pobytu v komunitě to zdůvodňoval tím, že se mu nelíbilo být tak blízko pravdy a vyslovovat jí nahlas a následně mít na dané situace vlastní reakci a pohled. Během pobytu v komunitě si Filip nejvíce oblíbil ranní komunitu, kde vždy probíhaly reflexe z minulého dne. Zajímala ho také práce se sny. Z jejich analýzy si vždy odnášel nejvíce poznatků.

Během pobytu v komunitě ho několikrát navštívili rodiče. Jejich návštěvu ale nevnímal jako přínos, připomínala mu drogové období, a proto je požádal, aby spolu udržovali pouze písemný kontakt.

Pobyt v terapeutické komunitě ukončil po 15 měsících po dohodě s terapeutickým týmem. Po skončení jeho pobytu dál navštěvoval individuální psychoterapii. Našel si zaměstnání a bydlení. Již během pobytu v komunitě navázal vztah se svojí partnerkou. K relapsu u něj nedošlo, k drogám se již nikdy nevrátil. V současné době se do terapeutické komunity vrátil kvůli spolupráci s terapeutickým týmem, má zájem o práci externího terapeuta a pomáhat tak dalším klientům se závislostí na drogách.

Zhodnocení kazuistiky 1

Klient terapeutické komunity Filip prošel standardní léčbou v terapeutické komunitě. Absolvoval ji v plném rozsahu, byl součástí kompletního programu, který komunita nabízí. Léčbu úspěšně dokončil. Došlo u něj k navození požadované změny, k utvoření a hlavně ukotvení postojů v životě. Vyrovnal se se svými vztahy v rodině, z jejich patologie nejspíše pramení jeho závislost na drogách. Prošel si několika fázemi léčby, objevily se metody, které mu nebyly příjemné a nepůsobily na něj dobře. I to je ale smysl psychoterapie. Vyhledávat traumata z minulosti, číst z nich a znovu je v podstatě prožít, aby bylo možné naučit se na ně zareagovat jiným způsobem chování, jednání a prožívat u toho jiné emoce. V této komunitě se dává velký význam dětství, zkoumá se klientovo nevědomí a předpokládá se, že z těchto věcí se vychází klientovo chování a jednání v dospělosti. Lze tedy říct, že tento typ komunity je spíše psychoanalyticky orientován, pracuje také hodně se sny. Důležitým faktorem, který vede k úspěšné léčbě, je i systém demokraticky laděného prostředí. Pozitivní účinek má určení rolí, které bude klient zastávat, které sebou mohou nést jistý druh zodpovědnosti – v tomto případě třeba vedoucí práce v komunitě. Důležitým faktorem se zdá i to, že si klient kdykoliv, v případě potřeby může svolat skupinu a rozebrat svoje aktuální pocity.

Asi v půlce jeho terapie, po dohodě s psychoterapeutickým týmem, byla do terapie zapojena i rodina Filipa, oba rodiče. V rámci rodinné terapie docházelo k interakci mezi synem a rodiči, analyzovaly se patologické situace, které se v jejich rodinném prostředí odehrávaly. V prvních hodinách této terapie vedl komunikaci hlavně sám Filip, měl potřebu rodičům sdělit hodně informací. Terapeut musel jeho iniciativu mnohdy až „brzdit“. Později se během této metody vedla již vyrovnaná konverzace mezi všemi jejími členy.

Pro Filipa byl zcela správně zvolen tento typ terapie. Zařazení do komunity se ukázalo jako vhodná léčebná metoda, která vedla k abstinenci, životu bez drog, ale také k ukotvení, k nalezení sebe sama, životních hodnot a cílů.

Kazuistika 2

Pacientka je V.K., v kazuistice bude označována jako Věra, ročník narození 1977, která se již 10 let léčí s těžkými depresemi a neurózou. Před několika lety u ní byla diagnostikovaná schizofrenní porucha. Absolvovala čtyři terapeutické pobyty v psychiatrické léčebně, po kterých nastalo krátkodobé zlepšení, i několik krátkodobých hospitalizací při aktuálním zhoršení stavu. Nerozuměla si se svým psychiatrem, vždy měla pocit, že její potíže jistým způsobem bagatelizuje. Napadlo ji, že může mít pravdu a že třeba nemusí užívat medikaci. Léky proto neužívala pravidelně. Deprese se ještě více rozvinula v době rozvodu s manželem, který díky podnikání nadělal také spoustu dluhů. Věra se cítila často unavená, v práci se jí dělalo nevolno, bála se chodit mezi lidmi. Po dlouhodobé pracovní neschopnosti nakonec dostala invalidní důchod. Nyní má mnohdy potíže postarat se o běžný chod domácnosti. Často si ani neuvaří, nemá sílu si uklidit. Ze strany rodičů a syna je často kritizována, že je líná, vymýšlí si a myslí jen na sebe. Celou dobu je v péči psychiatra a užívá antidepresiva. Střídají se u ní období, kdy se cítí lépe a je schopná docházet do klubu pořádaného organizací pracujících s duševně nemocnými, s obdobími, kdy ze svého bytu nevychází a činí jí potíže i zvednout telefon. Stále si vyčítá to, v jakém je stavu, chtěla by to změnit. Určitou stabilní oporu nachází v patientské skupině u sociálních pracovníků, kteří ji nekritizují. Tam na sebe dovede přijmout i určitou zodpovědnost za organizaci společných volnočasových aktivit. Na druhou stranu jí podle vlastních slov chybí kontakt se zdravou populací. Před nástupem do komunity se její stav výrazně zhoršil, Věra nebyla schopná provádět běžné denní činnosti a cítila, že takhle již nemůže dál žít. Svůj stav konzultovala se svým ošetřujícím psychiatrem. Nastoupila léčbu do terapeutické komunity, do které byli přijímáni klienti s poruchami osobnosti. Ihned po přijetí do komunity se její stav subjektivně velmi zlepšil. Cítila se tam dobře, v prostředí kde jsou klienti s podobným problémem. Najednou se necítila jiná. Věra velmi dobře reagovala na terapii, která byla spojena s farmakologickou léčbou.

Preferovala zpočátku pouze individuální terapii, ale postupně si na přítomnost ostatních klientů zvykla a komunikace v rámci celé komunity jí nečinila problém.

V rámci komunity často probíhala skupinová psychoterapie, ve které se využívalo psychodrama. Věra se často dostávala do situací, kdy byla vyzvána k přiblížení situace z běžného života ostatním klientům. Obraz, který jí psychodrama nabídlo, jí zpočátku nedával příliš velký smysl. Musela po skončení terapie často přemýšlet nad proběhlou situací. Nedokázala ani přijmout reflexe ostatních klientů. Situace vždy viděla jinak, než jí ostatní nabízeli. Potřebovala více času, aby si uvědomila, že reakce ostatních klientů jí nabízejí různé pohledy a uvědomila si, jak se v těch situacích doopravdy cítila. Vracely se jí situace ze života, které si příliš připomínat nechtěla. Komunita jí byla přínosem i v pravidelném užívání léčiv. V běžném životě se jí stávalo, že na léky zapomínala nebo je neužívala vědomě, protože si myslela, jak sama uvedla, že to třeba půjde i bez nich. V komunitě přijímala návštěvy rodiny, ty jí byly velmi prospěšné. Během celého pobytu v komunitě cítila velkou soudržnost komunity, bylo to pro ni bezpečné prostředí. V žádném takovém se vlastně nikdy necítila. Ze strany terapeutů cítila velkou empatii a komunita pro ni byla důvěrným prostředím.

Na pravidelné medikaci a vlivem terapie byla velmi brzy u Věry ukončena léčba. Komunitu opustila po 6 měsících léčby. Docházela ambulantně na individuální terapii po změně ošetřujícího psychiatra.

Zhodnocení kazuistiky 2

Terapeutická komunita v případě druhé kazuistiky byla směřována kognitivně-behaviorální psychoterapií. Klientka trpěla schizofrenní poruchou, s depresemi a neurózami. Bylo pro ni obtížné zvládat běžný život. Neužívala medikaci a její stav se postupně zhoršoval.

Po rozvodu manžela už nebyla situace zvládnutelná. Hospitalizována byla opakovaně, krátkodobá léčba jí nikdy na dlouho nepomohla. Sama se rozhodla k pobytu v terapeutické komunitě. I přes počáteční obavy z většího počtu lidí (do této chvíle znala pouze individuální psychoterapii a krátkodobé terapie v rámci hospitalizace) na léčbu reagovala velmi dobře. S užíváním medikace neměla v komunitě žádný problém, z klientů nebyla jediná, kdo užíval léky, proto se jim nebránila. Po prvních dnech sama několikrát vyslovila myšlenku, že si není jistá, zda je pro ni terapeutické komunita vhodným typem zařízení. Nebyla zvyklá na terapii ve skupině a to jí bylo zpočátku nepříjemné. Nechtěla slyšet ani postřehy ostatních klientů, kteří se k ní snažili proniknout. Velmi brzy ale tyto obavy zmizely a začalo docházet k pozitivní změně. Bylo pro ni důležité pochopit, že za její stav nemůže ona nebo její manžel, ale že trpí psychiatrickou diagnózou a že prací sama na sobě může její projevy zmírnit, naučit se je zvládat a vrátit se do běžného života.

V terapii klientce pomohla i rodinná terapie, na kterou byl přizván syn. Prošel s matkou několik hodin rodinné terapie. Docházelo mezi nimi k zajímavým interakcím z jejich života.

Zaměření komunity a terapeutické metody, které byly uplatňovány a byly vhodně zvoleny. Ke zlepšení stavu vedlo i pravidelné užívání medikace. V ambulantním léčení bude po celý život, ale léčba v terapeutické komunitě ji umožnila návrat do běžného života, začlenění se do společnosti, zvládání běžných životních situací, zvládání konfliktů, naučit se žít se svou nemocí a pracovat sama na sobě, naučit se rozumět sama sobě.

Kazuistika 3

Anamnestické údaje byly získány anamnestickým rozhovorem. Jedná se tedy o autoanamnézu. Nejprve byla navozena přátelská atmosféra v příjemném prostředí kanceláře u vedoucí terapeutické komunity. Klient J.M., narozen 1990, v kazuistice bude označován jako Jan, byl seznámen s účelem anamnestického rozhovoru a souhlasil s tím, aby byla na základě jeho údajů zpracována kazuistika. Na začátku byly položeny úvodní otázky a poté se Jan sám rozpovídal. Jeho vyprávění jsem naslouchala a zapisovala. Nakonec byly položeny otázky doplňující. Jedná se tedy o autoanamnézu, získanou nedirektivním způsobem rozhovoru. Některé údaje mohou být zkreslené.

Jan se narodil ve městě. Nemá žádné sourozence. Je tedy jedináčkem. Absolvoval základní školu, kterou ukončil sedmou třídou. Nebyl zdatným žákem. Škola ho nebavila, požadavky školy posuzuje jako zbytečně náročné. Poté se vyučil v oboru stavební výroba. Střední odborné učiliště navštěvoval dva roky, nikdy však své povolání nevykonával. Žil v úplné rodině do svých šesti let. Po rozvodu rodičů byl soudně svěřen do péče matky. Matka si našla nového druhu, který jí s výchovou pomáhal. V 10 letech byl umístěn do diagnostického ústavu a po 2 měsících byl přemístěn do dětského domova. V dětských domovech a výchovných ústavech pro mladistvé byl až do 18 let. První návrh na umístění do diagnostického ústavu podala sociální kurátorka pro děti a mladistvé. Matka výchovu nezvládala. Jan řádně nedodržel docházku základní školy a bylo u něj zjištěno užívání drog. Prvním kontaktem s drogou pro něj byla zkušenost s čicháním toluenu. Toluen zneužíval přibližně 6 měsíců. Další zkušenost s drogou měl již ve výchovném ústavu pro mladistvé. Ve 14 letech začal s injekční aplikací pervitinu a heroinu. Denní spotřeby sám uvedl: 1g pervitinu a 0,5g heroinu. V 18 letech po propuštění z výchovného ústavu se vrátil ke své matce. Matka v té době žila již sama. Jan se k ní nastěhoval. Po nějaké době si matka našla přítele, který poznal, že bere drogy. Následně nastaly problémy s matkou. Vztahy s druhem matky sám hodnotí jako problémové. Nechodil do práce, peníze na drogy sháněl různě, dostával je částečně od matky. Některé drogy se daly sehnat zdarma, jiné velmi levně.

Když měl velký nedostatek peněz, začal páchat trestnou majetkovou činnost. Přespával na různých nádražích, nebo u svých kamarádů. Jeho přátelé jsou též drogově závislí jedinci. Mají tudíž společné „zájmy“: drogy, peníze a navštěvování různých barů a diskoték. V přítomnosti svých přátel nepociťoval ztrátu své matky. Po pravomocném odsouzení byl umístěn do věznice, kde vykonával tříletý trest odnětí svobody. Tvrdí, že v průběhu výkonu trestu nebral žádné drogy. Neměl žádný kontakt se svou matkou. Po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody se vrátil ke svým kamarádům. Dva měsíce po propuštění z vězení pobýval v psychiatrické léčebně Dobřany, kde měl nařizenu ústavní léčbu z důvodu sebepoškozování v odvykacím programu. Po skončení hospitalizace v léčebně si podal žádost na umístění do terapeutické komunity. Velmi brzy bylo uvolněno mužské místo a mohl tak začít léčbu v návaznosti na pobyt v psychiatrické léčebně. Terapeutické komunitě se zpočátku vysmíval a postoj k ní měl velmi nepřístupný. Neměl rád komunitní setkání, vadila mu relaxační terapie. Na otázku, který moment pro něj byl nejvíce nepříjemný, odpověděl, že mu vadila muzikoterapie. Při zvucích hudebních nástrojů ho rozbolela hlava, závislost na drogách má spojenou s hudbou, a následovala velká chuť po droze. Během prvních tří měsíců se naučil s těmito pocity pracovat a mluvit o nich na skupině. Ne příliš dobře zvládal otázky, které se týkaly jeho dětství. Neuměl se vcítit do svých dětských pocitů a hovořit o období, než začal užívat drogy. Terapie u něj vyvolávala mnohdy až nepříjemné pocity, necítil se dobře i fyzicky. Stále více se uzavíral do sebe a postupně ztrácel kontakt se zbytkem komunity. Ta se zpočátku snažila Jana motivovat ke komunikaci, ze strany terapeutů byla velká snaha o zapojení Jana do komunity. V terapeutické komunitě pobýval 6 měsíců a poté dobrovolně komunitu opustil. Abstinovat vydržel tři měsíce, docházel do ambulantní péče stejného zařízení. Po třech měsících u něj proběhla první aplikace pervitinu. K této skutečnosti se přiznal během individuální terapie. Od té doby zařízení nenavštívil.

Zhodnocení kazuistiky 3

Příběh klienta z poslední kazuistiky je příkladem, kdy je třeba si uvědomit, že pobyt v terapeutické komunitě je třeba učinit ve správný čas. Je třeba vhodně zvážit, kdy je správná doba na přijetí klienta. Tento faktor posuzuje terapeutický tým při přihlášení klienta do terapeutické komunity. Velmi důležitá je tato úvaha zejména u klientů s drogovou závislostí. Klient by měl být již po prodělané detoxikační léčbě a měl by abstinovat již nějaký čas. Neměl by být přijímán do komunity s aktuálním užíváním návykových látek a nevyjasněným postojem ke své závislosti. Je ale zřejmé, že ne vždy je snadné tento fakt rozpoznat. Režim komunity nemusí být pro všechny klienty vhodný. Někteří z nich do terapie nastupují s přesvědčením, že se za krátkou dobu zbaví své závislosti s pomocí terapeutů a oni sami pro to nebudou muset mnoho udělat.

Tento klient velmi špatně reagoval na metody psychoterapie, které se v této komunitě aplikují. Zaujala mě i jeho fyzická nevolnost například po muzikoterapii. Jak sám uvedl, vyvolalo to v něm velmi nepříjemné pocity včetně bolestí hlavy, kterých se nemohl potom snadno zbavit. Psychoterapie může mít, zejména zpočátku, i takové účinky.

Smysl každého komunitního systému a skupinové terapie je práce člověka sama na sobě. Je třeba se dostat ke svému jádru a ke svým pocitům. Úkolem terapeuta je někdy tuto dovednost umět navodit, pomoci k ní a nasměrovat k tomu zejména ty klienty, pro které je to obtížné.

Závěr

Téma Využití psychoterapie v terapeutické komunitě bylo téma velmi rozsáhlé. V tomto ohledu se práce psala velmi snadno. Psychoterapie je velmi rozsáhlý obor, týká se ho široká škála literatury, periodik i internetových zdrojů. Nebylo proto těžké shromáždit materiály a podklady ke psaní bakalářské práce. Během psaní se rozsáhlost tématu ale ukázala jako drobná nevýhoda. Téma je tak moc obsáhlé, že se často stávalo, že bylo obtížné vybrat, jakou část a jaká témata do práce vložit, která jsou důležitá více a která méně. Psychoterapie je obor, který v sobě zahrnuje mnoho směrů a přístupů, v moderním pojetí jsou její možnosti opravdu rozsáhlé. Obtížně se práce zpracovávala i proto, že se týkala dvou velkých témat – psychoterapie a terapeutické komunity.

Práce pomáhá s orientací v tom, co vlastně psychoterapie je, vymezuje obor a její využití. Snaží se shrnout nejdůležitější poznatky z odborné literatury. Zpracovává fungování terapeutických komunit a věnuje se klientům komunit. Stáže ve dvou terapeutických komunitách byly při psaní práce zdrojem informací. Bylo třeba poznat, jak vůbec taková komunita funguje, jak léčba v ní vypadá a jak v nich psychoterapie probíhá. Komunity byly i zdrojem informací o klientech a byly použity v kazuistikách v praktické části práce. Práce s klienty byla velmi zajímavá, byli vstřícní k poskytování informací a spolupracovali. Nevadila jim ani přítomnost dalšího člověka na programu a během terapií. K tvorbě kazuistik byla využita i dokumentace klientů komunity, po souhlasu samotných klientů i terapeutů.

Z kazuistik je zřejmé, že terapie v terapeutické komunitě může probíhat pod obrazem různých psychoterapeutických směrů a metod. Je možné využít v podstatě téměř všechny přístupy. Záleží, jakou skupinu klientů v komunitě máme k dispozici, ale jinak jsou naše možnosti vedení terapie rozsáhlé. Z pohledu klienta je hodnocení terapeutických metod velmi subjektivní. Každý klient může vnímat individuálně použité metody, co vadí jednomu, může vyhovovat druhému a naopak. Je třeba brát na zřetel individuálnost každého klienta a v rámci možností volit vhodnou terapeutickou metodu. I díky tomu může terapie vést k úspěšnosti.

Z kazuistik vyplívá, že ne vždy je léčba úspěšná a klient ji dokončí. Je velmi podstatný výběr klientů a zhodnocení, u koho se dá předpokládat, že léčbu úspěšně ukončí. Terapeutický tým tomuto kroku věnuje velkou pozornost.

Osobnost terapeuta je téma, které je v práci také podrobně popsáno. Je chápán jako pracovník pomáhajících profesí a jsou na něj kladeny velké nároky. Psychoterapie může sama o sobě také uškodit, pokud je prováděna neodborným přístupem a proto je osobnosti terapeuta věnována kapitola práce.

Z práce vyplívá, že psychoterapie je velmi cennou metodou s širokou škálou využití. Její uplatnění v modelu terapeutických komunit je nezastupitelné.

Tato bakalářská práce shrnuje poznatky týkající se uplatnění psychoterapie v terapeutických komunitách. Některých témat se kvůli jejich rozsáhlosti věnuje pouze okrajově, jak je k tématu dostačující. Zahrnuje kazuistiky klientů komunit. Kterými se zabývá v praktické části.

Seznam použitých zdrojů

Seznam použitých českých zdrojů

BENDOVIÁ, Petra. *Vybrané kapitoly z psychopedie a etopedie nejen pro speciální pedagogii*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 137 s. ISBN 978-80-7435-423-6.

DOWN, Viers. *Aktivity pro skupinovou psychoterapii*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 261 s. ISBN 978-80-7367-790-9.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014, 231 s. ISBN 978-80-247-5046-0.

GRAWE, Klaus. *Neuropsychoterapie: nové přístupy k terapii na základě poznatků neurovědy*. Praha: Portál, 2007. 488 s. ISBN 978-80-7367-311-6.

HLAĎO, Petr. *Úvod do pedagogického výzkumu pro učitele středních škol*. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2011, s. 82. ISBN 978-80-7375-544-7.

KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 527 s. ISBN 978-80-247-4361-5.

KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 394 s. ISBN 978-80-247-2449-2.

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 261-267. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Jak vypracovat bakalářskou a diplomovou práci*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2015. 80 s. ISBN 978-80-7452-106-5.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Terapeutická komunita*. 1. Vyd. Praha: Academia, 1979, 122 s.

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

PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. 360 s. ISBN 978-80-262-0900-3.

RESCH, Franz a kol. *Psychoterapeutické dovednosti*. Vydání první. Brno: Emitos, 2015, 172 stran. ISBN 978-80-87171-45-5.

RŮŽIČKA, Jiří. *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě*. 1. vyd. Praze: Triton, 2011, 341 s. ISBN 978-80-7387-467-4.

SLOMEK, Zdeněk. *Etopedie*. 1. vyd. Praha: UJAK, 2010, 96 s. ISBN 978-80-86723-84-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum, 2010. 467 s. ISBN 978-80-2461-832-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL, ed. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. 615 s. ISBN 978-80-7367-682-7.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Jak se stát dobrým psychoterapeutem*. Praha: Portál, 2016. Spektrum (Portál). 192 s. ISBN 978-80-262-1104-4.

VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004, 339 s. ISBN 80-247-0723-3.

VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). 396 s. ISBN 978-80-247-1315-1.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 287 s. ISBN 978-80-247-2667-0.

Seznam použitých periodik

ZICHA, Zbyněk, 2005. Etopedie a psychoterapie. *Speciální pedagogika*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický. 2005, Roč. 15, č. 1, s. 1-10. ISSN: 1211-2720.

Seznam použitých internetových zdrojů

ADVAITA, z. ú. *Centrum ambulantních služeb*. [online]. 2017 [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: <<http://advaitaliberec.cz/centrum-ambulantnich-sluzeb/>>

WIKIPEDIE, *Sigmund Freud* [online]. 2017 [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Sigmund_Freud>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, *Zákon o sociálních službách* [online]. 2009 [cit. 2017-04-16]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Klára Rozmarová

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Využití psychoterapie v terapeutické komunitě

Rok: 2017

Počet stran textu bez příloh: 40

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 23

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 3

Vedoucí práce: Mgr. Iva Duksová