



**Skálův institut
Praha 2, Apolinářská 4**

**Závěrečné teoretické práce absolventů IV. Komunity
Sebezkušenostního pětiletého výcviku ve skupinové
psychoterapii
– zakončení v r. 2004**

OBSAH:

| | |
|--|----|
| Bolfík, M.: Následná péče a motivace při problému s drogově závislými v Doléčovacím centru..... | 2 |
| Borůvková, M.: Aplikace transakční analýzy v psychiatrické ambulanci..... | 5 |
| Cichák, D.: Význam rituálů v psychoterapii závislých dospívajících | 8 |
| Exnerová, P.: Bígl v rodinných systémech..... | 9 |
| Krutilová, D.: Psychoterapeutické aspekty při práci s rodinou s dítětem s těžkým postižením..... | 11 |
| Fiedlerová, L.: Cvičení paměti – stárnutí ke slibné budoucnosti..... | 12 |
| Habrová, I.: Individuální léčebný plán v komunitě pro drogově závislé..... | 15 |
| Hasoňová, R.: Projekt poradny drogové prevence ve věznicí | 20 |
| Heřmanová, A.: Psychologické aspekty v závislostech na návykových látkách..... | 23 |
| Holendová, O.: Použití psychoterapie u obětí domácího násilí..... | 25 |
| Jíra, P.: SVP a práce s klienty v něm..... | 27 |
| Kovaříková, J.: Relaxace, imaginace a dynamické meditace v psychoterapii závislých..... | 28 |
| Kroupová, A.: Empatie v psychoterapii..... | 30 |
| Kroupová, L.: Psychoterapeutický přínos sportovních a kulturních programů v TK pro drogově závislé..... | 31 |
| Kubínová, L.: Psychosociální rehabilitace a aktivizace seniorů v DD..... | 32 |
| Kvasnička, O.: Kartotéční klient na krizovém telefonu..... | 34 |
| Lebedová, Z.: Psychoterapeutické postupy u akutních reakcí na stress..... | 36 |
| Ludvíková, I.: Efektivní protidrogový preventivní program pro žáky II. Stupně školního věku | 38 |
| Macková, E.: Exuser v profesi terapeuta..... | 40 |
| Marková, R.: Schizofrenie a psychoterapie..... | 42 |
| Peláková, H.: Koordinace protidrogové politiky s ohledem na psychoterapeutické směry..... | 45 |
| Procházková, A.: Psychoterapie kodependence..... | 47 |
| Slámečková, J.: Specifika hospicové péče | 49 |
| Stehlíková, J.: Osobnost terapeuta a psychoterapeutický proces | 52 |
| Sumcová, J.: Zvláštnosti psychoterapie abuzu alkoholu u žen | 53 |
| Sunkovská, J.: Motivace ke změně, či léčbě u drogově závislé mládeže | 57 |
| Šedivá, D.: Specifika prevence sy vyhoření u pracovníků nízkoprahových programů | 58 |
| Tomíšková, G.: Vývoj osobnosti v psychoterapeutickém procesu | 61 |
| Vander, J.: Protidrogový preventivní program u rómské populace | 62 |
| Vopálenská, M.: Psychoterapeutický přístup v práci s dětmi v situaci rozvodu rodičů | 63 |
| Lorenz, Zbyšek: Systematická arteterapie u závislých, témata, práce s nimi | 65 |
| Dotazník pro arteterapeuty závislostí..... | 71 |
| Michlová, Jana: Možnosti psychoterapeutického přístupu kurátora ke klientovi | 71 |
| Bartošek, Pavel: Význam rodinných sezení při práci s klienty, toxikomany (15-20 let)..... | 72 |
| Červenková, Kristina: Terapie sexuálně zneužitých dětí v podmínkách SVP..... | 74 |
| Polanský, Jan : Srovnávací výzkum v oblasti nealkoholových drog mezi dětmi a mládeží..... | 76 |
| Zimová, Kateřina: Tanec – prožitek těla i mysli | 79 |
| Kašparová, Marcela: Krátká psychoterapeutická intrvence u problémového uživatele drog..... | 80 |
| Nesměráková Iva: Práce s dětmi z rodin ohrožených návykovými látkami | 82 |
| Radimecký, Josef: Model práce s rodinnými příslušníky v terapeutické komunitě | 83 |
| Simínová, Stanislava: Zneužití psychoterapie | 87 |

Následná péče a motivace při problému s drogově závislými v Doléčovacím centru Michal Bolfik

Východiska

Při psaní tohoto článku jsem měl v úmyslu popsat a přiblížit práci pomáhající profese v oblasti následné péče. Svoji zkušenost opírám o práci v Doléčovacím centru v Děčíně a znalosti problematiky podobných zařízení následné péče a intenzivního ambulantního doléčování v Praze, Olomouci a Brně.

Také chci popsat a přiblížit práci v podmínkách doléčovacího programu.

Vezmeme-li v úvahu systém pomáhajících profesí v ČR a institucí zabývajících se následnou péčí - respektive doléčováním v pomáhající profesi, musíme v systému práce s drogově závislými na samý začátek postavit AT poradny – respektive dnes i Kontaktní centra (KC), kam klienti přicházejí jako první. Zde aktivní uživatel drog nebo lépe-nemotivovaný klient přichází se zakázkou, či spíše potřebou využít služeb výměnného programu injekčního materiálu. Následně může klient v K-centru využívat služby hygienické a zdravotní. Teprve po nějaké době si klient uvědomuje jak na tom ve skutečnosti je a chce „s tím něco dělat“. Plánovaným a strukturovaným procesem-motivačním tréninkem můžeme zvýšit klientovu motivaci pro žádoucí změnu chování. Docílíme-li kýžené změny ve vytvoření kognitivního rámce pro žádoucí změnu v postoji užívání drog, můžeme následně klientovi nabídnout krátkodobou, střednědobou či dlouhodobou léčbu v zařízení typu: psychiatrická léčebna (PL) nebo terapeutická komunita (TK).

A zde si myslím, že se začíná konkretizovat klientova motivace pro léčbu a motiv pro následné doléčování po absolvování léčby v PL nebo TK (respektive opakovaném léčení po některém z neúspěšných léčení) si klient teprve dotváří. A právě takovíto klienti se dostávají do programu "DOLÉČOVÁNÍ". Motivace pro absolvování tohoto programu je u klientů různá. Důležitý však pro klienty je faktor udržení změny a prevence relapsu. Motivaci k abstinenci a způsob jejího dosažení řeší klient již v PL či TK. Terapeutické komunity rozhodně řeší také změnu způsobu života, odpovědnost za své činy a zároveň správné pracovní a zdravotní návyky. Změna způsobu života je tedy většinou již po léčbě v PL, TK nastartována, ale teprve po příchodu zpět do reality klient vnímá, že realizace tohoto cíle (tedy udržení takového způsobu života) není v původních podmínkách zdaleka jednoduché. Hlavním cílem v programu následné péče je tedy udržení abstinence a motivace k aktivní změně životního stylu tak, aby klient v reálných podmínkách v této změně "obstál". Pobytovou formou následné péče je možné chápat i jako nácvik běžných životních rolí v podmínkách blízkých standardnímu prostředí.

Při práci s klienty v Doléčovacím centru vycházíme z teoretické představy, že užívání drog je symptomem negativního vztahu k sobě a svému okolí. Lidé trpící problematikou závislosti chápeme jako jedince u nichž je narušena základní důvěra v sebe i druhé a snížena schopnost vnímat vlastní kontaktní hranice bezpečí. S tím je spojena i tendence překračovat bezpečnou hranici ve vztahu k návykovým látkám a jiným rizikovým faktorům.

Užívání drog je u klienta viditelným signálem demotivace, který považujeme za důsledek poruchy jeho mezilidských vztahů.

Program prevence relapsu nabízí v podstatě každé zařízení následné péče a intenzivního ambulantního doléčování. Program může být různý ve spektru terapeutické práce dynamických a tématických skupin až po programy chráněné práce a chráněného bydlení.

Osobní rozvoj klienta je v procesu doléčování chápán jako způsob vlastní "nové" existence ve světě, nalezení neproduktivních vzorců reagování, zjišťování, jak to co říkáme, může být v kontrastu s vlastním chováním. Klient reaguje na interpersonální situace. V konfrontaci s novým prostředím a novými problémy klient také zjišťuje nové okolnosti toho, co řeší a co je pro něho opravdu důležité. Uvědomuje si, že nastartovanou změnu svého Já je nyní třeba osvědčit v praxi, a právě toto je mu umožněno ještě v "ochranném prostředí".

Psychoterapeutické skupiny v doléčování mají většinou podpůrný charakter. V tomto ohledu zde narážíme na problém rozdílné motivovanosti pro účast na terapeutických skupinách. Tato motivace hodně záleží na tom, zda-li klient přichází do Doléčovacího centra (DC) z PL či TK.

Motivace drogově závislých je příznačná v tom, že se váže více na regulaci sebecitu než na vzájemné vztahy k druhým lidem. Většinou se klientům daří navazovat vztahy jednostranné. Možná proto, že již jako děti často nebyli milováni kvůli svým pocitům a vlastnostem, ale kvůli způsobům chování, jimž se přizpůsobovali představám svých vztahových osob. Takový klient věří, že získá lásku jen díky tomu, co dělá, nikoliv kvůli tomu, jaký je. Možná, že právě problematický přístup ke vztahovým osobám (rodiče, partneři, ...) způsobuje rozdílnou motivaci po skončení léčby absolvovat doléčovací program. Osobnost klienta k tomuto rozhodnutí a potřebě musí dozrát.

Přijetí klienta do doléčovacího centra předchází vstupní interview, jehož smyslem je nejen získání základních informací o klientovi, ale současně zjištění motivačních faktorů k léčbě a uzavření psychoterapeutického kontraktu. Klient musí prokázat minimální 3 měsíční abstinenci od drog.

Program doléčovacího centra

Jestliže můžeme motivaci definovat jako proces usměrňování, udržování a energetizace chování, které vychází z biologických zdrojů (P.Hartl) nebo motivací se uplatňuje osobnost jedince, jeho hierarchie hodnot i dosavadní zkušenosti, schopnosti a naučené dovednosti, je logickým požadavkem, aby následná péče právě tuto motivaci posilovala. Jde také o společnou péči jedinců zaměřenou k jejich ochraně tak, aby mohli vykonávat svoji společenskou funkci. Tak je tomu i v Doléčovacím centru. Co vlastně program doléčování nabízí? Pokusím vystihnout v bodech základní program, podrobnější rozbor je popsán v kontraktu, který má podobu smlouvy mezi Doléčovacím centrem a klientem.

Program nabízí:

1. **Individuální konzultace a terapie, skupinová terapie** : doléčovací program trvá 6 měsíců. Klienti docházejí na polootevřené skupiny nebo se účastní socioterapeutických programů. Tento program je rovněž nabízen ambulantním klientům. Klient je povinen omluvit svojí případnou neúčast na programu svému garantovi (klíčový pracovník, který provází klienta po dobu absolvování programu), popř. službu konajícím terapeutům. Pokud klient žádá jakoukoli aktuální změnu (tzn. nikoli trvalou) z podepsaného kontraktu, přichází napřed s nabídkou, co pro DC vykoná a schválenou nabídku uskuteční před realizací této změny.
2. **Socioterapeutické aktivity, odpolední program, společné víkendy** : se skládají z aktivit převážně orientované na odpolední hodiny. Jsou to pak různé tvůrčí dílny, arteterapie nebo také individuální sociální práce s klientem - pomoc při hledání zaměstnání mimo program DC, popř. bydlení.
3. **Chráněné bydlení** : Klient začíná žít v jiném prostředí, než byla jeho původní drogová scéna, ulice. Aklimatizace na toto prostředí je snazší a přitom mu poskytuje dostatečně "objektivní" prostor pro reálný způsob života. Pro narušené vztahy je často patové i denní soužití s kontaktovanými osobami (rodiči, původní rodina..) a navazování přirozených vztahů na jistou vzdálenost se jeví jako optimální. *Děčínské doléčovací centrum nabízí 14 klientských míst.*
4. **Chráněné pracovní programy** : Klienti po podpisu smlouvy s ÚP a statutárními orgány DC, vykonávají veřejně prospěšnou práci pro potřebu Městského úřadu v Děčíně. Jedná se především o konkrétní zakázky např. údržba travnatých ploch, celková rekonstrukce dopravního hřiště pro děti ve městě.
5. **Rekvalifikace, vzdělávání** : Klienti mohou v rámci doléčování také využít nabídky ÚP pro další osobnostní rozvoj. Blížší vymezení rekvalifikací je uvedeno ve smlouvě.

Výjimky (jsou konzultovány s vedoucím programu doléčování a garantem).

Program doléčování je rozdělen do tří fází. Podle těchto podmínek probíhá výše zmíněná spolupráce.

1. fáze (min. 3 týdny):

Terapie :

- v průběhu celého doléčovacího programu 1 konzultace s vedoucím programu doléčování
- pokud je to možné, účastní se rodiče – partneři společné skupiny, popř. individuální konzultace pro rodiče – partnery
- anamnestické šetření a dotazník vypracovaný s garantem
- každý týden konzultace s garantem (mít pečlivě připravený týdenní plán)
- účast na polootevřené dynamické skupině (vztahy, interpersonální, psychosociální pohoda – nepohoda) každý týden
- účast na tématické skupině prevence relapsu každý týden

Socioterapeutické aktivity :

- úterý a čtvrtek, víkendy : aktivní trávení volného času – min. 1-2 hod. sportovní, kulturní, popř. jiný program nebo dobrovolná pomocná činnost pro druhé postižené – podmínkou je vlastní aktivita (ve spolupráci se socioterapeuty nebo individuálně)
- společné víkendy : 2 společné víkendy, které organizují klienti (není-li organizován, určuje program vedoucí programu)

V 1. fázi je užití měkkých drog i alkoholu **zakázáno**. V případě „uklouznutí“ je situace stejná jako při relapsu s problémovou drogou a klient je povinen oznámit tuto skutečnost nejpozději do tří dnů garantovi nebo vedoucímu programu a současně to oznámit na nejbližší skupině. Užívání léků, které předepíše lékař, je klient povinen oznámit okamžitě svému garantovi a vedoucímu programu. O způsobu uložení léků bude rozhodnuto podle druhu daného léku. Užívání jakýchkoli léků bez konzultace s lékařem či vedoucím programu je nepřipustné.

2. fáze (2 měsíce)

Terapie :

- v průběhu celého doléčovacího programu 1 konzultace s vedoucím programu (přechází z 1. fáze)
- pokud je to možné, účastní se rodiče – partneři společné skupiny, popř. individuální konzultace pro rodiče – partnery (nebylo-li uskutečněno v 1. fázi)
- anamnestické šetření a dotazník vypracovaný s garantem (nebylo-li uskutečněno v 1. fázi)
- každý týden konzultace s garantem (rámcově připravený týdenní plán)
- účast na otevřené dynamické skupině (vztahy, interpersonální, psychosociální pohoda – nepohoda) každý týden, přičemž je možné zohlednit pracovní právní vztahy, které je však nutné zcela jednoznačně konkretizovat
- účast na tématické skupině prevence relapsu každý týden, přičemž je možné zohlednit pracovní právní vztahy, které je však nutné zcela jednoznačně konkretizovat

Socioterapeutické aktivity :

- úterý nebo čtvrtek : aktivní trávení volného času – min. 1-2 hod. sportovní, kulturní, aj. program nebo dobrovolná pomocná činnost pro druhé postižené – podmínkou je vlastní aktivita (ve spolupráci se socioterapeuty nebo individuálně). Na rozdíl od první fáze není aktivní trávení volného času tolik kontrolováno, ale je předpokládáno a doporučeno
- společné víkendy : 1 společný víkend ze dvou v daném období, druhý doporučen

Ve 2. fázi **není** užití měkkých drog a alkoholu doporučeno. V případě „uklouznutí“ na těchto drogách je klient povinen o této situaci hovořit se svým garantem. Při relapsu s problémovou drogou je klient povinen oznámit tuto skutečnost nejpozději do tří dnů garantovi nebo vedoucímu programu a současně to oznámit na nejbližší skupině. Užívání léků, které předepíše lékař, je klient povinen oznámit okamžitě svému garantovi a vedoucímu programu. O způsobu uložení léků bude rozhodnuto podle druhu daného léku. Užívání jakýchkoli léků bez konzultace s lékařem či vedoucím programu je nepřipustné.

3. fáze (min. 1 měsíc)

Terapie :

- v průběhu celého doléčovacího programu 1 konzultace s vedoucím programu (přechází z 1. a 2. fáze)
- pokud je to možné, účastní se rodiče – partneři společné skupiny, popř. individuální konzultace pro rodiče – partnery, před ukončením doléčovacího programu, které je spojeno s návratem k rodičům či partnerům, je doporučena min. jedna společná konzultace s vedoucím programu a garantem
- každých 14 dní konzultace s garantem
- účast na otevřené dynamické skupině (vztahy, interpersonální, psychosociální pohoda – nepohoda) každý týden, přičemž je možné zohlednit pracovní právní vztahy
- účast na tématické skupině prevence relapsu každý týden, přičemž je možné zohlednit pracovní právní vztahy
- osobní skupina před ukončením doléčovacího programu, které předchází s garantem uskutečněná společná návštěva problémových míst

Socioterapeutické aktivity :

- úterý, čtvrtek, víkendy : je doporučeno aktivní trávení volného času, tzn. min. 1-2 hod. sportovní, kulturní, ekologický aj. program nebo dobrovolná pomocná činnost pro druhé postižené
- společné víkendy : doporučeno

Ve 3. fázi **není** užití měkkých drog a alkoholu doporučeno. V případě užití těchto látek je klientu doporučeno o této situaci hovořit se svým garantem. Při relapsu s problémovou drogou je klient povinen oznámit tuto skutečnost nejpozději do tří dnů garantovi nebo vedoucímu programu a současně to oznámit na nejbližší skupině. Užívání léků, které předepíše lékař, je klient povinen oznámit okamžitě svému garantovi a vedoucímu programu. O způsobu uložení léků bude rozhodnuto podle druhu daného léku. Užívání jakýchkoli léků bez konzultace s lékařem či vedoucím programu je nepřipustné.

4. fáze (po absolvování doléčovacího programu)

- a) pro klienty dále nevyužívající chráněné programy (bydlení, práce, rekvalifikace) jsou veškeré programy dobrovolné. Je doporučena účast na polootevřené skupině.
- b) Pro klienty využívající chráněné programy jsou veškeré podmínky vymezeny statutem chráněného programu, terapie a socioterapeutické aktivity jsou doporučeny a povinná je pouze konzultace s garantem 1x za 14 dní a účast na otevřené terapeutické skupině, není-li omezena pracovními povinnostmi.

Ve 4. fázi **není** užití měkkých drog a alkoholu doporučeno. V případě užití těchto látek je klientu doporučeno o této situaci hovořit se svým garantem. Při relapsu s problémovou drogou je klientu doporučeno oznámit tuto skutečnost garantovi nebo vedoucímu programu a oznámit tuto skutečnost na skupině. Užívání léků, které předepíše lékař, je klient povinen oznámit okamžitě svému garantovi a vedoucímu programu. Užívání jakýchkoli léků bez konzultace s lékařem či vedoucímu programu není doporučeno. O způsobu uložení léků, využívá-li klient chráněné programy, bude rozhodnuto podle druhu daného léku.

Klient může být z programu vyřazen, pokud závažně poruší pravidla a dohodnuté podmínky spolupráce.

Závěr

Jací klienti vlastně do Doléčovacího centra přicházejí, jakou mají motivaci? Příjem klientů může být sebepečlivější, přesto se nedá jednoznačně určit jeho motivace. Porovnáme-li léčbu s doléčováním, musíme konstatovat, že léčba je poměrně krátká, doléčování delší. Pro naši práci je také důležité pracovat s osobní strukturalizační fází, tj. fakt v jakém prostředí se klient při vstupu do programu sám nachází. Jsou to tyto fáze: 1. Obrana, 2. Vzdor, 3. Bolest, 4. Problém jsem já (je ve mně), 5. Přijetí zodpovědnosti, 6. Sebepečlivější, jsem zdravý.

Přechody mezi jednotlivými fázemi jsou vždy kritické. Rozhraní dvou fází a přechod do fáze vyšší je vždy změnou, poznání a úspěchem pro klienta. Možná, že i tam hledáme vlastní sebeuspokojení z vlastní práce. Na samém začátku a konci časové osy však stojí klient se svým rozhodnutím pro doléčování, hledáním své motivace pro vstup do programu, klient přijímá roli, získává podporu týmu a začleňuje se do společnosti.

APLIKACE TRANSAKČNÍ ANALÝZY V PSYCHIATRICKÉ AMBULANCI MUDr. Martina Borůvková

Ústřední myšlenkou transakční analýzy (TA) je možnost osobní změny a ovlivnění vlastního života s plným přijetím odpovědnosti za jeho průběh a výsledky. Cílem transakčního analytika je svým chováním z Dospělého ego-stavu aktivizovat Dospělý ego-stav klienta, který se tak učí využívat a rozšiřovat kapacitu a schopnosti, které má jako dospělý člověk v určitém prostředí k dispozici. V průběhu terapie je kladen důraz na zvyšování vědomí klienta, čímž se zároveň zvyšuje jeho možnost volit takové způsoby chování, které mu umožní uskutečnit změny, kterých chce ve svém životě docílit.

Vzhledem k časové náročnosti terapie je možné v rámci běžné psychiatrické ambulance zaměřit se na jednoho až dva pacienty. Moje pacientka se poprvé s psychiatrií setkala v roce 1995 po suicidii blízké přítelkyně. V mé péči byla od září 1998.

Z anamnesy: 33 -letá pacientka, vdaná, matka dvou dětí - 11-letá dcera, 14 letý syn, žije s nimi a manželem ve společné domácnosti. Otec 63 letý, má polycystosu ledvin, matka 58- letá, zdráva. Má dva sourozence - 37-letý bratr, má polycystosu ledvin, sestra 27-letá, zdráva. Sama pc. má také polycystosu ledvin, až do roku 1994 byla bez obtíží, pak se ale opakovaly záněty ledvin. Zhubla se od té doby o 8 kg, občas mívá bolesti a je více unavená.

Na dětství má prý dobré vzpomínky, se sourozenci i rodiči vycházela bez problémů. Uvádí, že byla „tišší“, trochu se stranila kolektivu.

Vystudovala SZŠ v Hradci Králové, maturovala v roce 1984. Po té pracovala jako zdravotní sestra na ARO - neurochirurgie. V Hradci se seznámila se svým manželem - ten dostudoval SPŠ, poté nastoupil na vojenskou školu v Liptovském Mikuláši. Tam se na pět let přestěhovala i celá rodina (v té době měli již obě děti, první se narodilo po roční známosti). Stěhování rodiny bylo vzhledem k povolání manžela časté, trvalo do roku 1991. Dle pc. vztah s manželem problematický, není schopen ji vyslechnout a pomoci s jejími problémy, nemůže se mu s ničím svěřit.

Pc. během posledních osmi let pracovala nadále jako zdravotní sestra na LDN, na onkologii. V roce 1998 změnila své pracovní působiště - začala pracovat v Praze na hematologii.

Nynější onemocnění: První kontakt s psychiatrií 6.1.1995 -přivezena z práce

k ambulantnímu vyšetření pro změnu psychického stavu po sebevraždě blízké přítelkyně (TS léky, nalezena v lese) , byla úzkostná, zamlklá, obviňovala se , že nezabránila smrti přítelkyně. Provedena krizová intervence, na zklidnění dán Diazepam, dán kontakt na CKI. 13.2.95 jednodenní hospitalizace v PL Bohnice po suicidálním pokusu léky - vzala si v lese Rohypnol, nalezena v bezvědomí u silnice. Pc. byla údajně kritická ke svému činu, nebyl důvod k nedobrovolné hospitalizaci, propuštěna. 21.2. další TS pokus stejným způsobem, byla hospitalizována na Psychiatrické klinice Praha 2 do 10.3. se závěrem: Depresivní onemocnění s opakovanými , vážně míněnými , suicidálními pokusy, suspektní depersonalizace, osobnost v.s. premorbidně thymolabilní. Pac. ukončila pobyt na PK předčasně - utekla , jela na Jižní Město, náhodně si vybrala panelový dům, sedla si ve 12.patře do okna. Nechtěla se zabít, povídala si s nájemníky, chtěla upozornit na svou těžkou situaci. Po

přivolání RZS byla převezena do RIAPSu, kde byla do 17.3., pobyt se závěrem: Zkratkové jednání v bezvýhodné situaci u klientky s těžkými životními událostmi v nedávné době, bez známek endogenity. Po propuštění byla v péči ambulantního psychiatra, užívala Neurol. Do května 1995 byla v pracovní neschopnosti, ambulantní léčba ukončena v srpnu téhož roku. Poté údajně až do srpna 1998 bez větších obtíží.

Pc. jsem poprvé viděla 17.9.1998, obrátila se sama na ambulanci, kam již dříve docházela k mé kolegyni. Udávala asi tři týdny trvající změnu stavu, opět se objevily vzpomínky na mrtvou přítelkyni, „v duchu „ si s ní povídala. Měla potíže se spánkem - s usínáním, také se brzy ráno budila, měla záchvaty pláče, zhoršenou náladu. Přestávala zvládat domácnost a péči o děti. Utíkala od reality, nejlépe se cítila sama večer v lese, uvažovala o smyslu života, opět se začaly objevovat myšlenky na suicidium. Pc. byla nasazena antidepressiva a anxiolytika, byla jí vystavena PN (trvala do poloviny prosince 1998). Její stav jsem konzultovala s psychologkou, se kterou jsem i nadále spolupracovala při psychoterapii pacientky.

V rámci stanovení diagnózy a následné terapie byly použity zejména koncepty a metody TA (např. antisuicidální kontrakt, životní scénář, třístupňový model osobnosti - Rodič, Dospělý, Dítě, základní životní pozice atd.), které byly dle dílčích terapeutických cílů doplňovány metodami z katatymně imaginativní psychoterapie zaměřenými především na práci s konceptem vnitřního dítěte, relaxačními technikami a některými cvičeními z gestalt terapie.

Vzhledem k rozsahu této práce nelze komplexně v detailech popsat průběh dvouleté terapie. Zaměřím se tedy, z mého pohledu, na podstatné mezníky terapeutického procesu.

V našem případě byl během prvních třech sezení vytvořen ve spolupráci s klientkou terapeutický plán, který se v průběhu terapie upřesňoval a někdy i částečně měnil.

Vzhledem k aktuálnímu kritickému stavu pc. a jejím opakovaným suicidálním pokusům byla první fáze terapie zaměřena na uzavření tzv. **antisuicidálního kontraktu**, který měl zabránit dalším fyzicky sebezničujícím akcím. Cílem této fáze bylo rozhodnutí pc. vzdát se řešení problémů suicidiem, což však několik sezení odmítala. Její pocity méněcennosti a vyčerpanosti byly natolik silné, že nebyla schopna přijmout zodpovědnost za svůj život - reagování pc. bylo převážně z Dětského ego-stavu. Z tohoto důvodu jí byla poskytnuta imaginativní forma léčby, v níž si mohla prožít pocity základní jistoty a bezpečí. Po tomto prožitku byla pc. ochotna uvažovat o jiných formách řešení svých problémů než suicidiem. Např. si uvědomila, že konflikty s manželem, před kterými utíkala dříve do lesa, kde se chtěla otrávit léky, lze otevřeně prohodit bez ohledu na výsledek. Taktéž na novém pracovišti, kde se cítila nedostatečně, je třeba se učit a ne ihned řešit své chyby a neznalosti problematiky výpovědí. Pc. dosud všechny problémy řešila únikem do nemoci či suicidiem, což je podle TA nejvyšší **forma pasivního chování tzv. zneschopnění sebe sama**. V závěru této fáze byla pc. ochotna provést rozhodnutí o nespáchání sebevraždy a vypracovat postup jakým řešit kritické momenty ve svém životě.

Dalším krokem byla tzv. **strukturální analýza**, která měla pomoci klientce pochopit její stavy ega. Dospělý ego-stav pc. byl nedostatečně rozvinut a kontaminován především Dětským ego-stavem a zčásti také Rodičovským ego-stavem. V této fázi terapie bylo proto nejvíce času stráveno zkoumáním Dětského ego-stavu, v němž je uložen tzv. nevědomý životní scénář, který si klientka vytvořila v dětství na základě svých dětských představ a přesvědčení o sobě, o lidech a o světě. Tato přesvědčení vedla k vytvoření dětských strategií jak „přežít“ a uspokojit alespoň částečně své potřeby v daném prostředí. Např. pasivní přizpůsobování se požadavkům dominantního otce a overprotektivní matky, bylo účinným řešením pc. situací v dětství. V přítomnosti tato strategie však nebyla aktualizována Dospělým, navíc byla stále posilována hlasem Rodiče (např. Musíš se přizpůsobit, jinak nebudeš schopná v životě fungovat a obstát. Kdybys poslouchala, co ti říkám, neměla bys problémy.) Užíváním této dětské strategie v přítomnosti došlo u pc. ke vzniku mnoha vnitřních konfliktů mezi jejími potřebami a vnějším chováním.

Pc. nevěřila svým pocitům - potlačovala své emoce nebo je přetvářela: např. smutek a bezmocnost byly zástupnými pocity vzteku. „Bylo nejlepší, když jsem žádné emoce neukazovala a byla v klidu, taková uzavřená, pak snesli (rodiče) i můj smutek. Když jsem byla vzdorovitá, hned mi nadávali, že jsem pitomá, nevděčná a celá nějaká divná. Když jsem byla veselá a měla z něčeho radost, hned mi otec nadával, co je mi zase k smíchu a že jsem střelená.“ Emoční vývoj pc. v dětství byl dále deformován tabuizovanými fyzickými kontakty v rodině.

Na základě reakcí rodičů přestala pc. projevovat také své vlastní názory, čímž se chránila před jejich zraňujícím zesměšňováním typu: „Naše podivinka má zase co říct. Ty jsi nějaká přemoudřelá! Ty nemáš co myslet, od toho jsme tady my!“

Dále se během této fáze terapie ukázalo, že rodiče, především otec, kritizovali pc. přátele a matka vysílala signály, že by dcera měla raději být doma než se svými vrstevníky.

Na základě výše zkráceně popsaných prožitků a zkušeností s prostředím v dětství a díky tehdejšímu dětskému vnímání a zpracovávání reality se dá předpokládat, že pc. získala následující přesvědčení:

1. „**Nesmím myslet!**“, které se u ní v dospělosti projevovalo, zejména v situacích vyžadujících její jednoznačný postoj a názor, mlčením nebo, a to většinou, větami: „Já nevím. Já tomu nerozumím.“ Pc. používala svou energii na zastavení svého myšlení a zaujímalu pozici neschopné.
2. „**Nesmím cítit!**“ Pc. jako dospělá žena si vyjma smutku, nepřipouštěla žádné jiné emoce. Když se někdy objevila radost, měla výčitky a připadala si divná. Smích považovala za projev hysterie. Nedovolila se

vyjádřit svou nespokojenost či vztek, místo toho z takových situací unikala. V rodině do lesa, kde trávila hodně času a uvažovala o sebevraždě. V práci unikala do nemoci a ve vyhocenějších případech to řešila výpovědí. S tímto přesvědčením je nejvíce také spojen pocit ztráty vlastní identity.

3. „**Nesmím nikam patřit!**“ Toto přesvědčení oddělovalo pc. od okolního světa a v její dospělosti se projevilo v pocitech osamocení a neschopnosti vytvořit přijatelné vztahy se svými spolupracovníky a začlenit se do různých sociálních skupin. Přetrvával pocit, že „stejně mi nikdo nerozumí, protože jsem divná.“
4. „**Nesmím mít důvěrné vztahy!**“ Pc. je ve své dospělosti přesvědčena, že jakýkoli intimní vztah jí určitě ublíží a bude zesměšněna. Vyhýbala se fyzickým kontaktům, což se negativně projevilo v jejím vztahu s manželem i s dětmi.

Tato přesvědčení vyústila do vytvoření tzv. životní pozice. Základní životní pozicí pc. je „**Já nejsem OK, vy jste OK**“, která je charakteristická pocitem méněcennosti, pasivním přizpůsobováním se okolnímu světu, strachem z vlastních rozhodnutí a přenášením zodpovědnosti za vlastní život na ostatní.

Terapeutickým cílem bylo v této fázi zvyšování vědomí pc. a získání náhledu na její současné prožívání a problémy. Bylo třeba oddělit minulost od přítomnosti, jinými slovy dekontaminovat Dospělého od Rodiče a Dítěte. Tohoto cíle bylo dosaženo.

Avšak pro funkční začlenění pc. do běžného života by bylo třeba v další terapeutické fázi osvojení si funkčních adaptačních mechanismů odpovídajících danému věku, možnostem a prostředí pc. V této fázi byla pc. převedena do péče jiné psychiatrické ambulance.

LITERATURA:

1. Harris, T.A.: Já jsem OK, ty jsi OK. PRAGMA, Praha 1997.
2. Kratochvíl, S.: Základy psychoterapie. Portál s.r.o., Praha 1997.
3. Prochaska, J.O., Norcross, J.C.: Psychoterapeutické systémy - průřez teoriemi. Praha, Grada 1999.
4. Stewart, I.: Transactional Analysis Counselling in Action. SAGE Publication Ltd.. London, 1989.

Ego - stav je v transakční analýze základní jednotkou teorie osobnosti a je definován jako soubor vzájemně propojených myšlenek, pocitů a způsobů chování s rozdílným původem. Jsou rozlišovány tři základní ego-stavy. Dětský ego-stav (zkráceně Dítě) obsahuje emocionální prožitky vnějších situací z období dětství, představy, které jsme si o nich tehdy udělali a zároveň strategie, jejichž prostřednictvím jsme dosahovali uspokojování svých potřeb a přání, které nám pomáhaly v daném prostředí „přežít“.

Rodičovský ego-stav obsahuje soubor hodnot, pravidel, zákazů a příkazů získaných výchovou, dále informace a tvrzení o světě tak, jak si je představovali naši vychovatelé a také způsoby chování a emočního reagování. To vše nekriticky přejato (introjekty). Dospělý ego-stav je definován jako soubor informací získaných a vyhodnocených na základě vlastních zkušeností pomocí strategií pro testování reality a řešení problémů, jež má člověk k dispozici v závislosti na věku, intelektové úrovni a prostředí, ve kterém se pohybuje. Výsledkem zpracování takovýchto informací je způsob myšlení, citění a chování, kterým člověk odpovídá na situaci „teď a tady“. Tato část osobnosti zároveň zkoumá, přehodnocuje a aktualizuje obsahy Rodičovského a Dětského ego-stavu. Testuje informace, které jsme během výchovy obdrželi, či jsme si je v pozici závislých dětí sami vytvořili a hodnotí jejich platnost, účinnost a adekvátnost v kontaktu s přítomnou realitou. Funkcí tohoto ego-stavu je poznat a integrovat všechny naše části osobnosti v kontextu s prostředím a následně rozhodovat o způsobu reagování.

Význam rituálů v psychoterapii závislých dospívajících David Cichák

Etymologický význam slova rituál pochází z latinského slova ritus, což znamená řád, obyčej, nebo také obřad. Rituál je ustálený, pravidelný způsob jednání daný určitým předpisem, zvykem, nebo chcete-li kánonem. Rituál

hraje důležitou roli v dějinách společnosti, jako tradiční vypracovaná metoda sociální výchovy jednotlivců a jejich přizpůsobení se kolektivním normám života.

S rituálem se v dnešní době setkáváme doslova na každém kroku, tudíž i v léčbě závislých dospívajících.

Hlavním vývojovým úkolem v tomto období je (dle Ericksona) získání pocitu identity, tedy definitivní rozřešení otázky kdo jsem, co umím a kam patřím. Hledání odpovědi na tyto otázky je složitý proces. Je nutno vyrovnat se s tím, že jsem muž či žena, že jsem Evropan a ne třeba Afričan. Mladý člověk zjišťuje a ověřuje, co dokáže, proto zdánlivě zbytečně riskuje. Těž ho čeká „zařazení“ do určité společenské skupiny, ve které si musí vybrat a mnohdy vybojovat své postavení. Hlavním problémem tohoto období je to, že mladý člověk většinou sám neví, co chce. Lépe ví, co nechce a zuřivě proti tomu bojuje. V tomto období hledání, nejistoty a jistého chaosu je jedna z cest parta. Parta není jen pevným bodem, je to skupina lidí, která dává své vlastní zákony, rozhoduje, co je dobré a co špatné, a tím částečně mírní strach z nejistoty. Pochopitelně „nabízí“ i rituály.

Připusťme, že obdobná nejistota postihuje klienty i při vstupu do skupinové psychoterapie. Klienti obvykle nevědí „o co jde“ a „má-li to vůbec smysl“. Zpočátku stěží rozlišují, kdo je ve skupině kdo a co je co. Většina z nich hledá rychlá řešení a mnohdy jsou rozčarováni skupinovou psychoterapií, neboť účinky se dostávají pomalu, nikoli zázračně a bez práce. Jelikož často nemají vytvořeno jasné vědomí identity, musí si ve skupině znovu dokazovat kdo jsou, co umí a kam patří. Mnohokrát vstup do skupiny provází ambivalentní emoce typu – zvědavost s rozpaky, strach s nadějí, zmatek a nechuť.

Mám za to, že rituály mohou pomoci k ukotvení klienta v tomto nelehkém prostředí. Umožňují vytvořit prostor, kde se klient celkem bezpečně pohybuje a orientuje, prostor jasnosti, jasných hranic.

Naskýtá se několik otázek. Jaké jsou vůbec rituály, jak se dělí? V čem jsou rituály party od rituálů skupinových? Jak lze rituály využívat, a kdy jsou naopak kontraproduktivní?

Rozhodl jsme se rozdělit rituály na dvě větší skupiny, a to na rituály vnější a rituály vnitřní.

Rituály vnější jsou rituály, které vznikly kdesi jinde, rituály, které vytvořil někdo jiný (stát, terapeutický tým).

Rituály vnitřní jsou rituály, které vznikly uvnitř společenství (rodina, parta, skupina), jsou to rituály, které si společenství vytvořilo samo.

V partě se rituály často rychle zvnitřňují tzn., že vnější rituály jsou rychle přijímány za své, členové se s nimi rychle ztotožňují. Zákony party jsou posvátné a závazné, leckdy přijímány až „bezhraničně“. Jejich obyčejně většinou nejsou přezkoumávány a hodnoceny. Často jsou brány jako zákon, a její člen ji následuje i v případě, že se parta začne dopouštět kriminálních činů. Samozřejmě nemusí mít všechny party tento destruktivní model. Existují spousty společenství, které mají svou činnost založenu na ušlechtilých a čestných zásadách, a rituály v těchto skupinách slouží k upevňování a potvrzování těchto zásad.

V terapeutické skupině usilujeme o to, aby rituály, zvyky, které přináší terapeutický tým, byly co nejrychleji zvnitřněny, a aby rituály vnitřní – které pochopitelně vznikají i uvnitř skupiny – měly léčebně kladný charakter. Patří sem různé emblémy a vlajky, znělky a hymny, označení nositelů nějaké funkce. Mnohé mají symbolický význam, jako např. předávání symbolu abstinence na rozloučenou s odcházejícím členem terapeutické komunity. Tyto rituály pak plní funkci stabilizační, resocializační, slouží k ujasňování rolí, dotvářejí pocit výjimečnosti, či pomáhají udržet skupinovou kohezi. Podporují tendenci členů skupinu udržet a zapojit se do ní, být jí akceptován a pracovat na společném terapeutickém cíli. Vede k uspokojení potřeby bezpečí a potřeby akceptace. V soudržné atmosféře se členům skupiny dostává emoční podpory, jsou přístupnější vlivům ostatních členů, zvyšuje se jejich schopnost přijmout i negativní zpětnou vazbu, snižuje se tréma a úzkost a vzniká předpoklad pro žádoucí terapeutické změny. Komunita si vytváří svou tradici, svou atmosféru, své jméno. Rituály tak mohou vzbudit i určitý pocit hrdosti a touhy být lepší než komunity jiné. V terapeutické komunitě pro závislé může být účast na závěrečném rituálu končícího kolegy oním prvkem, který už od počátku stimuluje k řádnému dokončení léčby. Stejně tak i symbol abstinence, předaný při opouštění terapeutické komunity na rozloučenou a „pečetící“ jeho abstinenci, má velký terapeutický význam.

Kontraproduktivita rituálů dle mého spočívá v tom, že nadměra vnějších rituálů nenuť mladého člověka budovat své vlastní rituály (svou vlastní samostatnost) a tím v podstatě umožňují „zamrznutí“ osobnosti a „dopomáhá“ následným obtížím při budování svých vlastních nezávislých postojů a vlastního stylu života. Stejně jako v běžném vývoji party dochází k přirozenému rozvolnění zákonů party, k uvolnění pevných vazeb a až k jejímu rozpadu, tak obdobně by k těmto mělo docházet i v léčebných skupinách tzn., že by se klient měl postupně odpoutávat od komunity a začít žít svým vlastním životem, dle svých vlastních zásad.

Také rituály vnitřní, které jsou vedeny proti terapii, mohou mít velkou antiterapeutickou sílu - viz. koalice (podskupina), která produkuje ve skupině vlastní normy, tajemství, konspirace a separované fungování namířené proti léčebnému řádu. Tento „druhý život“ umožňuje žít v navyklém modelu chování dvojí identity (parta x rodina, „druhý život“ skupiny propagovaný podskupinou x terapeutický tým) a znemožňuje úspěch skupinové psychoterapie.

Myslím, že obzvláště v psychoterapii dospívajících závislých mají rituály velký význam. Právě u těchto klientů, kteří mají tendence překračovat všemožné hranice, kteří mají obtíže na cestě k samostatnosti apod., je potřeba stanovovat jasné mantinely, umožnit vytváření si svých vlastních rituálů, zavést do jejich života obyčejně „normálních“ lidí (ráno vstanu, umyji se..). U těchto klientů je důležité přebudovat vžité destruktivní rituály na rituály konstruktivní.

V neposlední řadě bych se rád zmínil o významu budování rituálů v rodinně. Droga téměř vždy zasáhne nejbližší sociální okolí mladého člověka, tedy i rodinu. Postupně zákonitě ohrožuje i standardní rodinné obyčejy (možná že toto je první varovný signál pro rodiče, že se s jejich dítětem něco děje – minimálně to, že dospívá a má tendenci se separovat). Stejně jako ve všech předchozích případech, tak i v rodině je třeba přehodnotit rituály staré (mnohdy udržované „na sílu“) a vymýšlet a tvořit rituály nové, a to takové, které umožňují spokojený a perspektivní chod rodiny.

Jsem přesvědčen, že na poli skupinové psychoterapie je bezpočet příležitostí k uskutečňování rituálů skupinových i osobních, a že není důvod se jejich tvoření a kultivaci bránit.

Bígl v rodinných systémech **Petra Exnerová**

Bígl je jedním z plemen, které je u nás v ustálené, ne příliš změněné formě chováno velmi dlouho. Proslavil se zejména při honech. Dlouholeté, jednostranné využití z něj udělalo neobyčejně vytrvalého běžce, schopného neomylně a hlasitě sledovat stopu bez ohledu na jakékoliv další podněty z vnějšího či vnitřního světa. Jeho mírná, rozvázná povaha a snášenlivost, nenáročná údržba zaručuje, že se úspěšně prosazuje i jako společenský pes ve městě, a to za předpokladu, že má zajištěn dostatek pohybu.

Protože většinu těchto znaků můžeme pozorovat u parentifikovaných jedinců, lze bígla považovat za jejich předobraz. I parentifikovaného jedince můžeme popsat jako užitečného, nadměrně výkonného a předčasně dospělého. Svou osobnost ztratil jako dítě, utopený v moři projekcí a očekávání dospělých. Naučil se, že v očích jeho rodičů jsou láska a výchova oceňovány podle míry výkonnosti a oddanosti. Opouští aktivity a emoční potřeby přiměřené svému věku, vytváří „falešné self“, které je odrazem představ, přání a potřeb rodičů. Obléká plášť dospělosti a ostražitosti dlouho předtím, než je psychicky a fyzicky schopen takové zodpovědnosti.

Podmínky pro destruktivní parentifikaci jsou tvořeny rodinami s dysbalancí ve vztazích mezi rodiči a dětmi. Vyzdvihnutí dítěte do dospělé role síly a zodpovědnosti je obyčejně řešením v rodinách, kde jsou dospělí odvráceni od života rodiny nebo chybějí. Jedná se především o rodiny orientované na vysokou výkonnost (workaholiků), rodiny, ve kterých jsou dospělí postiženi nemocí nebo neschopni unést zklamání v kariéře či ve vztazích. Vystavení dětí a dospívajících nadměrným emočním nárokům na předčasně fungování v roli dospělého je sice efektivní pro udržení chodu rodiny, pro dítě však znamená dlouhotrvající psychologické výdaje. Zatímco děti a dospívající přijmou pseudodospělé fungování příliš brzo, dospělí vzdají svou rodičovskou roli v oblastech, jako je např. výchova, učení, podpora a ochrana potomků. Chování rodičů v těchto případech lze popsat jako nesamostatné, dopřávající si a nezodpovědné.

Parentifikované děti jsou zodpovědné a vážné, vychovávají sebe a své mladší sourozence. Chovají se pseudosofistikovaně ve vztahu k vrstevníkům i dospělým včetně rodičů – jsou vždy připraveny poradit jim, utěšit jejich neštěstí a pláč, zabavit rodiče, jako by byly jejich vrstevníci nebo manželé. Mohou též dávat najevo nadměrný strach o své rodiče či sourozence, uspokojovat jejich potřeby (např. zajistit, aby ostatní děti v domácnosti nerušily stresované, nemocné či zaneprázdněné rodiče). V některých případech mohou indukovat zlepšení rodičovského fungování závislým a nekompetentním chováním (problémový adolescent může odvést pozornost rodičů od neřešeného manželského konfliktu).

Pro zmiňovaný typ rodiny je obvyklé, že je omlouváno chování toho člena (většinou otce), který se rodinného života neúčastní, a dokonce ani neudrzuje intimní vztahy se svým partnerem a dětmi. Matka potom může pozici svého chybějícího partnera nahradit jedním dítětem, na které přenesla část starostí o rodinné záležitosti. V podstatě tak dítě pomáhá otci podporou matky. Jeho svázanost rodinnou konstelací mu neumožňuje dostatečné aktivity s vrstevníky mimo rodinu, důležité pro jeho vlastní růst.

I přesto, že se parentifikované děti chovají příliš zodpovědně a kompetentně, v období dospívání tvrdě bojují, aby se staly nezávislými dospělými. V případě, že se jedná o parentifikační vazbu typu matka-dcera, bude pravděpodobně dcera následovat svou cestu k vlastní identitě odrazem rodičovských hodnot a očekávání s ohledem na vztahy a životní dráhu bez dotazování a zkoumání nových směrů, rozdílných od směrů předepsaných rodiči. Jedná-li se o parentifikační vazbu otec-dcera (matka-syn), dochází při cestě za nezávislou identitou k větším dysfunkcím. Dívky, které sloužily jako „náhradní protějšky a důvěrnice“ svých otců, projevují nízký stupeň vazby na jakoukoliv životní cestu a vztah pokračuje. Často zůstávají ztracené a závislé. Jacobvitz a Bush (1996) objevili, že parentifikační vazba matka-dcera je obyčejně doprovázena vyšší úzkostí dívek a pro vazbu otec-dcera jsou typickými symptomy deprese, úzkost a nízká sebeúcta.

V dospělosti se dopady parentifikace projeví v zaměstnání, vztazích i rodičovství. V některých případech vstupují do dospělosti již dosti vyčerpaní, zklamaní a zbaveni iluzí. Život předospělých, na který v rané době ještě nebyli dostatečně zralí, jako by jim odsál veškerou energii.

Parentifikovaní jedinci často vykonávají pomáhající profese. Využívají při ní stejných dovedností, jaké se naučili v dětství, jako např. pomoc, léčení, vedení, vyjednávání a vychovávání. Mezi další schopnosti patří např. empatie, tvořivost, tolerance práce s těžce poškozenými klienty. Jsou však náchylnější na přepínání, stanovují si nereálné požadavky, po jejichž nesplnění trpí pocitem neschopnosti, vedoucím často k syndromu vyhoření.

Klinici, nepřipouštějící si dopady vlastní parentifikace, mají problémy se stanovováním limitů a hranic, trpí pocitem selhání, když se stav klienta nezlepšuje, prokazují nedostatečnou péči o sebe, mají tendenci emočně i fyzicky se přepínat ve své práci. Terapeuté s parentifikační zkušeností často mívají tendenci příliš se zaměřovat na klientovy nedostatky spíše než na posílení klienta, protože jejich rodinná role vyžadovala ostražitost na vyhledávání a řešení problémů.

Partnery parentifikovaných jedinců se stávají především lidé hypofunkční s mnoha problémy, vyžadující nadměrnou péči. Zpravidla vstupují do závislých, nutkavě pečujících vztahů, kde vymezují sami sebe tím, co dělají pro druhé. Tím se odlišují od rovnoprávnějších vztahů, ve kterých jedinec spíše než pro ostatní dělá s ostatními. Získávají tím iluzi síly a kontroly ve vztahu k druhým (já ti poradím, zachráním tě, změním tě). Vlastnímu strachu ze selhání a bolesti se tedy vyhnou zaměřením na problémy a potřeby druhých. Neskrýt svou zranitelnost a normální dětské potřeby (např. závislost, rozpustilost atd.) by totiž pro ně v dětství znamenalo riskovat odmítnutí rodičů a ohrozit vlastní přežití. V některých případech je součástí role parentifikovaných jedinců dokázat sobě i ostatním očekávání rodičů, že dosáhnou svou hodnotu získáním úspěchu (narcistický vzorec) nebo pečováním (masochistický vzorec).

V partnerských vztazích hledají parentifikovaní dospělí syčení neuspokojených potřeb z dětství, což vyvolává neshody, zklamání a nepřátelství. Nasycení potřeby stát se závislým, kontrolujícím s nadměrnými požadavky hledá parentifikovaný partner u svých dětí. Tím dochází k opakování známého vzorce chování. Parentifikovaný rodič se vzdává svých kompetencí a své rodičovské role (výchova, vedení, ochrana potomků), mezigenerační přenos pokračuje.

Důvody přivádějící parentifikované jedince do terapie jsou různé. Objeví se obvykle jako téma sdělené „pod čarou“ či nevyslovený příběh pod stížnostmi a symptomy stresu, úzkosti, deprese. V psychoterapeutickém procesu bývají motivovaní a aktivní. Terapeut pomáhá pacientovi přehodnotit, kam je nasměrována jeho energie, jakých priorit si cení, co je a co není jeho povinností. Pomáhá mu vyjádřit reálné přání a žádosti k sobě i druhým, překonat pocity viny v situacích, kdy jsou na něj kladeny nereálné požadavky. Pomáhá pacientovi rozlišit, co může a co nemůže ovlivnit, odpovědnost za sebe a za druhé. Ve vztazích zlepšuje rovnoprávnost a vyrovnanost brání a dávání, neboť klient vnímá dávání jako zatížení a současně není schopen ocenit a akceptovat, co mu nabízejí druzí.

Terapie přináší pacientovi poznání, že jeho potřeby a zranitelnost jsou součástí života každého člověka a nemusí být zakrývány ani snižovány, stejně tak jako potěšení a radost získané adekvátní formou.

Použitá literatura a prameny:

E. Tyllinek, Z. Samková, J. Kňákal, K. Trojan: Já pes, Svěpomoc, Praha 1990

Robinson, B.E. Chase, N.D.: High-performing families: causes, consequences, and clinical solutions, Americal Counseling Association, Alexandria, VA, 2001

Stanton, Todd: The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction, Guilford Publ., New York, 1982

Nešpor: Závislost na práci, Grada, 1998

PŘÍLOHA

Pozitivní charakteristiky parentifikovaného jedince

- | | |
|-------------------------------------|---|
| • adaptabilita | • vytrvalost |
| • flexibilita | • tolerance |
| • schopnost předvídat a řešit krize | • reciprocita ve vztazích |
| • vynalézavost | • smysl pro spravedlnost a fér hru |
| • kompetentnost | • schopnost pracovat se sympatií a respektem k druhým |
| • empatie | • schopnost vystihnout podstatu problému |
| • nezávislost | |
| • iniciativnost | |

Negativní charakteristiky parentifikovaného jedince

- vytváření pečujících vztahů

- známky stresu, přetížení (negativismus, podrážděnost, únava, izolace, zoufalství, chronický strach, úzkost, burn-out syndrom)
- pocity nekompetentnosti a sebepochybností
- závislost (návykové látky, jídlo, práce)
- neschopnost postavit limity, přepínání se
- neschopnost odmítnout bez pocitu viny
- neschopnost vymezení hranic ve vztahu k ostatním
- frustrace v situacích, kdy nelze dostat nereálným požadavkům
- pocity vyčerpání, nedostatečná péče o sebe
- vážná povaha, problémy uvolnit se
- snaha potěšit druhé
- odmítání vlastních potřeb a zranitelnosti
- neschopnost říci si o pomoc a podporu
- strach z reakce druhých
- nadměrné stěžování si

Psychoterapeutické aspekty při práci s rodinou s dítětem s těžkým postižením Dagmar Krutilová

Pracuji jako poradce rané péče a to znamená, že se setkávám a pracuji s rodinami ve kterých se narodilo dítě s těžkým postižením zraku nebo s postižením kombinovaným. Protože jde o raný věk dítěte (v naší péči jsou nejdéle do 6-7 let), do rodiny vstupujeme ve fázi dlouhodobé krize rodiny, vyplývající z náhlých a často nečekaných událostí, souvisejících s narozením dítěte a se snahou vyrovnat se s tak těžkou životní krizí.

S rodinami pracujeme hlavně individuálně, kdy dojíždíme v pravidelných intervalech jedenkrát za 1 až 3 měsíce přímo do rodiny, rodiče mohou využívat i ambulantních služeb přímo ve středisku a to v intervalu, který si sami zvolí. S rodinami nově přijatými do naší péče pracujeme intenzivněji a návštěvy jsou častější, než v rodinách, kde už je rodina stabilizovaná. Významnou částí naší práce jsou i 2 týdenní pobyty pro celé rodiny, kde je možné pracovat intenzivně z více rodinami najednou, a rodiče sami tuto možnost setkání s lidmi se stejným druhem problémů hodně vítají.

Práce poradce rané péče spočívá jednak **v přímé práci s dítětem**, kdy metodicky vedeme rodiče při volbě pomůcek, hraček a vycházíme přitom z individuálního plánu pro jednotlivé děti, který sestavujeme ve spolupráci s rodiči a odpovídá postižení dítěte a jeho vývojové fázi. Rodiče se často poprvé setkávají s problémy výchovy dítěte se závažným postižením a potřebují pomoc a návod pro přímou práci.

Další důležitou součástí práce poradce je **práce s celou rodinou**. Je stejně důležitá jako přímá práce s dítětem. Vycházíme s potřeb jednotlivých rodin a necháváme na volbě rodičů, kterou část naší práce potřebují více využívat. Jsou rodiny s velkou vnitřní silou a soudržností, které jsou krize schopny řešit sami a podstatné je pro ně hlavně metodické vedení při přímé práci s dítětem. Ve své praxi se setkávám s tím, že větší část rodin je krizí hodně poznamenána a potřebuje dlouhodobou péči poradců, než začne aktivovat vlastní síly a než získá patřičné rodičovské sebevědomí, vycházející ze zvládnutí krize.

V práci vycházím z těchto potřeb rodin:

- stabilizace situace a ukázání déleodné perspektivy
- uvolnění napětí v prožívání
- potřeba ujištění, že stejný problém má více klientů
- zajistit odborné a cílené informace
- sdílení problémů s ostatními rodinami
- pomoc při řešení problémů
- naučit nové vzorce chování
- potvrzení rodinám právo na vyrovnání se s krizí svým způsobem a tempem

Nyní se budu věnovat několika psychoterapeutickým aspektům, které při práci poradce v rodinách využívám. Výběr vycházel z mých několikaletých zkušeností a určitě není úplný, vybírala jsem aspekty podle mého mínění nejdůležitější. V našem případě jde o psychoterapii podpůrnou a nedirektivní, která poskytuje porozumění, podporu a pomoc rodinám s jejich plným akceptováním. Napomáhá pozitivnímu myšlení a důvěře ve vlastní síly, pomáhá rodinám při zvládnání aktuálních situací a problémů. Při uspokojování potřeb rodin používám tyto prostředky.

1. Dodávání naděje.

Začínáme práci v rodině téměř vždy ve chvíli, kdy rodina je psychicky uvězněna v pocitu beznaděje a hledání smyslu toho, proč se událost narození těžce postiženého dítěte stala právě jim. Velmi důležité je ukázat jim možnosti práce s dítětem a dát jim konkrétní úkoly, které mohou plnit. Už jen pocit, že na to nejsou sami a mohou s poradcem konzultovat jakýkoliv problém, který právě řeší, je pro rodiny důležitý. Je nutné dávat naději přiměřené odhadu situace ve vývoji dítěte, dávat falešné, nereálné naděje považují za velmi škodlivé.

2. Katarze

V rodinách se často setkávám se silným potlačením negativních emocí a nezpracováním pro ně významného emočního prožívání. Někdy je pro rodiče nepřijatelné vyslovit negativní pocity vůči dítěti, protože "...to se přece nedělá" a pokud tak cítí, jsou "špatní". I vyslovení pocitu vzteku a bezmoci vůči například zdravotnímu personálu, který někdy nevolí vhodný přístup přijatelný pro rodinu, je uvolňující a pomáhá dostat se při zvládnutí krize dál.

3. Univerzalita

Mnoho rodin, se kterými pracujeme, má pocit, že jsou výjimeční se svým problémem a vede to ke zvýšené sociální izolaci, někteří opravdu prožili množství stresujících životních událostí a řeší problémy, jestli si to zaviniли oni sami a proč. Uvolňujícím momentem bývá někdy v hovorech sdělení, že jejich prožívání situace je normální a prožívají to tak i jiní. Hodně silný aspekt univerzality je vidět na týdenních pobytech pro rodiny, kdy své pocity a prožitky sdělují lidem a se stejnou zkušeností. A někdy to bývá první zkušenost tohoto druhu.

4. Poskytování informací

U tohoto faktoru vycházím ze zkušeností, že neznámé je pro nás více ohrožující, než situace, kdy máme dost informací a můžeme si je tak do určité míry regulovat. Při poskytování informací vycházím ze dvou potřeb klientů:

a) rady didaktické, týkající se příčin vývoje a následků postižení dítěte či doporučení, kde a jak hledat zdroje informací

b) rady přímé, které někdy klienti vyžadují. V těchto případech se někdy snažím navést rodinu na to, co vlastně sama chce a nechat je říci jejich odpověď. Při přímém naléhání na můj názor volím formulace typu: "...pokud bych byla na vašem místě, asi bych...", "...napadá mě, že bych to asi řešila takto ...". Informace mohu jako poradce poskytovat, ne vnucovat.

5. Altruismus

Lidé v těžkých životních krizích, mají pocit, že nikomu nemohou nic dát, že jejich problémy jsou natolik závažné, že nikomu nemohou pomoci. Zvláště při práci na týdenních pobytech je hezké vidět probouzení pocitu klientů, že jejich rada a sdělení je pro druhé cenné, že mají svou hodnotu. Hodně to zvedá rodičovské i lidské sebevědomí a je to pozitivní psychoterapeutický přínos pro všechny rodiny ve skupině.

6. Rozvoj sociálních dovedností, komunikace

Je to faktor, který se u jednotlivých klientů rozvine v různé míře. Vyřizování některých dávek a příspěvků na úřadech, reakce na projevy okolí na jejich postižené dítě, prosazení potřeb dítěte u lékařů, to jsou jedny z mnoha situací, které se klienti učí řešit. Někdy mohou využít služeb poradce, který je může při důležitém jednání či vyšetření doprovázet a pomůže tak klientovi zorientovat se v náročné situaci a tak se ji učit řešit.

7. Napodobující chování

Zvláště v prvních měsících práce s rodinou rodiče až úzkostlivě napodobují chování a přístup svého poradce k dítěti a k řešení určitých situací. Postupně, jak se zvyšuje rodičovské sebevědomí, jsou i rodiny schopny řešit své problémy kreativně a z vlastních zdrojů invence. Nejlépe se napodobující chování uplatní při práci ve skupinách na pobytu, kdy klienti navzájem sledují chování jiných rodin v různých situacích.

8. Existencionální faktor

Klienti, se kterými pracujeme, se často potýkají se závažnými otázkami, dotýkajícími se existence jejich dítěte, řeší otázky zdraví, někdy i smrti, těžkého postižení dítěte, osamělosti či ztráty partnera v důsledku narození postiženého dítěte. Otázky, které si rodiče kladou zní: "...pro zrovna já?", "...proč se to stalo?", "...jak s tím žít?". Důležité pro další práci v rodině je potvrzení, že jejich situace je opravdu těžká a že mají právo se cítit tak, jak se cítí. Při zapojení ostatních prvků psychoterapie, zejména altruismu, kdy klienti zjišťují, že mohou ostatním pomáhat a něco jim dávat, dochází zpravidla k fázi vyrovnání se s negativními pocity a k přijetí jejich situace. Někteří rodiče dochází i k poznání, že dítě s postižením jim dává mnohem více radosti, právě pro větší úsilí, které dětem věnují a které se jim od dětí vrací.

Shrnout všechny prvky dlouhodobé práce s rodinami do několika stran je obtížné. Svůj příspěvek bych ráda zakončila slovy, která někdy rodičům říkáme: "všechno jde, i když jinak".

Při práci jsem čerpala z knih:

Z.Rieger, H.Vyhnánková : OSTROV RODINY
 J.Vymětal : DUŠEVNÍ KRIZE A PSYCHOTERAPIE
 I.D.Yalom : SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE
 S.Kratochvíl : ZÁKLADY PSYCHOTERAPIE

Cvičení paměti – stárnutí ke slibné budoucnosti **Lenka Fiedlerová**

Z demografických výzkumů v poslední třetině našeho století vyplývá, že neustále narůstá počet lidí staršího a velmi pokročilého věku. Tento jev je zvláště nápadný v Evropě. Zmíněný vývoj patrně úzce souvisí se zvyšující se socioekonomickou úrovní jednotlivých států, s rozvojem lékařské péče a nových objevů v medicíně.

Disproporce v populační struktuře obyvatelstva s sebou ovšem přináší nové mezigenerační a společenské problémy. S přibývajícím věkem postupně dochází k úbytku a zhoršení duševních schopností, u většiny lidí již také bývá přítomno onemocnění tělesné.

Tito lidé nejsou schopni se pružně a plně přizpůsobit každodennímu náporu nových informací a nestačí zrychlujícímu se životnímu tempu okolo sebe. Snižuje se schopnost učení, pohotovost reakce, uchování informací, ubývájí sociální dovednosti a obratnost. To vše se negativně promítá do jejich běžného života a může být častou příčinou nepochopení ze strany okolí. Lidé ztrácejí zájem o navázání kontaktu, stahují se do sebe, což může vést až k sociální izolaci.

Pro orientaci bych se zde krátce zmínila o paměti jako takové. Paměť je schopnost organismů přijímat, uchovávat a znovu vybavovat předchozí zkušenost a to i po odeznění vyvolávajících podnětů. Paměť lze dělit podle různých hledisek. Například na paměť fylogenetickou a ontogenetickou. Paměť ontogenetickou pak dále na paměť uvědomovanou - deklarativní a paměť implicitní, která není plně zvědoměna. Z klinického hlediska se často používá dělení na paměť krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou. Jedno z možných rozdělení paměti uvědomované je na tzv. paměť epizodickou a sémantickou. Sémantická paměť obsahuje celoživotně osvojené znalosti a nabyté vědomosti např. násobení, název našeho hlavního města, vyjmenování dnů v týdnu atp. Zatímco paměť epizodická se váže k určitému času a místu a obsahuje informace vztahující se k osobní zkušenosti např.: co jsem ráno snídal, kde jsem odložil brýle, zaparkoval auto atd. S přibývajícím věkem bývá postižena, jak je zcela jistě patrné, především paměť epizodická.

Program nácviku paměti je považován za jednu z možností prevence poruch paměti ve stáří. Na psychiatrickém oddělení, kde pracuji, probíhal na gerontopsychiatrické stanici program nácviku paměti přibližně po dobu dvou let.

Jednalo se o otevřenou skupinu, hlavně z důvodů organizačních, jinak se domnívám, že výhodnější by byla skupina uzavřená. Sezení probíhalo dvakrát týdně 45 minut pod vedením lékaře a sestry. Na gerontopsychiatrickém oddělení jsou přijímáni pacienti s kompletním spektrem psychiatrických diagnóz. Důležité bylo proto určit jasné podmínky přijetí resp. nepřijetí do skupiny. Za kontraindikace zařazení bylo považováno: pokročilé stadium demence, delirium, těžká depresivní epizoda, závažná exacerbace schizofrenního onemocnění, hluchota.

Skupina byla přesně strukturovaná, obecně se skládala z těchto částí: úvod, tzv. "prolomení ledu", zahřívací cvičení, vlastní cvičení, kontrola úkolu, zpětná vazba a závěr.

V úvodu bylo nutné pacienty se skupinou seznámit, uvést cíle skupiny. Neustále jsme se snažili zdůrazňovat, že se v žádném případě nejedná o soutěž či hodnocení výkonu, ale jako hlavní cíl si klademe udržování a obnovení kontaktu s ostatními lidmi a světem. Snažili jsme se pacienty motivovat, aby v nácviku paměti pokračovali i doma.

Po krátkém úvodu následovalo tzv. prolomení ledu neboli snaha o uvolnění a navození přátelské atmosféry. Většinou se využívají vzpomínky na příjemné zážitky v dětství, na oblíbenou osobu, ke které mají pacienti vztah, na nejhezčí dárek, nejmilejší hračky atp.

Dále pak se dostáváme již přímo ke cvičení paměti, které můžeme rozdělit podle několika hledisek:

- procvičování výbavnosti slovní zásoby
- rozšiřování slovní zásoby
- mezilidskou komunikaci
- sociální dovednosti
- cvičení pozornosti, všímavosti.

Nebo na cvičení prováděná doma a mimo domov. U každého cvičení na skupině je vhodné uvést jakým způsobem mohou pacienti trénovat doma.

Pro cvičování výbavnosti slovní zásoby nám umožňuje užití celé řady cvičení. Mezi nejjednodušší patří např. všem známý slovní fotbal, který můžeme upravit do různých variant. Kromě hledání slova na poslední písmeno lze uvést slabiku, popřípadě vymezit okruh, ze kterého lze slova vybírat. Pokud chceme úkol ztížit, zadáváme nezvyklá počáteční písmena, vymezíme počáteční skupinu hlásek. Druhým úkolem může být hledání slov obsahujících slova jiná. Také lze ztížit vymezením okruhu slov. Např.: číslovka sto – stolek, století, postoupit. Dalším úkolem může být cvičení asociací. Tento úkol je vhodné zapsat. K řadě slov pod sebou, každý uvede asociaci, která se mu právě vybaví. Následně lze kupříkladu hledat další slova ke slovu prvnímu.

K rozšiřování slovní zásoby používáme cvičení, kdy zadáme určitý okruh, ke kterému pacienti hledají, co největší množství variant. Například jména na určitá písmena, města v jižních Čechách, tropické ovoce. Vhodné je využít možnosti práce s mapou. Dále se nabízí cvičení - popis určité činnosti, u žen je oblíbené vaření, u mužů pak např. určitý druh činnosti na zahradě, v dílně. Vyjmenovávají se suroviny, nástroje potřebné k dané aktivitě.

Pro uchování a rozvoj sociálních kontaktů je přirozeně nezbytná mezilidská komunikace, založená na správném porozumění slov a pochopení jejich významu. V průběhu doby mohou určitá slova vymizet, objevují se nová nebo slova nabývají jiného významu nežli v minulosti. Musíme si také uvědomit, že se objevuje mnoho slov přejatých z cizích jazyků. Vybereme slovo, ke kterému se snažíme nalézt, co nejvíce významů např.: oko, stát, vlna. Dalším cvičením je hledání náhradních výrazů pro určité slovo, tzv. homonyma. Velmi vhodné bývá využití metafor, ustálených rčení, se zadáním např. objasnit význam větou, popřípadě se pokusit o vysvětlení jediným slovem. Doplnovat k jednotlivým slovům rčení.

K sociálním dovednostem patří schopnost pohybovat se mezi lidmi, umět s nimi komunikovat, pamatovat si lidi, se kterými se setkáváme. U starých lidí se dříve běžné aktivity (návštěva lékaře, úřadu, pošty, schopnost nakoupit...) stávají nepřekonatelným problémem. Mezi jednodušší cvičení patří příprava na cestu ven – k lékaři, na nákup, na

návštěvu. Pacienti vyjmenovávají věci, které je nutné si připravit, co si obléci, kolik potřebují peněz, jaké doklady. Uvádějí otevírací doby obchodu, pošty, opravny. Snaží se popsat detaily cesty, kterou se vydají, včetně čísel trolejbusů, případně názvů stanic. Po opuštění bytu se každý z nás setkává s ostatními lidmi. Snažíme se pacienty motivovat, aby si všimli ostatních a pokusili se zapamatovat některé charakteristiky. Zde použijeme jednoduché cvičení, kdy jeden odejde a ostatní se domluví na známé osobnosti nebo vyberou člena skupiny a přichází pak dle popisu hádá, o koho jde, nebo opačně jeden myslí na jistého člověka a ostatní hádají, o koho se jedná. Vhodné je použít písemnou formu, kdy si každý k určité osobě napíše charakteristický znak a charakteristickou vlastnost.

Dalším cvičením může být hledání vhodného tématu k hovoru. Mnoho starých lidí začne mít pocit, že okolí nemají, co sdělit, že jejich každodenní prožitky jsou nezajímavé, nudné. Proto je dobré navést pacienty na témata, která lze v hovoru využít. Vděčné jsou oblíbené televizní pořady, např. soutěže, zajímavý film. Vybereme, aby si pacienti vzpomněli na názvy relací, jména osob, obsah, důležité momenty, kdy měli jakékoliv intenzivní prožitky (vztek, lítost, smích), jejich popis.

Při cvičení všímavosti a pozornosti využíváme např. popisu obrázků. Pacienti sledují určitou dobu obrázek a po jeho zakrytí se snaží vyprávět detaily, barvy, čeho si všimli na první pohled. Dále můžeme použít čtení textu, který se snaží převyprávět co nejpodrobněji. Popřípadě, jak je již výše uvedeno, popis určité osoby. Známe je i cvičení, kdy je ukázáno v krátkém časovém úseku určitý počet předmětů a pacient se pokusí zapamatovat si jich co nejvíce.

Nikdy nesmíme zapomínat na zpětnou vazbu. To znamená kontrolu zadaných úkolů, dohled na jejich plnění a vedení pacientů k samostatné činnosti.

Mezi starými lidmi neustále narůstá počet osob nesoběstačných, zvyšují se náklady na péči o tuto skupinu lidí, což je značnou zátěží i pro země s vyspělou ekonomikou. Proto byly nadšeně uvítány nové vědecké výzkumy o lidském mozku, které potvrzují, že je možné udržet do pokročilého věku soběstačnost pravidelným nácvikem paměti. Je prokázáno, že u lidí ve věku nad 65 let je u 59% schopnost učení normálně uchována, u 18 % lze tuto schopnost ochránit a případně zlepšit, u 15%, kde bývá ve většině případů podezření na organickou mozkovou poruchu, můžeme alespoň po určitý čas tuto schopnost udržovat a u zbývajících osob se většinou jedná o závažné organické postižení, kterému nelze cvičením paměti zabránit.

Cílem tohoto programu není zastavit proces stárnutí, či vyléčit nastupující demenci. Je pouze příkladem určité preventivní, motivující aktivity, která by měla pomoci lidem pokročilého věku, pokud ne zcela, tak alespoň částečně uchovat schopnost komunikace se světem a soběstačnost.

Název svého sdělení jsem si vypůjčila z názvu semináře Rady pro kulturní spolupráci v Radě Evropy, který se konal v Curychu v září 1991. Z jeho dodatku bych ráda citovala:

- Rada Evropy uznává, že výcvik paměti je jeden z výchovných prostředků použitelných u starších osob a pravděpodobně schopný rozvíjet jejich mentální způsobilost a posilovat jejich sebevědomí
- výcvik paměti zasluhuje podporu.

Literatura:

- Zvolský, P.: Obecná psychiatrie, 1994
 Baštecký, J.: Gerontopsychiatrie, 1994
 Pospíšilová, A.: Cvičení paměti ve vyšším věku, Cvičení paměti pro seniory, 1996

Individuální léčebný plán v komunitě pro drogově závislé Irena Habrová

Pracuji v terapeutické komunitě s dlouhodobou odbornou péčí. Velkou pomůckou ve vývoji klienta se stal individuální léčebný plán. Ve své závěrečné práci informuji o tom, jakým způsobem plány klientů v léčbě využíváme.

Po přijetí klienta, jak je i doporučeno v Akreditačních standardech MZ ČR, nejdéle do sedmi dnů stanovíme individuální léčebný plán.

Sestavení plánů řídí klíčový pracovník klienta (garant), který je odpovědný za sledování jeho léčebného procesu. Na tuto skutečnost klienta předem připravuje. Umožní mu prostudovat si příslušné formuláře, které se k plánu používají. Objasní mu princip práce s individuálním plánem. Jde o zmapování současného stavu klienta ve vybraných oblastech, vytyčení problémů, na kterých se užívání drog podílí, stanovení osobních cílů a vhodných postupných změn životního stylu.

Individuální plán zpracováváme v těchto oblastech :

- **Užívání drog – toxické řeči, chutě, alkohol a kouření marihuany.** Klient se učí zpracovávat své chutě, vzpomínky, rozpoznávat kritické situace a depresivní stavy. Sleduje jak jeho nálady při chutích působí na ostatní. Naopak jak konfliktní situace v komunitě ovlivňují jeho chutě. Učí se, že se nevedou toxické řeči a nemluví o chutích mimo skupinu. Definuje své spouštěče a ohrožující situace. Nejčastějším úkolem je vzít si skupinu na toto téma, vypracovat seznam ohrožujících situací. Později si volí postup obrany při ohrožení drogou na výjezdech atd. Tato oblast je od počátku léčby hodně důležitá. Upevňujeme s klientem motivaci k léčbě. Dochází ke změně dosavadních návyků a životního stylu. Do dílčích úkolů k těmto změnám se promítají zkušenosti získané ze skupin. Klient přiznává četnost toxických řečí a chutí, ke kterým se v komunitě utíká a učí se je řešit. Rozebírá a definuje si svůj postoj nejen ke svým hlavním drogám, ale i k marihuaně a alkoholu. Většina nováčků právě u nich ohrožení nepřipouští.
- **Tělesné zdraví, strava (dieta, kondice).** Je to oblast, kde klient pracuje na pozitivní identifikaci s vlastním tělem. Sleduje si zdravotní vyšetření, reaguje na zlepšení či zhoršení výsledků (např. jaterních testů). K tomu volí vhodnou dietu, šetřící program. Naopak někteří posilují, zdokonalují se v péči o osobní hygienu. Řeší problém nadměrného kouření a pití černé kávy. Naši klienti se hodně starají o správně vyváženou stravu, téměř 50 % jich volí vegetariánskou a své rozhodnutí po dobu pobytu v terapeutické komunitě dodržují.
- **Vztahy - rodinné, s přáteli, v komunitě. Práce s rodinou (rodinný pobyt v komunitě), komunikační dovednosti, řešení konfliktů.** U klientů žijících s rodiči jde o možnost návratu do rodiny. Starší klienti řeší vztahy s manželem (manželkou, partnerem), s dětmi a urovnávají si vztahy s rodiči a sourozenci. Prvním úkolem bývá navázání písemného styku. Podle fáze následuje příprava na návštěvu, návštěva a výjezdy. Dalším úkolem bývá přerušování kontaktů s ohrožujícími kamarády. Klient v plánu zkoumá vztahy s ostatními členy komunity, zjišťuje příčiny konfliktů a vhodnými úkoly se je učí zvládat. Nejčastěji to bývá agresivita, netolerantnost, žárlivost. Zajišťujeme spolupráci s rodinou. V počátku jde o telefonický kontakt s terapeutem. Následují návštěvy s rozhovorem. Umožňujeme vícedenní pobyt rodičů (sourozenců), účastní se režimu terapeutické komunity. Dochází k sblížení rodinných příslušníků s klientem. Ten může otevřít problémy o kterých chce mluvit, ale mimo prostředí terapeutické komunity si netroufá. Podporujeme tak kladnou a vstřícnou komunikaci, snažíme se o lepší porozumění s členy rodiny. Pobyt rodiny nám ujasní způsob výchovy klienta a mnohdy prozradí zvláštní problémy. Získáme tak další vhodné směry v práci s klientem.

- **Osobnostní rozvoj, duševní stav, paměť, nálady, soustředění, city.** Postupným cílem je zlepšit klientův postoj vůči okolí a světu, vůči sobě samému (svět není jen nebezpečné místo, on není jen slabý a zranitelný). Je dobré se co nejvíce zabývat reálnými situacemi, které se u klienta odehrávají tady a teď. Hledá si cestu k navázání a udržení kvalitních mezilidských vztahů, pochopení a zvládnání svých citových projevů. Učí se o nich mluvit a používat vhodná slova pro jejich vyjádření. Definuje i své životní hodnoty.
- **Pracovní dovednosti a návyky (vytrvalost, pečlivost, dochvilnost, dotahování věci do konce).** Zde se promítají zkušenosti z pracovní terapie. Někdy jde o vůbec první kontakt s prací. Klient si rozebírá svůj přístup k zadaným pracovním úkolům. Postupy, které si volí slouží k zvládnutí pracovního režimu, k jeho výkonnosti. Za porušení režimu či pravidel komunity uděluje skupina klientovi sankce. V léčebném plánu sankce rozebíráme a volíme úkoly s cílem zamezit dalším sankcím. V první fázi řešíme problém s režimem. Nejčastěji se klient potýká s vytrvalostí, soustředěním a pečlivostí. Připravuje se na funkce, kterými prochází v jednotlivých fázích léčebného procesu. Hodnotí jak v nich obstál, co se mu podařilo a co ne.
- **Volný čas, duchovní a kulturní oblast.** Přesto, že jde o známé věci, klientům dělá největší potíže poradit si samostatně s náplní a plnit své zvolené úkoly. Vybírají si vhodnou náplň volného času. Podporujeme osobité zájmy. Klient formou tématické přednášky s nimi může seznámit celou skupinu. Úspěch mělo povídání o astronomii, tisku knih, o indiánech. Máme s tím dobré zkušenosti. Je to zdroj nejen poučení, ale i pohon, motivace pro ostatní. Pomáháme klientovi s přípravou. Dále se učí hrát na kytaru, doporučujeme četbu, malují, nabízíme ruční práce a řadu dalších. Probíráme význam aktivního odpočinku pro život mimo komunitu a potřebu dlouhodobější záliby- koníčka. Praxe nám ukazuje, že jakmile se zlepší zdravotní stav klientů, dávají přednost sportovním zálibám. Uvolňují tak své napětí a přebytek energie. Podporujeme to a nabízíme využití i nedělního osobní volna.
- **Pracovní uplatnění, zaměstnání, studium.** Vedeme klienta k tvorbě perspektivy lepší budoucnosti, k vyhledávání pozitivních cílů v budoucnosti. Při volbě zaměstnání je rozhodující vzdělání. Je nám líto, když se klient nadchne pro pomoc postiženým, volí práci, kde by byl prospěšný a překážkou k tomu je potřebná kvalifikace. I tuto situaci společně řešíme. Někteří klienti studují. Stanovují si studijní plány a konzultují je ve skupině. Pomáháme s inzeráty, s telefonickými dotazy na práci. Připravujeme se s klientem na pohovory do zaměstnání. Dbáme na vhodnost pracovních podmínek tak, aby se nevystavoval nadměrnému zatížení (např. nepodporujeme hned třísměnný provoz, hodně přesčasů a nepromyšlené honění za výdělkem). Tato oblast je důležitá. Řeší se v závěrečné fázi léčby a prověřuje klientovu připravenost na samostatný život venku. Volí si úkoly krátkodobé, častěji je hodnotí a operativně upravuje. Dá se říci, že garant v tomto období pracuje se svým klientem každou svoji službu.
- **Právní oblast.** Zahrnuje vhodné cesty k řešení právních problémů klienta. Ty mohou být od pokut za jízdu na černo až po soudní jednání. Klient si určuje harmonogram splátek pokut a dluhů, koresponduje v této věci, připravuje se na soudní jednání, na výslechy. Spolupracuje se sociální pracovníci. Ta poskytuje informace z právních předpisů a zákonů, jedná s úřady. Vede klienta při řešení jeho problematiky, společně navrhuje postupy, stylizaci dopisů atd. Jsou klienti u kterých není potřeba nic zařizovat, někteří mají dluhy do statisíců a čeká je soud. Chceme, aby klient v budoucnosti dokázal samostatně jednat i s úřady.
- **Bydlení, finance, ukončení léčby.** Klient si promýšlí délku léčby, plánuje přestupy do následujících fází. Svá rozhodnutí si stvrzuje do individuálního plánu. Zvažuje své rozhodnutí vracet či nevracet se do místa předchozího bydliště. Volí si způsob bydlení a rozhoduje se o následné péči. Tu si navrhuje a mi ji pomáháme zabezpečit. Jednotlivé kroky provádí jako dílčí úkoly svého plánu. Promýšlí finanční zajištění nejbližší budoucnosti. Dělá si rozvalu finančních možností, porovnává očekávaný výdělek s úhradou nájemného. Šetří na první nájemné, zabezpečuje si základní potřeby. Plánuje si stěhování. Vytváří si režim života venku - práci, volno, výjezdy k rodičům a pobyt v komunitě. V průběhu třetí fáze se nad tímto plánem scházíme neustále, úkoly doplňujeme, přísně kontrolujeme a dbáme na dodržení toho, co si klient rozhodl. Potvrzuje se nám, že nemají v této oblasti zkušenosti a dokáží věci zlehčovat, obcházet. Podrobným rozpracováním toho co mohou očekávat a jak mají reagovat, jim zabezpečujeme žádoucí adaptaci na život mimo chráněné prostředí komunity. Není to jediná forma zabezpečení klienta v poslední fázi léčby. Máme k tomu ještě kontrakt pro III. fáze, kde

jsou podrobně rozpracovány potřeby klienta . Mimo to vypracovává každý člen III. fáze týdenní plán , kde si zmapuje náplň každého dne.

- **Finanční plán.** Samostatný formulář, kde si klient eviduje své příjmy a výdaje. Při hodnocení plánu je pravidelně projednáván i tento klientův přehled. Získáváme v týmu, ale hlavně klient sám, představu o tom jak dovede zacházet s penězi. Vyvozuje si opatření s cílem hospodárněji jednat. Zabezpečuje si částku na výlety a dopravu k lékaři, odkládá si prostředky na výjezdy, na cesty do Liberce za prací, na dárky atd. Učí se znát hodnotu věcí, protože má přehled kolik prokouří, utratí za kávu, sladkosti, věci k osobní úpravě atd.

Vytváření léčebných plánů musí mít jasně a pevně daná pravidla. Mezi určená pravidla máme četnost, délku setkání, formu a náplň plánů.

Na každou uvedenou oblast máme připraven formulář s členěním na tři části. V první se rozebírá současný stav problému. Klient v něm podává informaci, objasňuje a hodnotí co se s ním v daném období u řešeného problému děje. Ve druhé části si určí cílový stav situace, změnu, kterou chce uskutečnit. V třetí části si klient rozvede dílčí úkoly s termínem , které vedou ke splnění cíle. Při každém sezení se plnění těchto úkolů hodnotí. Jedno provedení plánu má klient pro své potřeby, druhé provedení terapeut zakládá do jeho karty.

Na plánu pracujeme minimálně 2 x za měsíc. Jak bylo uvedeno, existují situace, které vyžadují větší operativnost a plán se upřesňuje častěji..V jednotlivých fázích se některým oblastem dává přednost a naopak některé ustupují do pozadí. Například v první fázi léčebného procesu není tak důležitá oblast pracovního uplatnění nebo bydlení.

Doba vyhrazená pro plán je jedna hodina, maximálně jedna a půl hodiny. Nepřetěžujeme klienta, po této době se většina již nesoustředí. Rozlišujeme individuální rozhovor a práci s individuálním plánem. Nedopustíme, aby klient potřebou rozhovoru omezil čas určený na plán. V případě, že upřednostníme rozhovor, plán odložíme. Je dobré se zabývat v plánu situacemi, které se odehrávají v životě klienta teď. Nezabíhat do teoretizování či rozebírat minulost.

Vliv na úroveň řešených problémů má charakteristika klienta. Dále věk, očekávání, rodinné zázemí a motivace. Jeho osobnostní rysy, způsob vyrovnání se s potížemi a problémy.To ovlivňuje i vztah terapeuta a klienta při volbě vhodných úkolů.

Některý klient je ve vytváření léčebného plánu zcela samostatný, nenechá si zasahovat do formulace úkolů. Přesně ví co chce. Jiný očekává od terapeuta pomoc, je nerozhodný a neumí si poradit. Další si dělá z terapeuta experta. Sebe vnímá jako osobu nekompetentní k tomu, aby učinil zodpovědné závěry nebo úkoly. Na vše se ptá, vše si nechává schvalovat.

Jindy se může klient cítit ohrožený případnou terapeutovou kritikou a své skutečné postoje , problémy skrývá a nabízí k řešení jen ty, ve kterých si je jistý. Je tedy na terapeutovi, aby zvolil vhodný přístup. Musí klienta povzbuzovat k tomu, aby na sebe postupně bral reálné úkoly, přiměřené svým skutečným schopnostem..Klient si přenáší to, co se učí ve skupině do svého života. Konfrontuje se s vlastními problémy. Nevyhýbá se jim a učí se jim realisticky čelit.

V prostředí terapeutického zařízení dlouhodobé péče se práce s individuálními plány ukazuje jako účinná pomoc. Aby byla v souladu se skupinovou terapií, dbáme na to, aby celý tým byl včas o náplni léčebného plánu a jeho plnění informován.To se děje zejména na pravidelných poradách týmu, kde je konzultován se všemi jeho členy včetně vedoucího komunity.

Klienti sami o svých plánech informují na ranních komunitách nebo na skupinovém sezení. Skupina sleduje plnění úkolů každého klienta. Při žádosti klienta o přestup do vyšší fáze, právě plnění individuálního plánu bývá i jedním z kritérií ,dle kterého členové skupiny přestup odsouhlasí.Tím se ve skupině posiluje přístup k léčebným plánům.

Příloha: vzor individuálního léčebného plánu ve dvou oblastech

Seznam použité literatury :

- Knobloch F., Knoblochová J., Integrovaná psychoterapie , Grada 1999
 F.Rotgers a kol., Léčba drogových závislostí, Grada Praha, 1999
 S.Kratochvíl, Základy psychoterapie, Portál Praha, 1997
 M.Nakonečný, Motivace lidského chování, Academia Praha, 1996

INDIVIDUÁLNÍ LÉČEBNÝ PLÁN**Jméno:** Ondřej Novák**Oblast:** Užívání drog (toxické řeči, chutě, pití alkoholu, kouření marihuany)**Stav:****10.10.2000**

- *Neumím rozpoznat co vše jsou chutě na drogy. S chutěmi neumím pracovat. Jsem závislý zejména na heroinu, ohrožují mě ale všechny drogy. S alkoholem nemám potíže.*

8.12.2000

- Sleduji vzpomínky, neohrožují mě. Zábavy a čas venku (např. i výlety) mám spojený s alkoholem a marihuanou. Alkohol byl vždy spouštěčem k drogám.

23.12.2000

- Zjišťuji, že se hádám s ostatními. Jsem podrážděný, když mám chutě.

20.1.2001

- Na horách jsem měl stále chutě. Obdobný pobyt v minulosti pobyt mám spojen s užíváním drog. Jezdil jsem tak s partou. Podařilo se mi o chutích mluvit. Nebyl jsem na ostatní podrážděný.

Cíl:

- Abstinence včetně alkoholu.
- Přijmout fakt, že alkohol je pro mě ohrožující a nemohu kouřit marihuanu.
- Nepřenášet špatnou náladu při chutích na druhé.

Úkoly :

| DATUM | ÚKOL | KONTROLA |
|------------|---|---|
| 10.10.2000 | Budu se vyhýbat tox.. řečem mimo skupinu | 8.12. plní, platí stále |
| | Každý den si budu zapisovat myšlenky na drogy a situaci s tím spojenou | 8.12. nesplněno, platí |
| | Budu mluvit o chutích na aktivitách | 8.12. mluví, platí |
| 8.12.2000 | Po dobu I. fáze zpracovávat vztah k alkoholu a marihuaně <ul style="list-style-type: none"> • Být aktivní na skupině druhého- téma alkohol • Sám si na toto téma vzít skupinu | 23.12. platí, 2.1. platí, 20.1. plní |
| 23.12.2000 | Sledovat, jak mé chutě ovlivňují konfliktní situace v komunitě | 20.1. plní |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

INDIVIDUÁLNÍ LÉČEBNÝ PLÁN

Jméno: Ondřej Novák

Oblast: Právní

Stav:

10.10.2000

- Mám dluhy zhruba ve výši 57.000,- Kč. Dlužím – VZP a Dopravním podnikům.
- Jsem držitelem živnostenského listu na nákup a prodej , nic nevykonávám.
- Mám propadlý občanský průkaz.

8.12.2000

- Máma v dopise poukazuje na malou srozumitelnost problému s dluhy u VZP, není vyřízeno.

Cíl:

- V rámci svých možností splatit co největší část svého dluhu.
- Vyřešit situaci se živnostenským listem - pozastavit činnost.
- Zařídit si nový občanský průkaz.

Úkoly :

| DATUM | ÚKOL | KONTROLA |
|------------|--|-------------------------|
| 10.10.2000 | Zařídím si fotokopii živnostenského listu | 8.12.splněno |
| | Napsat mámě a dohodnout si s ní půjčku na dluhy VZP | 8.12. splněno |
| | Zařídit si foto na OP | 8.12.platí, 23.12. spl. |
| 8.12.2000 | Máma nereaguje na finanční otázku, napíši znovu srozumitelný dopis | 23.12. splněno |
| 23.12.2000 | V Chrastavě si zařídím vystavení nového OP | 20.1. zažádáno |
| | Napsat žádost o pozastavení živnostenského listu | 20.1. vyřízeno |
| 20.1.2001 | Odeslat žádost Dopravnímu podniku o splátkový kalendář na vyrovnání mého dluhu | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**Projekt poradny drogové prevence ve věznici s dozorem
ve specifických podmínkách Věznice J.
Renata Hasoňová**

CÍL PROJEKTU

- 1/ Odborná příprava pracovníků VS ČR Věznice - problematika drog
(tato oblast nebude v této zprávě dále diskutována, slouží pouze k dokreslení pohledu na činnost poradny v praktickém životě)
- 2/ Péče o odsouzené klasifikované jako drogově závislí či přímo ohrožení drogou
- 3/ Prevence pro odsouzené ve výkonu trestu, se zvláštním důrazem na odsouzené, kteří páchali trestnou činnost pod vlivem návykové látky

VÝCHOZÍ POZNATKY

V souvislosti s péčí o odsouzené klasifikované jako „drogově závislí“ či „přímo ohrožení drogou“, se bohužel objevuje jako základní nedostatek ta skutečnost, že neexistuje ucelená evidence toxikomanů nastupujících do výkonu trestu přímo nebo do výkonu vazby. Vyjimku tvoří pouze ti, kteří mají ve zdravotní klasifikaci stanoven bezdrogový režim. Pouhé vstupní pohovory pak přinášejí zjištění, že počet jedinců, kteří mají dlouhodobou zkušenost s drogou, je podstatně větší. Lze to dokumentovat i výsledky konkrétního průzkumu, který byl proveden v naší věznici v r.1998 a který konstatoval přibližně 46 %ní výskyt uživatelů drog /1/, z informací poskytnuté odborem zdravotnické služby GR VSCR vyplývá, že asi u jedné pětiny osob nastupujících do VTOS je nutné počítat buď se závislostí nebo experimentováním s návykovými látkami /2/. Pro práci personálu VS má význam znalost skutečně problémových jedinců, pro práci poradny drogové prevence má význam ale jen skutečně motivovaný odsouzený, který chce spolupracovat. Ale pro motivaci spolupráce odsouzených s pracovníky poradny by bylo vhodné využít údajů z pozorování odsouzeného během pobytu na vazbě.

Domníváme se, že tato skutečnost je podceňována, neboť kontakt s drogou je nejlépe poznatelný právě při „vstupu „ do vazby nebo přímo při nástupu výkonu trestu. Stačilo by, aby každý jedinec umístěvaný do vazby nebo přímo do výkonu trestu, byl v prvních dnech pobytu cíleně prohlédnut, respektive pozorován na požívání drog a v pozitivním případě zjištění byla učiněna opatření, včetně poznámky do osobního spisu, resp. osobní karty.

V neposlední řadě by bylo k získání těchto poznatků možno zabezpečit dohodou resortu spravedlnosti a vnitra i vstup do centrální počítačové evidence drogově závislých, dealerů atd. PČR. Uvedená poměrně jednoduchá opatření by výrazně zlepšila přehled o drogově závislých odsouzených a tím sekundárně snížila rizika jejich chování a jednání ve výkonu trestu.

Nutno však zvážit důvěrnost těchto dat a ošetřit dopady nevhodně přeceněné poznámky o užívání drog. Díky této poznámce by mohlo dojít k poškození klienta, neboť kromě specializovaného zacházení by se klientovi dostalo i nepřekonatelných zákazů uplatňovaných bez ohledu na osobnost a přístup k VTOS zejména v oblasti pracovních aktivit a účasti na extramurálních akcích.

Vlastní péče o drogově závislé je a bude vždy limitována odborným a ekonomickým zázemím konkrétního pracoviště. Věznice J., tak jako většina pracovišť VS ČR, nemá v současné době ani odborné ani ekonomické zázemí pro provádění cílené vysoce odborné terapeutické péče o toxikomany a alkoholiky. Z tohoto důvodu je proto možno zaměřit pozornost pouze na režimová opatření k zamezení průniku drogy do zařízení, preventivní činnost formou přednášek a skupinových aktivit včetně individuální péče a poradenskou službu.

PORADNA DROGOVÉ PREVENCE

V souladu s ekonomickým a odborným zázemím Věznice bude činnost protidrogové poradny zaměřena dvěma hlavními směry:

- A/ VE VZTAHU K ZAMĚSTNANCŮM** – zejména příslušníci VS – dozorcí a pracovníci ostrahy, dále na civilní pracovníky vychovatele a specialisty. Ostatní pracovníci vězeňské služby pouze okrajově (jako problémoví uživatelé nebo rodiče problémových uživatelů) – tento okruh problémů nebude součástí této práce

B/ VE VZTAHU K ODSOUZENÝM

Přednášková činnost v těchto základních tématech :

1/ Přednášková činnost

- drogová závislost
- psychická závislost
- somatická závislost
- následky
- trestná činnost související s drogami
- zákony
- trestný čin, přečin ...
- systém pomoci drogově závislým i drogou ohroženým

– jednotlivým přednáškám vždy volně navázat

- besedy
- řízené diskuse

Přednášková činnost je zakotvena v minimálním programu zacházení, takže odsouzený je povinen se přednášky zúčastnit, pokud nechce být sankcionalizován. Není již jeho povinností zapojit se do besedy, může být, jak je tomu v mnoha vězeňských aktivitách pouze pasivně přítomen.

Cílem této povinnosti je:

- *zajistit alespoň prostor k setkání s pracovníkem poradny, snížit tak bariera přístupu k pracovníkovi poradny (nejlépe oblíbenému psychologovi, sociální pracovníci nebo pedagogovi nejlépe tomu, jehož kázeňské pravomoci odsouzený nepodléhá...) a rozbít tím vliv vězeňské subkultury, která cíleně bojuje proti navázání kontaktů. Pokud je odsouzený povinen aktivitu navštívit, nelze jej automaticky označovat za „bonzáka“ apod.*
- *navázat pozitivní vztah k odsouzenému, vzbudit v něm pocit smysluplnosti poradny (posílení v abstinenci, přísun informací, možnost seberealizace...) nebo alespoň zvědavost či vytvořit podnět k aktivní činnosti*
- diferencovat mezi odsouzenými, vytipovat ty, kteří mají zájem na sobě pracovat, zaujmout je a dále kontaktovat
- motivovat k individuálním pohovorům či skupinovým aktivitám
- ocenit alespoň snahu splnit povinnost u odsouzených, kteří nejsou motivováni k práci na sobě ať již verbálně nebo

V případě silného dlouhodobého odporu k této aktivitě (tedy po absolvování cca tří besed) lze odsouzeného pokud nadále trvá na vyřazení z dalších aktivit omluvit, aniž by měl v hodnocení přístupu k VTOS poznámku, že neplní program zacházení. Tento případ lze aplikovat například na odsouzené, kteří tvrdí, že jsou „vyléčení“ a besedy v nich znovu vzbuzují touhu po droze, odsouzení, či takoví, kteří zastrašují nebo zesměšňují ostatní v přirozeném projevu na besedě.

Tedy problém sankcí hrozí pouze odsouzeným, kteří se ani nepokusí zvládnout svůj minimální program. Takoví se ve věznicích s dozorem vyskytují pouze sporadicky a lze je zařadit k jiným aktivitám, např. pro obtížně zvladatelné odsouzené, agresivní atd.

2/ Skupinové aktivity

Na tyto aktivity přichází opravdoví již klienti poradny.

Jejich motivy k návštěvám poradny jsou různé.

1. Využití doby ve VTOS k nucené abstinenci a zbavit se stávající závislosti
2. Hledání informací ohledně drog (většinou rizikovní uživatelé, přátelé nebo rodiče závislých)
3. Hledání jakéhokoli podnětu, který narušuje jednotvárnost prostředí VT
4. Absence sociálního kontaktu s osobami, které nejsou ve VT, osobní sympatie k pracovníkům poradny
5. Odsouzení, kteří se chtějí pouze zavděčit pro lepší hodnocení k soudnímu projednání podmíněného propuštění (součást školy vězeňského šarmu)
6. Kontrola působení poradny kriminální komunitou (součást hry mezi pracovníky VS a vězni)

Je evidentní, že klienty s motivy dle bodu 6 je třeba rozpoznat co nejdříve a vhodným způsobem je z poradny vyloučit, což bývá někdy problém, protože ve většině případů nelze počítat s pomocí skupiny, zasáhnout musí samotný pracovník poradny. Jejich přítomnost je škodlivá stejně jako přítomnost klientů s motivy dle bodu 5. Tito nemají dostatečnou motivaci, vynášejí ze skupiny informace a ničí veškeré výsledky. Jejich vyčlenění z kolektivu však většinou zvládne skupina sama.

Z počtu osob, které se zúčastňují přednáškové činnosti, předpokládáme přechod do skupinových aktivit maximálně jednu čtvrtinu ze zařazených do přednáškové činnosti. Dříve než vybereme vhodnou skupinu pro svého klienta vedeme s ním individuální pohovory. Jejich s cílem ujasnit si, do které skupinové aktivity klienta zařadit a zda je pro něho program ve skupině dostatečně atraktivní či bezpečný. Znovu projdeme event. doplníme komplexní. Teprve potom klienta zařadíme do skupiny kde je místo nebo počkáme až se místo uvolní.

Složení skupiny je dáno jednak motivem ke vstupu, jednak osobností klienta ke které specificky přiřazujeme i stupeň kriminálního narušení.

Skupiny budou polootevřené v počtu maximálně 10 osob ve skupině.

Skupinová setkání budou vedena neformálně, bude kladen důraz na ponechání prostoru pro svobodné vyjádření jedinců z řad odsouzených a na skupinovou dynamiku. Setkání budou zaměřena především na okolnosti konzumace drogy, základní faktory závislosti, stadia závislosti, rizikové situace, vliv prostředí, tolerance společnosti a dostupnosti drogy, droga jako prostředek životního stylu, mechanismy překonání závislosti, zvládání složitých životních situací, zdravý životní styl, relaxační programy, asertivní chování ... Předpokládáme aplikaci sociálně psychologického výcviku, po zvážení lze se souhlasem klientů sestavit terapeutickou skupinu. Tato již by byla uzavřená a výběr členů by v rámci dosavadní skupiny sestavili sami odsouzení společně s budoucím terapeutem.

Zvláštnosti terapeutického působení u klientů poradny ve skupinových aktivitách v prostředí věznice s dozorem. Terapeut musí:

- Rozhodnout co řešit ještě ve skupině a co již dotáhnout v individuální terapii. Pokud nemůžeme skupinu izolovat od ostatních odsouzených nelze se vyhnout parakomunikaci. Vždy musíme počítat, že skupina není neprodyšná a že naši klienti těžko mohou uniknout z prostředí, ve kterém se zcela odhalili. Opatrnost je na místě, někdy méně znamená více.
- Přísně oddělit svoji profesi pracovníka VS a pracovníka poradny. Předem odsouzeným sdělit, jaké informace spadají mezi nepřijatelné pro výkon povolání a na které se nemůže vztahovat tzv. „zpovědní tajemství“ a které informace nebudou zneužity pro jiné účely než pro terapii. Toto rozdělení nelze překročit. Obzvlášť nevhodná je kombinace terapeuta ve skupině a výkonu kázeňské pravomoci přímo u členů skupiny. Zejména u pedagogů, kteří řeší odvolání proti kázeňským trestům uloženým osobami s nižší pravomocí. Pokud se tomuto jevu nelze žádným způsobem vyhnout, nutno se skupinou předem dohodnout postup. Výhodnější je však se do této situace nedostat.
- Vyžádat svolení všech členů skupiny při použití dotykových technik. Vzhledem k tomu, že skupina je složena pouze z mužů. Na toto svolení nezapomenout i při tak obyčejné technice jako např. kreslení dvou lidí jednou pastelkou apod.
- Pracovat podle předem stanoveného plánu a koncepce, vést záznamy a tyto pečlivě chránit před zneužitím i ze strany neodborného personálu. Schválená metodika, odsouhlasený plán a náplň a předem specifikované cíle a metody chrání terapeuta před stížnostmi ze strany klientů, jejich příbuzných, spoluodsouzených ale i pracovníků věznice, kteří v terapeutických skupinách a individuálním působení vidí nebezpečí nedovolených styků.
- Počítat, že stísněné a nepodnětné prostředí, různé nátlakové skupiny, vyvolává problémové otázky, které zasahují do tvorby rozhodovacího procesu (mění se schopnosti ať již kognitivní nebo emoční), takže vězeňská populace se pohybuje v permanentní obraně, která vede k projevům vězeňské otupělosti, agrese, nebo ovlivnitelnosti, což zkrusluje problematiku skupiny.
- Využívat v co nejvyšší míře neverbální techniky

- Klienta poradny směřovat do civilního zařízení po ukončení VTOS.

Abychom zvládli práci, která je před nás postavená, je třeba zaujmout jistý postoj k vězni – klientovi, uvědomit si svoji roli, vcítit se do jeho problémů, což neznamená, že budeme zcela podléhat jeho „hře“ nebo dokonce striktním požadavkům. Za nedůležitější považuji, že si porozumíme, když si chceme rozumět. Už tím, že dotyčného pozorně a vstřícně vyslechneme si získáváme cestu k němu a zároveň mu pomáháme. /3/.

3/ Individuální poradenská služba

Průběžně

- na základě vlastního uvážení
- dle potřeb a požadavku odsouzených
- na základě požadavku vychovatelů a dozorců, event. lékaře

PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ

Vedoucí poradny - ústavní psycholog

Členové - ústavní lékař

speciální pedagog

sociální pracovnice

zdravotní sestra (vyškolená k problematice drog)

Externí pracovníci - psychiatři, terapeuti, pracovníci speciálních pracovišť

Trendy a perspektivy

Uvedené aktivity, tak jak je navrhuje projekt budou zabezpečovány specialisty odd. výkonu trestu, ev. ve spolupráci s okresním protidrogovým koordinátorem a specialisty z protidrogové komunity.

Státní program Realizace souboru protidrogových opatření, je sledován generálním ředitelem VS a projekty drogových poraden a jejich aktivity jsou financována mimo rozpočet věznic.

Zabezpečit ale vysoce odbornou terapeutickou činnost, kterou by bylo možno výhledově realizovat přímo ve věznicích, předpokládá průběžnou spolupráci s externími pracovníky- psychiatry. Vzhledem k „potížím“ odborných lékařů, resp. potížím s jejich pracovními úvazky ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám by základním předpokladem pro jejich fungování v našich zařízeních byla finanční připravenost tzn. navýšení finančních prostředků na uzavření dohod o provedené práci. Předpokládaná finanční částka se přibližuje cca k částce 100 000,-Kč na rok a věznicím, což v současné situaci není reálné. Východiskem by byla dohoda se zdravotní pojišťovnou a realizace ústavního léčení přímo ve VTOS.

Použitá literatura:

1. Prokopová H., Průzkum o užívání drog u odsouzených před VTOS, FFÚK 1998
2. Kašička F., Drogy a jejich zneužívání ve vězeňském prostředí, Bakalářská práce, Policejní akademie 2000
3. Olejníček A., Metody z interakční vězeňské psychologie, skripta Vzdělávací institut VS ČR Kroměříž

Psychologické aspekty v závislostech na návykových látkách (Osobnost narkomana)

Alena Heřmanová

Návykové látky samy o sobě nejsou špatné ani dobré. Teprve jejich užíváním resp. zneužíváním lidmi v nich oni sami paradoxně mohou spatřovat nebezpečí. Ve skutečnosti je však zneužívání drog projevem stávajícího stavu osobnosti a společnosti, již je tato nedílnou součástí.

Co je to tedy za sílu, která vede člověka k takovému způsobu (zne)užívání návykové látky, že se na ní stává závislý? Zdá se, že drogy a jejich vlastností je použito k uspokojení jakési hluboké vnitřní potřeby. Droga se stává iluzivní náhradou nedostatků v citové oblasti osobnosti, pomáhá udržet a obnovit psychickou rovnováhu. Je prostředkem umožňujícím změnu prožívání, popř. útek od mučivých pocitů úzkosti, bezcennosti, osamění...

Závislý potřebuje i funkci, kterou droga vykonává nebo která je jí přisuzována subjektem samým (radost, slast, zapomnění...) či jeho okolím (strach, vztek, odpor...).

Ačkoli se v této práci zaměřuji více na osobnost narkomana, nepřestávám mít na zřeteli, že tato oblast je pouze jednou ze tří rozsáhlých oblastí, kterými se při zkoumání toxikomanie je třeba zabývat, neboť jsou ve vzájemných velmi složitých a podmiňujících se vztazích. Vedle osobnosti závislého to jsou samotná návyková látka a její působení na lidský organismus a vnější prostředí, v němž se jedinec vyvíjel a vyvíjí. Člověk je v podstatě bytost svobodná a ve svobodě se rozhodující a za svá rozhodnutí nesoucí zodpovědnost. Za tohoto předpokladu nevidím závislého jako pasivní oběť jakéhosi vnitřního neodolatelného pnutí anebo vnějšího nátlaku či shluku nešťastných okolností, ale jako aktivního jedince, který podlehl pokušení, o jehož nebezpečí věděl. Dosažení opravdové svobody je spjato s odříkáním a svým způsobem i s určitým druhem utrpení. Je to proces postupný, dlouhodobý a obtížný. Touha po svobodě je vlastní každému člověku. V této touze a ve snaze dosáhnout lehce a snadno a rychle to oč jiní těžce, obtížně a dlouhodobě usilují, sahá narkoman po droze a věří, že pouze s ní bude svobodný a úplný.

Třebaže by se na základě předchozích tvrzení mohlo zdát, že osobnost závislého vykazuje tolik společných zvláštních rysů, že se snad i dá mluvit o jakési struktuře či charakteru osobnosti závislého, není tomu tak. Můžeme se setkat se závislými všech tří základních struktur osobnosti - neurotické, psychotické i depresivní. Daná psychická struktura jedince není jeho závislostí měněna. Zdá se naopak, že závislost subjektu na toxickém prostředku vzniká mimo jiné také jako pokus o obranu a regulaci nedostatečností, které vykazuje jeho hluboká vnitřní struktura.

Pokusím se nyní blíže zaměřit na ty rysy, které se vyskytují ve větší či menší míře u závislých všech osobnostních struktur.

1. Výrazné zaměření na chování
Běžně se osobnost člověka projevuje na úrovni tělesné, duševní a promítá se v chování a jednání. U závislých osob převažuje rovina chování. Duševně se přestanou rozvíjet, ustrnou na určitém vývojovém stupni, racionálně ztrácí hodnotu. Tělesnou stránku zanedbávají, nevěnují jí přílišnou pozornost. Soustředí se na svůj způsob chování - provokativního, demonstrativního, asociálního.
2. Citová nezralost
Projevuje se např. v silné potřebě chtít všechno hned teď a jakýmkoli způsobem, v neschopnosti být sám, v závislosti na nějakém blízkém objektu. Pokud nedojde k uspokojení těchto potřeb, obrací se závislý proti vlastnímu tělu.
3. Agresivita
Přirozená agresivita je životní nutností jedince ve smyslu jeho boje za přežití a sebezpevnění. Jak zacházet s tímto potenciálem se člověk učí od dětství. Nedostatečná citová vyzrálость tvoří základ pro neadekvátní zacházení s vlastní agresivitou - obvykle se vybíjí navenek. Závislí, kteří do této linie patří, však ve většině případů skončují se svými násilnickými projevy. Jakoby se droga stala prostředkem k vyjádření agrese (sebezpevnění drogou). A naopak jedinec, který přestane užívat svou drogu bez hlubší kompenzace, se stává vůči svému okolí agresivní.
4. Destruktivní seberealizace
Složitý vývojový proces hledání sebe, své hodnoty a svého místa ve světě zaznamenává u závislých regresi. Zaměření na sebe se projevuje v jakémisi zvráceném sebeničení.
5. Hra se životem a smrtí
Je-li život člověka v ohrožení, mobilizují se v něm vnitřní obranné síly umožňující přežití. U závislých je tento vnitřní mechanismus jakoby oslaben. Zahrávají si s životem a smrtí ve smyslu možnosti přežití, ale i popření práva na život.
6. Potíže s autoritou
Autorita a zákon v rovině mravních a sociálně kulturních ideálů nebyl nikdy nebo byl velmi nedostatečně zvnitřněn. V podstatě představují pro závislého hrozbu, zúzkostňují ho. Snad proto jsou prakticky všichni ve zjevné opozici vůči nim.
7. Nedostatek identifikace
Tento identifikační deficit zabraňuje závislým prožívat uspokojivým způsobem vztah lásky, ale také např. vztah rivality. Nápodoba jako náhražka chybějící identifikace vede k tomu, že se závislý člověk snadno stává obětí sugesce, nejrůznějších vlivů, konformního chování ačkoli či snad právě proto dává ve svém odporu na odív provokativní a formální antikonformismus.
8. Prázdné místo
V souhrnu představ, kde by klíčové místo měla zaplňovat představa důležité osoby (většinou rodič), se kterým si subjekt musí vyjasnit vztahovou situaci dosud nevyřešenou, ona klíčová osoba chybí. Závislý není schopen toto místo adekvátně zaplnit, což se navenek projevuje nemožností navázat trvalé vztahy. Prázdné místo se snaží zaplnit drogou.
9. Nedostatečná imaginace
Schopnost vytvářet fantazijní svět, propojovat symbolické s reálným a naopak spoluvytváří vnitřní

bohatství člověka a pomáhá mu snáze se orientovat ve světě. U závislých je imaginární svět velmi chudý a omezený. Snaží se ho obohatit drogou.

10. Izolovanost

Závislý se postupně uzavírá do omezeného mikrosvěta odtrženého od společnosti, je osamělý, ztrácí stále víc vlastní identitu.

Výše popsané psychologické rysy, které ve větší či menší míře nalezneme u všech závislých, nelze vytrhnout z kontextu rodiny a společnosti. Podobně jako neexistuje struktura osobnosti narkomana neexistuje ani rodinná struktura produkující budoucí závislé. Je možné pouze vytypovat jisté podmínky, které k budoucí závislosti mohou výrazně přispět. Pro omezený rozsah práce se zmíním pouze o dvou, které pokládám za klíčové:

- a. Nepřítomnost jednoho či obou rodičů (popř. vážné neshody mezi nimi) může způsobit absenci autentických mužských a ženských identifikačních vzorů.
- b. Závislosti nejrůznějšího druhu (alkoholismus, uklidňující léky...) u jednoho nebo obou rodičů. Pokud je dítě u rodiče(ů) svědkem, že se při jakémkoli životním strádání uchylují k formám vnější pomoci (většinou chemické), odnáší si do života víru v čistě magické a vnější řešení citových či jakýchkoli jiných strastí člověka. Pasivní a konzumní přístup rodiče(ů) k životu s hledáním únikových cest z problémů a vyhýbání se odpovědnému řešení, učí dítě zase jen témuž.

Zatímco v rodině se v souvislostech s psychologickými aspekty v závislostech zdůrazňují potíže spíše citového charakteru, ve společenském kontextu jsou to potíže rázu ekonomického a ideologického.

Celosvětový vývoj se vyznačuje rychlým přechodem od civilizací zemědělského typu k městským a průmyslovým civilizacím. Umělé všeho druhu (od potravinářských výrobků po informatoriku a bankovní systémy) nabývá vrchu nad přirozeným, ekonomické podmínky, ekologická krize, strach z budoucna... se nutně musí odrážet v prožívání každého jedince. Obdobná situace je v oblasti ideologické. Nestálost a nepřehlednost v národních i mezinárodních postojích, úpadek mravních ideálů, sekularizace světa, materializace hodnot, kult individualismu, násilí a peněz... se stávají příčinami tápání a vnitřních nejistot lidí.

Jen takový člověk, který měl v dětství a dospívání dostatečně pevné identifikační vzory, je schopen na tak silné společenské tlaky adekvátně reagovat. Ti pak, kteří takové zázemí neměli, pak v mnoha případech formou nepravé vzpoury směřují k okraji společnosti a své "šťěstí" si opatřují magickým a vnějším způsobem.

Na závěr bych chtěla jen dodat, že není správné vytvářet ze závislých zvláštní svět, od kterého je nutné se distancovat, ale naopak dívat se do něho jako do zrcadla téhle společnosti, kde lze nalézt i sama sebe.

Použité zdroje:

1. Jean Bergeret: Toxikomanie a osobnost, Victoria publishing, Praha 1995
2. Picola Estéz: Ženy, které běhaly s vlky, Knižní klub, Praha 2000
3. John Gray: Děti jsou z nebe, Práh, Praha 2000
4. Miroslav Nožina: Svět drog v Čechách, KLP, Praha 1997
5. Thomas Szasz: Ceremoniální chemie, Votobia 1996
6. Tom Brenner: Hněv, přednáška, duben 1997
7. Robert Emerim: Výzkum souvislosti antisociálního chování dětí matek s delikventním chováním ve vlastní adolescenci, čas. Psychologie dnes 4/2000
8. Jan Šikl: Psychoanalytický přístup k drogovým závislostem, přednáška, březen 1997
9. Potřeba mimořádného prožitku, čas. Psychologie dnes 10/2000

Použití psychoterapie u obětí domácího násilí Olga Holendová

Se ženami, jenž se staly oběťmi domácího násilí, se setkávám v zaměstnání, neboť pracuji v psychosociálním centru Acorus, které se pomocí obětí domácího násilí zabývá. Jsem zde zaměstnána jako socioterapeutka, takže mám možnost být s klientkami v každodenním kontaktu. Kromě toho jedenkrát týdně vedu společně s psychologičkou centra psychoterapeutickou skupinu, která je určena jak pobytovému, tak i ambulantním klientkám.

Ženy, které k nám přicházejí, zažívají násilí fyzické, sexuální, psychické a ekonomické. Domácí násilí, jehož se staly oběťmi, představuje jednu z nejnebezpečnějších forem agrese, a to zejména proto, že je skryté a těžko postizitelné. Odehrává se často za zavřenými dveřmi bytu a společné soužití, intimní vztahy, strach z následků a snížené sebehodnocení obětí blokuje jejich schopnost situaci řešit.

Zařízení, kde pracuji, nabízí ženám a jejich dětem pomoc formou pobytového nebo ambulantního programu a také pomoc v akutní krizi. Pobytový program trvá maximálně 6 měsíců a nastupují jej klientky, které se buď potřebují ukrýt před násilným chováním svého partnera nebo nemají jinou možnost, kam se po odchodu od něj uchýlit. Součástí pobytového programu je kromě pomoci v řešení sociální situace (bydlení, úprava poměrů k dětem, rozvod atd.) také individuální a skupinová psychoterapie a podpůrné programy (zejména volnočasové aktivity). Dětem, které jsou v centru ubytované společně se svými matkami, nabízíme specifické programy jako např. arteterapii, muzikoterapii, interakční skupiny atd.

Do ambulantního programu se zapojují ženy, které mají možnost vyřešit bytovou otázku jiným způsobem nebo se zatím pro odchod od partnera nerozhodly, přesto však cítí potřebu svou situaci nějak řešit. Terapeutická pomoc je nabízena také rodinným příslušníkům, případně partnerům klientek. Z ambulantního programu lze také přejít na program pobytový a naopak.

Pomoc v krizi představuje možnost krátkodobého ubytování s cílem poskytnout ženám a jejich dětem bezpečné místo k okamžité regeneraci psychických a fyzických sil a pomoci jim hledat adekvátní řešení ve vyhocené životní situaci.

Při své práci jsem nejvíce v kontaktu s klientkami, které se rozhodly pro program pobytový. Často k nám přicházejí velmi vystrašené, úzkostné, trpí psychosomatickými obtížemi. Objevují se u nich poruchy spánku, noční můry, často trpí depresemi, mají snížené sebevědomí. Svou situaci cítí jako bezvýchodnou a trpí silnými pocity viny, že se v ní ocitly. Je pro ně těžké smířit se s tím, že byly nuceny odejít z domova a vyhledat pomoc v nějaké instituci. Jednání s nimi proto vyžaduje ze strany pracovníků centra velmi citlivý a trpělivý přístup. Zpočátku je pro klientky i jejich děti nejpodstatnější, aby se cítily v bezpečí a mohly načerpat chybějící psychické i fyzické síly.

Pobytový program je realizován formou systému s komunitními prvky. Uvědomila jsem si, že se zde uplatňuje princip léčebného společenství se vším všudy. Ženy, které k nám přicházejí, často nemají mnoho sociálních kontaktů, jelikož byly svými partnery od okolí izolovány. Některé z nich ani nechodily do práce, neboť si to jejich partner nepřál. Společné soužití s ostatními jim tedy poskytuje nové korektivní zážitky, jsou akceptovány jako rovnocenné partnerky k řešení životní situace. Mohou si o svých zážitcích s někým promluvit, důležité je vědomí, že v obtížné životní situaci nejsou samy. Zjišťují, že ostatní ženy mají podobné zážitky a že se tudíž před nimi nemusí cítit trapně. Pro oběti domácího násilí je totiž charakteristické, že se snaží násilí úzkostlivě utajit, neboť se za to, co prožily, stydí.

V další fázi je důležitá podpora komunity, a to zejména ve chvílích, kdy žena začíná pochybovat o tom, jestli se rozhodla správně, zda odchod od partnera byl tím nejlepším řešením. Děje se tak v momentě, kdy se klientka začíná cítit fyzicky i psychicky lépe. Bolestné zážitky se vzdalují a žena začíná zjišťovat, že teď bude na všechno sama. Uvědomuje si, že řešení její sociální situace bude obtížné, bude pravděpodobně trvat dlouhou dobu a pod tíhou takové perspektivy začíná zvažovat návrat k partnerovi. Touto etapou podle mých zkušeností procházejí všechny naše klientky a obzvlášť v těchto chvílích jsou pro ně podpora společenství a zkušenosti ostatních přínosem.

Konfliktní situace, které se objevují v každém zařízení s pobytovými klienty, se využívají v individuální nebo skupinové psychotherapeutické práci s klientkami. V našem zařízení se otevřené konflikty mezi klientkami neobjevují příliš často. Ženy, které se staly oběťmi domácího násilí, totiž většinou neumí konflikty řešit a přímé konfrontaci s druhými se vyhýbají. Tato jejich neschopnost řešit otevřeně obtíže těsného soužití rovněž často přispívá k úvahám o odchodu ze zařízení. Otevření a odkrytí konfliktu nebo negativního prožívání společenství proto patří k důležitým tématům práce skupiny.

Jak důležité je otevření a ventilace takových prožitků a pomoc v řešení vztahových problémů ve společenství, jsem si nejlépe uvědomila na případu paní Aleny. První její pobyt v Acorusu trval asi dva měsíce. Klientka byla v jeho průběhu velmi uzavřená, chovala se odtaziť. Na skupinách příliš nespolečně pracovala, byla spíše pozorovatelem. Podobně se projevovala i v soužití s ostatními. Jejich společnost nevyhledávala, komunitního života v domě se účastnila jen, pokud to bylo nezbytně nutné. Dělal dojem, že se cítí nad ostatními nadřazená. V komunitě nebyla příliš oblíbená, klientky měly pocit, že se nad ně povyšuje. Bylo zjevné, že se paní Alena necítí v Acorusu dobře, nikdy o tom ale nemluvila. Stejně tak s nikým neprodiskutovala svůj záměr odejít. Ani klientky, ani personál o jejím úmyslu nevěděli. Až ve dveřích se sbalenými taškami nám oznámila, že i se svými dvěma dětmi odchází zpátky k manželovi, a odmítla o tom dál mluvit. Znovu nás kontaktovala asi po půl roce s tím, že by ráda znovu nastoupila na pobyt. Z toho, jak líčila měsíce po odchodu z Acorusu, jsme vyrozuměli, že velmi brzy po jejím návratu domů se manžel začal opět chovat agresivně a situace se stávala den ze dne vyhocenější. Její znovupřijetí jsme po předchozí zkušenosti hodně zvažovali. Měli jsme pochybnosti, zda se něco změnilo v jejím náhledu na situaci, ve které se nachází. Nakonec jsme se však dohodli, že paní Alenu na druhý pobyt přijmeme. Rozdíl byl zřejmý už od začátku. Paní Alena byla přístupnější, otevřenější. Neizolovala se tolik od ostatních, více se zapojovala do dění v domě. Na skupinách se postupně začala otevírat, pracovala na sobě. Aktivněji pak spolupracovala také při řešení své sociální situace. Paní Alena se postupem času stala tahounem celé skupiny, ostatní ji respektovaly jako autoritu a důvěřovaly jí. Byla tím, kdo konflikty ve skupině otevíral a motivoval i ostatní k jejich řešení.

Sama se pak k rozdílnosti svých dvou pobytů vyjádřila na skupině. Mluvila o tom, že během prvního z nich se v Acorusu necítila dobře, měla pocit, že tam nepatří. Hrozně jí chyběl domov, bylo pro ni ponižující žít v nějakém „azylovém domě“. Nedokázala se smířit s tím, že se dostala do situace, kdy potřebuje pomoc někoho jiného. Vše pak vyvrcholilo odchodem ze zařízení. Během druhého pobytu se jí podařilo více se otevřít ostatním a ventilovat své pocity. Sama na skupině zreflektovala, že díky tomu už pro ni prožívání společenství nebylo tak obtížné a měla proto více prostoru k řešení své situace. Její výpověď byla cenná i pro ostatní klientky, z nichž některé v té době společenství prožívaly také negativně. Paní Alena již podala žádost o rozvod a dosáhla toho, že

soud svěřil nezletilé děti do její péče. Podařilo se jí získat do péče i prostředního syna, který žil v době jejího prvního pobytu v Acorusu u otce. V současné době bydlí se svými dětmi v azylovém domě, kde však bude jen krátce, do dvou měsíců by jí měl být přidělen obecní byt. Acorus navštěvuje nyní ambulantně, její děti pravidelně docházejí na arteterapeutické programy.

Aktuální situace v komunitě, případně konflikty, které se ve společenství odehrávají, jsou jen jedním ze zdrojů využívaných k práci na skupině. Dalšími zdroji jsou životní historie klientek, techniky a modelové situace, jichž rovněž využíváme k dosažení našich hlavních terapeutických cílů. K těm patří získání náhledu a odstupu od prožitých situací, nalezení cesty, která vede ke kořenům chování, díky němuž se klientka dostala do obtížné životní situace, a nastartování změny tohoto chování. Šest měsíců je pro dosažení změny velmi krátká doba, proto je naší snahou i to, aby klientky dále pokračovaly v terapii ambulantně.

Za nejdůležitější v přístupu pracovníků ke klientkám považují respekt, připravenost akceptovat je v každé situaci jako rovnocenné partnery. To znamená přijímat je jako osobnosti s právem rozhodovat o svém životě svobodně a respektovat pak rozhodnutí, která klientky činí. Je třeba si stanovit vůči nim jasné hranice, ale zároveň nehodnotit je samotné ani jejich jednání, jakkoli s ním nemusím souhlasit. Myslím, že mi v tomto ohledu hodně pomohl výcvik. Více se mi teď daří oddělovat své vlastní emoční prožívání a nepromítat jej do práce s klientkami.

Závěrečná práce na téma - „SVP a práce s klienty v něm“

Petr Jíra - skupina „POŘETR“

Pro svou závěrečnou práci jsem si vybral téma středisko výchovné péče a práce s klienty v něm. Myslím si, že může alespoň částečně omezit růst sociálně patologických jevů, které se mohou projevat již na základních školách. Jedná se především o šikanu, záškoláctví, drogovou závislost nebo jinou anomálii. Při této práci jsem čerpal informace z knihy M. Vocilky - Náplň činnosti středisek výchovné péče pro děti a mládež a zkušeností svých.

SVP jako takové je zřízeno MŠMT zákonem ČNR o předškolních a školských zařízeních č. 395/1991 sb., část třetí, díl první - školská zařízení, § 31. - **Toto zařízení poskytuje všestrannou preventivně výchovnou péči dětem a mládeži s negativními jevy chování, pokud nejsou důvody pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve speciálních výchovných zařízeních.** SVP se zabývá etopedickými problémy dětí. Poskytuje i okamžitou pomoc v naléhavých případech při kterých dochází k selhání rodičovské funkce. Zařízení SVP mohou být trojího druhu - ambulantní, internátní, azylové. Odborná práce středisek zahrnuje prvky sociálně pedagogické péče a terapie a má pomoci dítěti i jeho rodině při řešení náročných životních situací. Specifickým úkolem je odborná pomoc při řešení aktuálního problému klienta a snaha zmírňovat za účasti rodičů zátěž rodiny vyplývající z výchovných problémů a konfliktů. Střediska plní ve vztahu k rodině jen podpůrnou funkci. Rodiče i nadále zůstávají plně zodpovědní za výchovu dětí. Věkové rozmezí klientely je mezi 7 - 18 rokem věku. Důležitá je spolupráce střediska s jinými odbornými institucemi - PPP, dětskými psychiatry, školou, družinou atd.

Některá střediska se zabývají volnočasovými aktivitami, které mohou pozitivně ovlivňovat pomocí nových zážitků. Jsou zdrojem poučení, rozmanitých podnětů, kladných emocí, prostředkem pro sociální učení jedince a jeho vytváření hodnotového systému. Jsou dobrým terapeutickým prostředkem ke sledování a umírňování chování klientů. Ve vzájemné konfrontaci mají možnost korigovat své sociální chování.

Pro optimální fungování SVP je nutné zabezpečit toto personální obsazení:

- 1) Vedoucí střediska
- 2) Psycholog
- 3) Speciální pedagog – etoped
- 4) Sociální pracovník

Pracovní náplně jednotlivých profesí – ad.1 – Vedoucí střediska koordinuje vztah mezi školou, rodinou, výchovným zařízením a střediskem. Odpovídá za odbornou a obsahovou úroveň střediska, stanovuje pracovní náplně svých zaměstnanců a časové harmonogramy jejich služeb, kontroluje vedení dokumentace, vytváří podmínky pro zvyšování odbornosti jednotlivých pracovníků, je odpovědný za dodržování vnitřního řádu SVP, přímo řídí všechny pracovníky ve středisku, spolupracuje s ostatními středisky, navazuje kontakt s médií.

Ad.2 – Psycholog – provádí komplexní psychologická vyšetření pomocí standartizovaných testů ohrožených a narušených dětí a mladistvých při jejich zaregistrování se ve středisku. Podílí se spolu s ostatními členy střediska na sestavení individuálního plánu dítěte a snaží se nalézt nejvhodnější metody pro práci s ním. Poskytuje se souhlasem rodičů odborné konzultace s učiteli o daném klientovi – toto se vztahuje i na konzultace s jinými středisky. Vede záznamy o klientech, podílí se spolu se speciálním pedagogem (musí mít psychotherapeutický výcvik) na vedení rodičovských nebo klientských skupin. Trvale si zvyšuje svůj odborný růst.

Ad.3 – Speciální pedagog – etoped - zajišťuje komplexní speciálně pedagogickou diagnostiku s návrhem opatření na odstranění či zmírnění následků výchovného ohrožení dítěte ve spolupráci s ostatními pracovníky střediska. Vypracovává individuální výchovný plán žáků a seznamuje s ním rodiče. Hledá efektivnější metody edukace u jednotlivých žáků. Spolupracuje s jinými odborníky – sociolog, pedopsychiatr, atd. Podílí se na terapeutickém vedení dětí formou jak skupinovou tak individuální. Zajišťuje ambulantní kontakty střediska s klientem. Poskytuje odborné konzultace a metodickou pomoc učitelům škol, kam klient střediska dochází. Vede řádnou dokumentaci. Zastupuje vedoucího střediska v době jeho nepřítomnosti.

RELAXACE,IMAGINACE A DYNAMICKÉ MEDITACE V PSYCHOTERAPII ZÁVISLÝCH Kovaříková Jaroslava

Ve své práci popisuji dvouletou zkušenost s relaxacemi, imaginacemi a dynamickými meditacemi u nezletilých ve výchovném ústavu drogově závislých s léčebným režimem a čtyřletou zkušenost v psychiatrické léčebně u klientů alkoholově závislých v intenzivní třináctidenní psychoterapii.

Na oddělení psychoterapie jsou relaxace součástí psychoterapie ,na rozdíl od výchovného ústavu, kde se neustále mění koncepce i personál a relaxace jsou jediným skupinovým programem fungujícím po dobu dvou let.

Odd. psychoterapie je koedukované. Relaxační skupiny ve výchovném ústavu jsou nekoedukované..

Výchovný ústav s léčebným režimem pro klienty s drogovou závislostí vznikl před dvěma a půl lety. Koncepce léčby spočívala v dodržování domácího řádu, bodovacího systému, z psychoterapie- individuální pohovory a dvakrát týdně skupiny s psychologem. Práce ve skupině byla velmi obtížná a bez výsledných efektů. Proto jsem se po společné konzultaci s psychologem pokusila pracovat s klienty pomocí relaxací. S klienty jako byli ve výchovném ústavu jsem neměla zkušenost, a proto jsem začala vést relaxace jako s klienty na odd. psychoterapie.

Zpočátku jsem se setkávala s odporem klientů, nevěřili ani neměli motivaci se sebou pracovat. Začínala jsem tak jako na odd. psychoterapie s autogenním tréninkem , ale klienti byli plni tenze, agrese a nedůvěry, proto je odmítali a většinou usnuli. Při seznamování klientů s teorií AT jsem narazila na odborné termíny , kterým kl. nerozuměli a to je ještě více odradilo , měli pocit manipulace.

Osvědčilo se začít s novými klienty pracovat s imaginacemi, kdy vnitřní obrazy , které je emočně oslovily , si zapamatovali a mohli je malovat na stěny místnosti určené pouze k relaxačním technikám. Tímto vznikla vernisáž, která byla motivací i pro další klienty. Př. z praxe Markéta , 17 let závislá na pervitinu. Přichází po dvou dalších pobytech v jiných výchovných ústavech. Je uzavřená a má velké výkyvy nálad. Po imaginaci se světlem pocítila silný pocit lásky , velké teplo v hrudi a namalovala krásný obraz , který pojmenovala jako „Má duše“ . V dalších terapiích začala více o sobě přemýšlet . Sama motivovala i ostatní nové přicházející klienty .

Během dvou let jsme s kolegy a klienty vytvořili relaxační programy, které se kloubí se základními relaxačními technikami Západu a Východu.

Nezletilým ve výchovném ústavu vyhovují techniky z Východu , které vyvolávají v klientech aktivitu, objevují svou duši a to je motivuje k dalšímu sebepoznávání.

Mezi tyto programy řadíme také kineziologický test na funkci čaker, který klientům poskytuje zpětnou vazbu o jejich přítomném tělesném a duševním stavu. Test se provádí před i po relaxačních technikách. Př. z praxe:

Dominik, 16 let, závislý na toulenu , pasivní, na programech pospává. První měsíc pobytu se účastní pasivně, pozornost udrží max. 15-20 minut, protože nemá žádný prožitek , stává se pro něj program nezajímavý a usíná. Po imaginaci s barvami a kineziologickém testu se začíná motivovat pro práci s relaxacemi rozdílností výsledku kineziologického testu před a po imaginaci.

Příklady relaxačních programů:

1. Práce s dechem, cvičení Pěti tibet'anů, progresivní Jacobsonova relaxace.
2. Práce s dechem, zpěv manter, imaginace světla
3. Zpěv manter , imaginace , arteterapie
4. Autogenní trénink, imaginace , arteterapie
5. Práce s čakrami- dech a imaginace barev , kineziologický test
6. Teorie, dynamická meditace
7. Teorie, kundalini meditace (dynamická)
8. Mantry, Jacobsonova relaxace, imaginace s barvami (sprchování barvami)
9. Práce s dechem, koncentrace se symboly, autogenní trénink
10. Relaxační masáže, meditace vl. já v prostoru
11. Relax. technika s imaginací písku, imaginace s barvami

Popis užívaných relaxačních technik:

| | | |
|-----------------------------|----------------------|---------|
| Dynamická meditace- (hudba) | a/ chaotické dýchání | 10min |
| | b/katarze | 10 min |
| | c/hučka | 10 min. |
| | d/stopka | 10 min. |
| | e/oslavný tanec | 10 min. |

- myšlenkový chaos dává volný průchod neg. nezpracovaným emocím, celý proces posiluje hranice vůle.

| | | |
|-----------------------------|-----------------------|---------|
| Kundalíni meditace- (hudba) | a/natřásání těla | 10 min |
| | b/tanec | 10 min |
| | c/klidová část v sedě | 10 min |
| | d/klidová část v leže | 10 min. |

-uvolnění neg. emocí,zklidnění mysli

Mantra

Mantra je slovo, nebo skupina slov, či věta, která má určitý význam. V této technice klienti zpívají, nebo pobrukují určitou melodii. Vibrace mají léčivý účinek na organismus, vědomí se dostává do alfa hladiny, u některých klientů se objevují vnitřní obrazy/ vzpomínky, přání/

Na odd. psychoterapie je práce s klienty alkoholově závislími, motivovanými méně náročná. Programu je věnováno 20 až 30 minut a obsahuje vždy jednu techniku na rozdíl od relaxačních programů ve výchovném ústavu.

Klienta, který přichází do léčby vždy teoreticky seznámím s technikami, které nezná a nemá s nimi zkušenost. Začínáme s autogenním tréninkem a postupným nacvičováním jednoduchých kroků. Jelikož pracuji s otevřenou skupinou nacvičujeme AT simultánně. Ne vždy všem na počátku vyhovuje zadaná poloha na zádech, nebo v poloze drožkaře, proto si klienti na počátku zkouší jaká poloha jim vyhovuje. Př. z praxe – Petr, 36 let, alkoholově závislý. Má potíže s ženskou autoritou a direktivními přístupy. V nácvičku AT se nedokázal uvolnit, neustále myslel na to, že v poloze, kterou jsem zadala musí setrvat, protože jinak by nezrelaxoval. Po každém nácvičku odcházel unavený a nervózní. Po třech týdnech se konečně dokázal ventilovat svou nespokojenost s autogenním tréninkem. V dalších AT zaujal svou polohu, ale později se opět vrátil do polohy v leže na zádech a již bez problémů relaxoval.

Po nácvičku základních kroků autogenního tréninku klienti jsou schopni zvládnout řízenou imaginaci, kde se jim otvírají emoční témata pro skupinu.

Poslední rok se více věnuji s klienty práci s tělem- relaxační masáže, práce s čakrami, kineziologickým testem, který se osvědčil stejně dobře jako u klientů z výchovného ústavu.

Při zpěvu mantry se zrelaxují téměř všichni klienti i ti, kteří mají ještě problémy s autogenním tréninkem. Tato technika je jakýmsi rituálem, kdy si klienti sednou na zem do kruhu a jsou spojeni zpěvem, nebo pobrukováním.

Nedávno si jeden klient vybral mantru, kterou znal z relaxací, na závěrečný rituál při ukončení léčby jako svou píseň.

Další technikou je koncentrace na symbol. Tj. barevně a graficky uspořádaný obraz, který si každý vybírá při příchodu na odd. s tím, že se stává jeho vlastnictvím. Symboly jsou vyvěšeny v místnosti, kde probíhají všechny terapie. Touto technikou si klient posiluje vůli a vizualizaci.

Z dynamických meditací se osvědčila progresivní Jacobsonova technika, např. u klientů, kteří jsou po své náročné skupině emočně rozladěni.

Rozdíly při práci s relaxacemi u klientů alkoholově závislých, motivovaných na odd. psychoterapie a u klientů nemotivovaných mladistvých drogově závislých ve výchovném ústavu s léčebným režimem. v rozvrhu jednotlivých technik od nejlépe zvladatelné:

| | Psychoterapeutické odd. | Výchovný ústav |
|----|-------------------------|----------------------|
| 1. | autogenní trénink | práce s dechem |
| 2. | imaginace | mantry |
| 3. | mantry, dech. | imaginace |
| 4. | progresivní relaxace | progresivní relaxace |
| 5. | práce s tělem- masáže | dynamické relaxace |
| 6. | koncentrace- nácviček | autogenní trénink |

V praxi je tedy užitečné dodržet posloupnost těchto technik s ohledem na cílovou skupinu.

Empatie v psychoterapii
MUDr. Alexandra Kroupová

Empatie = porozumění vcítěním, postihnutí emočních stavů jiného člověka v podobě spoluprožívání / Psychologický slovník, Pravda 1987 /.

Nejde jenom o vyposlechnutí druhého člověka, ale o vcítění toho, co prožívá uvnitř ve svém nitru. Dobrým "posluchačem obtíží" se člověk nerodí, ale stává. Schopnost empatie se rozvíjí z vrozené dispozice učením a zkušenostmi s nejbližšími lidmi života. V psychoterapii jako pomáhající profesi je základním nástrojem osobnost terapeuta. Největší nesnáze pak přirozeně působí slabá místa této osobnosti, jako např. nevyřešené neurotické konflikty nebo hlubší osobnostní poruchy. Schopnost empatie, ochota a snaha ji projevit vůči klientovi, je základní charakteristikou osobnosti terapeuta bez ohledu na příslušnost ke konkrétní psychoterapeutické škole. Pokud terapeut není schopen empatie s tím, jak klient vnímá lidi, svět a události, těžko by mohl klientovi pomoci. Zdá se, že s úrovní empatie / a empatie sama k sobě / souvisí zejména emoční stabilita a otevřenost k druhým, důvěřivé nastavení vůči světu.

Empatický postoj a chování terapeuta patří mezi obecné účinné faktory psychoterapie. Jak může empatický terapeut na klienta působit ?

Při setkání klienta s empatickým terapeutem může klient zažívat / často po dlouhé době nebo poprvé / opravdový zájem o sebe, snahu o hluboké pochopení, porozumění. Rozvíjí se vztah obsahující osobní zájem a blízkost, klient má možnost hlubšího sebepoznávání. Může nahlédnout své vnitřní rozpory, zdroje svých obtíží, ale i svá přání a touhy. Takový vztah je pro klienta uklidňující, zvyšuje se jeho sebeúcta, dochází ke korektivní emoční zkušenosti. Klient zažívá opakovaně pozitivní vyústění svých původně negativních očekávání, což opravuje nesprávnou generalizaci, vyvolanou minulými traumatizujícími zážitky. Během takového setkávání nastává také abreakce. Na povrch se mohou dostat potlačované emoce, spojené s traumatizujícími zážitky a plně se projevit. Klient je může znovu prožít s příslušnými vnitřními i vnějšími afektivními projevy. Mění se sebepojetí klienta s důsledky v chování, v meziosobních vztazích, v životním stylu a hodnotách.

Ve skupinové psychoterapii se v procesu vedle terapeuta účastní členové skupiny. Na skupinách se postupně demonstruje universalita, empatie a schopnost vzájemného porozumění. Empatie se rozvíjí, dochází k porozumění minulosti člena skupiny a jeho současným postojům, k jeho akceptování /všemu rozumět znamená prominout -Yalom / . Empatie umožňuje zlidštění konfliktů na skupině. Člen skupiny je akceptován takový jaký je, uznán jako osoba s vlastními myšlenkami a pocity. Není odsuzován, ale jeho chování současně není schvalováno. Dochází k emoční podpoře a ta je tím větší, čím větší je vřelost vztahu a empatie, vcítění se ostatních do něho. Takové sebeodhalení ve správný čas, kdy člen skupiny promluví poprvé o věcech, které ho dlouho tíží a je pochopen a plně akceptován, podpořen a přijat druhými, je pro něho obvykle hluboce posilující. Zároveň má na skupině zážitek z toho, že sám pomáhá druhým a nabízí emoční podporu, empatii, cítí se potřebným a užitečným, zvyšuje se pocit sounáležitosti s druhými, i pocit vlastní ceny a moci. V prostředí soudržné skupiny, v atmosféře emoční podpory, empatického chování, také člen skupiny snáze přijme negativní zpětnou vazbu a nebude ji vnímat jako útok. Nebudou se u něho posilovat obranné reakce. Setkání členů skupiny prostřednictvím empatie samo o sobě působí jako emoční korektivní zkušenost. Dochází tak ke zvýšení schopnosti jedince navázat hlubší a upřímnější kontakty s druhými. Schopnost empatie je u členů skupiny obvykle rozdílná. Někteří členové se svým chováním liší od ostatních. Chybí jim schopnost nebo zájem se vcítit do ostatních, neumí si uvědomovat reakce druhých na sebe, často si drží skupinu "od těla", brání se hlubšímu vztahu s druhými. Někdy si ostatní členové skupiny připadají "jako použité loutky". Také u klientů předčasně končících skupinovou psychoterapii se ukazuje menší potřeba empatie a nižší schopnost vytvořit emocionální vztahy. V dnešních podmínkách skupinové psychoterapie lze stále méně potkat "čistě neurotické klienty", kteří jsou obvykle empatictí. Velmi často jsou neurotické symptomy kombinovány s osobnostní patologií. U klientů s některými poruchami osobnosti bývá často nápadné narušení schopnosti vcítit se do druhého. Například klient se schizoidní poruchou osobnosti obvykle postupně zjišťuje, že se liší jeho prožívání od ostatních členů skupiny. Je emočně osamělý, zablokovaný, nemůže nic intenzivněji prožívat, ani své vlastní zážitky, nedokáže se vcítit do druhých, lidé jsou pro něho zaměnitelní. U narcistického klienta se v různé míře ukazuje jeho nedostatek empatie a uvědomování si druhých lidí. Od skupiny čeká zájem, starost, sám najevo žádný nedává, nedělá nic pro druhé. Je nadměrně přecitlivělý na kritiku. Klient s hysterickou poruchou osobnosti má někdy s předchozí poruchou společnou demonstrativnost, dramatickosti, sklon k exhibicionismu, svůdnosti. Ale je vřelejší, emočně zbarvenější, kdežto narcistický klient je chladný a vypočítavý. Také obsedantně kompulsivní osobnost se může jevit jako citově povrchní a chladná. Ale obvykle nepodceňuje druhé, má morální a sociální zásady a je hlubší v interpersonálních vztazích, většinou i empatická. Empatie obvykle nejsou schopni také dissociální klienti, paranoidní osobnosti bývají rovněž odtaziťé, neempatické. Stále častější klientelu tvoří jedinci s hraniční poruchou osobnosti, resp. s emočně nestabilní poruchou osobnosti. Takový klient je nestabilní v náladě, myšlenkách a angažovanosti ve vztazích. V interpersonálních vztazích střídá idealizaci a znehodnocení. Často vyžaduje individuální pozornost, egocentricky vnímá realitu, často není schopen mít někoho rád. Je méně sociálně úspěšný než bývá narcistický klient. Ve vztazích chaotický, v postojích nepevný.

Závěrem.

Problematika empatie je nejvíce rozpracována rogersovskou a psychoanalytickou psychoterapií. Empatický terapeut se stává pro klienta "ideálním rodičem" a umožňuje klientovi vnitřně dozrát a překlenovat vývojové deficity z dětství. V tomto došlo ke sblížení mezi oběma psychoterapeutickými směry. Empatie patří mezi typicky lidské vlastnosti, významně ovlivňuje meziosobní interakci, je v přímé souvislosti se zdravím člověka a možnostmi jeho ovlivňování psychologickými prostředky.

Seznam použité literatury:

Kratochvíl S. /1995/: Skupinová psychoterapie v praxi. Galén.
 Yalom I.D. /1999/: Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Konfrontace.
 Boleloucký Z. a kol. /1993/: Hraniční stavy v psychiatrii. Grada Avicenum.

**PSYCHOTERAPEUTICKÝ PŘÍNOS SPORTOVNÍCH A KULTURNÍCH
 PROGRAMŮ V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ
 LÍDA KROUPOVÁ**

Sportovní a kulturní programy hrají důležitou roli v léčbě závislého klienta. V TK jsou nezbytnou součástí týdenního režimu (rozcvičky, sportovní odpoledne, víkendové odpolední vycházky, kluby klientů) a také jsou zařazeny ve formě celodenních i vícedenních výletů, při nichž je sport spojen s kulturou (turistika, cykloturistika, poznávání okolí, návštěvy kulturních památek a zajímavostí, kino, společenské večery, sportovní hry apod.)

Jednotlivé programy jsou společné pro všechny členy komunity

- klienti nejsou izolováni, jsou aktivně zapojeni, mají možnost se projevit, zařadit se do skupiny, najít si své místo v komunitě
- klienti dostávají neustále informace o svém chování prostřednictvím zpětných vazeb od ostatních
- důležitá může být i přítomnost terapeuta na programu - získání důvěry, klienti mají často problém ve vztahu k autoritám, otevírají se přenosové vztahy klientů k terapeutům

Každý klient je součástí skupiny, má možnost podílet se na přípravě programu v rámci své komunitní role.

- učí se tak přijímat zodpovědnost a dělat samostatná rozhodnutí
- učí se dělat chyby a nést si za ně zodpovědnost
- má možnost ověřit si své dosavadní zkušenosti a získat nové
- dělá něco pro druhé, což může být důležité pro zvyšování sebehodnocení klienta
- klienti ve vyšších fázích mohou být pozitivními vzory pro nové členy
- učí se říkat si o pomoc
- má možnost získat další informace o svém chování - ocenění, kritiku

Sportovní a kulturní programy zajišťují klientům potřebný zážitek v bezpečném prostředí bez drog s lidmi s podobným problémem, se spoluvrstevníky

Klienti mají možnost zažít fyzickou zátěž

- odreagování, uvolnění napětí, agrese
- posílení tělesné kondice
- radost ze zvládnutí, pozitivní emoce
- možnost se ohodnotit, ocenit, zvyšování sebehodnocení
- získání podnětů pro další plánování volného času, možnost získat náplň, zájem
- posílení motivace k abstinenci

Důležitá pro rozvoj osobnosti je i psychická zátěž – stres (soupeření, nezvládnutí, nové = neznámé, nebezpečné, např. venku i setkání s ohrožujícími situacemi), vznikají potřebné krize, konflikt, problém, klienti mají možnost se učit je řešit. Problém se stává výzvou. Klient dostává možnost dělat chyby a nést si za ně zodpovědnost.

Otevírají se mnohdy problematické vztahy mezi klienty v komunitě, klienti mají možnost naučit se s nimi pracovat, naučit se znovu si utvářet své hranice.

Svůj velký význam mají také společná setkávání více komunit - jak tradiční (sportovní olympiády, kulturní festival..) tak i vzájemné víkendové návštěvy jednotlivých komunit se sportovním a kulturním programem.

- zátěž - při přípravě, obavy se setkání, ochrana vlastního teritoria a hranic, soutěživost
- získávání nových podnětů a informací - pohled zvenku

Velmi motivující je setkání s velkým počtem lidí s problémem drogové závislosti, kteří se s tímto svým problémem snaží něco dělat. Klienta může podpořit zjištění, že ve své snaze není sám.

Psychosociální rehabilitace a aktivizace seniorů v DD.
Kubínová Lenka

Běžně se v našich domovech důchodců dostává jejich obyvatelům zdravotní a ošetrovatelská péče z rukou profesionálně vyškolených pracovníků. Tím jsou zabezpečeny základní potřeby.

Psychosociální rehabilitace naplňuje potřebu sounáležitosti, sebevědomí a sebeúcty, musí být také uspokojovány požadavky společenské a rekreační. Aktivizační program koncipovaný pro seniory zahrnuje ergoterapeutické techniky, kondiční cvičení, trénování paměti, kulturní, společenské a sportovní akce.

Přes to, že hovoříme o rezidenčním zařízení pro osoby důchodového věku, musíme počítat s tím, že naši klienti jsou nejenom staří, nemocní, ale i v různých stádiích dezorientace.

Úspěšná aktivizace seniorů bude jen tam, kde bude i široká nabídka aktivit.

Proto je nutné připravit program s ohledem na všechny skupiny rezidentů.

Domovy důchodců u nás mají většinou velkou kapacitu a skladba obyvatel je od naprosto soběstačných až po trvale ležící.

Při tvorbě programu musíme rozlišit, kterou skupinu chceme oslovit a pro kolik lidí program připravujeme.

Práce s trvale ležícími klienty

U trvale ležících klientů se jedná především o individuální nácviky soběstačnosti, práci na lůžku (šití drobných předmětů, vyšívání, trhání papírů na různé koláže...) nácvik písma a čtení.

Nácviky soběstačnosti většinou klient vnímá pozitivně. Jedná se o běžnou sebeobslužnost na lůžku (zapínání knoflíků, česání, běžná hygiena, asistence u jídla apod.)

U těchto prací není třeba klienty nijak zvlášť motivovat, jde spíše o podporu sebevědomí a hledání nových možností provedení těchto úkonů. Důležité je nevnucovat klientovi svou pomoc, naopak povzbuzovat jej k co největší účasti.

Začínáme-li s nácvikem soběstačnosti, je většinou klient připraven pracovat dál. Stačí jen vybrat vhodný pracovní postup pro výrobu nějakého předmětu.

Trvalým problémem s prací u klientů ležících není ani tak příprava programu, nebo nezájem klienta, ale spíše nedostatek terapeutů a sociálních pracovníků. Dobrou zkušenost máme s využitím dobrovolníků. Dobrovolní pracovníci chodí lidem trvale ležícím číst, zprostředkovávají jim pouto s okolním světem a stimulují je již pouhou svou přítomností.

Dobrovolník by měl do domova docházet pravidelně a měl by si být vědom rizik spojených s navázáním vztahu ke klientovi (například setkání se smrtí a konfrontace s vlastní konečností života může být pro dobrovolníka velmi ohrožující).

Vždy dodržujeme obecná pravidla .

Vycházíme z potřeb a možností rezidentů, využíváme maximálně jejich zdravých smyslů, snažíme se posilovat jejich sebevědomí a do žádné činnosti klienta nenutíme násilným přesvědčováním.

Práce se skupinou

Jednou ze skupinových prací je trénování paměti. Cílem tréninku je aktivizace mozkové výkonnosti a podpora sociálních kontaktů.

Opět klienty nenutíme k účasti na těchto sezeních, naopak je výhodnější začínat s malou skupinou těch, kteří mají zájem využít naší nabídky. Tito klienti pak sami udělají skupinám patřičnou reklamu.

Skupinu vedeme zábavnou formou a dáváme účastníkům pocítit prožitek úspěchu. Pocity úspěšnosti motivují klienta k setrvání v programu a posilují jeho sebevědomí.

Při tvorbě jednotlivých cvičení se vyhýbáme vědomostním otázkám, neboť by někteří účastníci mohli mít pocit nedostatečnosti a selhání.

Snažíme se opět trénovat přiměřeně možnostem účastníků sezení. Druhy cvičení, témata, stupně obtížnosti a tempo činnosti jsou přizpůsobovány možnostem klientů.

Každý pomáhá každému a uměním vedoucího tréninku je pobízet slabé a jemně brzdit silné.

Činnostmi se funkce lidského těla i mysli posilují, udržují a rozvíjejí. Předcházíme tak stresu z nudy, depresím a apatii.

Práce v menších skupinách podporuje vzájemný sociální kontakt mezi obyvateli

Jsou-li klienti zvyklí pravidelně navštěvovat skupiny trénování paměti, je daleko snazší je motivovat k pracovní terapii. Opět jsme navázali potřebný kontakt a tak stačí jen utvořit širokou nabídku pracovních činností podle možností a zájmů rezidentů.

Příprava programu pro klienty s různým druhem postižení, musí být vždy předem dobře zorganizována. V těchto skupinách pracujeme většinou s obyvateli s pohybovým omezením se špatnou orientací či dezorientací. Opět musíme dobře znát možnosti klientů, nikdo si nesmí připadat nevyužitý či opomíjený.

Starší lidé se bojí experimentovat s novými zážitky. Pocit, že neobstojí, selžou, budou k ničemu, je pro ně děsivý a frustrující.

Účastník skupiny musí předem znát pracovní postup, vidět hotový výrobek a znát jeho další využití (dárek ke konkrétní příležitosti, prodej výrobku, výzdoba pokoje či společných prostor a další).

Snažíme se klienta vést a pomáháme pouze tehdy, když nás o pomoc požádá. Nikdy neděláme nic, co by v dané situaci nemohl zvládnout sám. Maximálně podporujeme a oceňujeme jeho samostatnost a vlastní tvořivost.

Máme-li k dispozici techniku u níž si klient vybírá téma, rovněž respektujeme jeho rozhodnutí. Při výběru barev nezasahujeme do jeho volby i když nám připadá nevhodná.

Rukodělné činnosti by měly mít další využití. Pro klienty je důležitá smysluplná práce.

Práce v kolektivu obyvatele spojuje a jejím prostřednictvím nacházejí nové cesty k ostatním.

Všechny akce sloužící k aktivizaci seniorů udržují jejich integritu a sebeúctu. Stále ověřování vlastních schopností zabraňuje stagnaci, duševnímu a fyzickému chátrání.

Skupinové kondiční cvičení je další nedílnou součástí programu.

Slovo cvičení většinu obyvatel odrazuje, neboť si pochopitelně uvědomují svá omezení v pohybu, a tak je výhodnější zvolit jiný název či pohybová cvičení vložit do jiné skupinové aktivity.

Vedoucí programu by si měl být vědom možností a schopností účastníků a podle toho i program koncipovat. Je dobré využít různých pomůcek jako například šátky, míče, kuželky. Vše je vedeno zábavnou formou s využitím asociací. Používáme symbolických představ jako například plavání, mytí oken, turistika, česání ovoce, praní, ždímání a věšení prádla, veslování a jiné.

Máme-li k dispozici reprodukovanou hudbu, snažíme se sladit pohyb s rytmem a cviky předvádíme s nadšením a energií.

Oblíbeným doplňkem je i pantomima, kde se klienti spolupodílejí na tvorbě programu. Oživují si vzpomínky na různé situace a události z minulosti.

Výsledkem těchto cvičení není jen samotný pohyb, ale i podpora tvořivosti.

Pracovní činnosti pro obyvatele s dobrou fyzickou i psychickou kondicí

Tyto aktivity jsou terapeutem pouze koordinovány, obyvatelům je ponechána iniciativa, schopnost rozhodování a odpovědnost k vlastnímu provedení.

Jedná se především o práci v textilní či keramické dílně, práci na zahradě, v kuchyni a vedení klubů jako je třeba poslech vážné hudby, šachové turnaje a jiné.

Rovněž přípravu společenských akcí jako jsou plesy, oslavy narozenin a jiné, provádíme společně s těmito obyvateli. Snažíme se je motivovat k co nejaktivnější účasti na chodu domova. Na tyto akce je možné pozvat i rodinu a známé, což je pro integritu velmi přínosné.

Najít smysl v nové životní situaci rezidenta je společným cílem všech zaměstnanců těchto zařízení, a proto je nutná vzájemná spolupráce a vstřícnost. Vždy respektujeme jedinečnost klienta a rozhodně jej nepřevychováváme ani nehodnotíme. Usilujeme o snížení stresu starých lidí tím, že podporujeme jejich sebeúctu a snažíme se co nejdéle udržet jejich výkonnost. Vycházíme z psychických a fyzických možností rezidentů, využíváme jejich zdravých smyslů a podporujeme jejich sebevědomí. K tomu slouží právě terapeuticko-rekreační práce.

Použitá literatura

| | |
|---|-------------|
| Karel Kopřiva : Lidský vztah jako součást profese | Portál 1997 |
| Eva Reinwaldová : Novodobá péče o seniory | Grada 1999 |
| Viktor E. Frankl : Lékařská péče o duši | Cesta 1996 |

Oldřich Kvasnička
Kartotéční klient na krizovém telefonu
/heslář pro lidi, kteří (ne)pracují na lince důvěry/

motto: „*Jak se do lesa volá, tak se z lesa ozývá*“

Kartotéční klient I

KLIENT, JENŽ JE ZANESEN DO TZV. KLIENTSKÉ KARTOTÉKY. TO ZNÍ JAKO DEFINICE KRUHEM. ROZBÍT JI ALE DÁ DOSTI PRÁCE, NEBOŤ O TOM, KDO JE (NEBO SE STANE) KARTOTÉČNÍM KLIENTEM NEPANUJÍ MEZI LINKAMI DŮVĚRY PŘESNÁ PRAVIDLA, OVŠEM PAMATUJE NA NĚ SPECIÁLNÍ POČÍTAČOVÝ PROGRAM, KTERÝ NĚKTERÉ LINKY POUŽÍVAJÍ. O TAKOVÉM KLIENTOVI JE PAK VEDENA ANOTACE, KTERÁ OBSAHUJE STRUČNÝ POPIS A HISTORII PROBLÉMU A ZÁKLADNÍ INFORMACE, KTERÉ JSOU DOSTUPNÉ (KTERÉ SDĚLIL).

Jelikož většina volajících nezveřejňuje svá jména, jsou tito do kartotéky zařazováni pod různými hesly. Heslo (hlavně pro rychlou orientaci sloužícího linkaře) obsahuje nějaký jasný rozpoznávací znak klienta (př. „*Úzkostná F, která neumí vařit špagety*“, „*M. – chce se zabít, ale nemůže najít důvod*“, apod.). O zařazení volajícího do kartotéky rozhoduje většinou tým. Aby to nebylo úplně ad hoc, máme proto v Liberci dvě pravidla: **1. klient volal minimálně pětkrát, 2. problém zůstává z jeho strany stále otevřen.** Někdy se pro zpřesnění přidává pravidlo třetí: **3. klient upozorňuje, že jeho kontakt bude pokračovat.** Jak vidno, jsou to pravidla velmi formální, nic nevypovídající o obsahu a málo zachycující styl práce. A v tom je právě problém. Kartotéční klient z kartotéky nemizí. Kdo se jím stal, stal se jím navždy. Vysvětlení je prozaické, počítačový program ho neumí z kartotéky vymazat.

Krizový telefon

Zjednodušený, a tudíž trochu matoucí název pro Linku důvěry. Linky důvěry vznikaly a vznikají v ČR jako zařízení, která nabízejí především tzv. telefonickou krizovou intervenci. S provozem linek se ovšem ukázalo, že to bude jen jedna z mnoha nabídek a služeb, kterou budou linky dělat. Dokonce se jedná o službu poměrně málo častou, **mnohem častěji linky nabízejí podporu, možnost se vypovídat, anonymní kontakt, empatii, informaci, taky zvláštní druh psychoterapie,** ale to jsou kacířská slova, viz dále.

Klientela

KLIENTELA LINEK DŮVĚRY NENÍ ZASE TAK PESTRÁ, JAK BY SE MOHLO ZDÁT. O DRtivou většinu HOVORŮ SE STARAJÍ LIDÉ, KTEŘÍ SE Z RŮZNÝCH DŮVODŮ CÍTÍ OSAMĚLE, MAJÍ STAROSTI V PARTNERSKÉM ŽIVOTĚ (ROZVODY, NEVĚRY), NEVÍ, CO SI POČÍT SE SEBOU A V SOBĚ ČI POTŘEBUJÍ RADU, KAM SE OBRÁTIT O POMOC NEBO KAM ZAJÍT SE SVOU STAROSTÍ. HODNĚ KONTAKTŮ JE OPAKOVANÝCH A VÍCE VOLAJÍ ŽENY. Z KLIENTELY SE REKRUTUJÍ KARTOTÉČNÍ KLIENTI. NA NĚKTERÝCH LINKÁCH DŮVĚRY JE JICH HODNĚ, NA NĚKTERÝCH NE. JAK JE TO MOŽNÉ, NIKDO NEVÍ A PANUJÍ O TOM DOHADY. LIBERECKÁ LINKA DŮVĚRY PATŘÍ MEZI PRVNĚ JMENOVANÝ TYP PRACOVIŠTĚ. PROČ TOMU TAK JE, SE POKUSÍM DOHÁDAT.

Kartotéční klient II – stručná charakteristika

Poznámka: tato charakteristika vznikla na základě zobecněných informací z kartotéční klientely Linky důvěry v Liberci:

- Volá na více linek, ale jednu má dominantní
- Buď je, nebo rozhodně byl v nějaké terapii
- Jedná se o starého člověka nebo hraničně organizovanou osobnost.
- Alespoň jednou se zmínil o sebevraždě
- Alespoň jednou se o ni pokusil
- První kontakt se uskutečnil v nějaké velmi vážné životní nebo situační krizi
- Pokud se jednalo o situační, přešla během doby trvání kontaktu do životní
- Pokud se jednalo o životní, jistě se během kontaktu udála nějaká situační
- Velmi často pije, ale nemusí být nutně alkoholik
- Vrací se – třeba i po dvou třech letech se ozve znovu
- Bývá ve stejném stavu, v němž přestal volat
- Má tendenci se alespoň v začátcích vázat se na toho, s kým mluvil první.
- První kontakt se uskutečnil v noci.
- Podařilo se mu alespoň z nějakého linkaře vydundat jeho křestní jméno nebo poznávací přezdívku.

Rámec naší linkařské práce s kartotéčním klientem, aneb jak šel čas:

1) Být k dispozici.

Linka je klientovi stále k ruce, když ne jedna, určitě druhá (klient má vždy nějakou v zásobě). Záleží to pouze na jeho momentálním rozhodnutí, libovůli, zlovůli, náladě, stavu, rozmaru. Když vytočí naše číslo, může si být jistý, že tu najde někoho, kdo: **a) alespoň zběžně zná jeho příběh, b) věnuje se mu, c) nezná ho osobně – rovná se, neviděl ho.** To ale ještě není všechno. Aby se klient stal kartotéčním klientem, musí být vaše „k ruce“ určitého druhu. Musíte k tomu mít prostě určité dispozice odpovídající svému pravému významu z „dispoze“, znamenající „roz-položení“. Opravdu, vaše linka musí být ve zcela zvláštním roz-položení, také bychom mohli říci naladěni na to, aby se klient stal kartotéčním. O jaké jde, jak vzniká, co ho tvoří a co podporuje? To se pokusím pojmenovat dále.

2) Týmová práce.

Máme snahu, aby s klientem pracoval celý tým. Chceme, aby se odpoutal od člověka, na něhož má potřebu se navazovat, viz heslo Kartotéční klient II. Důvod je jednoduchý: linka se definuje jako zařízení, které pracuje pro klienta stále, celých 24 hodin denně a 7 dní v týdnu, a pokud by se klient vázal jen na jednoho pracovníka, mohlo by se mu stát, že nebude moci třeba celý měsíc mluvit, neboť onen šťastlivec má zrovna jen jednu službu v měsíci. Tato snaha, ale vede také k tomu, že klient dostává více pohledů na věc, setkává se s různými styly vedení hovoru a řešení jeho problému, ale přesto všechno se pohybuje v bezpečném a známém prostředí jednoho týmu, majícího nějaká pravidla (filosofii) práce. Spíše jde tedy o **zdání alternativ** než o opravdovou různost. A to především proto, že setká-li se klient s někým z „jiného světa“ - většinou se to přihodí ve chvíli, kdy poprvé mluví s jiným pohlavím, než byl do té doby zvyklý - nese to velmi nelibě, a také to dá těm „svým oblíbeným“ linkařům najevo. Řekne jim, že s nimi se mu hovoří dobře, ale ten jeden kolega..., že to nebylo tenkrát ono. V 99% případů to odnese my muži, a to už proto, že nás je málo. To pak samozřejmě automaticky svádí k používání klientem chválených postupů. Líbí to hudba pro staré a opuštěné, hraniční i příhraniční.

3) Nepsychoterapeutická psychoterapie.

Linka má jen velmi malou možnost uzavírat s klientem něco jako psychoterapeutický kontrakt, neboť vznikala jako nepsychoterapeutické pracoviště. Slovo psychoterapie bylo docela úspěšně vyhnáno ze slovníku i myšlení linkaře. Ten by se o psychoterapii neměl pokoušet, neodolá-li, je to vnímáno jako nečistá práce. Těžko tomu rozumět a ještě hůře dodržovat, když jste přítomni lidským změnám, nebo je provázíte, nebo je vyvoláváte, nebo je korigujete. (Všimněte si, jak opravdu dobře umím mluvit o psychoterapii, aniž bych ji vyřkl, jen nevím, zda jsem vyjmenoval všechny. Abych se některé nedotknul tím, že jsem se jí nedotknul). Ono se to totiž má tak, že většina na lince pracujících psychologů a psychoterapeutů stejně nedokáže vylézt ze své kůže a většina jiných zase, mnohdy tajně či nevědomky, po této profesi pošilhává, takže si to na telefonu zkouší. Jen mnohdy neví co, viz důsledky plynoucí z obsahu závorky .

4) Role zakladatelky, tzv. Velká matka.

Linku důvěry v Liberci zakládala Bohumila Baštecká, tenkrát Tichá. Vtiskla jí velmi silnou pečeť své osobnosti, svého pojetí práce s klienty i stavu, v němž se zrovna nacházela. Především poslední dvě skutečnosti se dle mého silně podílely na vzniku poměrně obsáhlé kartotéky liberecké linky důvěry. Bohumila vždy nezapomínala připomínat, **že vztah je v psychoterapii to, co léčí a uzdravuje, a druhým dechem, že o psychoterapii má tak vážné pochybnosti, že ji už nemůže dělat.** A protože je velmi charismatickou osobností, vzali jsme si to všichni pěkně k srdci: s volajícími klienty se snažili navazovat vztah, ale nedělali s nimi psychoterapii. Tenhle stav je dlouhodobě udržitelný jen za mnoha předpokladů, jež jmenovat by znamenalo jít nad rámec této práce. Dva však přesto. Musíte dost bezmezně důvěřovat Velké matce a ona Vás musí čas od času psychoterapeuticky zmasit, což znamená, že Vám na týmových pracovních seminářích občas řekne něco jako: *„hmm, tihle sendvičovní sourozenci“* nebo *„manžel z vás chce mít holčičku, ale tady nejste doma“* apod.

5) Nereflektovaná saturace potřeb

Linkař potřebuje supervisi. Po odchodu B. Baštecké se linka důvěry v Liberci poměrně dlouhou dobu zmítala v práci bez supervisorů. A to především takového, který by se nás vedl k reflexi naší práce s klienty. Ti, kteří se vyskytli, pracovali nesystematicky (to nebyla jen jejich chyba, záleží taky na objednavce), soustředili se spíše na integraci nových členů do týmu a podporu vedoucích zařízení. V práci s klienty sílila absence zpětné vazby. Většina rozborů kasuistik se proto týkala především náviku a tréninku behaviorálních dovedností (jaké klást otázky, jak pracovat s hlasem, jak vyjadřovat empatii, jak se dopídit klientovy zakázky, co dělat, když je v panice apod.), **minimálně jsme se ptali na své vnitřní motivy a pocity, minimálně reflektovali, proč telefonista udělal zrovna to a to, jaké důvody ho vedly k postupům, které zvolil, minimálně jsme byli sami k sobě kritičtí.** To vedlo k neuvěřitelnému chaosu, kartotéční klientela bujela vesele dál, ale nikdo nevěděl

pořádně, co s nimi. Prostě se jelo. Dokonce by se dalo říci – marketingový úspěch – klient se vrací. A proč? No je přeci spokojen se službou, kterou dostává, tak proč by se nevracel. Jenže: **jednou z náplastí na pocit opuštěných sirot se může stát i klient, který volá a volá a dokazuje jim tak, jak jsou nepostradatelní. A jinou reakcí může být podvědomá ochrana klienta před podobným zážitkem bolesti, jaký jsem zažil, když mě opouštěla Velká matka.**

6) Zejména Vás znám ze jména.

Linka důvěry se profiluje jako anonymní zařízení. Přesto mnoho z linkařů (až na vzácné výjimky každý) během své práce neodolal a sdělil klientovi své jméno, nebo nějakou značku, pod kterou ho pozná, či datum své služby. I sociální analfabet už tuší, co se dělo dál. V mnoha případech tento klient zavolal znovu. V mnoha (většině) uslyšel větu typu: „*To jsem rád/ ráda, že voláte*“, „*To je dobře, že jste se ozval*“. Pak následují méně časté, přesto používané: „*Jsem docela zvědavý/zvědavá, jak to dopadlo*“, „*Myslel/myslela jsem na Vás*“, „*Mám radost, že Vás znovu slyším*“. Dojem blízkosti je dokonalý, ne? Ovšem, dá se tomu také říkat manipulace. Jazyk je v podstatě jediný nástroj, který linkař má ke své práci. Není všemocný, ale mocný rozhodně. Jazyk může rozvázat – pomoci otevřít cestu klientovi pro jeho samostatné potýkání se světem, ale může taky svázat, stát se poutem, z něhož se těžko dostává. Věty typu „*Mám radost*“ patří v práci linkaře do té první kategorie, **jsou voňavým sýrem v pasti.**

7) Týmové scénáře jsou i klientovy scénáře

Je zajímavé sledovat paralelu mezi vývojem týmu a vývojem stavu kartotéčních klientů. V době, kdy se tým cítil, jako velká parta zasvěcených, jako zvláštní druh poněkud esoterického pracoviště (fenomén zakladatele, důraz na anonymitu (vždy liběji našim uším znělo slovo tajnost), obtížná cesta k přijetí – kopírující díky používání psychoterapeutických technik cestu k božskému poznání), v té době také rostl počet navázaných (kartotéčních) klientů. V době, kdy jsme se semkli k sobě a nedovedli si představit, že bychom mohli práci skončit, že bez nás by se to neobešlo, že by se ztratil vysoký kredit profesionality, i v té době rostl počet kartotéčních klientů. Vše se začalo pomalinku měnit až s poměrně radikální obměnou týmu, s příchodem supervisory muže, s přesnou a cílenou supervisi zaměřenou na možnosti, které dáváme sobě i klientům (na lince tomu říkáme moje hranice a hranice klienta) a s potřebou i požadavkem linku více otevřít světu (více se uvolnit).

8) Změna (místo závěru)

Většina linek je skromná. Říkají, jde nám hlavně o pomoc vydržet našim klientům situace, v nichž se ocitli. **Ale ani tato „intervence“ není statická, nemůžeme si myslet, že se v ní nic neděje.** Děje a moc. Nemusíme to nazývat změnou, ale o pohyb jde vždycky. Tuto ambici má každý linkař. **Minimálně se snažíme, aby klient pokládal telefon v jiném stavu, než v kterém ho zvedal, a děláme všechno proto, aby k této proměně došlo.** Říkáme tomu zklidnění, podpora, ventilace. Hledáme s klientem to, co mu prospívá. **Stane-li se při této práci klientem kartotéčním, vyvstává otázka jeho prospěchu naléhavěji do popředí. Nutně nás to musí zavést k reflexi naší práce, k pátrání po tom, co můžeme a nemůžeme, kam sahá naše moc a kde začíná naše bezmoc.** Kartotéční klienti vždy budou jednou z částí celé klientely volajících, k tomu nelze nic říci. O to více je však nutno mluvit o potřebách, kterými tím, že se jím stal, zasytil linkaře. Hlad totiž není vždycky dobrý kuchař, i z něho můžeme navařit blafy - pěkné, a proto i přesto není o co stát.

Použitá literatura:

Knoppová D. a kol.: Telefonická krizová intervence, Praha 1997

Zuzana Lebedová
Psychoterapeutické postupy u akutních reakcí na stress

Definice: Dle mezinárodní klasifikace nemocí ICD-10 je akutní reakce na stres (ARS) definována jako přechodná porucha významné závažnosti. Vzniká u jedince bez jakékoliv výrazné psychické poruchy a je odpovědí na výjimečný fyzický či duševní stres.

Príznaky se objevují bezprostředně, během několika minut po dopadu stresujícího podnětu, mizí obvykle do několika hodin, nejpozději však do dvou až tří dnů. Někdy ovšem dochází k tzv. odložené reakci, která se projeví např. po prvním spánku nebo jídle, kdy se člověk uvolní.

Stresorem bývá těžký traumatický zážitek: vážné ohrožení bezpečnosti, tělesné celistvosti jedince nebo blízkých osob (živelná pohroma, úraz, ozbrojený konflikt, přepadení, znásilnění) nebo neobvyklá náhlá a ohrožující změna v sociálním postavení či v mezilidských vztazích jedince, např. ztráta blízkých osob nebo požár domácnosti.

Traumatizováni mohou být jak přímí účastníci, tak svědkové této události.

Projevy, příznaky: Projevy při ARS jsou variabilní a mohou působit i velmi zvláště. Protože se jedná o svým způsobem normální reakci na nenormální podnět, která u většiny lidí, při přiměřené vhodné, nepřilíživé pomoci, odeznívá během několika hodin, je důležité vyvarovat se zbytečné stigmatizaci.

Příznaky lze zhruba rozdělit do dvou kategorií:

1) Tzv. A – reakce

Bývá označována jako „fight or flight“ (boj nebo útěk). Převládá sympaticus. Na fyziologické rovině dochází k zrychlení tepu, bušení srdce, pocení, zčervenání, nutkání na močení, slinění. Častý je psychomotorický neklid a třes, různé emoční projevy – pláč, strach, zlost, smích, panika, přihlouplý úsměv; nepřiměřené reakce – např. zvýšení agresivity (typické pro muže). Do této kategorie lze tedy zahrnout vše, co je patrné na první pohled, viditelné a dobře pozorovatelné.

2) Tzv. B - reakce

Bývá připodobňována k „reakci mrtvého brouka“ nebo „solnému sloupu“. Převládá parasympaticus. Dotyčný má rozšířené zornice, studený pot; pohyb je zpomalený, mechanický, někdy působící dojmem loutky, mimika ztuhlá, hlas monotónní a klidný; na emotivní rovině působí dojmem nepřiměřeného klidu. V rovině vnitřního prožívání dochází k depersonalizaci (prožitkům pocitů odtržení od vlastních duševních procesů nebo od vlastního těla a jakoby jejich pozorování zvenjšku), masivní derealizaci (pocitům neskutečna), časové distorzi (změny ve vnímání času, povětšinou ve smyslu „čas se vleče“), zúžení vědomí a pozornosti s neschopností chápat podněty a desorientací v prostoru i času. Častý bývá „přihlouplý výraz“ provokující okolí k agresivitě.

Tento druhý typ se objevuje u těžkých traumat. Může přejít během několika minut do A- reakce nebo přetrvávat.

U obou typů reakce je tendence k regresi projevující se jako žvatlání, cucání prstů, dětská mluva, stereotypní pohyby. Poměrně časté je hypersexuální chování se ztrátou zábrán projevující se např. veřejnou masturbací.

Dalším projevem může být tendence k fyzickému sebepoškození (např. popálením, pořežáním), které lze chápat jako potřebu znečitlivělého těla znovu pocítit. Mohou se objevit sebevražedné tendence i forma psychotického obrazu.

Může se vyskytnout částečná nebo úplná ztráta paměti – amnézie.

Částečně atypické reakce mívají děti a adolescenti. U dětí má akutní reakce na stres často podobu paniky – velký pláč, útěk, schovávání se, časté jsou i vegetativní projevy jako je počůrávání atd. Dětská reakce na stres bývá bouřlivá, ale díky tomu rychleji odeznívá.

U adolescentů bývá větší nebezpečí agresivního chování a sebepoškození.

Obecné postupy u postižených ARS:

- 1) Vzdálit dotyčného z místa traumatické události.
- 2) Ošetřit vážná tělesná zranění.
- 3) Poskytnout tzv. první psychologickou pomoc.

Při poskytování tzv. první psychologické pomoci lze použít následujících tří terapeutických nástrojů, které jsou velmi účinné.

a) Grounding („uzemnění“)

Zajištění opory zad, nohou; bývá vhodnější udržovat dotyčného vsedě než vleže. Zahrnuje i zabránění nadbytečné či nebezpečné hyperaktivitě či agresivitě. Chybí-li grounding, člověk jakoby ztrácí půdu pod nohama, což se může projevat potížemi s udržením stability, tékáním, neklidem.

b) Centering (prožitek tělesného i psychického středu, těžiště)

Není-li centering, není pocit středu, dochází ke splývání já a okolí. Při první pomoci se terapeut snaží klientovi připomenout, kdo je, kde je a co se stalo. Vhodné je zeptat se klienta na jméno, odkud je, zda ví, co se stalo, pokud neví, je vhodné mu to říci. Doporučuje se soustředit se na klidný a břišní dech, což pomáhá také předejít hyperventilaci (zrychlenému dýchání) a panice.

c) Focusing (schopnost přenášet pozornost dovnitř sebe a ven)

Je-li narušen, je v podstatě narušena schopnost zjištění „takhle to cítím a je to proto...“. (Dobrý focusing je charakterizován schopností přenášet pozornost sem a tam.) První pomoc je pomocí přenášet pozornost dovnitř a ven. Dávat další otázky: Jak se cítíte teď, bolí vás něco, zkuste si vzpomenout, co se s vámi dělo. Popsat, co bude následovat: teď se pokusíme dostat za tenhle kopec, tam je auto apod.

- 4) V bezpečí zážitek zpracovat terapeuticky, dle možností individuálně nebo ve skupině. Cílem je abreakce události, sdílení pocitů a zvláštních prožitků (např. časové distorze), kognitivní zpracování.

- 5) Individuální péče o tělesný stav (dostatek tekutin, potravy) a medikaci. Zde přicházejí v úvahu hypnotika, event. anxiolytika, je-li to nezbytně nutné. Ta při převaze B-reakce mohou emoce naopak paradoxně uvolnit.

V následujících řádcích bych uvedla některé důležité poznámky pro práci s postiženými ARS:

- V první řadě je podstatné navázat a udržet kontakt.
- Mluvit pomalu a klidně, s vědomím, že dotyční vnímají okolo patnácti procent mluveného obsahu.
- Kontrolovat své neverbální projevy, na které jsou velmi citliví a na které zrcadlově reagují; proto nejevit známky úzkosti, klidně sedět, klidně dýchat atd.
- Pokud jsou neklidní, nemohou sedět, pobíhají – pohybovat se s nimi a jednoduše na ně mluvit.
- Vyvarovat se čehokoliv, čím bychom překvapili, např. rychlých a neočekávaných pohybů, změn v hlasitosti a tónu projevu. Uvědomit si, že rychlé pohyby, zejména na okraji zorného pole postiženého, mohou vyvolat nepřiměřené až agresivní reakce.
- Chceme-li se přiblížit, event. dotknout, vždy informovat předem a žádat o svolení. Pokud považujeme za vhodný tělesný kontakt, nikdy se nedotýkat povrchově, vždy pevně a větší plochy.
- Ptát se po potřebách a nejednat za klienta. (To pouze zcela výjimečně např. při desorientaci.) Tim podpořit jeho autonomii a zabránit regresi.
- Postarat se o ochranu lidské důstojnosti, např. zabráněním hypersexuálnímu chování.
- Při agresivním chování se nepřibližovat zezadu, netlačit do kouta, nebýt agresivní.
- Pokud je to možné, sehnat blízkého člověka, se kterým může být a poučit ho; vytvořit s ním kontrakt. Jeden blízký člověk je v těchto situacích lepší než deset terapeutů.
- Nejdůležitější je, co se odehraje během prvních tří hodin po události; zlomy lze poté očekávat po dvou třetinách a třech čtvrtinách prvního dne. Po traumatu bývá nejhůře prožíván pátý den.
- Zvláštní pozornost a ochranu věnovat těm, kteří jsou ve fázi „ustrnutí“, nereagují (viz B- reakce). Ti by neměli být ponecháni bez dozoru. (Postižení přitom nedávají najevo, že potřebují pomoc.) Toto ustrnutí trvá pouze výjimečně déle jak dvě hodiny. Pokud přesahuje 12 hodin, měl by psychiatr vyloučit psychotický proces.
- Ptát se vždy na další kroky poté, co nás opustí. Měli by dostat písemně (!) informaci, kam se mohou v případě potřeby obrátit.

Poskytnutí psychoterapeutické pomoci po prožitku závažného stressu, významně snižuje výskyt psychických a somatických poruch. Chronické důsledky se začínají projevovat nejčastěji během třetího měsíce po události.

Seznam použité literatury a pramenů:

- Brown, T., Pullen, I., Scott A.: Emergentní psychiatrie, Psychoanalytické nakladatelství, Praha 1992
 Knoppová, D. a kol.: Telefonická krizová intervence
 Zídková, B.: Příspěvek k problematice krizové intervence, Diplomová práce, Praha 1999
 Čerpáno též z výcviku „Krizová intervence tváří v tvář“ pořádaného RIAPSem roku 1998, zejména příspěvků Lucké Y. a Riegera Z.

Efektivní protidrogový preventivní program pro žáky II. stupně školního věku **Ing. Irena Ludvíková**

Když hovoříme o žácích druhého stupně školního věku, máme na mysli děti ve věku od 11 do 15 let. Musíme brát v úvahu, že se jedná o období pubescence, kdy kromě biologického zrání organismu dítěte probíhá mnoho významných psychických změn. Již americký psycholog Granville Stanley Hall na počátku 20. století označil období puberty jako etapu neklidu – storm and stress period. Český filosof, pedagog a psycholog profesor Václav Příhoda použil termín „vulkanismus“ pro toto období bouří a krizí a popisuje ho slovy. „Každá tendence tu má vyšší teplotu než v dětství i v následujících obdobích. Všechno chování pak tvoří charakteristický celek, v němž převládá nevyrovnanost a konfliktnost.“ Charakteristickými projevy pubescence jsou tedy časté a nápadné změny nálad s tendencí k negativním rozladám, značná emoční nestabilita, impulsivita a nepředvídatelnost chování, nestálost postojů a reakcí. Objektívni zhoršení schopnosti koncentrace a zvýšená unavitelnost mohou působit dítěti problémy ve škole, protože právě v tomto období bývá kladen velký důraz na školní prospěch /známky od 7. třídy jsou podkladem pro přijímací řízení na střední školy/. Přecitlivělost dospívajícího na vnější podněty je vyvolána tlakem spojeným s pohlavním dozráváním a novými vnitřními podněty. Projevy vnitřních emočních konfliktů jsou často velmi výrazné. Zároveň se nově objevuje zvýšená kritičnost vůči dospělým, zejména pedagogům a rodičům. Přestože rodina i v tomto období poskytuje dítěti základní jistoty, do značné míry nabývá na významu vliv vrstevníků. V etapě pubescence dochází rovněž ke kvalitativnímu skoku ve vývoji kognitivních schopností dítěte. Podle švýcarského psychologa Jeana Piageta dochází k vytvoření nového systému formálních myšlenkových operací – „vyvozují se soudy o soudech, myslí se

o myšlení“. Dítě je nyní schopno vytvářet mnoho abstraktních kombinací, může uvažovat v pojmech, které nesouvisí bezprostředně s jeho smyslovými zkušenostmi, tvoří více alternativních řešení i hypotéz.

Všechny tyto faktory musíme brát v úvahu při preventivní práci na druhém stupni základních škol. Prvním předpokladem efektivnosti programu je práce interaktivní formou v menších skupinách /maximálně 1 třída/. Ke zvýšení účinnosti do značné míry přispívá dlouhodobá a kontinuální práce se stejnou cílovou skupinou. Velmi důležitá je osobnost lektora a jeho schopnost vystihnout možnosti, jak tuto věkovou skupinu oslovit. Pokud jsou děti v opozici, působení může být nulové nebo i kontraproduktivní. Výsledkem protidrogového programu pak někdy paradoxně je i první kontakt s drogou. Rámcové schéma preventivního působení by mohlo vypadat následovně. /Poznámka: existuje zcela jistě mnoho možností, jak tyto aktivity realizovat, toto je pouze jedna z nich/. Práce probíhá ve dvouhodinových blocích, jedna vyučovací hodina je pro žáky této věkové kategorie již příliš krátká. První blok je zaměřen na seznámení s lektory a otevření dané problematiky. Většinou jsou děti předem připraveny svými pedagogy na to, že půjde o protidrogovou prevenci. V poslední době se stává, že jsou děti zejména ve větších městech tímto tématem již relativně přesyceny a nechtějí žádné další informace slyšet. Účelem našich seminářů také není účastníky zahltit údaji o návykových látkách. Je potřeba vystihnout v každé třídě to správné téma, které by žáky zaujalo. Často to bývají mezilidské vztahy, se kterými se mládež v tomto období potýká. Může být otevřeno téma kamarádství, vztahy v rodině, školní potíže apod. Důležité je, aby možná řešení nebyla dětem předkládána, ale aby na ně přišly samy. Čím je jejich aktivní účast větší, tím více je program zaujme a zvyšuje se tím i jeho působení. První hodina začíná většinou nějakou seznamovací technikou, lze využít například míček nebo jiný předmět. Všichni včetně lektorů a případně i přítomných pedagogů sedí v kruhu a hází druhým míček a současně vysloví svoje jméno a nějakou charakteristiku /může se jednat o vlastnost nebo přání apod./, jinou technikou je výměna židlí, kdy je v kruhu o jednu židli méně, takže vždy jeden zůstane uprostřed. Hra pak probíhá tak, že osoba, která nesedí, říká: „vymění se všichni, kteří...“ a uvede nějakou charakteristiku. Lektori pak občas zařídí, aby zůstal některý z nich uprostřed a tematicky hru směřují. Je dobré zařadit techniku zaměřenou na určité postoje dětí. Vhodné jsou například hry „pro a proti“ nebo „soud“, kdy účastníci sami hodnotí a zaujímají vlastní postoje například k návykovým látkám, různým způsobům řešení problémů apod. Další bloky probíhají s určitým časovým odstupem, jako vhodná doba se zdá přibližně jeden týden. Se skupinou pracují vždy stejní lektori, lze tak využít v optimálním případě vytvořené důvěry. Tyto pracovní bloky probíhají ve stejném duchu jako úvodní seminář, postupně se stále více zaměřují na vnitřní postoje účastníků a jejich individuální problémy. Z tohoto důvodu je třeba, aby program měl dostatečnou odbornou garanci a zázemí. V případě potřeby, pokud se otevře problém, který přesahuje možnosti těchto akcí, je nutné realizovat návaznou psychologickou, psychiatrickou nebo sociální odbornou péči. Počet bloků není striktně stanoven, určí se po dohodě se školou a samozřejmě i podle finančních možností daného projektu. Jistě platí, že čím je práce dlouhodobější, tím větší efekt může mít. Přítomnost pedagoga na programu není ani zakázána ani určena. Podmínkou účasti učitele či učitelky je však to, že všechny aktivity bude dělat společně s dětmi a lektory a posadí se do společného kruhu. Role pouhého pozorovatele tolerována není. Velmi záleží na osobnosti pedagoga a jeho vztahu s dětmi. Mnohdy se stává, že je na semináři nastolen otevřenější způsob komunikace mezi žáky navzájem i mezi nimi a pedagogem. Tento stav pak trvá i po ukončení akce. Preventivní působení tak vlastně pokračuje již samo, protože většina pedagogů na školách, kde se programy konají, se účastní seminářů pro učitele, které obvykle předcházejí dětské semináře. Spolupráce s rodiči zúčastněných dětí může být navázána například při třídních schůzkách, na kterých lektori rodiče informují o programu pro děti a zodpoví případné dotazy. Je dobré dát k dispozici i konzultační hodiny, na které mohou rodiče nebo pedagogové přijít individuálně. Při práci s dětmi nelze tak významné osoby, jakými jsou rodiče a pedagogové, opomenout.

Další možnou variantou primární protidrogové prevence na druhém stupni základních škol je peer program, který spočívá v působení skupiny předem připravených dětí na jejich vrstevníky. Tento program má však svá úskalí, která je nutno vzít v úvahu. Prvotní je vytipování a výběr dětí, které tuto ne zcela jednoduchou roli zvládnou. Jako ideální se jeví třídní sociometrické hvězdy, které bývají pro ostatní modelem. Zároveň je nutné, aby tyto děti braly program vážně a nebyly do něj žádným způsobem manipulovány. Výběr je třeba provádět ve spolupráci s pedagogem, který děti dobře zná a samozřejmě se souhlasem rodičů. Peer program má svá pevná pravidla, která musí každý přijatý peer aktivista respektovat. Patří sem i abstinence od všech návykových látek a procesů včetně alkoholu a kouření tabákových cigaret.

Všechny typy těchto primárně preventivních programů by měly zahrnovat kromě práce s postoji dětí i otázky jejich sebehodnocení a posilování sebeúcty. Je možné využívat řadu verbálních i neverbálních her a technik. Děti je třeba neustále povzbuzovat, žádná odpověď či reakce nemá být hodnocena jako špatná, lektor ji může pouze „poopravit“.

Domnívám se, že primární protidrogovou prevenci je potřeba stále systematictěji rozšiřovat do všech škol. Jejich výsledky budou viditelné až po letech, ale tím význam těchto aktivit neklesá.

Použitá literatura: Hartl, Hartlová – Psychologický slovník, Portál, Praha 2000
Langmeier, Krejčířová – Vývojová psychologie, Grada 1998

EXUSER V PROFESI TERAPEUTA

Eva Macková

Úvodem

Pro svou práci jsem zvolila téma Exuser v profesi laického terapeuta z důvodu, že jsem sama exuser, také proto, že se touto problematikou opakovaně zabývám. Zjistila jsem, že v češtině neexistuje ucelená literatura zabývající se exusery, přestože existuje řada specifík, která mají exuseři společné.

V minulosti jsem zpracovávala téma Exuser v profesi pracovníka nízkoprahového zařízení, dnes se chci podívat na exusera v profesi laického terapeuta obecně, jeho motivaci, přednosti a nedostatky pro práci, princip práce s klientem. Úvodem tedy otázky: může být exuser přínosem pro tým, mít "zdravou" motivaci pro práci? A dále: jak ovlivňují přednosti a nedostatky exusera kvalitu jeho terapeutické práce? Lze jeho práci srovnat s činností svépomocných skupin?

Práce laického terapeuta

Kdo je exuser? Bývalý abuzér nebo závislý na drogách, případně alkoholu, dlouhodobě abstinující. Může být náročnější určit, kdy je člověk exuser - řada pracovníků v síti zařízení protidrogové prevence a léčby má zkušenost s drogami, málokdo z nich se ale považuje za exusera. Lze předpokládat, že ostatní se setkali s drogou na úrovni experimentu, případně opakovaného užívání, že braním drog "neřešili" své problémy ani si je nezpůsobili v žádné oblasti - ať už psychosociální, zdravotní či jiné. Lze říci, že hlavním kritériem, zda je člověk exuser, je jeho vlastní názor, zda se on sám za něj považuje.

Kdo je laický terapeut? Terapeut pomáhající druhým svou "lidskostí", blízkostí, přirozeností, empatií, s motivací a ochotou pomáhat, se zájmem o druhé a problematiku, osobním přístupem a pozitivním vztahem ke klientům léčícím se ze závislosti na drogách, alkoholu, příp. dalších. S vlastní zkušeností s podobným problémem. Profese původně vzniká v psychiatrických léčebnách, kdy odlčení pacienti alkoholicí pomáhali léčícím se pacientům zvyšovat motivaci k abstinenci (viz Nešpor, Müllerová, s. 81). Dnes se tento výraz používá u terapeutů v PL, ale zvláště na Moravě i v dalších zařízeních sítě protidrogové prevence a léčby.

Jak pracuje laický terapeut? Na svépomocné úrovni - jako "průvodce" klienta na jeho cestě, je mu nablízku svým osobním přístupem, podobnou zkušeností. Je ochotný akceptovat jej takového, jaký je, rozumí mu, chápe jej. Může být vzorem pro klienty se léčící - jde to, přestat. Způsob jeho práce je srovnatelný s principem svépomocných skupin - otevřeného společenství lidí s podobným problémem (drogami, alkoholem, hráčstvím apod.) pravidelně se scházejících, kteří si navzájem pomáhají tento řešit předáváním zkušeností, povzbuzují se navzájem, jsou jeden pro druhého oporou, jdou cestou pomoci "bez hranic".

Zásadním rozdílem je skutečnost, že exuser by měl jasně rozlišit hranice v práci s klientem, měl by uplatňovat nedirektivní přístup ke klientovi, ale zůstat v roli profesionála.

Motivace exusera pro práci

"Jsem-li rozhodnut opravdově člověku pomáhat, provázet jej na cestě vlastního utrpení, nesmím si nic namlouvat. Nesmím jej nutit k tomu, aby mou pomoc přijal..." (Minarčík, s. 119-120)

Otázka motivace pro práci je u exuserů rozdílná v souvislosti s jejich osobností, většinou je rozdílná od jiných pracovníků bez zkušenosti se závislostí. U řady terapeutů - exuserů je motivace pro pomáhající profese zpočátku velmi výrazná. Objevuje se nadprůměrná snaha pomoci klientům v podobné situaci, kterou velmi dobře poznali "na vlastní kůži". Otázka: jaké důvody má exuser pro práci terapeuta? Existuje jich celá řada, málokterý z nich lze však označit za zdravý.

K těm patří *altruista* - terapeut s nezištnou pomocí, zaměřující se na klienta, jeho potřeby a prospěch, přijímající klienta takového, jaký je. Osobnostně zralý, s přiměřeným sebevědomím, psychosociálně stabilizovaný. Pak také typ *s pozitivním vztahem k lidem*, se silným sociálním citěním by rovněž patřil mezi ty se zdravou motivací. Opět se dá předpokládat vyvážená osobnost schopná klientovi naslouchat a provázet ho na jeho cestě.

Většina exuserů má ale jiné důvody, najdeme mezi nimi *"zachránce"* - typ s nadměrnou tendencí zachraňovat, napravovat nebo pomáhat klientům za každou cenu, včetně sebezapření. Může jít o osobnost nevyzrálou, věřící, se sníženým sebehodnocením, s nejasněnou identitou, která hyperaktivním zachraňováním "řeší" pocity vlastní zbytečnosti, smysl života nebo problémy. V týmu se tento považuje za mnohem aktivnějšího, má tendence jiné obviňovat z malého zájmu a lhostejnosti ke klientům. Je u něj riziko, že ztratí sám sebe v druhých, dále též vysoké riziko syndromu vyhoření, při opakovaných recidivách klientů, chybějících "výsledcích" své práce a nezvládnutých fázích negací a odporu pak ztráta zájmu o práci, případně i vlastní recidiva.

Typ, označovaný jako *"spasitel"*, staví sám sebe na místo „toho jediného, kdo jim může pomoci“. Osobnostně může jít o člověka s nezdravým sebevědomím, který vlastní zkušenosti výrazně preferuje, všechno zná, všechno prožil. Je u něj možná slabší schopnost naslouchat klientovi. V jeho okolí neexistuje většinou dle

jeho mínění žádný jiný terapeut nebo člověk, který by jim mohl pomoci. Pokud náhodou ano, má tendence žárlit, klienty si „přivlastňovat“, příp. je manipulovat na „svou stranu“.

Dál se v řadách terapeutů může objevit typ „*provinilce*“ se snahou sloužit klientům a odčinit tak „hříchy minulosti“, kterého k práci vedou pocity viny; dále typ „*manipulující*“, s tendencí ovládat druhé a dokazovat jim i sobě svou sílu; typ „*osamělý*“, který po léčbě zůstal bez přátel – abuzérů, závislých - a touto cestou zůstává ve známé komunitě, i když „na druhém břehu“ atd.

Shrnutím uvedeného lze konstatovat, že motivace exuserů pro práci může být velmi rozdílná a „nezdravé“ z uvedených forem bývají vedoucími přířazovány k nedostatkům exuserů, na nichž musí v týmu hodně pracovat. Jsou řešitelné kvalitním vedením týmu, kvalitní supervizí, příp. zapojením exusera do dlouhodobého sebezkušnostního výcviku

Přednosti a nedostatky exusera pro profesi

Na základě zpracovaných poznámek, výzkumu, na jehož formu dotazníku odpovědělo 15 vedoucích zařízení, a dosavadní praxe lze napsat následující přednosti exusera pro profesi:

- *vlastní zkušenosti, znalost problematiky – exuser ví, o čem klient hovoří, je empatický, citlivý*
 - *tolerantnost*
 - *pozitivní vzor – „jde to, přestat“*
- *svépomocná úroveň = nedirektivní, blízký, s podobnou zkušeností*
 - *důvěryhodnost, snazší navázání kontaktu s klientem*
 - *zájem o klienta*
 - *motivace pro práci (pokud je zdravá)*
- *v příp. vlastního absolvování léčby zkušenost s procesy vnitřních změn a proměn*

Pokud jde o nedostatky exusera pro profesi, lze hovořit o následujících:

- *nejasnost hranic mezi terapeutem a klientem – 2 extrémy:*
- *často chybějící odstup, přílišná empatie, soucit, vtáhnutí do problému – tím větší manipulovatelnost klientem*
- *opačně – příliš tvrdá nekompromisní hranice, alibismus, neschopnost akceptace klienta v jeho individualitě*
- *řešení obou – dlouhodobá práce na ujasnění hranic terapeut x klient formou výcviků, nácviků, supervize, příp. intervize. Náročné u hraničních typů osobností terapeutů*
- *riziko promítání vlastních zkušeností a problémů do klienta – podobný příběh vyvolává nižší schopnost naslouchat, vnímat individualitu klienta*
 - *nebezpečí neúplné separace od původního životního stylu*
 - *nezdravá motivace pro práci*
- *přílišná sebestřednost, egocentrismus – horší pro práci v týmu, nižší schopnost naslouchat klientovi*
- *množství vlastních nevyřešených problémů – při kratší době abstinence nebo chybějící léčbě – tendence kompenzovat je v práci nebo prací*
- *s tím související nejasněná vlastní identita – opět je terapeut snáze manipulovatelný klientem, hůř rozpoznává hranice*
 - *menší schopnost respektovat určitý daný řád*
- *tendence přebírat na sebe kompetence druhých + slabší schopnost týmové spolupráce – riziko podřadné pozice v něm*

Porovnáním předností a nedostatků exusera pro profesi lze říci, že jsou téměř vyrovnané, i když nedostatky jsou obšírněji rozebrány. Dá se předpokládat, že u exusera bude záležet na typu osobnosti a jeho chuti na sobě pracovat, přiznat své chyby, protože mnohé nedostatky se dají „napravit“ dlouhodobým výcvikem, kvalitním vedením týmu, příp. supervizí nebo intervizí.

Závěrem

Lze tedy říci, že terapeut exuser coby průvodce klienta na jeho cestě uplatní při své práci částečně princip pomoci svépomocných skupin – nedirektivní přístup, pomoc na základě využití vlastních zkušeností, svůj vzor. Rozdíl bude v míře určení hranic mezi ním a klientem, kdy jako terapeut i při své blízkosti by měl zůstat profesionálem.

Díky přednostem pro práci má své nezastupitelné místo v týmech, jeho pozice bude záležet na typu jeho osobnosti, motivaci pro práci a nedostatcích.

Odpovědi na další otázky by tedy zněly: exuser může mít nebo získat dlouhodobým sebezkušenostním výcvikem zdravou motivaci pro práci. Na kvalitu práce s klientem mají výrazný vliv i jeho přednosti a nedostatky, proto je nutné jej citlivě do týmu zapojit, mít kvalitní supervizi nebo intervizi.

Literatura:

Nešpor, K., Müllerová, M.: Jak přestat brát (drogy). Sportpropag, Praha, 1999

Minarčík, J.: Čtvrtý rozměr závislosti. Maťa, Praha 1997

Macková, E.: závěrečná práce „Exuser v profesi pracovníka nízkoprahového zařízení“ kurzu terapeut nízkoprahových zařízení

**Schizofrenie a psychoterapie: některé zvláštnosti psychoterapie
u schizofrenního onemocnění, bližší pohled na integrovaný psychoterapeutický systém.
MUDr. Marková Radmila**

Vymezení pojmu schizofrenie je i po 80 letech jeho existence obtížné. Diagnosa prochází procesem neustálé změny, zužování a rozšiřování hranic fenomenologického typu shrnujícího charakteristické klinické projevy onemocnění. Vznik poruchy se již nepřikládá jedné jediné příčině z biologické či psychosociální oblasti, ale spolupůsobení mnoha jednotlivých faktorů. Dá se říci, že pojem schizofrenie označuje onemocnění nebo skupinu onemocnění, která sdílí některé charakteristiky. Patří sem změna vztahu ke skutečnosti vedoucí k deformaci prožívání a chování a ke změně osobnostních charakteristik. Je to doprovázeno i změnami v sociálních vztazích, v pracovní a lidské kompetenci v daném systému vztahů. Deformace prožívání a chování se projevuje sice poměrně širokým a ne zcela specifickým, ale přesto charakteristickým komplexem psychopatologických symptomů jako jsou halucinace, bludné myšlení a poruchy myšlení nebo autismus.

Po zvláštním tzv. prepsychotickém (pseudoneurotickém) ladění dochází k manifestnímu vyhocení zvláštního vztahu schizofrenního jedince ke světu, lidem i vlastní osobě provázenému pocitem hrozící katastrofy, ztráty jáství i veškerých vazeb k vnějšímu světu a v souvislosti s tím ke krajně vystupňované úzkosti. Odpověď na prožitek psychotické „jinnosti“, takzvané poruchy jáství nebo někdy také označované jako psychotická depersonalizace je různá. Může vést k převaze negativní (minusové) symptomatologie, při které se jedinec snaží situaci zvládnout redukcí komunikace s okolním světem, nebo naopak k převaze pozitivní (produktivní) symptomatologie, při které se snaží o aktivní překonání skutečnosti. Tzv. schizofrenní alienace umožňuje extrapolovat subjektivní katastrofické prožitky mimo osobnost, takže se stávají na subjektu nezávislou záležitostí (univerzalizace, transformace do bludu – např. o hrozícím zániku světa).

Již E. Bleuler popisoval kognitivní poruchy u schizofrenie, novější studie (Brenner) zjišťují u schizofreniků poruchy při zpracování informací. Patří sem zvláště problémy se selekcí podnětů, udržením či flexibilním přemístěním pohotovosti zpracovat informaci, omezená abstrakce, chyby v závěrech, omezený výběr odpovědí. Podle Huberovy koncepce bazální poruchy vede neurochemická porucha v mozku také k poruše zpracování informací a dalším symptomům jako je např. zvýšená dráždivost, puzení k neklidu, poruchy spánku. Ovšem za nejpodstatnější poruchu považuje Huber ztrátu nabytých hierarchií. Süllwodová prováděla výzkum bazálních symptomů na psychologické rovině a vedle kognitivních poruch také pozorovala i ztrátu automatických dovedností, nejistotu při rozlišování emočních kvalit. Uznávaná je teorie tzv. vulnerability – stres model, kde se uvažuje, že jedinec je specificky biologicky vulnerabilní (k poruše náchylný). Každý člověk má tento sklon určený dědičností, faktory prenatálními i postnatálními, porucha je poté vyvolána expozicí zátěže. Pokud tedy kombinace vulnerability a zátěže překročí určitou hranici, nastane schizofrenní chování. Kognitivní poruchy se uplatňují jako projev vulnerability a příčina zvýšené citlivosti vůči stresu. Dále můžeme přisoudit pozornosti funkci filtru pro selekci informací z hlediska jejich důležitosti a nedůležitosti. U schizofrenie je ovšem tento filtr defektní, tzn. že nedůležité podněty nejsou vyčleněny. Model overinkluzivity (Cameron) popisuje schizofrenikovu tendenci reflektovat a pojímat najednou velké množství podnětů a složek jež jsou vzhledem k ústřední myšlence jeho uvažování zcela irelevantní. Model konkrétnosti (Goldstein) zase znamená ztrátu

schopnosti tvořit abstraktní osnovy, třídy nebo kategorie, o objektech pacient uvažuje jako o jednotlivostech, nedokáže formulovat souvislosti. Dále je možné uvést sociálně psychologický teoretický přístup, který spojuje předpoklady o vlivu poruch v rodinných vztazích, rolích a komunikačním stylu na vznik schizofrenního onemocnění (porušená rovnováha rodiny jako je např. dvojná vazba, pseudovzájemnost s důsledkem omezení rolí a svobodného pohybu v rodině). Považovala jsem za nutné zmínit krátce některá teoretická východiska a poznatky o schizofrenii, neboť z nich a mnoha dalších dnes vznikají nové programy v péči o schizofrenní pacienty, jako je níže uvedený Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty.

Než přiblížím tento program, uvedu některé zvláštnosti psychoterapie u schizofrenních pacientů, krátce také několik zásad v terapii. Pomoci schizofrenikovi vlastně znamená z psychologického hlediska vytvořit v amorfním chaosu jeho života, kde chybí pevné struktury a hranice, integrující osu uprostřed nekonečného rozpadávání, kolem níž se může začít jeho svět znovu tvarovat. Je třeba s nemocným vytvořit reálnou úlohu, místo v lidských vztazích, vytvořit s ním projekt budoucnosti, najít ve spolupráci s ním opěrné body. Dle Syříšťové je z hlediska praktické aplikace psychoterapie u psychotiků je důležité si uvědomit poruchovou sociální interakci, což jsou zvláštní rysy dynamiky a struktury schizofrenní osobnosti, zvláštnosti jejich reakcí na stres, právě tak jako zvláštnosti a důležitou úlohu stresových situací, které mohou být spouštěcími mechanismy psychotického procesu. Všeobecně se zdá, že u psychotických pacientů je vhodnější užít takové psychoterapeutické přístupy, které jsou zacílené na přizpůsobení se skutečnosti. Tyto postupy jsou lépe tolerovány a vedou k lépe postihnutelným výsledkům než odkrývající metody. V klinické praxi se většinou terapeuti drží důležitých obecných doporučení jako je odclonění podnětů, zúžené množství informací, strukturování, jednoduchost a jasnost při jednání s pacientem.

K zásadám v individuální i skupinové psychoterapii schizofreniků patří význam jistoty a důvěry dyadického vztahu pacient – terapeut. V tomto vztahu je třeba dát prožít pacientovi pocit lidské blízkosti, bezpečí a bezpodmínečného přijetí. Teprve po této intenzivní individuální přípravě je možno realizovat terapii skupinovou, jejíž autosanační potenciál je ovšem všeobecně nízký, proto je role terapeuta více aktivnější a náročnější. Další zásadou je nevhodnost přímé analýzy a reprodukce traumatických prožitků, zvláště ve skupinové terapii a v akutnějších stádiích, kdy pacienti reagují negativismem, úzkostí a autismem nebo také agresí či explozí psychotických příznaků. Je doporučena verbalizace závažných životních otázek spíše v rovině obecné diskuse o vybraném tématu, nebo možné využití nepřímé „syntetické“ analýzy. Zde namísto reprodukce provádíme přehodnocení traumatické situace, jež tuto situaci činí pacientovi přijatelnější. Dále je třeba pracovat se zvláštními problémy komunikace, kdy terapeut nemůže zůstat neúčastný pozorovatel nebo interpret, ale musí být do situace vtažen, stát se vlastně pacientovým spojencem. Je nutno se ovšem vyvarovat přílišné závislosti jedince na terapeutovi jež ho zbavuje možnosti samostatného vývoje. Také je možno využít při terapii tvořivých potencialit objevujících se v psychóze a touto cestou pomoci pacientovi dojít ke zvědomění problémů. Sem možno zařadit sklon schizofreniků k zpochybňování, výraznou schopnost imaginace, vysokou invenci. Důležitou zásadou je respektování rozdílného přístupu k paranoidní formě onemocnění, kdy dochází ke zvýšené aktivitě, je tendence k různým činům v důsledku paranoidně percipované situace a imperativních halucinací. Objevuje se i integrace, ale patologická s výrazně rigidním zaměřením. Snažíme se zde schizofrennímu pacientovi pomoci vytvářet změněný postoj k bludům a halucinacím, ve spolupráci s ním dojít k opouzdření bludů. Měníme motivační kořeny tohoto bludného myšlení usměřňováním potřeb a pozornosti k novým významným cílům. V neposlední řadě bereme v potaz zvláštnosti psychosociální stimulace u těchto jedinců. Patří sem pomoc při obnově nebo novém utváření sociální role, kdy necháváme pacientovi prožít pocit, že má jeho osobnost pro druhé smysl, oceňujeme nebo objevujeme spolu s ním jeho potencialitu a také se snažíme jí rozvíjet. Provádíme to postupným zadáváním úkolů rostoucí obtížnosti, pozvolna přecházíme z roviny schizofrenníka prožívání do roviny reality.

Výzkumy průběhu onemocnění z nedávné doby ukazují, že naše prostředky pro léčbu schizofrenních pacientů jsou i přes nesporné úspěchy stále málo uspokojivé. A to především pro behaviorální důsledky onemocnění k nimž řadíme: sociální izolaci, nedostatečné plnění sociálních rolí, sníženou toleranci zátěže a také již zmiňovanou negativní symptomatologii což je afektivní oploštění, chudost řeči, zárazy v myšlení, snížená vůle, neschopnost se z čehokoli radovat (anhedonie), poruchy pozornosti či ztráta sociálních zájmů, do té doby obvyklých. Dle jedné studie z roku 1986 se za dva roky od vzniku onemocnění u 37% pacientů vyskytuje těžké sociální postižení, u 35% pacientů je to středně těžké sociální postižení.

Jako reakce na nejnovější výzkumy v této oblasti, se snahou o co nejširší záběr a s ohledem na specifiku schizofrenního onemocnění vznikají nové programy terapeutické koncepce. Jedním z nich je Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty autorů V.Rodera, H.D.Brennera, N.Kienzle a B.Hodelové. Je zaměřený na terapii perceptivních a kognitivních poruch typických pro schizofrenii a dále na specifické deficit v sociálních dovednostech. S tímto programem jsou již určité zkušenosti i v naší zemi.

Program je strukturován do následujících pěti podprogramů:

1. Kognitivní diferencování.
2. Sociální vnímání.
3. Verbální komunikace.
4. Sociální dovednosti.
5. Interpersonální řešení problémů

V počátečních podprogramech se terapeutická práce zaměřuje na základní kognitivní funkce nezbytné pro komplexnější sociální chování. Jedná se o koncentraci, schopnost tvorby konceptu, schopnost abstrakce, pozorovací schopnosti. Teprve na základě zvládnutí těchto funkcí nacvičují pacienti další, včetně terapie příslušných deficitů. V průběhu každého podprogramu postupně rostou požadavky na jednotlivce i skupinu. Důležité je také přiměřené zacházení s emocemi a afekty, kdy se začíná s cvičením bez emoční zátěže a teprve postupně se sukcesivně začleňují i emočně náročnější obsahy.

V podprogramu kognitivního diferencování dochází k tréninku pozorovacích schopností, zvláště v zátěžových situacích, které jsou pro tyto pacienty rizikové. Tento trénink sestává ze tří stupňů, což je postupně cvičení s kartičkami, systém verbálních pojmů (hierarchie, synonyma, antonyma, definice slov, kartičky se slovy) a jako poslední je hledání myšleného předmětu. Cílem je zvládnutí základů jako příprava na složitější úkoly a terapeutické zpracování rozdílných výroků pacientů ve skupině s odůvodněním, z čeho v rámci této skupiny vyplývají.

V podprogramu sociálního vnímání se snažíme o trénink selektivní pozornosti, schopnosti využít dřívější zkušenosti s pomocí série diapozitivů s různými sociálními situacemi podle stupně obtížnosti. Sestává z popisu, interpretace a skupinové diskuse k jednotlivým obrázkům, na závěr nalézá skupina společně název obrázku. Cílem je zlepšení vizuálního vnímání sociálních situací, zlepšení pozornosti a interpretace.

Podprogram verbální komunikace je zaměřen na nácvik tří základních komunikačních dovedností: naslouchání, porozumění slyšenému a zaujetí určitého postoje. Nacvičuje se v pěti stupních:

1. Doslovná reprodukce daných vět.
2. Reprodukce samostatně formulovaných vět podle smyslu obrázku.
3. Samostatně formulované otázky s tázacími zájmeny a odpovědi na tyto otázky.
4. Skupina se vyzptává jednoho nebo dvou členů na určité téma.
5. Volná komunikace ve skupině.

Postupně strukturovanost ustupuje do pozadí, všímá se poté i komunikace mimo skupinu, je možnost podle potřeby doplnit individuální sezení se zaměřením vně terapeutického rámce.

Dále postupujeme k nácviku sociálních dovedností. Existuje obsáhlý repertoár „dovedností“ do značné míry specifických k různým situacím, jsou k dispozici seznamy těchto dovedností, kam patří například pobyt na oddělení, hledání bytu a zaměstnání, jednání s úřady, kontakty ve volném čase a mnoho dalších. Tento podprogram je odvozen z behaviorálních metod, jako jsou například instrukce, modelování, nácvik chování a jeho opakování, zpětná vazba a posílení. Nácvik probíhá ve dvou stupních. Prvním je kognitivní zpracování, tj. zadání, porozumění, stanovení dialogů, rozdělení rolí a funkcí, následované prováděním, což je demonstrace, zpětná vazba od skupiny a jako poslední transfer in vivo. Cílem je rozvinutí nebo reaktivování repertoáru sociálních dovedností nácvikem.

Posledním podprogramem a zároveň závěrečným krokem celého terapeutického programu je interpersonální řešení problémů. Jedná se o vhodnou přípravu k přechodu do chráněného bydlení. V této oblasti má většina schizofrenních pacientů výrazné deficity. Provádí se pomoc při rozpoznání problému, při jeho kognitivním zpracování, vytváření alternativních řešení, o těchto řešeních se ve skupině diskutuje, posléze se rozhoduje pro jedno z nich, posledním a nejobtížnějším krokem je realizace v praxi.

Toto jsou stručně uvedené jednotlivé podprogramy integrovaného systému. Jak již ze zmíněného vyplývá, program probíhá v terapeutických skupinách, skupina by měla být složena ze 4-8 pacientů spolu s terapeutem a koterapeutem, délka jednoho sezení je doporučována 30-90 minut dle obtížnosti probíraného stupně a podprogramu. Dalším indikačním omezením je věk 20-50 let, IQ v rozmezí 80-110, jasně určená diagnóza F 20, tedy schizofrenie, hraniční diagnózy by neměly být zařazovány. Je zřejmé, že program je vhodný jen pro určité spektrum schizofrenních pacientů objevujících se v naší péči. Integrovaný psychoterapeutický program vyžaduje dlouhodobé psychoterapeutické vedení klienta, opakované procvičování znovuzískaných nebo nově získaných sociálních dovedností a způsobilostí. I když se účinnost programu nehodnotí lehce, dosud zveřejněné výsledky se zdají být přínosem v terapii schizofrenního onemocnění.

Závěrem lze konstatovat, že v současné době se asi nevyhneme léčbě neuroleptiky v akutních atakách nebo při prevenci relapsů schizofrenie. Ke zlepšení péče o jedince s tímto onemocněním je však třeba dalších terapeutických metod disponujících jinými mechanismy účinku a zasahujících na jiné úrovni poruchy. Mezi tyto další metody bývá řazena právě psychoterapie, socioterapie, rodinná terapie jako spolupráce s příbuznými. Účinek těchto metod se s psychofarmakoterapeutickým působením sčítá. Proto tzv. multinodální terapeutická koncepce má největší vyhlídky na úspěch v terapii a profylaxi relapsů onemocnění, pomáhá zmírňovat symptomatologii a snižovat psychickou zranitelnost zanechanou proběhlou psychotickou atakou.

Literatura:

Roder R., Brenner H.D., Kienzle N., Hodel B.: Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty (IDT), Praha, Triton, 1993.

Zdražilová R.: Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty, Čes. a slov. Psychiatrie 96, 2000, No.7, s.372-375.

Syříšřová E. a kol.: Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením, Praha, Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1989.

Libiger J.: Schizofrenie, Praha, Psychiatrické centrum, 1993.

Koordinace protidrogové politiky s ohledem na psychoterapeutické směry Hana Peláková, K IV.

Definice pojmů:

Koordinace:

- uvedení ve vzájemný souladný vztah, přiřazení souběžně vedle sebe, na roveň – Ilustrovaný encyklopedický slovník, Academia 1981
- uvedení v soulad, harmonická spolupráce složek něčeho – Slovník cizích slov, SPN 1985

Politika

- účast na záležitostech státu
- činnost v oboru veřejné správy týkající se zájmu státu a celé společnosti, upevňování státní moci na demokratických zásadách

Psychoterapie

- psychoterapie jako obor je interdisciplinární vědní disciplína. Do obecné části patří teorie, metody a výzkumná data, do speciální části aplikace na jednotlivé druhy poruch.
- psychoterapie jako léčebná činnost je léčebné působení, specializovaná metoda léčení nebo soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování, proces sociální integrace. Psychoterapie jako léčebná činnost působí psychologickými prostředky na nemoc nebo poruchu. Má odstranit nebo zmírnit potíže a podle možností odstranit i jejich příčiny. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta.

Literatura uvádí mnoho směrů psychoterapie. Pro přehlednost uvádím nejčastější současné směry:

1. Hlubinná psychoterapie, která považuje nevědomí za významného činitele v duševním životě.
2. Dynamická a interpersonální psychoterapie, která odvozuje svůj vznik od psychoanalýzy s důrazem na sociální faktory a na současné problémy v interpersonálních vztazích.
3. Rogersovská psychoterapie, „vychází z klienta“ a podněcuje jeho samostatný rozvoj. Jedná se o terapii důvěrným otevřeným rozhovorem, která klade důraz na vřelost a opravdovost terapeuta.
4. Behaviorální psychoterapie vychází především z pozorovatelných a zachytitelných vztahů mezi podnětem a reakcí a aplikuje výsledky studia procesů učení.
5. Kognitivní psychoterapie věnuje prvořadou pozornost procesům myšlení, orientuje se na vědomou činnost, na přítomnost a na využívání racionální logické argumentace.
6. Komunikační neboli interakční psychoterapie se zaměřuje na současné interakce jedince s okolím a jeho rodinou, kterou chápe jako celek propojený vzájemnými interakcemi.
7. Gestalt terapie je zaměřena na přítomnost a na požívání a vyjadřování emocí.

Kromě základních směrů se v oblasti psychoterapie stále častěji setkáváme s přístupem eklektickým a s pokusy o pojetí syntetická a integrativní.

Eklektický přístup je v praxi velmi častý. Terapeut využívá různých výkladových principů a metod, které ovládá buď alternativně nebo je kombinuje podle toho, jak to v daném případě považuje za účelné.

Pro zajímavost uvádím výsledky výzkumu terapeutických orientací (Garfield 1982), kde se ukázalo, že zatímco se v r. 1960 41% terapeutů přihlásilo k psychodynamické orientaci, 13 % k neopsychoanalytické, 9% k sullivanovské, 9% k behaviorální a 4% k rogersovské orientaci, v roce 1978 se k psychodynamické orientaci přihlásilo jen 17% k behaviorální málo přes 10%, ale k eklektické již přes 50% terapeutů.

Jak skloubit tyto na první pohled velmi odlišné pojmy – koordinace, politika, psychoterapie. Nebo ze širšího pohledu – protidrogová politika, léčba závislostí, způsob financování, role státu a občanská společnost. Jakým způsobem dosáhnout skloubení všech pohledů názorů, zájmů? Je to vůbec v oblasti protidrogové politiky možné?

Koordinace protidrogové politiky. Jak si odpovědět na otázku, co je v zájmu státu a celé společnosti? Je zájem státu a celé společnosti identický? Může vůbec být? Jak vnímat pojem „účast na záležitostech státu“. Jak fungují demokratické zásady v současné protidrogové politice? Jak se vyznat ve změní legislativních nedostatků? Jak přistupovat k občanským iniciativám, které se chtějí vyjadřovat k protidrogové politice? Otázek mě napadá nepřeborné množství. Jedna navozuje druhou a každá nese sebou řadu dalších.

Koordinace protidrogové politiky s ohledem na psychotherapeutické směry je součástí celé protidrogové politiky a ta samozřejmě musí s psychoterapií jako se specializovanou formou léčby počítat a musí ji umět účinně využívat. K tomu potřebuje mít vybudovaný systém péče s jasnými pravidly

Nechápu systém jako něco neměnného, upjatého a rigidního. Právě naopak. Dobrý systém musí dát možnost ke změně, musí dát prostor ke střetu, ale musí jasně stanovit podmínky.

Co všechno by měla taková koordinace protidrogové politiky obsáhnout. Na první pohled to vypadá velmi jednoduše. Jasný cíl a kroky k jeho naplnění. A tady nastupuje pojem uvedený v nadpisu práce a to koordinace. Skloubení legislativy, výkonu protidrogové politiky na vyšších i nižších člancích veřejné správy a s tím spojené financování, hledání spojnic mezi zneprátelenými občanskými iniciativami, umožňování široké diskuse mezi odborníky a mediální kampaně. Cílem koordinace by mělo být dosažení harmonické spolupráce vlády a státní správy, občanských iniciativ, odborníků, občanů a samospráv. No, tak to je utopie.

Ale proč? Proč si myslím, že je to utopie.

Vyplývá to z povahy oboru. Jedná se společenskou problematiku, kterou neřeší standardní tržní prostředí a velká část oboru je závislá na státních dotacích. Nejedná se o podnikatelskou sféru a obor není schopen generovat finance na svůj vlastní chod. Jednotlivé oblasti protidrogové politiky – v našem případě léčby a psychoterapie jsou odkázány na to, kolik se stát rozhodne na danou společenskou problematiku věnovat.

Úspěšnost v oboru je dána kvalitní přípravou na soutěžení o státní prostředky. Ne vždy je mezi dobrou připraveností a dobrou skutečností úzký vztah. Důležité je stanovit kritéria, která budou hodnotit fyzickou připravenost a ne papírovou.

Systém musí být dostatečně transparentní, aby jednotliví soutěžitelé nenabývali dojmu, že bylo jednáno na jejich úkor, ve prospěch jiného.

Samozřejmě, že psychoterapii nevykonávají pouze odborníci závislí na státních dotacích. Mnozí jsou zaměstnanci zdravotnických zařízení, mnozí privátními lékaři či psychology. Systém by měl zohledňovat i tuto skutečnost. Dokázat ocenit jednotlivá pracoviště značkou kvality a tím přispět k zájmu samotných pracovníků o dodržování všech zásad dobrého chodu zařízení. A nejenom to. Značka kvality je především určena těm, kteří služby zařízení využívají. Klientů, pacientům a jejich blízkým.

Použitá literatura:

Kolektiv autorů: Ilustrovaný encyklopedický slovník, Academia 1981.

Adam; Jaroš; Holub: Slovník cizích slov, SPN 1985.

Kratochvíl, Stanislav: Základy psychoterapie, Praha, Portál 1997.

Pogády, J.; Nociar Alojz: Biologické aspekty osobnosti a psychoterapie, Bratislava, SAV 1990.

Psychoterapie kodependence

Alena Procházková

Definice pojmu

Kodependence je označení pro soubor příznaků, který bývá obvykle pozorován u partnerů a příbuzných závislých lidí. Jde o pojem relativně nový, vychází z modelu nemoci rodiny, a nejprve byl tento příznakový soubor zaregistrován u příbuzných lidí závislých na alkoholu. Podle modelu nemoci rodiny jsou ostatní členové rodiny stejně nemocní, jako alkoholik. Jejich „nemocí“ je právě kodependence. Za zásadní lze považovat definici Cermaka z roku 1986.

Definice obsahovala 5 základních příznakových kritérií:

1. obětování sebeúcty ve prospěch kontroly sebe i druhých tváří v tvář vážným a nepříznivým okolnostem
2. přebírání odpovědnosti za uspokojení potřeb jiných před svými vlastními
3. prožívání úzkosti a zkrslování hranic souvisejících s problémem intimity a separace
4. zapletení do vztahů s lidmi s poruchami osobnosti nebo s problémy s alkoholem nebo drogami
5. přítomnost alespoň 3 ze seznamu 10 dalších znaků a symptomů a to:

a) popření jako primární strategie, jak se vyrovnávat se situacemi, b) stažení emocionality, c) depresivita, d) nadměrná ostražitost, e) nutkavé chování, f) úzkostnost, g) závislost na drogách nebo alkoholu, h) role oběti psychického nebo sexuálního zneužívání, i) nemoci související se stresem, a j) vztah se závislou osobou delší než 2 roky, aniž by dotyčný vyhledal pomoc.

Ověřování a dokazování této definice se od té doby věnují týmy vědců v Evropě i USA. Jde o to, zda codependenci zařadit do příštího seznamu diagnostických kategorií, či nikoliv jako samostatnou duševní poruchu.

K diagnostikování kodependence je možné použít některé ze screeningových testů již vytvořených na kodependenci, (např. CAST „Children of Alcoholics Screening test, Charland 1998). V testech osobnosti (např. MMPI) kodependentní lidé vykazují vyšší hodnoty na škálách hysterie, paranoi, viny, závislosti, objevuje se zvýšená tendence dekompenzovat v zátěži s projevy anxiety a deprese, v kognitivních testech se demonstruje deficit schopnosti pojmově zpracovávat vizuální informace, deficit schopnosti rozlišovat relevantní a irelevantní informace a dokonce jsou zkoumány a nalézány i například charakteristické změny v biochemii endokrinního systému a např. i monoergních aminů – například serotoninu jako hlavního chemického působku při depresi.

Vznik kodependence

Podobný příznakový komplex, který je zmíněný v definici a i příslušné testové nálezy se objevují nejen u dětí alkoholiků, ale obecně u lidí, kteří byli v dětství vychováni v dysfunkčních rodinách.

Předpokládá se, že v dysfunkční rodině je dítě nějakým způsobem zanedbáváno, tedy nedostává dostatek zrcadlení, pozornosti a prostoru, aby si mohlo být jisté, že za své konání bude odměněno svým úspěchem. V širším konceptu je kodependence považována za „poruchu vzniklou ze ztráty sebehodnoty“, nebo za „jakékoliv trápení nebo dysfunkci, která je spojena se zaměřením, nebo vzniká následně ze zaměření na potřeby a chování druhých“. Ukazuje se, že tato porucha může dokonce být „reakcí na soužití s jakýmkoli člověkem s dysfunkční poruchou osobnosti“. V konceptu nemoci rodiny se zdůrazňuje komunikace, dysfunkční rodinné role a ztracená rovnováha v rodině.

Kodependence tedy vzniká nevědomě a nedobrovolně jako reakce na zraňování, kterému je jedinec vystaven nejčastěji ve své původní rodině. Z potřeby přežití se pak rozvíjí fantazie „pokud budu opravdu dobrý, tak mě bude milovat a neopustí mě“. Vlastní Já vyznívá jako nedostačující a prožívané pocity viny a studu tak postupně vedou ke ztrátě kontaktu s vlastním Já a jedinec se začne přizpůsobovat požadovaným nepřiměřeným podmínkám.

Předpokládá se, že členové rodin, kteří trpí kodependencí se obvykle chovají tak, že umožňují závislost. Umožňování se považuje za model chování, který udržuje užívání návykové látky buď tím, že usnadňuje užívání návykové látky, anebo poskytuje pozitivní reakci na užívání návykové látky a vyhýbá se negativním reakcím nebo stanovení hranic.

Kodependenci můžeme rozdělit do 3 základních typů:

1. Primární : žádná jiná porucha kodependenci nevyvolala, vznikla na základě zraňování v dětství. Často na ni navazuje jiná porucha osobnosti, včetně závislosti.
2. Sekundární: objevuje se u lidí, kteří vstoupí do vztahu s narušeným jedincem a kteří vyrůstali ve zdravé rodině. Projevuje se převážně jako depresivní a úzkostné poruchy přízpusobením, nebo dystymní poruchy, úzkostné poruchy(panická porucha). Obvykle procházejí fází, kdy svého dysfunkčního jedince nejprve zachraňují, poté kontrolují a poté padají vyčerpáním.
3. Odvádějící: jedinec požaduje pomoc při řešení problémů spojených s kodependencí, ale sám pokračuje v dysfunkčním chování, nebo je v aktivním vztahu s narušenou osobou. Projevuje se nejčastěji tak, že kodependentní jedinec požaduje, aby např. závislý partner abstinovat a zároveň zachovával patologickou rovnováhu ve vztahu. Kodependentní jedinec v tomto případě může iniciovat terapii závislého a zároveň blokovat jeho uzdravu.

Psychoterapie kodependence

Psychoterapie kodependentního jedince přichází v úvahu zejména ve dvou situacích:

1. Klient přichází s vlastní depresí, anxiitou, nutkavým poškozujícím chováním a kodependence je diagnostikována dodatečně.
2. Klient přichází jako člen rodiny identifikovaného závislého pacienta.

Psychoterapie přichází v úvahu buď jako individuální, skupinová, nebo jako součást rodinné terapie. V literatuře se uvádí skupinová psychoterapie jako nejlépe dostupná a i nejefektivnější.

. V psychoterapii kodependence je vhodné si uvědomit, že před sebou máme jedince trpícího opakovaným zraňováním, jedince, který se přizpůsobil požadavkům a potřebám druhého, jedince, nejistého ve vlastní identitě. Psychoterapie pak představuje i vedení a formování osobnosti a hodnotového systému za účelem vyrovnávání vývojového deficitu

Psychoterapie kodependence by měla obsahovat některé základní rysy, ať už jde o terapii individuální nebo skupinovou:

1. Informace o poruše
2. Zvědomování toho, že je to kodependentní klient, kdo potřebuje také pomoci
3. Propojování negativních pocitů s problémy, které mají řešení. (příklad : jestli rozumím, tak jste smutná, když pije).
4. Nácvik dovedností zaměřených na problém a na emoční prožívání.
Program péče o sebe: práce na uvědomování a pojmenovávání emocí. Nácvik komunikačních dovedností. Jasně ocenění, pokud klient udělá něco pro sebe.(pocity viny za péči o sebe) Odklonění z pomáhajících aktivit – úkol pomoci nejprve sobě. Práce s koncepcí vlastního života. (kdo jsem a kam směřuji) Práce s hodnotovým systémem.(cíle, priority) Získání a přijetí odpovědnosti k sobě samému a adekvátního reflektování sebe sama. Zvědomování poškozujícího chování (návyk na vzrušení , adrenalin, jako poměrně primitivní forma sebeprožívání, kompulzivní, nutkavé chování.). Zpracování problémů kontroly, důvěry, strachu z autority, vysoké tolerance pro nepřiměřené chování, nadměrné odpovědnosti za druhé, poruch hranic osobnosti, popírání vlastních potřeb, popírání agresivity, poskytování a přijímání lásky.
5. Sociální a emoční podpora.
Naděje a zklidňování : Jste úspěšná, schopná a kompetentní. Některé věci se zatím nedaří, ale půjdou, protože se učíte.

Závěr

Terapie kodependence je významná při léčbě patologického chování jedince, při relapsech a stabilizaci původních chorobných projevů . Pokud se kodependence neléčí, může přecházet do chronické podoby, která má postupem času tendenci se zhoršovat. To se může projevit dokonanou agresí vůči sobě nebo okolí, nebo rozvinutím psychosomatického nebo psychiatrického onemocnění na základě neustávající a neřešící se stressové situace. Psychoterapie kodependence tak může při dodržení několika základních principů působit preventivně proti těmto jevům, z čehož může významně profitovat nejen kodependentní klient, ale i jeho okolí.

Použitá literatura:

Co- dependence, závislosti a jiné poruchy, Charles M. Whitfield, M-D., Sananim, 1997
Dospělé děti alkoholiků, Janet G. Woititzová, Columbus, 1998

Léčba drogových závislostí, Frederick Rotgers a kol, Grada, 1999
 Psychosocial Adjustment of Adult Children of Alcoholics. Review of Recent literature.,
 Stephanie L. Harter, Clinical Psychology Rev., Vol 20, No 3, pg 311- 337, y.2000
 Growing Up In an Alcoholic Family systém: The Effect on Anxiety and Differentiation
 Of Self, Stuart Maynard, Journal of Substance Abuse, Vol 9, pg 161 – 170, 1997
 Frouzová Magdalena, PhDr , ústní sdělení 2000

Specifika hospicové péče Jitka Slámečková

„Kde se dotýkáte duše,
 léčíte tím, čím jste,
 ne tím, co znáte.“

S. Freud

V minulosti lidé umírali především doma, a tak byly lidé po mnoho generací od nejtútlejšího dětství konfrontováni se smrtí a umíráním svých blízkých. To spolu s vysokou úmrtností dětí (např. v Anglii ještě ve druhé pol.19. století historické prameny udávají 30-50% úmrtnost dětí do 15 let věku) přinášelo schopnost samozřejmě a přirozeně pečovat o své blízké v okamžiku smrti a uvědomovat si smrt jako přirozenou součást života a zároveň nedovolovalo vytěšňovat vědomí vlastní smrti až do okamžiku bezprostředního ohrožení života, jak je tomu v naprosté většině v naší společnosti nyní. Dnes umírá v péči některé zdravotnické instituce přibližně 80% lidí, i když se čísla uváděna různými autory liší. Nespornou výhodou těchto zařízení je dobrá lékařská péče, která se v minulosti lidem nedostávala. Společnost a její zvyklosti se v této oblasti změnily v průběhu posledního sta let- od prapůvodní podoby smrti doma, ve společnosti příbuzných, přes izolované umírání na „pokojích smrti“ v nemocnicích, kde sice byla zajištěna ošetrovatelská a lékařská péče, ale chyběly jak informace, tak obyčejný lidský kontakt, po dnešní, poněkud rozpačitý model, kdy je zřejmé, že je nutné v péči o umírající provést výrazné změny směrem k opravdovému uspokojování nejen tělesných, ale i duševních a spirituálních potřeb pacientů. Umírání se už nadobro odstěhovalo z našich domů, starý model umírání nefunguje a nový vzniká jen pomalu. V tomto ohledu je hospicová péče velmi vhodnou alternativou, která snad bude v dohledné době dostatečně rozšířená i u nás.

V práci s terminálně nemocnými (a zde je myšleno terminální stádium v širším slova smyslu- ne tedy jako stav bezprostředně před smrtí, ale jako období nemoci, při kterém si sám pacient uvědomuje jeho závažnost, v nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních (domovy důchodců, hospice aj.) je psychologická péče nutná stejně jako péče o tělo- zejména tišení bolestí a péči o tělesný komfort, zvláště u starých, senilních, nekomunikujících a nepohyblivých pacientů.

Hospic- historie, současnost, hlavní idea

„Hospic- útulek, dům pro poutníky, mnichy apod., udržovaný církevními organizacemi“ (Rejman Ladislav, Dr. Slovník cizích slov. Praha: SPN, 1971, vydání 3., s. 132).

Hospicová péče v dnešní podobě má svůj původ ve Velké Británii. Její hlavní myšlenkou je „poskytnutí péče těm nemocným, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc v brzké době povede ke smrti.“ (Svatošová, M. 1995, str.130 a 131). Není však možné se domnívat, že jde o jakési novodobé domy smrti. Nemocní zpravidla přicházejí na krátkodobé, opakované pobyty, které jsou dobrovolné a uplatňují se zejména u pacientů, u kterých není zapotřebí klasické nemocniční péče, ale kterým není možné zajistit odpovídající péči v domácím prostředí. Nejširší uplatnění zde nachází paliativní medicína, tzn. celková péče o nemocné, jejichž onemocnění nereaguje na kurativní léčbu, léčba symptomů- bolesti a psychologická péče. (Cílem kurativní léčby je úplné vyléčení, cílem paliativní léčby je zlepšení subj. stavu nemocného, zmírnění utrpení).

Hospic umožňuje nemocnému důstojný odchod ze života a přitom se zaměřuje ne na smrt, ale na kvalitní náplň života, který nemocnému ještě zbývá. Jde o doprovázení nejen pacientů, ale i jejich blízkých, což je pro umírající velmi často jednou z nejdůležitějších předností tohoto způsobu péče.

- Formy hospicové péče: a) domácí
 b) stacionární
 c) lůžková

Hospic nemocnému zajišťuje:

- naplnění biologických potřeb (péče o tělo, odborné zdrav. úkony, tišení bolesti, že nebude zbytečně a uměle prodlužován jeho život,)
- naplnění psychických potřeb (respektování jeho lidské důstojnosti, vstřícný přístup, naslouchání – a slyšení, poctivé informování, poskytování faktických informací,)
- naplnění sociálních potřeb (neomezený kontakt s příbuznými, přáteli, kontakt s okolním světem, možnost vycházek, nemocný není izolovaný na svém pokoji, v posledních chvílích svého života nezůstane osamocen,)
- naplnění spirituálních potřeb (kontakt s knězem, personál, který je ochoten a schopen mluvit o smrti, umírání, posmrtném životě, Bohu,)
- naplnění emocionálních potřeb (prostor pro ventilaci vlastních pocitů, pochopení,)

Práce s umírajícími v jednotlivých stádiích

V práci s umírajícími se psychoterapii stává každé setkání profesionála s nemocným a jeho rodinou. Je už jen na každém členu týmu, jak s časem, který pacientovi, popř. jeho rodině věnuje naloží. V práci s nemocnými lidmi vůbec se uplatňují zejména metody podpůrné psť., se schopností zrcadlit projevy nemocného- empatický rozhovor. Nejde jen o znalosti odborné, jako spíše o „znalosti“ lidské, schopnost komunikovat, otevřeně, vřele, sdělovat své pocity, vytvořit atmosféru, ve které je i nemocný schopen ventilovat prožívání svého stavu. Nejde přistupovat k nemocnému s naučenými proslovky, situace sama vytvoří „nejlepší scénář“ našeho rozhovoru.

V psychologické a psychoterapeutické péči je nutné brát zřetel na stádium, ve kterém se nemocný nachází. Podle E. Kubler- Rossové každý člověk, který je konfrontován se svojí konečností – v tomto případě s vážným onemocněním, které pravděpodobně zkrátí jeho život, prochází pěti stádii vyrovnávání se se smrtí. Jsou to:

1. Stádium popírání

Pacient se dozvídá o vážnosti své choroby. Nikdy by neměl od lékaře slyšet, že „je smrtelně nemocný“. Je nutné jej informovat o závažnosti nemoci a to co nejdříve po ověření diagnózy. Dg. má sdělovat lékař, pokud to sám z nějakého důvodu nedokáže, měl by požádat někoho jiného, kdo to za něj udělá- příbuzní, sestra, kněz. Sdělování dg. by se mělo odehrát v klidu, bez přítomnosti jiných lidí, lékař by měl být schopen pravdivě a upřímně zodpovědět všechny dotazy spojené s vyhlídkami na nejbližší budoucnost nemocného, ujistit jej o tom, že on i celý tým udělá vše dostupné pro jeho uzdravení.

Pacient velmi pravděpodobně bude popírat tuto sdělenou pravdu. Je nutné dát mu čas, udělat si čas na zodpovězení jeho dalších dotazů, které jej určitě budou napadat. Znovu jej ujistíme o tom, že jej neopustíme, že budeme s ním za všech okolností.

Sami nenabízíme téma smrti v rozhovoru, to musí udělat sám nemocný. Je důležité nechat jej vyjádřit své pocity, není nutné něco říkat, můžeme jen sedět a poslouchat, co nám nemocný sám sdělí.

U nás je častou praxí, že jsou dříve než nemocný informování jeho příbuzní. V zásadě jde o porušení práv pacienta, protože je to právě on, kdo má pravdu o své chorobě znát a rozhodnout, komu jinému má být sdělena.

V tomto období je důležité navázat kontakt a získat důvěru pacienta.

2. Stádium zloby

V tomto období už zpravidla nemocný přijal pravdu o svém stavu, resp. o své nemoci, ale je pro něj těžké sám sebe prožívat jako umírajícího člověka. V tomto období se víc než v ostatních projevuje nepřátelsky až agresivně, „závidí zdraví“, může negativně reagovat na některé nebo všechny osoby, které se v jeho okolí vyskytují. Ať jde o příbuzné, kteří jej chodí (či nechodí) navštěvovat, spolupacienty nebo o zdravotníky, kteří o něj pečují. Je nutné nebrat jeho negativní postoje a chování osobně, ale snažit se s ním si o konkrétní situaci, kdy nás např. slovně napadne promluvit. Zeptat se co se s ním teď děje, proč právě teď takto reaguje. Není možné a často ani nutné vést při každém setkání s pacientem dlouhý rozhovor. Většinou stačí několik chápavých a povzbudivých vět a nechat aspoň malý prostor nemocnému pro vyjádření svých pocitů, dovolit mu odreagování. Pokud nás jeho chování bude urážet a budeme je vnímat jako útok na svoji osobu, stane se pro nás brzy kontakt s tímto člověkem nesnesitelný a (možná nevědomě) budeme hledat záminky, aby náš pobyt v jeho blízkosti byl co nejkratší, omezíme jej na co nejkratší dobu. Zde je nutné mít na vědomí řeč těla, gestiku. Nemocný je mnohem citlivější na mimoslovní komunikaci, proto by naše tělo mělo vyjadřovat totéž, co naše slova. Slovo nemusí být mnoho, ne vždy víme, co máme říct, ale náš postoj k pacientovi- klientovi hospicu by měl být vstřícný a chápavý, měl by vyjadřovat zájem, přátelství a lidskou blízkost.

Vždy bychom se také měli přesvědčit, zda jeho zloba není opodstatněná, zda je v péči o něj opravdu vše v pořádku.

3) Smlouvání

V tomto období se nemocní často uchylují k nejrůznějším „zaručeným“ receptům na uzdravení, vyžadují ujištění, že se uzdraví, že „to není tak vážné a spousta lidí se z toho dostala“ apod. Je nutné, abychom k nim byli velmi trpěliví a ať je nemoc sebezávažnější nesmíme jim brát naději v uzdravení. V tomto období se také uplatňuje stanovování krátkodobých, dosažitelných cílů a měli bychom také dbát na to, aby sám nemocný podle maximálních možností rozhodoval o tom, jaký bude např. jeho denní režim, kdy jej budou příbuzní navštěvovat, jak a kdy se bude stravovat apod. Každá maličkost, kterou zdravý člověk vnímá jako samozřejmost je pro člověka v terminálním stádiu velmi důležitá a dává mu pocit, že o sobě může rozhodovat sám.

4) Deprese

Zde by se naše práce měla orientovat na pomoc nemocnému urovnat jeho rodinné vztahy, hledání řešení např. při zajištění členů rodiny, partnera. Opět je nutná trpělivost, ochota naslouchat.

Sebevražedné sklony u umírajících pacientů nejsou časté, uvažují o ní ti, kdo mají silnou potřebu mít vše pod kontrolou, kterým byla dána příliš velká naděje na uzdravení, ti, kdo vědomě chtějí zkrátit proces umírání, přehlížení, opuštění, nedostatečně opečovávaní nemocní. Je ovšem potřeba počítat i touto alternativou a být připraveni o ní mluvit, pokusit se napravit to, co je možné (zkusit nemocnému pomoci najít smysl jeho života, smrti, utrpení, oslovit příbuzné, zkusit s nimi navázat kontakt, zlepšit péči o něj, ponechat mu kontrolu nad úkony v péči o jeho osobu apod.).

5) Smíření

Fáze umírání nepostupují vždy podle schématu 1-5, různě se prolínají, nemocný se i vrací do předchozích stádií, můžeme pozorovat i 2 až 3 současně. V období smíření by mělo být vše završeno, nemocný se pomalu začíná odpoutávat od tohoto světa. Proto se již v prožívání do předchozích fází nevrací. Pokud k tomu dojde, jedná se většinou o závažnou chybu v péči o něj- např. nedostal příležitost pořádně vše prožít kvůli nátlaku rodiny, lékaře.

Je velmi důležité, aby okolí nemocného pokud možno „srovnalo krok“ s jeho prožíváním. Mnohdy je nemocný již ve fázi smíření a jeho rodina např. ve fázi deprese- v tomto případě potřebuje rodina naší péči víc než nemocný.

Pokud nemocný dospěje do stádia smíření většinou to poznáme, je klidný, vyrovnaný, připravený. Není zde třeba slov, jen lidská přítomnost.

Dosažení fáze smíření je cílem hospicové péče a celého procesu umírání vůbec. Životní cyklus je završen, nemocný odchází usmířený se svými blízkými, se světem.

Nejvýznamnější specifika hospicové péče- odlišnosti od standardních zdravotnických zařízení:

- 1) Práce s tématem smrti a „poslední věci člověka“ jsou přímo v náplni tohoto zařízení
- 2) Z toho vyplývá výběr pracovníků, kteří jsou schopni s umírajícími pracovat- doprovázet
- 3) Duchovní a spirituální péče (např. úzká spolupráce s knězem)
- 4) Otevřenost okolnímu světu- neomezené návštěvy
- 5) Možnost zapojení blízkých osob do ošetrovatelské péče o nemocného
- 6) Prostor pro skutečné naplňování všech potřeb nemocných
- 7) Následná péče, kontinuita započatých procesů- domácí hospicová péče, po případném propuštění
- 8) Péče „post finem“ o příbuzné zemřelého- až do 1 roku
- 9) Spolupráce s dobrovolníky- každý hospic
- 10) Je méně dostupná - omezený počet hospiců
- jen pro indikované případy

Použitá literatura:

- Haškovcová, Helena Lékařská etika. Praha: Galén, 1997
 Haškovcová, Helena Spoutaný život. Praha: Panorama, 1985
 Haškovcová, Helena Rub života- líc smrti. Praha: Orbis, 1975
 Haškovcová Helena Thanatologie. Praha, 1999
 Kubler- Rossová, Elisabeth Otázky a odpovědi o smrti a umírání.
 Svatošová, Marie Hospice a umění doprovázet. Praha: Ecce homo, 1995

Osobnost terapeuta a psychoterapeutický proces
Jana Stehlíková

Úvodem si můžeme definovat pojmy, se kterými budeme pracovat. Co je to psychoterapie a osobnost? Existuje minimálně 50 definic pojmu osobnost. Pro zjednodušení použijeme definici G. W. Allporta z roku 1937, který osobnost považuje za „ dynamickou organizaci psychofyzických systémů v jedinci, která určuje jeho adaptaci na prostředí a jeho charakteristické způsoby chování a prožívání.“(Hartl, 1994)Osobnost je jedinečná a nezaměnitelná. Propojují se zde psychické, biologické a sociální faktory, které osobnost formují.

Psychoterapie je obor zabývající se léčbou psychologickými prostředky. Má dvě roviny – teoretickou, kam patří teorie, metody a výzkumná data a praktickou aplikovanou rovinu. V současné době nemá psychoterapie žádnou jednotnou, obecně přijímanou teorii, ale zahrnuje okolo 10 základních přijímaných přístupů, z nichž každý má svoji vlastní propracovanou teorii osobnosti, etiopatogenezi poruch, způsob terapie a výcvikovou základnu. (Vymětal, 1997)

Psychoterapie obecně používá psychologické prostředky, tzn. prostředky vztahové a komunikační povahy. Jde o zvláštní druh psychologické intervence mající vliv na chování člověka, duševní život, jeho blízké vztahy i tělesné procesy. Působení se projevuje navozováním žádoucích změn a tím podporou uzdravovacího procesu. Samotná psychoterapie probíhá jako vědomá, záměrná a strukturovaná interakce mezi terapeutem a pacientem (klientem).

Terapeut se v průběhu terapie stává terapeutickým nástrojem. Ve vztahu k pacientovy působí terapeut jako celek, celá jeho osobnost ve své jedinečnosti a specifičnosti.

Psychoterapie je specifickou disciplínou, která vyžaduje specifické schopnosti a vlastnosti, postoje a strukturu osobnosti, jež psychoterapii provádí. Zjednodušeně si načrtne obecné charakteristiky, které by osobnost terapeuta měla obsahovat. Předpokládá se zralá osobnost emočně stabilní, s vyřešenými vnitřními konflikty, orientující se ve vlastních motivacích a způsobech chování. Podle Balinta lékař „ odpovídá chirurgovu skalpelu“, sám „je nástroj“(Balint, 1999). „Když je psychoterapeut tupý, pak je to proto, že není právě ve formě, a nebo neumí „ používat sám sebe“.“(Vybíral,2000) I další nároky, kladené na osobnost terapeuta, se odehrávají ve vztahové rovině. Terapeut by měl být empatický, měl by umět dávat naději, měl by umět vytvořit a udržet podpůrný vztah. K dalším dovednostem patří aktivní naslouchání, empatické poznámky, zrcadlení, parafrázování, verbální reflexe, objasnění, umění interpretace a konfrontace, strukturování rozhovoru, neutralita, nementorování a zdržlivost.

Otázkou je zda by terapeut měl být direktivní či nedirektivní. Beran a Tomášek na toto téma udělali zajímavý výzkum. Rozdělili 130 terapeutů na dvě skupiny. První skupina zahrnovala méně zkušené terapeuty a druhá ty zkušenější a zjistili, že více zkušenější terapeuti jsou méně direktivní a více si dovolí interpretovat.(Beran, Tomášek, 1984) Vymětal poukazuje na to, že u začínajících terapeutů to může být způsobeno obavou z rozhovoru a vlastně z pacienta.

Důležitým aspektem je počáteční pozitivní terapeutovo očekávání, že práce s pacientem bude úspěšná. Má to vliv na terapeutů verbální a nonverbální projev, což ovlivňuje pacientovy pocity a tendence. Jednou z nejdůležitějších vlastností osobnosti terapeuta je empatie. Empatie je vnitřní zážitek sdílení a porozumění duševnímu stavu druhého. Terapeut musí být schopen a také ochoten se vůči pacientovi chovat empaticky. Empatie patří mezi účinné faktory psychoterapeutického působení, jímž teraeut navozuje žádoucí změnu v osobnosti a chování pacienta.

Při psychoterapeutickém procesu individuální terapie dochází k interakci 2 osobností, osobnosti terapeuta a osobnosti pacienta. Vzniká psychoterapeutický vztah, který je tvořen za prvé souborem psychických obsahů (postojů, představ, zkušeností, očekávání, potřeb,...) terapeuta a pacienta a za druhé dynamikou vztahu. Nutným předpokladem vývoje vztahu je otevřenost.

V průběhu terapie dochází také ke zcela specifickým jevům jako je přenos a protipřenos. Tyto pojmy byly poprvé definovány Sigmundem Freudem, který položil základy psychoanalýze. Tyto jevy se však objevují i ve vztahovém rámci psychoterapeutického procesu jako takového. Pacient si vůči terapeutovi pozvolna vytváří celou škálu iracionálních prožitků, které jsou povětšinou syceny jeho dávnými a v dětství uloženými vzorci chování, které si osvojil ve vztahu ke svým blízkým. Tyto prožitky přenáší z minulosti na současnou významnou figuru, která je zvýznamněna, ale kterou v podstatě téměř nezná a jen si o ní mnohé představuje. Tento jev není ničím patologickým. Do určité míry podobně je na tom terapeut, také on zakouší množství prožitků, pocitů a emocí vůči svému pacientovi, i když v jeho případě se nemusí jednat o takové množství iracionality. V tomto případě hovoříme o protipřenosu. (Kocourek, 1997)

Vzhledem k tomu, že proces psychoterapie je velice komplikovaný a vytváří velké nároky na psychiku a pocity terapeuta, vznikly „balintovské skupiny“. Jejich zakladatelem je maďarský

psychoanalytik Michael Balint. Balintovská skupina se zaměřuje na problémy v psychotherapeutickém vztahu. Balint vedl pomáhající odborníky k tomu, aby si uvědomili, co z vlastního chování, prožitků a postojů jim brání v efektivnější pomoci pacientovi. Mohou nahlédnout pomocí jiných odborníků na své nevědomé postoje, související s dřívějšími osobními zkušenostmi. Balint formuloval pravidlo: terapeut má vzít vážně pocity, které v něm pacient vyvolal, ale nemá podle nich nerozvážně reagovat. V balintovské skupině by měla panovat akceptující atmosféra, která neblokuje upřímné sebeotevření referujícího. Balintovské skupiny jsou významným prvkem v dalším osobním růstu terapeuta jako osobnosti, předpokládá tedy u terapeuta úsilí o porozumění pacientovi. Balintovské skupiny si kladou 3 výcvikové cíle: porozumět vztahu, překonat předsudky a pozměnit sebe sama. (Brihcín, 1999)

Psychotherapeutický proces je specifický svou rozmanitostí a komplexností. Klade vysoké nároky jak na terapeuta, tak na pacienta. Má svá určená pravidla, se kterými by měl být pacient obeznámen při vstupu do terapie, ale v každém případě jde o setkání dvou jedinečných osobností a tím nutností individuálního přístupu ze strany psychotherapeuta.

Použitá literatura:

- Balint, M.: Lékař, jeho pacient a nemoc. Grada, Praha 1999
 Beran, J.; Tomášek, L.: Vliv psychotherapeutova výcviku a odborné praxe na jeho percepce psychotherapeutické interakce. Československá psychiatrie 80, 3. 170-173, 1984
 Brihcín, S.: Balintovské skupiny-pomoc pomáhajícím
 Psychologie dnes 7.,5., 1999
 Hartl, P.: Psychologický slovník. Nakl. Budka, Praha 1994
 Kocourek, J.: Psychotherapeut a pacient v naší společnosti. Propsy, 3.,3., 1997
 Vybíral, Z.: Psychotherapeut léčí již tím, jak mluví. Psychologie dnes 1.,6., 2000
 Vymětal, J. akol.: Obecná psychotherapie. Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, Praha 1997

Zvláštnosti psychotherapie abúzu alkoholu u žen.

Jaroslava Sumcová

Toto téma jsem si zvolila na základě 4-leté práce s lidmi závislými na alkoholu. Je známo, že závislé ženy, mají svá specifika, kterými bych se chtěla zabývat v této práci. Jen stručně bych uvedla několik údajů z odborné literatury.

Většina závislých žen pije tajně a v soukromí. Příčinami pro rozvoj závislosti se většinou u žen stávají problémy ve vztazích, partnerské konflikty, také nepříznivé životní podmínky a situace, zkušenosti s násilím apod. Jejich typickými vlastnostmi jsou nízké sebevědomí, velká orientace na druhé lidi, pocity bezmocnosti.

U žen můžeme narozdíl od mužů najít obecně určité výhody při překonávání návyku na alkoholu. Problémově pijící žena na sebe spíše upozorní a může se do léčby dostat dříve. Většina jich má také dobré nadání na relaxační techniky. Rodinné vztahy / k dětem, manželovi, vnoučatům, rodičům./ jsou pro mnoho žen silným motivem k lepšímu životu. Na této práci jsem začala pracovat v září roku 2000. Naše oddělení je koedukované, psychotherapeuticky orientované. Průměrně míváme 23 klientů, z toho je asi jedna třetina žen. Abych se lépe v problému orientovala, sestavila jsem anketu, kterou mi dobrovolně vyplnilo 13 žen, což byly všechny které se léčí na našem oddělení do ledna 2001.

I když tato anketa není reprezentativní mohu na základě vlastních zkušeností a konzultací s kolegy potvrdit, že vytvořila typický obrázek ženy přicházející do léčby na našem oddělení. Jak probíhá terapie samotná uvádím v následujících odstavcích, které jsem pro přehlednost rozdělila podle jednotlivých druhů terapie, které jsou na našem oddělení.

Průměrný věk byl kolem 40-ti let, pro 9 žen to byla první léčba.

Ptala jsem se proč se rozhodly pro léčbu na odd. psychotherapeutickém?

Většina žen se sama rozhodla zabývat se psychotherapií, jiným toto oddělení doporučili lékaři, psychologové a ženy, které se tu již léčily měly dobré zkušenosti z této léčby.

Na otázku co očekávají od této léčby, odpověděly:

Abstinovat, psychickou vyrovnanost, klid sama v sobě a rozumět si, získat sebejistotu, důvěru, sebevědomí, zlepšit komunikaci s rodinou, vyřešení bytové situace, naučit se řešit problémy, věřit si, najít smysl života a radost z každého následujícího dne, naučit se zvládat stres a samotu, spolupracovat s týmem.

Na otázku zda mají podporu známých, rodiny?, odpověděly:

Všechny kladně, jen jedna ji neměla, mrzelo jí to.

Jak se cítí ve skupině?

Většina se v okruhu méně lidí cítí dobře, dokáží se více otevřít, hledají odpovědi na řešení problémů, jsou upřímné.

Jak se cítí na komunitách?

Řeší organizační problémy, mají možnost naslouchat jiným a přijímat zkušenosti ostatních, mluvení o sobě jim dělá problémy.

Na otázku co pro mne znamená psychoterapie a jaký řeším největší problém?

Odpověděli: Najít sama sebe, zlepšit komunikaci, zvládat stresové situace, věřit si a dokázat čelit problémům, naděje na hodnotnější život, problém, že piji a nevím proč, otevření se, přijímání zkušenosti druhých a porovnávání se svými.

V poslední otázce se ptám, zda počítají s tím, že budou jezdit na opakovací léčbu, pokud ano, proč?

Tři čtvrtiny odpovídají kladně, chtějí jezdit a podělit se o zážitky v abstinenci, cítit se silnější, připomenout si prostředí, podmínky za jakých začaly abstinovat.

1, Režimová terapie

Je určena DŘ, rozvrhem dne a pravidly. První týden na oddělení je tzv. adaptační, v tomto týdnu má klient možnost sžít se s pravidly a dom. řádem na oddělení. Po týdnu se všechny přestupky smaží a klient pokračuje v léčbě naostro. Přesně stanovený čas se musí dodržovat. Léčba alkoholově závislých trvá 13 týdnů. S dodržováním režimu ženy nemívají problémy, nedělá jim problémy se podřídit a nevnímají pravidla tak negativně, jako muži. Přistupují k režimu svědomitě a poctivě, některým dělá problém dochvilnosta organizace práce.

2, Skupinová terapie

Skupiny jsou tři v týdnu. Jsou smíšené ženy, muži zhruba 10 členů. Ženy přicházejí na skupinu s nízkým sebevědomím, čekají na pomoc ostatních, dávají přednost potřebám druhým, před svými, je pro ně důležité pomáhat druhým. Ve čtvrtém týdnu probíhá životopisná skupina, na které se často otevrou a mluví o věcech, o kterých nikdy předtím s nikým nemluvily. Po živ. skupině cítí úlevu ataké další hnací reflex řešit problémy, o kterých mluvily a díky zpětným vazbám ostatních se mají nad čím zamyslet. Je pro ně důležité, že i když o sobě odhalily problematické věci druhí ve skupině je pořad braly a rozuměly si. Učí se a zjišťují, že s tímto problémem nejsou samy, že i ostatní mají stejné problémy i špatné myšlenky a pocity. Jako důležitý zlom považují, když si uvědomí, že chtějí abstinovat hlavně kvůli sobě. Dozvídají se od ostatních, jaký dělají dojem na skupinu, skupina jim říká co si o nich myslí. Matou skupinu, tím, že neříkají to co si opravdu myslí. Přemýšlí o tom, jak změnit schopnost vyjít s lidmi. Více důvěřují skupině. Poslouchají rady a řešení, co a jak by se dalo dělat. Ve skupině dochází k vytváření modelových situací, ve kterých se ženy „učí zvládat přítěž“. Nejčastější téma na skupinách je řešení rodinné situace, vztahy, problém v zaměstnání (jak se na mne budou dívat, když se tam vrátím,) najít důvod svého pití, problém s komunikací, zvládání stresových situací... Po skupině mají dobrý pocit z toho, že dokázaly mluvit a otevřít se, že umí vyjádřit své pocity, říct co mi vadí, místo toho, aby to držely v sobě. Ženy více, jak muži využívají rodinné terapie má pro ně velký význam terapie s partnerem. Dokáží v léčbě mluvit s svých problémech mají zde ostatní, kteří za nimi stojí a pomáhají si. Chtějí, aby partner poznal, jak to v léčbě probíhá, aby tomu lépe rozuměl a pochopil je. Ženy objevují a přijímají, některé své dosud neznámé, nebo nepřijatelné vlastnosti. Na skupině si dodávají naděje a vidí, že i jiní lidé dokázali vyřešit podobný problém a vzájemně se dokáží povzbudit. Ke konci léčby si uvědomují, že veškerou odpovědnost nesou sami za sebe, že sa- mi se musí postavit tváří tvář životu. Je vhodné, aby si žena vytvořila bezpečnou síť sociálních vztahů mimo rodinu a našla si nové životní cíle a kvalitní zájmy.

3, Komunita

Komunity probíhají dvě denně. Na nich ženy mluví o věcech organizačních. Přicházejí s nabídkou skupiny, řeší si zde problémy týkající se přestupků a prohřešků. Ve srovnání se skupinou jsou méně aktivní a mají větší problém mluvit před tolika lidmi o sobě.

4, Pracovní terapie

Ženy mají možnost pracovat v artedilně, nebo dřevodilně. Většina žen chodí do artedilny, kde pletou, háčkují, vyšívají... Každou středu prezentují své výrobky na pracovní komunitě, dostává se jim uznání a obdivu od

ostatních klientů. Často se chtějí i naučit takovou práci, kterou nikdy nedělaly a neumí ji. Jsou ochotné poradit, naučit ostatní, mají ze své práce radost. Mluví o práci, terapii, jako o odpočinku, ale často u práce přemýšlejí o svých problémech. Záleží na tom, jak se cítí psychicky, někdy se jim daří v práci méně, někdy více. Práci z dílny si mohou vzít i na oddělení a věnovat se jí i ve svém volném čase.

5, Individuální terapie, deníky

Individuální terapii se na oddělení moc nezabýváme. Pouze aktuální problémy, když jde o akutní pomoc, poskytují pohovor, ve které klienta směřuji k tomu, aby o svých problémech seznámil komunitu, nebo aby svůj problém otevřel na skupině. Také mohu po domluvě s týmem doporučit mimořádnou skupinu tzv. stupínek k aktuálnímu problému. Jsem bych také zahrnula deníky, které považuji za bližší kontakt klienta s terapeutem. Ženy často píšou do deníků to co je pro ně problém říct nahlas před ostatními. Dodávám jim v tomto podporu a dochází k tomu, že se s tím otevrou na komunitě, nebo skupině. Také píšou mnohem více než muži, často mívají i deníky vlastní, což je pro ně typické a přirozené.

6, Relaxace

Probíhá jedna mluvená dopoledne, druhá bez slova po večerce. Účinky relaxace zpočátku nejde se odpoutat od starostí, které měly doma, nedokáží se soustředit sami na sebe. Později dochází ke klidu, který se projeví po relaxaci se cítí odpočaté, vyrovnané... Většina žen má k relaxaci nadání a brzy se jí tyto techniky podaří zvládnout. Některé ženy mluví o tom, že se relaxací budou zabývat i po léčbě.

7, Práce s volným časem, kontakty, dovolenky

Volný čas využívají k odpočinku, ale také se zabývají ručními pracemi i na odd. Chodí do přírody na vycházky, sbírají houby... Každý pátek po prvních třech týdnech mají možnost jezdit na kontakt od 14- 18 hod. Jezdí se do malého městečka, kde jede většina za nákupem, zaplavat si, odreagovat se od dění v léčebně. Kontakt s restaurací a zvládnání chutí na alkohol nepociťují tak náročně jako muži, více ohrožující je pro ně domácí prostředí. Dovolanky jsou v průběhu léčby dvě, první je po čtyřech týdnech pobytu a druhá po třech týdnech po návratu z dovolenky první. Dovolanka je od čtvrtku 14 hod, do neděle do 20,20 hod. Většina žen jezdí domů k rodině. Program dovolenky řeší na komunitě, nebo na skupině. Obavy z příjezdu domů jsou časté, proto se jim věnuje čas na skupině, aby si plán dokázali třeba i modelově přehrát, některou situaci, kontakt, kterého se obávají. Jak pracovat s tím, když přijde chuť, uvědomit si tuto možnost a připravit se na ni. K recidivě u žen na dovolence nedochází.

8, Opakovačky, krizové pobyty

V našem týmu jsou opakovací léčby naší výhradní kompetencí. Po ukončení léčby u nás na oddělení mám s klienty rozhovor týkající se podmínek opak. léčby:

a, Dokončená léčba

b, Na první opak. léčbu může přijet nejdříve za 3 měsíce, dále dle potřeby klientů.

c, Při rozhovoru je vedu k tomu, aby věděli co dělat v případě krize:

- 1, Mít svého psychologa nebo psychiatra v místě bydliště
- 2, Telefonní číslo k nám do léčebny, v případě krize kdykoliv zavolat.
- 3, Mít někoho blízkého ze svého okolí s kým může svou krizi probrat.
- 4, Napiší si do uzavřené obálky 3 úkoly na dobu do příchodu na opak. léčbu.

Klienty na opak. léčbu pozývám vždy v polovině měsíce písemnou formou na další měsíc. Kromě letních prázdnin jsou opak. léčby každý měsíc. Začínají v neděli večera končí v pátek ráno. Klient je na oddělení zařazen do běžného programu má možnost volných vycházek je zařazen do skupiny. Někteří klienti přijíždějí s tím, že by si zde chtěli vyřešit důležitý problém, některým stačí opak. léčba, jako podpora v abstinenci, posílí si abstinenci a cítí se silnější. Proč je opak. léčba důležitá?

Pro klienta, který odjíždí s dobrým pocitem, že pro sebe něco udělal, pochlubil se, že abstinovat jde. Klienti na oddělení tyto opak. léčby vnímají velmi pozitivně a věří v to, že i oni budou abstinovat, načerpávají informace na skupinách i komunitách a zajímají se o život po léčbě. A samozřejmě i pro nás pro tým je příjemné vidět klienty, jak se jim daří a dodají nám chuť do práce, vidíme, že to co pro klienty děláme je pro dobro věci.

Krizové pobyty

Také nabízím možnost tzv., krizového pobytu. Jedná se o to, že klient, který je v krizi, nebo vypil alkohol a zastavil své pití. Má možnost domluvit se s týmem a lékařem na okamžité přijetí na odd. ve střízlivém stavu. Klient zde hledá důvod svého napití se. Jak dlouho potrvá kriz. pobyt je individuální je to na klientovi jak dlouho zde zůstane. Klienti této možnosti využívají je to pro ně důležité v tom, aby se více nerozpili a často mluví o tom, že kdyby do toho "spadli" hodně už by se styděli přijet.

Závěr:

Velice vystihující a trefné považuji tvrzení MUDr. Nešpora: Jestliže člověk pije, je to jeho věc. A dále je to věc jeho dětí, partnera, rodiny, přátel, celé společnosti.

MOTIVACE KE ZMĚNĚ, ČI LÉČBĚ U DROGOVĚ ZÁVISLÉ MLÁDEŽE

Jitka Sunkovská

Na úvod několik poznámek o práci s mládeží. Mládež - jedná se o děti (chcete-li dospívající) ve věku okolo 15-18. roku věku. Vyznačují se převážně tím, že mívají odpor k autoritám, žijí bez dlouhotrvající perspektivy - žijí okamžikem, do jisté míry jsou egocentričtí, jejich žebříček hodnot se často mění, hledají sami sebe. Pokud si začnou s drogou, pak mají jen malou snahu přestat, nechtějí si nechat vzít to své "užívání si". Při kontaktu s nimi je dobré navázat vztah stavějící hlavně na vzájemné důvěře a respektu. Pokud jsme v kontaktu i s rodiči, pak je vhodné zachovat si neutralitu jak vůči nim, tak i dítěti. Dejme si ale pozor, abychom při jednotlivých rozhovorech, setkáních nesklouzávali pouze do role experta, ke škatulkování, abychom neobviňovali klienta za jeho jednání, aby náš rozhovor nebyl formou výslechu (otázka-odpověď). Velmi citliví jsou i na předčasné zaměření se na jeden problém (za vším vidím drogu). Opatrnost při práci s konfrontací je na místě. Čeho se tedy určitě přidržit - otevřených otázek, pozitivnosti, naslechnů, shrnutí (co udělá sám pro svou věc), určitě je dobré probrat jeho očekávání (jakou pomoc žádá), v neposlední řadě je z naší strany důležité umění empatie a reflektivnosti.

Ze své praxe, ve které se setkávám hlavně s experimentátory, s problémovými uživateli drog a jejich rodiči, vím, jak je pro první schůzky a následnou smysluplnou spolupráci při léčbě důležité rozpoznání a pojmenování objednávky. Na fenomen objednávky či zakázky je možné se podívat ze dvou hledisek:

1. Kdo je nositelem problému - tedy "Kdo objednává?"

- a) Nositelem problému může být opravdu klient sám. Těch ztrát, které mu přinesl životní styl s drogou už bylo dost, jsou to: konflikty s blízkými lidmi - rodiči, konflikty ve škole, neprospěch, absence, ze školy jej chtějí vyloučit, opakuje třeba po několikáté stejný ročník, lže, krade, neplní dohody, má potíže s policií, uvědomuje si zdravotní problémy atd. je to už těžké a hledá POMOC! Chce něco dělat, něco změnit, či chcete-li je motivovaný. Práce v těchto případech bývá úspěšnější než v případě druhém.
- b) Kdy nositelem problému může být někdo jiný, rodiče, učitelé, sociální pracovníci, kurátoři i policie, lékaři, ti všichni samozřejmě chtějí pomoci, chtějí, aby onen chlapec nebo dívka žil jinak, tak "jak se má", ale on sám je v "pohodě". Proč by měl žít jinak, proč by měl měnit životní styl, proč by se měl něčemu podřizovat, když se z jeho pohledu "nic neděje". Klient nemá žádný zájem měnit něco, co pro něho neexistuje - problém s drogou. Motivace klienta není - nám se pomáhání moc nedaří a vzniká pocit marnosti a zbytečně ztraceného času. Zde je na místě otázka: "Co pro ně můžeme tedy udělat, přeci je v "tom" nemůžeme nechat."

Nejosvědčenější v praxi je opravdu metoda času a uzavírajícího se kruhu. Je třeba dát jim čas, ve kterém se postupně pomocí důsledné sociální kontroly uzavře kruh, nebo alespoň zmenší prostor pro ten bezproblémový, úžasný feťácký život - začne jim být těsně a nepříjemno. Spolupráce výše jmenovaných institucí je na místě a většinou se tím celý proces "dozrání" značně urychlí.

2. Jakou pomoc chce klient - tedy "Co objednává?"

Pokud bych měla škatulkovat, pak se nejčastěji setkávám s těmito zakázkami:

- a) "Pomozte mi s mým životem v němž je droga. Já beru, chci brát, ale taky chci žít".
- v tom případě je vhodné klienta určitě ocenit za to, že se vůbec rozhodl někam se svým problémem jít, že přemýšlí o svém jednání, uvažuje o změně. Zde mohu zpochybňovat jeho dosavadní způsob života. Ošetření se mu dostane v nízkoprahových kontaktních centrech.
- a) "Pomozte mi s mými problémy (ve škole, práci, dluhy, vztahové konflikty,....)"
- klient již vidí problémy, které droga přinesla, ale stále přetrvává tendence ji omlouvat. Jeho svědomí je již nahlodáno: "co když mají pravdu, co když bude lepší přestat,...". Jeho rozhodnutí řešit nakupené problémy pozitivně oceníme a podpoříme. Nabídneme možná řešení, alternativy - jak to patrně dopadne, pokud se drogu nezdá a jaké vyhlídky jsou v případě abstinence. Rozhodnutí však přenecháme jemu. Splnění této zakázky se mu dostane např. při krátkodobé léčbě, kde má možnost s naší pomocí ještě více nahlédnout na svůj problém, má možnost se rozhodnout, co dál a má příležitost zkusit abstinovat.
- a) "Pomozte mi s mým životem s abstinencí. Já nechci brát, ale sám to neovládnu, je to těžké".
- v tomto případě určitě budeme podporovat a posilovat jeho rozhodnutí všemi dostupnými prostředky. Pomoci mohou středně i dlouhodobé komunity, kde má možnost zastavit se, ujasnit popřípadě změnit si své postoje k drogám a životu vůbec. Je určitě užitečné zvážit, jde-li o "prvoléčbu" nebo o opakovaný pokus o nějakou změnu. Vše je konec konců směřující k určité

změně. Výsledkem léčby je změna postoje buď celého životního stylu (výměna scénáře) nebo také změna postoje k léčbě jako takové. Oni to totiž někteří naši klienti nemyslí až tak vážně a někde v koutku duše jim zůstává takové to: "...tak jsem to až do teď dělal blbě, přece to musí jít abych bral bezpečně, bez problémů, jen tak trochu, aby nebyl problém...". Časem se ukáže, že to takhle opravdu nejde a pak to ten človíček třeba zkusí znovu, pořádně a doopravdy, pak se samozřejmě pracuje s relapsem.

a) **"Pomozte mi s mým životem (bez přídomku)"**

- jde spíš o objednávku už starších a zkušených uživatelů drog, lidí, kteří už vlastně nemusí brát, ale neumí najít své místo v životě, lidí, kteří ztratili už často i chuť pokoušet se o nové a potřebují si zrekonstruovat svůj život jako celek, potřebují čas. Místem, kde to mohou hledat a nalézd dlouhodobé terapeutické komunity. Jde v podstatě o resocializaci a nové začlenění do společnosti.

Na závěr heslovité shrnutí, jak to vlastně chodí:

- "říkají, že mám problém"
- "mám problém !"
- "co s tím, co budu dělat?"
- "chci to nějak vyřešit"
- "pomozte a poraďte, jak z toho ven"
- "stojí mi to za tu námahu?"
- "hledám, která cesta je výhodnější, hledám sám sebe"
- "dokáží to !!!" / "kašlu na to, jsem přeci zase v pohodě !"

Specifika prevence syndromu vyhoření u pracovníků nízkoprahových programů
Dana Šedivá

Pojem burnout byl do psychologické literatury uveden H. Freudenbergem v r. 1974 již s významem označujícím stav emocionálního vyčerpání zapříčiněný nadměrnými psychickými a emocionálními nároky. Nejrozšířenější definicí je asi tato: „Burnout označuje specifický stav jednotlivce charakteristický emočním vyčerpáním (člověk se cítí na pokraji svých sil, vyčerpán natolik, že stresory přesahují jeho možnosti je zvládnout), depersonalizací (odosobnění, odstup od lidí) a ztrátou smyslu pro osobní zaujetí (pocit nekompetence, špatná výkonnost, odpor k práci). U člověka převládají negativní pocity, neschopnost vidět kladné stránky života, práci, odpor vůči prostředí a lidem.“/2, str. 61

V rámci různých přístupů k syndromu vyhoření (dále jen SV) lze konstatovat jako shodné tyto rysy:

1. jde o psychický stav, prožitek vyčerpání; 2. vyskytuje se hlavně u profesí, jejichž hl. složkou je komunikace s lidmi, jejichž zpětná vazba a hodnocení jsou pro výkon profese nezbytné; 3. tvoří jej symptomy v oblasti psychické, fyzické, sociální a lze hovořit o negativních dopadech i na úrovni duchovní; 4. klíčové jsou: emocionální exhausce, kognitivní vyčerpání a opotřebení, únava; 5. všechny hlavní složky SV vycházejí z chronického stresu; 6. SV je proces.

Koncepce rozvoje SV dle J. Krivohlavého /5, str. 62/, která nabízí i možnost diagnostického využití : 1. Snaha osvědčit se kladně v pracovním procesu. 2. Snaha udělat vše sám (nedelegovat prac. autoritu). 3. Zapomínání na sebe a na vlastní potřeby – opomíjení nutné péče o sebe. 4. Práce, projekt, plán, návrh, úkol, cíl atp. se stávají tím jediným, o co danému člověku jde. 5. Zmatení v hodnotovém žebříčku – neví se, co je zbytné a co je nezbytné. 6. Kompulzivní popírání všech příznaků rodícího se vnitřního napětí jako projev obrany tomu, co se děje. 7. Dezorientace, ztráta naděje, vymizení angažovanosti, zrod cynismu. Útek od všeho a hledání útěchy např. v alkoholu či drogách, v tabletkách na uklidnění, přejídání, hromadění peněz atp. 8. Radikální vně pozorovatelné změny v chování – nesnášení rad a kritiky, jakéhokoli rozhovoru a společnosti druhých lidí (sociální izolace). 9. Depersonalizace – ztráta kontaktu sama se sebou a s vlastními životními cíli a hodnotami (daný člověk přestává být člověkem v plném slova smyslu). 10. Prázdnota – pocity zoufalství ze selhání a dopadu až na dno. Neutuchající hlad po opravdovém smysluplném životě (potřeba smysluplnosti života je zoufale neuspokojována). 11. Deprese – zoufalství z poznání, že nic nefunguje a člověk se ocitá ve smysluprázdném vakuu. Sebe-cenění, sebe-hodnocení a sebe-vážení (self-esteem) je na nulovém bodě. Zážitek pocitu „nic nejsem“ a „všechno je marnost nad marností“. 12. Totální vyčerpání – fyzické, emocionální a mentální. Vyplenění všech zásob energie a zdrojů motivace. Pocit naprosté nesmyslnosti všeho – i marnosti dalšího žití.

Mnohé **symptomy SV mohou být zaměňovány se symptomy jiných duševních onemocnění, poruch** či stavů, např. se stresovým stavem, depresí, únavou, existenciální neurózou, syndromem chronické únavy.

Specifika pracovních podmínek a rizikových faktorů v HR programech

Profese : Sociální a terapeutická práce patří do skupiny profesí s nejvyšším rizikem vzniku syndromu vyhoření. V praxi jde zejména o krátkodobější interakce s klienty v omezeném prostoru a času a se vzácnou pozitivní zpětnou vazbou o provedené intervenci či efektivitě poskytnutých služeb. Práce v HR programech probíhá v biologicky i duševně infekčním prostředí (zejm. streetwork).

Vzhledem k „mladosti“ tohoto typu služeb má práce s toxikomany dosud nízký soc. status. Neznalost a nedůvěra veřejnosti, státní správy a mnohdy i klientů k filozofii HR přístupu vytvářejí další oblast zátěže pracovníků. Dosud chybí statut a profil profesionála v drog. oblasti a představa o možné sociální prestiži i kariérním růstu pracovníků. Dále pak chybí akreditační a licenční systém a na ně navazující větší soc. jistoty pracovníků. Nejsou dostatečně propracovány ani mechanismy pro sledování efektivit HR služeb, což může být zdrojem vysoké úrovně frustrace pracovníků.

Další objektivní rizikové faktory: *Rizikové faktory vyplývající z charakteru klientely:* náročnost komunikace s klienty s rozdílnou intelektovou, sociální i etickou úrovní; práce v kontaktu a konfrontaci s nespolehlivostí, nemotivovaností, nezájmem klientů; členení reálnému nebezpečí (verbální a fyzická agrese) a manipulacím (zkoušení hranic a pravidel) ze strany klientů; monotónnost pracovních úkonů, stereotypnost pracovních témat; *narážení na nedostatky v sociální síti*, které ztěžují soc. práci a vyvíjecí tlak na hranice programu.

Rizikové faktory organizačního charakteru: vykonávání činností nad rámec pracovní náplně (slabost nestátního sektoru - všichni dělají všechno); nejasné kompetence a role v týmu a to zejm. u mladých programů; nedostatek osobního prostoru pracovníka pro odpočinek i pro práci, která předpokládá nerušený klid na soustředění; častá fluktuace pracovníků; mnohdy nedostatečné a nejisté finanční ohodnocení; neakceptace programů při komunikacemi s léčebnami, institucemi státní správy; chybějící kariérní řád, nepropracované či zcela chybějící mechanismy pro podporu profesního a osobního růstu; dlouhodobá nejistota v pracovních postupech (chybějící manuály činností, neproškolenost). Špatné plánování a práce s časem. Management je často více orientovaný na odbornou stránku programu než na managerskou, tj. na PR, sponzoring, personalistiku, ekonomický provoz atd..

Osobní a osobnostní rizikové faktory: např. osoby, které se cítí být ohroženy v případě hodnocení či kritiky; lidé s minimálními zájmy mimo zájmy ryze pracovní; os. s fóbickými rysy osobnosti, obsesivní a kompulsivní osobnosti; osobnosti s vnějšími zdroji usměrnění aktivity; os. s pocity nepostradatelnosti a workaholismu; osobnosti typu A (soutěživost, hostilita); os. poměřující svůj význam a hodnotu dle soudů druhých; dále os. se složitým rodinným zázemím, s nízkou dovedností asertivity, tj. s malými schopnostmi a dovednostmi např. v sebeprosazení, schopnosti říkat ne, odolávat manipulacím atd.; osobnosti se sklony k perfekcionismu, pedantství, s vysokou mírou odpovědnosti; os. neschopné relaxace; osobnosti s nízkým či nestabilním sebepojetím a sebehodnocením a os. s původně vysokým entuziasmem, angažovaností a zaujetím pro práci, os. chápající svou práci jako poslání s vysokou mírou počáteční empatie, obětavosti a se zájmem o druhé. Struktura motivace pro výběr zaměstnání v pomáhající profesi je pak dalším důležitým kritériem.

Specifikem je zapojení exuserů do programu, zde se objevují rizikové faktory, jako je znevýhodněná startovací pozice pro získání soc. statusu a pozice v týmu (problémy se vzděláním, soc. zázemím a vztahy), práce může být naplněním dosud chybějícího smyslu života; kontakt s drog. komunitou v jiné roli; hranice; postoj k tzv. měkkým drogám atd.

Prevence a intervenční možnosti SV u pracovníků nízkoprahových zařízení

Prevenici lze realizovat na úrovni osobní, interpersonální (týmové) i organizační.

Úroveň osobní: *Výběr profese odpovídající os. možnostem a s reálným očekáváním vzhledem k možnostem programu a organizace* (potřeby jedince: uznání, stimulace, rodinný a společenský život, potřeba výkonu, finanční zjištění, autonomie, postup a kolegiálnost; potřeby ve vztahu k práci: pracovní podmínky a atmosféra, rozmanitost a změna, jistota, množství úkolů, nápor na emoce, podíl na rozhodování, časové tlaky a mezilidské vztahy na pracovišti).

Získávání informací z oblasti duševní hygieny a realizace jejích zásad a metod v praxi; osvojování strategií zvládnání stresu, jeho včasné diagnostiky, zrealnění odhadu svých sil. Posilování a kultivace schopnosti a dovednosti relaxovat (semináře relax. technik, pěstování zájmů a koníčků...), *Trénink komunikačních dovedností* (osvojování a trénink optimálních komunikačních postupů ve vztahu ke klientům, kolegům, zaměstnavateli...), *učení se strategiím řešení konfliktů a problémů, využívání týmové spolupráce. Posilování profesionální jistoty a profesní růst* – účast na vzdělávacích seminářích, workshopech, formální vzdělávání...*Využívání supervize. Budování a péče o mimopracovní zájmy a soc. prostor i vazby* (přátelé, partnerské i rodinné zázemí, kultura)

Úroveň interpersonální (týmová) a organizační:

Standardizace výběrového řízení pro obsazení programu (stanovení profilu pracovníka v jednotlivých pracovních pozicích, struktura pohovorů, psychotesty). Týmová práce na filozofických východiscích a aktualizaci praktických možností a cílů programů HR; *prohlubování náhledu týmu na význam a místo programu i jednotlivých pracovních rolí v celém systému péče. Narušování stereotypnosti práce* zařazením jiného druhu práce, kterou pracovník vnímá jako zajímavou (primární prevence, výzkum, tvorba tiskovin, aktivity public relation, tvorba a realizace výcvikových programů atd.) a krácení času v rizikovém prostředí na únosnou mez

(např. střídání pracovníků na kontaktní místnosti, střídání práce v terénu s prací jinou). *Posilování pracovní autonomie* (profesionalizace, kompetence a jasně vymezená odpovědnost, týmová práce a skupinové řešení problémů či úkolů), *nácvik strategií řešení konfliktů a problémů* (výcvik vedoucích v těchto postupech). *Zavedení standardních postupů pro týmovou práci* (vedení a struktura porad, způsoby řešení náročných situací, kultura diskuse, dosahování soc. konsensu atd.). *Jasná definice a vymezení pracovní náplně a role v týmu* (co se od koho chce a co kdo může), *jejich průběžné revize a aktualizace* dle rozvoje potřeb programu a dispozic a míry profesního zrání pracovníka (péče o přirozenou profesní profilaci pracovníka). *Péče o profesní a osobní růst pracovníků* – zprostředkování + finanční podpora vzdělávacích programů= investice (workshopy, stáže, PT výcviky, balintovské skupiny, kazuistické semináře, přednášky atd.). *Supervize týmová, individuální, případová, supervize i pro vedoucího programu.*

Budování a kultivace prostoru a komunikační kultury v týmu pro sdělování osobních prožitků, pochybností, pocitů pro možnost sociální podpory v rámci týmu, schopnosti naslouchání, poskytování sociálního zrcadla, schopnosti vzájemného ocenění, uznání a povzbuzení, soucítění a oceňování úspěšných intervencí, pozitivních změn.. *Vytváření a zpevňování sociálně citlivé atmosféry v týmu ve vztahu k potřebám jednotlivce, týmu i programu.* Dodržování pracovních přestávek, čerpání dovolených a náhradního volna. *Podpora zdravého životního stylu pracovníků* (např. permanentky na sport. a kulturní aktivity, podpora „módy“ péče o sebe jako žádoucí alternativy k workaholickému stylu práce).

Udržení pozitivní pozice vůči klientům za zachování zdravých hranic, zdravé duševní integrity pracovníka v souladu s principy profesní etiky (profesní jazyk, citlivé rozlišování profesního a osobního vkladu do řešení kazuistiky atd.).

Vytvoření základních podmínek a pravidel pro pocit osobní bezpečnosti při práci (jasná pravidla, předpisy, opatření), postupy při existenci pocitů osobního ohrožení. Rozbory situace, jejich i emoční zpracování a opatření do budoucna.

Úkolem managementu je soustavná práce na vytváření a udržení dobrých vztahů s veřejností, státními i nestátními institucemi, snižování negativních tlaků na řadového pracovníka. Vytváření pozitivního obrazu programu u veřejnosti a klientů s informací filozofie, hranic a možností programu = tvorba soc. prestiže a statutu profese.. *Plánování a řízení času* (pracovní úkoly je třeba stanovit s ohledem na možnosti, tj. síly, kompetence, čas...pracovníků. A důsledná zpětná vazba s potřebným uznáním či nabídkou podpory). *Minimalizace administrativního a byrokratického balastu spojeného s výkonem práce.*

Upevňování kolegiálních vztahů kontakty mimo pracovní prostor (výjezdní porady, sportovní aktivity, kulturní akce – možnost poznat se jinak).

Organizačně zajistit možnost zástupnosti pracovníků, popř. možnost rotace pracovníků v zařízení, programu či v organizaci.

Úprava pracoviště pro zajištění pocitu bezpečí a intimity v případě potřeby přeladění a relaxace. Zajištění čistoty a pravidelné péče o pořádek na pracovišti, snížení negativních faktorů na možné minimum (intenzita světla, prašnost, hlučnost prostředí). Vytvoření osobního prostoru pracovníka (osobní útočiště) na práci, která vyžaduje soustředění a klid..

Možnosti terapeutické intervence při rozvoji SV: V případě rozvoje procesu SV lze v prvních fázích využít skupinové psychoterapie (mnohdy i v rámci sebezkušenostního výcviku), změna pracovního zařazení, role, čerpání dovolené, náhradního volna. V případě rozvinutého SV je vhodná individuální psychoterapie (logoterapie, KBT, rogersovská PT, psychodynamicky orientované PT), změna pracovního zařazení a bohužel často i úplná změna druhu práce.

Výše uvedené preventivní náměty nejsou všechny závislé na finančních prostředcích, většina z nich spíše na schopnostech, dovednostech a dobré vůli vedení programu a na dobrém výběru pracovníků. Jako potřebné se v tomto případě jeví proškolení vedení v problematice SV, komunikačních technikách a dovednostech, strategiích týmového řešení konfliktů a problémů atd. Finanční prostředky věnované supervizi, úpravě pracovního prostoru, vzdělávacím programům, výcvikům pro zaměstnance jsou dobře zvolenou investicí.

Použitá lit.:

1. I.Fialová: Syndrom vyhoření a možnosti jeho terapie, In: Sborník prací FF Ostravské univerzity;174,4,1998
2. I. Fialová – A. Schneiderová: Syndrom vyhoření v profesní skupině pracovních poradců úřadů práce, In: Sborník prací FF Ostravské univerzity;174,3,1997
3. I. Fialová: Symptomatologie syndromu vyhoření a možnosti jeho prevence, In: Sborník prací FF Ostravské univerzity;174,3,1997
4. V. Kebza- I. Šolcová: Syndrom vyhoření, SZÚ, Praha 1998

5. J. Křivohlavý: Jak neztratit nadšení, Grada, Praha 1998

Studijní lit.: Jeho Svatost Dalajlama: **Etika pro třetí milénium, Pragma, Praha 2000; V. Kastová: Krize a tvořivý přístup k ní, Portál, Praha 2000; L. Míček: Duševní hygiena a duš. zdraví, SPN, Praha 1982; A. Hladký: Cena prac. stresu a nápravná opatření, Psychologie v ekon. Praxi XXIX, 1994,4, s. 131-134; A. David: Epidemiologie onemocnění vyvolaných prac. stresem, In: Práce, stres, zdraví, Sb. Přednášek, Pr, ha 1991; V.F. Birkenbihlová: Pozitivní stres, I.Železný, Praha 1996; S.R. Covey: Sedm návyků vůdčích osobností, Pragma, Praha 199; J. Charvát: Život, adaptace, stres, Avicenum, Praha 1970; B. Killingerová: Workaholismus-záslužná závislost, J.Altman, Brno 1998; J. Křivohlavý: Jak zvládat stres, Avicenum, Praha 1994; J. Křivohlavý: Mít pro co žít, Návrat domů, Praha 1980**

Vývoj osobnosti v psychoterapeutickém procesu Galina Tomášková

Člověk se k psychoterapii obrací pokud trpí nějakými obtížemi, vážnými i méně vážnými, nebo je třeba prostě jenom nespokojen sám se sebou. Za pomoci odborníků se pak zapojuje do procesu, jehož cílem je změna, vývoj či růst osobnosti, tj. odstranění nebo náprava nežádoucích vlastností nebo projevů chování a vytvoření nových dispozic pro psychickou adaptaci a tělesné zdraví.

Na počátku ať už individuální nebo skupinové terapie se jedinec za pomoci terapeuta snaží formulovat problémy, které ho do terapie přivádějí. Přičemž prvotní problém se v průběhu terapie mění, neboť na počátku klient není s to jasně vidět a přesně formulovat své cíle, a celý proces tak sestává z řady postupných či zprostředkujících cílů. Cílů je v terapii tolik, kolik klientů do ní vstupuje, neboť každý je neopakovatelná lidská bytost se svými vlastními starostmi, radostmi, bolestmi i prožitky. Z tohoto hlediska mi připadá dost obtížné obecně popisovat vývoj osobnosti, neboť se domnívám, že se jedná vždy o naprosto neopakovatelnou, individuální záležitost. To, co se domnívám, že lze zachytit v obecnějších termínech je prostředí, které PT proces vytváří, aby ke kýženým změnám mohlo dojít.

Z obecného hlediska lze PT proces charakterizovat jako působení řady proměnných (klient, terapeut, jejich vzájemná interakce, formy terapie tj. individuální, skupinová, rodinná apod.), které vedou k postupným osobnostním změnám klienta. Přičemž osobnostní změny klienta jsou považovány za naprosto klíčové, neboť změny v ostatních oblastech jsou touto změnou tak či onak podmíněny a bezprostředně na ni navazují. Osobnostní změna klienta je podmíněna obecnými i specifickými účinnými faktory psychoterapie (situací, osobností a kvalifikací terapeuta, terapeutickým vztahem, motivací a náhledem klienta, emočními korektivními zkušenostmi, jejich propracováváním zevšeobecněním a dalšími). Klient je veden k lepšímu poznání sebe sama a svých možností, k větší sebeakceptaci, k zmírnění nebo zrušení vnitřních rozporů a řešení konfliktů, ke korekci nepřiměřených postojů a k plné realizaci vlastních možností. Tohoto cíle je dosahováno různými formami a prostředky podle jednotlivých psychoterapeutických přístupů.

Celý tento proces rozhodně neprobíhá jednoduše, rychle a přímočaře, ale dochází k postupnému odhalování jednotlivých témat a postojů, jejich znovuuchopení a propracovávání, k jejich přehodnocování a postupnému zažívání. AHA-efekt, což je zážitek náhlého osvětlení a poznání, je spíš vzácností než pravidlem.

Co mě osobně na tomto procesu nejvíce fascinuje je ona slovy těžko postižitelná změna, probíhající v rámci výše popsání podmínek, která se v člověku odehraje, a on už teď ví, když před tím nevěděl, a přesně neví, jak k tomu došlo. Proč najednou jinak rozumí informacím, kterým sice předtím na úrovni slov rozuměl stejně dobře, ale jednání tomu neodpovídalo. Jaká změna se v člověku odehrála, že teď už to opravdu ví, cítí a podle toho i jedná? Zdá se, že to je proces skutečně velmi obtížně popsatelný, neboť jsem na něj v žádné literatuře nenarazila. Pokus o jeho teoretické zachycení jsem našla knize *Obecná psychoterapie* od Jana Vymětala a kolektiv, podle které se jej pokusím zprostředkovat.

Změna znamená v obecném smyslu přechod mezi jedním stavem a druhým, jenž se od prvního v něčem odlišuje. To, v čem se liší, může určovat druh změny. V nejširším významu je tedy změna osobnosti v psychoterapeutickém procesu jakákoliv změna míněná v souvislosti celku psychiky člověka, její struktury a dynamiky. Představuje nahrazení nepřizpůsobeného zvládnání situací klientem zvládnáním kompetentním, které odpovídá realitě a umožňuje klientův osobnostní růst.

Změnu v PT procesu lze zachytit na různých úrovních pozorování, dále klientovým prožíváním, jeho věděním o prožívání apod. z hlediska daného psychoterapeutického přístupu. Jako optimální se nabízí přístup, který bere v úvahu prožívání, vědění i jednání. Tato triáda zachycuje dynamiku osobnosti jako celku, zachycuje procesy probíhající ve vnitřním a vnějším světě jedince a umožňuje popsat skutečné děje na úrovni mysli a její interakce s tělem a okolím.

V rámci psychoterapie, kdy dochází k vytvoření nezbytných podmínek pro PT změnu danou psychoterapeutickým vztahem, chráněným prostorem a dalšími prvky tedy nejde o to, aby si klient vytvořil

"racionální náhled" na problém za pomoci terapeuta, ale o změnu v jeho prožívání a na ni navazující změnu citění, jež nakonec ústí i v porozumění daným skutečnostem a souvislostem. Tato změna probíhá ve čtyřech fázích:

1. vztažení se k tělesnému pociťování (co se děje tady a teď, co cítím)
2. uchopení pociťovaného významu slovem (co nejpřesnější pojmenování daného stavu)
3. pociťovaný posun (klient ještě přesně neví, o co jde, ale cítí změnu, nastává pokles napětí)
4. globální propracování (vzhled do problematiky, lepší porozumění, růst sebepoznání)

Prožité změny jsou v dále propracovávány a konfrontovány s klientovými cíli do budoucna, smyslem života, s jeho mezilidskými vztahy apod. Po změnách v prožívání a jejich kognitivním zpracování na úrovni vědění následují změny v klientově jednání. Původní vnitřní významy, ke kterým se klient vztahoval, jsou nahrazeny jinými a proces změny osobnosti může i nadále pokračovat na kvalitativně vyšší úrovni prožívání.

Ve své práci jsem se snažila postihnout onu těžko popsatelnou vnitřní změnu, která v člověku v průběhu PT proběhne (a já jsem to zažila). Kdy člověk najednou ví, aniž přesně chápe, proč to teď už ví, když před tím už to mnohokrát slyšel, ale nevěděl, třebaže slovům rozuměl. Popis tohoto procesu, který jsem uvedla, jakoby nejvíce zachycoval ono nepostižitelné, ale přesto mám pořád pocit, že se to dost dobře popsat nedá. Ale sama vím, že se jedná právě o to hnutí v duši, které je pro růst člověka v PT procesu naprosto nezbytné.

Literatura:

- Hyhlík, F., Nakonečný, M.: Malá encyklopedie současné psychologie, SPN, Praha 1973
 Knobloch, F., Knoblochová, J.: Integrovaná psychoterapie, Grada, Avicenum, Praha 1993
 Kratochvíl, S.: Základy psychoterapie, Portál, Praha 1998
 Kratochvíl, S.: Skupinová psychoterapie v praxi, Galén, Praha 1995
 Vymětal, J. a kol.: Obecná psychoterapie, Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, Praha 1997

Protidrogový preventivní program u rómské populace Jiří Vander

Projekt protidrogové prevence u rómské populace, žijící převážně v těch částech Ostravy, které byly nejvíce postiženy povodní v roce 1997, je ve stádiu zrodu. Potřebu zabývat se touto problematikou si vyžaduje neustále zvyšující se počet mladých Rómů zneužívajících zvláště toluen. Nejsou výjimkou případy, kdy je tato látka zneužívána v dětském věku sedmi let. Pro ostravské Rómy žijící v postižených městských částech dosud neexistuje žádná koncepce protidrogové politiky. Proto jsem se rozhodl ve spolupráci s občanským sdružením „Občanské soužití“, jež založil Kumar Vishwanathan, pokusit se o zmapování drogové problematiky v uvedených částech Ostravy a o formulování cílů, které by se mezi tamními mladými Rómy mohly uskutečnit. Chci poznamenat, že vedle mladých Rómů zneužívajících toluen a taky pervitin se vyskytuje i vysoké procento Rómů závislých na alkoholu. Především, že se nezabýváme prací s olašskými Rómy v Ostravě, kteří zneužívají heroin; ovšem jejich komunita je pro členy jiných populací prakticky uzavřená. V první fázi naší činnosti bychom se chtěli zaměřit především na práci se všemi mladými Rómy a na Rómy, kteří již některou látku užívají. Chceme-li provádět prevenci v rómském etniku, je třeba, abychom si byli vědomi několika základních specifik a úkolů. Pokusím se je zde ve stručnosti ozřejmit.

- Nejdůležitější je podpora a realizace tzv. volnočasových aktivit, což je jednou z činností výše uvedeného občanského sdružení. Protože rodiny dětem a mladým lidem dávají velkou volnost, je důležité, aby se každý den těmto dětem někdo věnoval. Za dobu činnosti sdružení vznikla dvě komunitní centra, kde se rómské děti mohou setkávat, hrát stolní tenis, apod. Dále se pro ně konají výlety a letní tábor.
- Je prospěšné, aby do většiny akcí byli zapojeni i dospělí Rómové. Tito mají u mládeže přirozenou autoritu. Gádžové pro Rómy autorita nejsou. Ke gádžům mají nedůvěru, žijí v neustálém pocitu ohrožení. Chce-li gádžo, aby jej Rómové respektovali, je třeba dlouhodobé činnosti a pomoci mezi tímto etnikem. Z výše uvedeného plyne, že zde prevenci nemůže činit nikdo cizí – a již vůbec ne formou nějakých přednášek, protože rómské děti jsou velmi hyperaktivní a mají problémy s udržením pozornosti. Připomínám tedy nezbytnost přítomnosti osoby, ve které vidí Rómové autoritu. Zapojení rodičů má i ten efekt, že se upevňuje totalitními léty narušená mezigenerační soudržnost.
- U dětí můžeme prevenci provádět pomocí různých pohybových a soutěžních her, ve kterých mají možnost se určitým způsobem tvořivě realizovat. Musíme však dbát na to, aby hry nebyly příliš komplikované, neboť by je brzy přestali bavit. Jakákoliv prevence, má-li být účinná, musí být dlouhodobá. Není možné, aby jim jednorázově cizí člověk něco řekl a myslel si, že tyto informace zanechají nějaké stopy do budoucna. Rómové se totiž orientují zvláště na přítomnost a částečně na minulost. Budoucnost pro ně neexistuje.
- U mládeže je možné rovněž promítnout film, případně pozvat nějakou u nich populární osobnost, kterou by byli ochotni také poslouchat. Dospívající mají totiž okázalý nezájem o všechno zprostředkované slovem.

Jsou zaměřeni na praktické věci a tanec. Při různých soutěžích, do kterých můžeme vsunout nějaké téma z drogové tematiky, musíme mít na paměti, že se velmi těžce vyrovnávají s prohrou, že pro výhru udělají téměř cokoli, když je určitá soutěž zaujme.

- Mohli by zde sehrát důležitou roli vrstevníci či starší Rómové, kteří již drogovým problémem prošli, kteří mají u mladších přirozenou autoritu. Důležité je zde, že jim to říká „někdo od nich“ a nikoliv někdo, kdo je nezná.
- Posilování rodinné koheze. Velké a silné rodiny jsou významnou charakteristikou rómské populace. Posílení tohoto znaku by mohlo být důležité pro budoucí řešení drogového problému. Může probíhat formou vyprávění příběhů a pohybovým ztvárněním některých situací – drobné sebezpoznavací techniky.
- Hry zaměřené na spolupráci. Cílem je, aby se děti naučili koordinovat svou činnost s ostatními, aby neustále nejednali „na vlastní pěst“ a aby věděli, na koho se mohou v případě ohrožení obrátit. V tomto směru jsou zvláště cenné akce, kterých se účastní i děti gádžů – obě populace se učí vzájemně komunikovat a být tolerantní vůči jinakosti druhých.
- Ve sdrúžení již byla otevřena sociálně právní poradna a do budoucna je možnost vytvořit poradnu pro matky, které by se zde mohli setkat, naučit se různé praktické činnosti, mohlo by se jim dostat i odborných informací z určitých oblastí. V rámci této poradny by mohla proběhnout i beseda seznamující matky se základními informacemi o užívání drog.

Chci uvést, že další postup naší práce závisí vždy na historii, prostředí a potřebách konkrétní rómské komunity; teprve na základě znalostí těchto faktorů můžeme určit, jak bude vypadat příslušná protidrogová prevence v konkrétním prostředí. Je důležité se věnovat drogovému nebezpečí u Rómů, protože tato minorita je v ČR – ať už si to připouštíme či nikoliv – znevýhodněna, a proto si zaslouží ve svých problémech podporu majority. Vidím zde nutnost zamýšlet se nad tím, nakolik budeme schopni jako jednotlivci i společnost slevit ze svých stanovisek a hodnot a nakolik budeme vyžadovat (či předpokládat) přizpůsobení se Rómů většinovým hodnotám. Ale to už je téma na další práci.

Psychoterapeutický přístup v práci s dětmi v situaci rozvodu rodičů
Margareta Vopálenská

Rozvod rodičů je pro dítě rozpad základního celku, který je bezpečím, jistotou. Celá situace je pro dítě velkou zátěží. Pokud trvá dlouho a řeší-li ji rodiče nevhodně, dochází k narušení zdravého stavu a vývoje osobnosti dítěte. To se projevuje zkresleným vnímáním skutečnosti (poznáváním a hodnocením skutečnosti, neschopností oddělit nebo rozeznat fantazii od reality), citovou nevyrovnaností (nezvládané výkyvy nálady, převládnutí určité emoce, která neodpovídá skutečnosti), selháváním výkonů (výsledky činností neodpovídají skutečným možnostem).

Cílem psychoterapie dětí v situaci rozvodu rodičů je obnova zdravého psychického stavu a vývoje dítěte, tj. zdravého vztahu k sobě samému a k okolí (především k oběma rodičům, sourozencům), což s sebou nese přiměřené poznávání a hodnocení skutečnosti, citovou vyrovnanost a podávání takových výkonů, které odpovídají skutečným možnostem.

U dětí v této situaci se vyskytují především potíže v citovém prožívání (vnitřní citový konflikt v dítěti, nebo mezi dítětem a pro ně důležitou osobou nebo osobami). **Hlavní terapeutický přístup** by tudíž měl být zaměřen na **terapii citového prožívání**. Vhodné je pracovat s dětmi individuálně a tato setkání s dětmi doplňovat konzultacemi s rodiči.

Na začátku terapeutické práce s dítětem je **navázání terapeutického vztahu**. Významné je **úvodní setkání** dítěte s terapeutem, to často rozhoduje o tom, zda terapeut dítě pro terapii získá. Toto první setkání je dobré věnovat volnému povídání o čemkoli, co samo dítě chce – o zájmech, o škole atd. Rovněž je třeba nalézt přiměřené **prostředky dorozumění**. Terapeut by měl zvolit takový způsob vyjadřování, který je jasný, srozumitelný, ne však příliš dětský. Tím dítěti ukáže, že mu rozumí a že jej bere vážně jako partnera a spolupracovníka ve společné snaze zlepšit nepříznivou situaci, v níž se dítě nachází. V úvodním setkání dítěte s terapeutem je vhodné využít výtvarné techniky, protože malování je pro děti známá a často oblíbená činnost a na začátku nové neznámé situace pomáhá rozpouštět napětí a začít komunikaci (dítě maluje volně co chce, co má rádo, oblíbené hračky, aj.). Přitom může i terapeut sám něco malovat (kreslit např. pocit, že se má dobře), působí příjemně, když terapeut dělá totéž co dítě, podporuje to pocit rovnocennosti ve vztahu, pocit partnerství.

Kresba je užitečným prostředkem komunikace během celé terapie, zejména pro mladší děti, které nedokáží dostatečně komunikovat jazykovými prostředky. Dítě sděluje kresbou to, pro co neumí použít slova, nebo může kreslení použít jako „tajnou řeč“, když je pojmenování slovy příliš ohrožující. Děti často sdělují i hrou nebo svým praktickým chováním, často aniž by si uvědomovaly, že něco sdělují. Terapeut proto musí být vnímavý ke všem projevům dítěte.

Dítě bývá do terapie přiváděno rodiči a terapeut často vnímá jako osobu, která stojí na straně rodičů. Je tedy zapotřebí hned na začátku dítěti **ukázat** svou **nezávislost** na přání rodičů a svou ochotu i schopnost stát na straně dítěte a spojit se s ním k vyřešení jeho starostí.

Pro jasnost vztahu je nezbytné dítěti srozumitelně a jasně **vysvětlit smysl** setkávání s terapeutem, smysl psychoterapie - k čemu může dítěti být terapeut a spolupráce s ním, co je jeho cílem, popř. co k tomu od dítěte požaduje a očekává. Dítě by mělo být seznámeno i s tím, jak dlouho obvykle setkání s terapeutem trvá (užitečná délka setkání je 60 minut) a jak častá tato setkání bývají. Nejistota vyvolává zkrácené představy a strach.

Někdy je třeba dítě ke spolupráci přivést. Nejvhodnějším způsobem, jak dítě **motivovat**, je citlivě vystihnout a reflektovat jeho vlastní postoje, obavy a přání a přijmout je jako pochopitelné a normální. Je dobré nabídnout vyhlídku na **zvládnutí** nějakých **bezprostředních problémů**, které jsou pro dítě subjektivně právě naléhavé. Vyřešení takové situace dokazuje dítěti, že má možnost ve spojení s terapeutem své problémy zvládnout. Terapeut tak získá důvěru dítěte i k práci na dosažení vzdálenějších cílů, které jsou pro terapii hlavní.

Psychoterapeutický přístup zaměřený na terapii citového prožívání má dva hlavní prvky - citové odreagování a citově korektivní zkušenost.

Citové odreagování zahrnuje vnitřní vyrovnání se s emocemi, které vznikly a působí, nebylo jim však umožněno, aby byly rozpoznány, přijaty a projeveny, a tak nevědomě rušivě působí na jiné duševní a tělesné děje. Při citovém odreagování se tyto emoce mohou naplno projevit, dítě si na různé bolestné události nejen vzpomíná, ale emocionálně je znovuprožívá s příslušnými afektivními projevy.

Korektivní citová zkušenost představuje emočně silné prožití vztahu či situace, které opravuje nesprávné zobecnění, vyvolané minulými traumatickými zážitky – terapeut se chová jinak, než dítě na základě svého chybného zobecnění očekává, tato skutečnost umožňuje opětne přiměřené rozlišování situací, v nichž je určité chování vhodné a ve kterých je nevhodné.

V tomto přístupu lze rozlišit dvojí zaměření – na dosažení náhledu nebo korektivních citových prožitků.

Náhled znamená pochopení dříve neuvědomovaných souvislostí mezi potížemi a osobními problémy či konflikty, poznání, jak se dítě samo svým vlastním chováním a prožíváním na svých současných problémech a konfliktech spolupodílí. O náhled lze usilovat až tehdy, když dítě dokonale ovládne řeč jako prostředek vyjadřování a sdílení významu, tj. asi od 12 – 14 let výše. Podstatným terapeutickým prostředkem je rozhovor.

Dostatečně působivé korektivní citové prožitky poskytují dítěti vyrovnání jeho nenaplněných potřeb a nabízejí nové možnosti, jak se s potížemi citově nebo prakticky vyrovnat. Terapeuticky účinný je zde vztah a společná činnost dítěte s terapeutem, podstatný je bezprostřední citový a motivační vliv tohoto praktického společného “bytí”. Léčí nové prožitky, nikoli poznatky. Toto zaměření je vhodné zejména u mladších dětí, kde se nelze opírat o využití řeči. Prostředkem tohoto způsobu práce je hra, výtvarná činnost, praktické jednání.

Při práci s dětmi je velmi obtížné plánovat, jak bude setkání probíhat. Nelze tedy dopředu stanovit, jakou roli bude terapeut mít. **Role terapeuta** po stránce vedení terapeutického dění musí být tedy velmi pružná a přizpůsobivá. Závisí zde více na vzniklé situaci než na problému či zvoleném postupu. Je třeba reagovat okamžitě, tak, jak to vzniklá situace vyžaduje a umožňuje, např. přechodem od tiché účasti přes aktivní povzbuzování a navádění až k přímým požadavkům na chování dítěte.

Změny dosažené v terapii se postupně **včleňují do běžného života** dítěte. V závěru terapie se dítě postupně od terapeuta **odpoutává**, osamostatňuje se, i když terapeut zůstává stále k dispozici pro případ potřeby.

Souběžné konzultace s rodiči

Jelikož je dítě závislé na svém rodinném prostředí, je třeba utvořit i přiměřený vztah s dospělými kolem dítěte. Psychoterapie vyžaduje spolupráci s těmito dospělými, což je někdy obtížné (má-li terapeut jiný názor na to, jakou pomoc dítě potřebuje, dospělí mohou reagovat nesouhlasem, žárlivostí nebo soupeřivostí, mohou mít obavy z toho, že budou sami obviněni z odpovědnosti za potíže dítěte) a hrozí, že budou psychoterapii sabotovat. Terapeut jim musí dát najevo porozumění a ochotu k pomoci v jejich starostech s dítětem a potvrdit jim správnost jejich jednání v tom, že dítě k terapii přivedli, i v tom, že sami zatím dělali vše, co bylo v jejich silách. Znepřátelit si je může znamenat vážné ohrožení dítěte – rodiče by pak mohli jednat proti terapeutovým doporučením a záměrům. Terapeut musí rodičům dát pocítit jejich skutečnou nepostradatelnost při zvládání potíží dítěte. Cílem práce s rodiči je přivést je k dobrému způsobu výchovy a k pocitu spokojenosti z vlastního významného podílu na zvládání problémů dítěte i problémů vlastních (vztah s rodiči dítěte je vlastně také psychoterapeutický).

Použitá literatura:

- Caseová, C. – Dalleyová, T.: Arteterapie s dětmi. Praha, Portál 1995.
Langmeier, J. – Balcar, K. – Špitz, J.: Dětská psychoterapie. Praha, Avicenum 1989.
Matějček, Z.: Praxe dětského psychologického poradenství. Praha, SPN 1991.
Vágnerová, M.: Psychologie problémového dítěte školního věku. Praha, Karolinum 1997.

ÚVOD

Arteterapie (forma psychoterapie, která využívá malbu, kresbu, sochařství jako prostředku výchovy, sociální integrace, komunikace pro handicapované jedince) používá ve svém procesu výtvarného myšlení a prožívání. Potřeba krásy, potřeba umění krystalizuje z poznání, že intelekt, empirie, logika nestačí k obsáhnutí celistvosti života v jeho totalitě. Úsilí preferovat rozum nad citem, nad smyslovým vnímáním život ohrožuje. Arteterapie je nejen základem pro diagnostiku (projektivní funkce), ale je také odpočinkovou tvůrčí činností, její pomocí se dosahuje vnitřní relaxace a sama zdůrazňuje procesuální stránku (činnostní funkce), podporuje emoční vývoj (funkce zrání), zbavuje interpsychických tenzí (sublimační funkce), podporuje kladné interpersonální vztahy a sjednocení osobnosti (integrativní funkce), nechává promlouvat zastíněné a potlačené psychické obsahy a rozpory, které nejsou deformovány rozumem. Umělecká tvořivost rozšiřuje estetické znalosti, kultivuje osobnost, obnovuje touhu nově vnímat realitu, proměňuje hodnotovou sféru životních potřeb a inovuje vitální síly – některé z těchto oblastí kultury osobnosti jsou u závislého nevyvinuté a zvláště posledně jmenovaná latentně obsahuje základní možnost řešení problémů závislosti. Situaci závislého nelze redukovat pouze na sociální a somatické poruchy, ale vždy se jedná o narušení integrálního systému člověk-společnost-kultura. Arteterapie má se závislostí některé podivuhodné paralely. Jednou z nich pokus o nové a uspokojivější řešení životní situace než doposud. Arteterapie je současným oživením dávného propojení umění s duševním a duchovním životem, kdy umění na začátku „dějin“ symbolizovalo magický a rituální prostředek k ovládnutí přírodních sil. Umělecká kreativita, kterou řadíme u člověka k pudu zachování rodu a přežití pomáhala pravěkému člověku přežít strach z reality. Alkohol a drogy stejně jako umění působí jako kultovní činnost zaměřená na ovládnutí démonů a bohů, jako způsob boje s chorobami, s úzkostí a strachem ze smrti. Závislí mladí lidé mají rádi každé „tajemno“ a na tomto zájmu lze u nich velmi dobře budovat zájem o výtvarné vyjadřování. Vnitřní potenciál výtvarného tvoření spočívá v tom, že vyžaduje aktivní zapojení i ochotu riskovat a zároveň umožňuje jedinečné sebevyjádření na základě neverbálních prostředků.

Arteterapie obsahuje dva sektory. První je tzv. pasivní arteterapie – zájem o dějiny umění, besedy o umění, návštěvy filmů, výstav, sběratelství. Aktivní formou je vlastní tvoření a zobecněně, jakýkoliv tvořivý kontakt s materiálem. Práce arteterapeuta spočívá v hledání adekvátních výtvarných nebo uměleckých disciplín, které dosahují jedinci dosáhnout vnitřní relaxaci.

V arteterapii, stejně jako v umění, platí pravidlo svobody – bez svobody není umění. Některé arteterapeutické školy ovšem bezbřehou spontánnost odmítají a při přirovnávání arteterapie k zenbuddhismu (tj. tvorbě vnitřních představ a zachycování souvislostí zachycených vnitřním, „ponořeným“ zrakem) argumentují tím, že mniši měli tvrdá pravidla a přísný režim, aby takových stavů dosáhly. Tento „řád“ v arteterapii dostatečně zastupuje pravidelnost, jasná hierarchie terapeut - klient (terapeut je vychovávaný a školený k tomu, aby rozlišil své vlastní manipulace i manipulace, a aby se řídil heslem, že pro terapii je dobré co je dobré pro klienta). Terapeut klienta vede, poskytuje mu dostatek prostoru, ale bezpečně a pevně hranice. Není třeba připomínat, že arteterapeut by měl projít vlastní arteterapeutickým (nebo jiným) výcvikem a řídit se mottem „jen kdo je zraněn“, léčí“ (C. G. Jung).

HODNOCENÍ VÝTVARNÉHO PROJEVU

U kresby (nejen) závislých hodnotíme a analyzujeme **přiměřenost věku; diagnózu onemocnění; stav citové a rozumové výchovy** před terapií a v jejím průběhu; **volbu tématu** kresby; **úroveň lidské postavy** (její proporce) – staticčnost nebo dynamičnost figurální kompozice, pokud klient zvládne dobře poměry různých částí těla, pak se pokouší zvládnout pohyb figury, který umožňuje vyjádřit plasticky vztah různých postav na obrázku, dalším krokem je zvládnutí výrazu tváře; **lineální zpracování** (viditelné n. proflačené linie), momenty, které signalizují **strach**, např. gumování aj.; **kompozice** daného tématu na formátu (obava z velkého formátu může signalizovat depresi); převládající **barevnost**, u neurotiků převládá tmavá barevnost, studené barvy nebo černá, u anxiózních jedinců často chybí barva úplně, barevně je výhodné využívat doplňkových barev: fialová-žlutá, zelená-červená, modrá-oranžová aj. U závislých je barevnost převážně studená, požívají kombinace modré, zelené, černé a hnědé. Další oblíbenou barevnou kombinací, kterou často používají ve svých kresbách je bílá s černou. **Bílá** je nepestrou barvou, která zahrnuje celé spektrum, je barvou světla, čistoty, je symbolem narození i pohřbů, je barvou nedosažitelnosti, ale i nerozlišenosti; **černá** (doplňková k bílé), bývá znamením absolutna, plnosti života, absolutního nedostatku, neohraničenost, propast, temnotu, chaos, smrt živého, v Číně je barvou krve. Kombinace obou vzbuzuje dojem elegance, vytříbenosti, až noblesy, která může být též jen křehkou fasádou. U deprivovaných dětí se často vyskytuje střídání bílých a černých pravidelných ploch. Zde lze hovořit o

konstruované „černo-bělosti“ nebo s potřebou řádu; ztvárnění **prostoru**, využití lineární perspektivy (úběžníky), barevné (teplé barvy vpředu, chladné vzadu), barevné intenzity (intenzity s hloubkou ubývá), rozlišením velikosti postav či předmětů nebo detailností, vzdušná perspektiva je složitá hra světla a stínů; spotřeba **času**, který kresba vyžaduje; **výrazovost** (expresivnost), osobitost; **realismus** (reálné zobrazení) **vs. abstrakce či výtvarná stylizace** (zachycení pocitu z tématu či objevení své osobní výtvarné exprese). Abstrakce se vyskytuje u adolescentů velmi často. Je často únikem a strachem z reálného světa (neúspěchu v něm), nikoliv výsledkem uměleckého a citového vývoje; **kompozice** artefaktu, je tvořena principem kontrastu, proporcemi jednotlivých částí, rytmem, rozmístěním různě hmotných prvků, symetrií či asymetrií, hmota barvy, využití tendencí obrazu – úhlopříčka nebo jednoduchá křivka, horizontalita, vertikálnost, atd. zvláště důležité je využití „zlatého řezu“; **kvalitu dokončení** a ztvárnění. **Typy výtvarníků** lze rozdělit (asi od věku 8-9 let) na typ imaginativní, vizuální, auditivní, haptický.

Hodnocení kresby je možno podle Piagetovy teorie kognitivního vývoje dítěte rozdělit na několik období, která lze ve výtvarné tvorbě dobře vysledovat. Prvním stadiem důležitým pro arteterapeuta je **názorné období** (4-7 let), ve kterém dítě kreslí to, co o předmětu ví (popisně symbolické, později popisně realistické zobrazení). Období **konkrétních operací** (7-12 let) je charakterizováno vizuálním realismem, kdy dítě kreslí to, co vidí. Je také charakteristické přechodem z plošného zobrazení k zobrazení prostorovému (řazení objektů za sebou). Přechodovým stadiem je kreslení „kulis“. Zde se dítě učí konstruovat perspektivu. Ve věku 12-14 let dochází dle Burta (in Read 1967) k **potlačení** výtvarného projevu, které bývá u adolescentů zřídka překonáno. Stadiu **formálních operací** ve výtvarném projevu odpovídá přesah skutečnosti – snový, abstraktní výjev. Do tohoto období spadá i hyperrealismus. Spojením obou způsobů tvorby je surrealistické vidění světa.

ZPŮSOB PRÁCE SE ZÁVISLÝMI

Arteterapie je také výchovou a způsobem „vrůstání“ do kultury. Je jednou z možností jak získat schopnost tvořit pod vedením odborníka. Je to příležitost získání kulturních návyků jako kázeň (v životě), soustředěnost (možnost být sám se sebou), trpělivost (čas nezabít, věnovat ho sobě), dovednost a zvýšení sebevědomí a dovednosti, které se s uměním snoubí (motorika, vnímání barev, umění nalézt krásu aj.). Vrstání do kultury (z velké většiny jsou na drogách závislí adolescenti) zahrnuje také rozvinutí **emočního** dospělého života. Další složkou je hledání sebe sama, pátrání po záhadě života a smrti, zpověď o vnitřním životě, jedinečnost tvůrce... Impuls vstupu do jiné dimenze (než ostatní tvorové).

Novotná ve své diplomové práci uvádí, že tzv. „rožnovská“ arteterapie (katedra arteterapie na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích) sází na myšlenky „metodické korekce výtvarného projevu, kdy u klienta dochází i ke korekci na úrovni jeho duševního dění“ a „harmonizace osobnosti výtvarným (harmonickým) zásahem do artefaktu.“

Cílem arteterapeutického působení je vznik artefaktu s vědomím důležitosti jeho konečného výsledku, přičemž tvůrce tuší, že výsledný artefakt je vnějším obrazem jeho psychiky a v ideálním případě je zvědavý na to, co ve spolupráci s arteterapeutem o sobě dozví. Cílem je také vyvolat v klientovi chuť experimentovat s vlastním projevem. To předpokládá získání důvěry klientů, stanovení obsahu výtvarných aktivit (téma artefaktu), kdy probíhá kombinace zátěžových témat (viz. dále) a odlehčujících – témat volných.

Pro závislé se jeví jako nejlepší skupinová práce rozdělená do dvou částí: vlastní tvorba (ateliér) a poté skupina nad obrázky (arteskupina). V druhé části má toto uspořádání své výhody skupinové psychoterapie: členství ve skupině, emoční podpory od ostatních členů, sebeexploraci a odražení, získání zpětné vazby nejen porovnáním výtvarů (jejich předností i nedostatků), korektivní emoční zkušenosti, možnosti nacvičení nového způsobu chování aj. Pro terapeuta je toto uskupení výhodné v tom, že může ukázat „vzorový“ příklad na vrstevnicích, věnuje se jednotlivci a pak mu dá prostor tím, že poodchází k jinému klientovi. Tento přístup má také nevýhody a těmi jsou jednak nedostatečný oční kontakt se členy skupiny a velmi zúžený prostor pro sledování neverbálních projevů klientů. Tento nedostatek určuje terapeuta spíše do role moderátora, který komentuje dění ve skupině, rozděluje pozornost a usměrňuje práci skupiny.

Vlastní **interpretace** výtvarných artefaktů má svá pravidla, která nejlépe vymezuje Slavík (1997): „Obsah obrazu – zjevný a latentní lze posuzovat intelektuálně nebo emočně prožitkově. Psychickým prostředkem intelektuálního vystižení významu díla je interpretace, která činí dílo srozumitelným. Slovní podoba interpretace umožňuje jejím účastníkům zachovat si **přirozený odstup** od vnímaného obsahu, **být**

aktivní v kontaktu s artefaktem a **vést vnitřní nebo vnější dialog** a **zacházet s prožitky**. Kritériem pravdy se zde stává pocíťovaná shoda významů a účinků“. Názorná **shoda s vnějším světem** je nejjednodušší formou interpretace obsahu výtvarného sdělení. Dále se používá **analogie**, která je důsledkem paralel mezi podobnými jevy a vlastnostmi těchto jevů. Používají se také **symboly**, které Fromm rozdělil do dvou kategorií, na obecné – založené na konvenci a náhodné – zakládající se na jedinečné zkušenosti konkrétního člověka pro kterého symbol zastupuje část prožívané skutečnosti. Oba druhy symbolů lze vyjádřit **metaforou**. Metafory umožňují obejít slepá místa v kognitivní mapě autora artefaktu a nahlédnout (drogovou tematiku) z jiného úhlu.

Skupinová práce při arteterapii vyžaduje jistý postup práce, tzv. kuchařku. Prvním krokem je vyčištění napětí, které vzniká přinesením vlastního obrázku mezi obrázky ostatních členů skupiny a tím i prožitku při tvorbě. Toto pročištění se provádí otázkou „**jak se vám to (dnes) malovalo?**“, „komu se malovalo vyloženě špatně?“, „komu to šlo snadno?“, „...a ostatní“. Svě pocity by měli vyjádřit, pokud je to možné, všichni členové skupiny. Druhý krok spočívá v aktivitě terapeuta, který **pomůže urovnat** obrázky uprostřed skupiny a následně položí otázku „**jaký na vás dělají všechny ty obrazy dojem?**“, „jaký máte pocit?“, „čeho jste si všimli?“, „co mají společného?“. Následuje **roztrídění obrázků dle nějakého kritéria** (ostatní se buď kritériem uhodnout nebo se předem vysvětlí) nebo výběr dle aktivního člena skupiny. To trvá dokud zájem o tento způsob práce neopadne. Dále použijeme „trídící“ kritérium a vybereme jeden až dva obrazy nebo následuje otázka, **který obraz koho zaujal a proč**. Obraz, který je ve středu pozornosti, použijeme pro společnou práci. Ostatní produkci je buď možno dát stranou nebo pod židli, aby nebylo vjemové pole účastníků skupiny příliš přetíženo. Terapeut by měl **vysvětlit** svůj **záměr** a trvat si na něm. Například, když má v úmyslu pracovat s fantaziemi, je vhodné oznámit proč a za jakých podmínek, tj. jsou výtěžné a zasahují do hlubších vrstev osobnosti. V některých případech je nutno několikrát instrukci opakovat. Každý ve skupině má omezený čas, z čehož vyplývá, že i když se téma úplně nevyčerpá, může poděkovat a **předá slovo dalšímu** členu skupiny. Ještě předtím je důležité povšimnout si osudu namalovaného obrázku. Například: „co s obrázkem uděláš?“, „komu ho dáš?“ atd. Skupinu je možno **zakončit připomenutím** důležité, pro všechny významné skutečnosti, která skupinou probíhala, nebo nějakou vhodnou „moudrostí“ (Z. Kolářová).

TECHNIKY A TÉMATA

Omezím se jen na několik výtvarných technik, kterých je v arteterapii nepřehledné množství. **Koláž** je velmi rozšířenou arteterapeutickou technikou. Je velmi dobrým cvičením trpělivosti, skládání prvků do vyvážené kompozice. Většinou je zadání takové, aby slepované části koláže tvořili jeden celek a aby některé části „nevisely ve vzduchu“. Často je nejlepší předem vysvětlit klientům co se od nich očekává a ukázat jim vzor nějaké starší nebo vlastní práce. Nejčastějším tématem koláže je koláž „rodinná“, „otcův svět“ nebo volná. Dalšími technikami jsou **akvarel** (akvarelové barvy, vodové barvy, tempery), kresba (tuše, pastely, pastelky, křídly, uhel, tužka). V některých případech se používá u akvarelu umytí vytvořeného obrazu pod proudem vody a vytvoření „druhé vrstvy“, kde se více pracuje s náhodou a původním smytým podkladem. Varianta techniky akvarelu je malby na mokřý podklad (u úzkostných jedinců, kteří mají strach s pevné čáry). Oblíbenou technikou je také tvorba keramických předmětů, masek, relaxačně imaginativní techniky při kterých se využívá hudba, mluvené slovo nebo obojí dohromady s tím, že prožitek či náladu klienti posléze namalují.

Na začátku tvorby je většinou zadáno volné téma, ve kterém se klient může realizovat. Je možno téma určit. Může to být aktuální prožitek nebo událost. Může to být také svátek v českém církevním roce nebo reflexe na významnou kulturní událost. Těchto témat je stejné množství jako různých svátků do roka, lidových pranostik či významných životních událostí člověka. Dále to mohou být obecná témata „lidé kolem mě“, „svět kolem mě“, „problém se kterým přicházím“ atd. Každý kdo začne malovat, dříve nebo později se snaží malovat „dospěle“, tak aby znázornil svůj záměr co „nejpřesněji“. To bývá motorem k experimentům a hledáním vlastního výtvarného stylu. Tento styl je výslednicí našeho záměru, naší vlastní iracionality, se kterou se hodláme smířit. Toto uvolnění výtvarného „sevěření“ je i startovní čarou změn v životním stylu. Pozdější tematikou bývají diagnosticky a prožitkově nejnositelnější následující témata. **Matka a dítě** je tématem, které se zaměřuje na primární vztah jedince a matky. Artefakty charakterizuje buď výrazná regrese výjevu (abstraktní pojetí, které vyjadřuje neschopnost zobrazení nebo trvajícím „symbiózu“ a tím i neuchopitelnost vztahu) nebo anonymita postav, která vyjadřuje nepřijetí vlastní propojenosti se svou matkou; **Ledová královna** kde královna symbolizuje negativní emoční rovinu matky (studenost, mrazivost), ukazuje jak špatná je „špatná“ matka, ukazuje na stupeň klientovy integrace tohoto pólu ve své osobnosti, to symbolizuje barevné pojetí tohoto chladného námětu; **Červená Karkulka a Šípková Růženka** se týkají určitých fází ontogenetického vývoje osobnosti a jejího pohlavního dozrávání. U Červené Karkuly se jedná o probuzení plodivé schopnosti ženy na sklonku puberty (symbolika červené barvy – krev, menses) a vlk

(symbol muže) znázorňující rizika intimního vztahu; **Adam a Eva**, toto téma je zobrazením našeho obecného vztahu k opačnému pohlaví, za vzor slouží partnerský vztah našich rodičů, dominantní vzorce chování v něm, vztahové rozdělení rolí, ale také strategií chování k partnerovi. Sledujeme zejména celkový kontext a uplatnění základní symboliky (list, jablko Poznání, strom Poznání, had, popř. Bůh a Satan. Důležité je, v jaké fázi se výjev nachází. Může to být před Hříchem nebo Hřichu, ve stadiu Vyhnutí z Ráje apod.; **autoportrét** je téma, které by mělo vystihovat vnitřní obraz sebe sama, který je poté možno porovnat se skutečným obličejem, u závislých jsou často zvýrazněny řasy a oči, které jsou převážně vytřeštěné; **loutkové divadlo** je tématem, které nejlépe vystihuje závislost, manipulaci (hra, vedení loutek), přijetí a hraní rolí (stejně jako hravost) ve společnosti (na scéně), nasazování masek a jejich střídání; archetypální boj s obludou lze dobře vyjádřit tématem **Sv. Jiří bojuje s drakem**, v tomto obraze je důležitý vztah rytíře a obludy, velikost postav a přítomnost ženského prvku (např. vyjádření „princezna je ve sluji apod.)

Obsahově se objevuje často symbolika součástí narkomanského „nádobíčka“, zla (d'ábel, krev, násilí, předávkování, řetězy, mříže, stylizovaná (někdy probodnutá) srdce, červená s černou), spirály nejrůznější velikosti, tvaru, barvy a symbolická stereotypie (v každém artefaktu stejný symbol, např. les), symbolika smutku: prázdná klec nebo akvárium, plačící oko, rozbořená stavba, zvadlé květiny aj. **Pocitové obrazy** jsou charakteristické zdůrazněným osamělými objekty – západ slunce, osamělý strom, prázdná ulice. **Konkrétní, symbolické obrazy** se vztahují k problematice drog. Často to bývá čtvrtka rozdělená na dvě poloviny; s různými drogovými symboly v jedné části a se symbolikou „zdraví, štěstí a spokojenosti“ – idealizace na druhé polovině. Postavy jsou často karikované v nesprávné proporčním poměru (5-7 let) a vykreslení okolního prostředí bývá většinou barevně chudé i chudé na detaily. Ve volné tematice se speciálně u mladších jedinců (15 – 16 let) vyskytuje fenomén **graffiti** (Novotná 2000). Gabliková (1995) píše ve své knize, že „Fenomén graffiti není jen pestrobarevným výlevem...ale znamená také oživené archetypální citění...Tak jako u jistých kanibalských kmenů slouží lebky na tyčích coby varování, že jde o teritorium, které již bylo vymezeno a někomu patří, tak i umělci graffiti (nebo „writers“, jak se sami nazývají) označují svými značkami nárok na území v tomto zmechanizovaném, pozdně industriálním Podsvětí“.

ZÁVISLOST Z POHLEDU PSYCHOANALÝZY

Tj. vztahu osobnost – závislost jako obtížně terapeuticky přístupný symptom. Tyto psychoanalytické postřehy jsou velmi výtěžné při analyzování výtvarných děl (závislých) klientů. Při větší zkušenosti je možné nalézt ve výtvarných dílech patologické ekvivalenty psychoanalytické teorie, zvláště při vhodném určení témat jako zadání pro výtvarný ateliér. Mikota hovoří v psychoanalytické teorii vzniku závislosti o uspokojování některých infantilních potřeb a regresním úniku od frustrující skutečnosti přijímáním návykových látek (1995, in Novotná 2000), hovoří i „rané fixaci v orálním stadiu“ o „nevyřečené vazbě k matce a chybějícím kontaktů s otcem, které měly vést k pasivitě a feminní identifikaci, včetně problémů s pasivně-homosexuálními potřebami.“ (tamtéž, str. 25). Hovoří se o „zmatku“ v původní premorbidní struktuře osobnosti, která směřuje k závislostnímu chování (teorie ego-psychologie). Poměr účinnosti mezi odkrývací dynamickou psychoterapií (zdůrazňuje minulost, primární vztahy, rannou traumatizaci atd.) a tzv. symptomatickou psychoterapií (zlepšování aktuálního stavu, režimové odvykací léčby, kognitivně behaviorální přístupy aj.) vyznívá lépe pro druhý zmiňovaný druh psychoterapie, ačkoliv pomíjí síly, které v osobnosti závislého působí. Arteterapie stojí na straně první zmiňované a hledá možnosti jak účinně přenést závislého z „minulosti“ přes separaci do snesitelné zodpovědné přítomnosti. Závislý prožívá separaci od primárního vztahu jako prázdnotu, smutek a osamění, které ohrožuje a zúzkostňuje. Dopad reality (separace pro kterou dospívající ještě nedorostl) droga změkčí a závislý v ní nalézá úlevu. Závislý padá do regrese splynutí s matkou, do zkušenosti ráje. V regrese je závislý „jako doma“ a realita je nepříjemně dotírajícím nárokem, který jako terapeuti nabízíme, čili patříme do tohoto světa, ve kterém nabízíme vlastní „relativní nezávislost“. Naším cílem je podporovat dospívání závislého a „nechat“ ho dospět. Nutno poznamenat, že oddělení – úspěšná separace, je pocíťována jako slastná. Arteterapie nabízí cestu, ve které závislý v předchozím vývoji neuspěl a má tendenci neúspěch bagatelizovat, což brání v jeho dalším vývoji. Tou cestou je (nejen) práce s regrese. Klient, který překoná prvotní odpor k malování, který se vyznačuje slovy „já už to neumím“ aj. začíná malovat na úrovni, ve které skončil. V obrazech se zrcadlí duše výtvarníka a proto je na něm možno nalézt stopy „primárního procesu“ a „nevědomí“. Téma malovaného obrazu odpovídá „tématu“ vývojového období výtvarníka. Proto zmíníme letmo vývojové fáze člověka. **Orální** (senzomotorické, *důvěra* × *nedůvěra*) období jehož klíčovým pojmem je základní důvěra. Matka „zázračně“ rozpozná špatný pocit, odstraní ho a nahradí dobrým. Fyzicky oddělené bytosti tvoří symbiózu, protože dítě by bez matky zahynulo. Z pohledu dítěte lze vztah popsat slovy: dítě-bezmoc, matka-všemoc nebo matka „jedlá“ versus „nejedlá“. Tento vztah poznání matky jako dobré je bazální a spočívá v konstatování „je lepší být než nebýt“. Dále v tomto období dítě objevuje *úzkost* 8. měsíce jako reakci na „cizí“. Později (asi 12 měsíc) se jedná se o rozštěpení (splitting) pohledu na matku „dobrou“ a

„zlou“, tu která přijetí podmiňuje. Droga by mohla působit jako náhrada „dobré“ matky. **Anální** (*autonomie* × *strach*) období charakterizuje postupné rozlišování sebe od okolního světa a vrcholí obdobím vzdoru), malý člověk se učí základní schémata jak zacházet se sebou, věcmi, lidmi. Prostředky tohoto vyčleňování jsou především *agrese, zlost a strach* (1. z neznáma, z něhož jej vyvádí matka a opakování, 2. zdrojem strachu je projekce: co cítím já cítí i matka a opačně, který pomáhá separaci). **Oidipské** období (*iniciativa* × *vina*) charakterizuje aktivní poznávání světa, „střízlivé“ odhadování možností atd.). Prostředkem pro vývoj k separaci je v tomto období *ambivalence*. K tomuto období často závislí nedospívají, protože nedošlo k vyřešení separace – individuace, neviděli se odděleně a tím pádem také v celku a ambivalentně.

Použitá literatura

- BAHBOUH, R.: Jak dlouho trvá konec? Propsy, 3, 1997, č.3
 BERGERET, J.: toxikomanie a osobnost. Viktoria Publishing, Praha 1993
 BIEDERMANN, H.: Lexikón symbolov. Obzor, Bratislava 1992
 BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J.: Krása a bolest, Panorama, Praha 1985
 BĚLOUCKÝ, Z. a kol.: Hraniční stavy v psychiatrii, Grada, Avicenum, Praha 1993
 COOPEROVÁ, J. C.: Encyklopedie tradičních symbolů, MF, Praha 1999
 CAMPBELLOVÁ, J.: Techniky arteterapie, Portál, Praha 1998
 DRVOTA, S.: Osobnost a tvorba, Avicenum, Praha 1973
 GABLIKOVÁ, S.: Selhala moderna?, Votobia, Olomouc 1995
 HANEL, I.: arteterapie a výtvarná výchova-průniky souvislosti. Výtvarná výchova, 33, 1995-1996, č. 4
 HLAVSA, J.: Psychologické základy tvorby, Academia, Praha 1985
 CHRÁŠŤANSKÝ, J.: Arteterapie nejen jako technika, Propsy 4, 1998, č. 5
 JANIŠ, K., Svatoš, T.: Rodina a otázky s ní související, Gaudeamus, Hradec Králové 1998
 KULKA, L.: Psychologie umění, SPN, Praha 1991
 MACEK, P.: Adolescence, Portál, Praha 1999
 MARHOUNOVÁ, J.: Dospívání, Empatie, Praha 1996
 BLANCKOVI, G., R.: Ego psychologie: Teorie a praxe, Psychoanalytické nakladatelství, Praha 1992
 JEBAVÁ, J.: Úvod do arteterapie, Karolinum, Praha 1997
 KOHUT, H.: Obnova Self, Psychoanalytické nakladatelství, Praha 1991
 MIKOTA, V.: O ovlivňování duševních chorob, Psychoanalytické nakladatelství, Praha 1995
 NOVOTNÁ, L.: Arteterapie v kontextu problematiky závislostí z mladistvých, (dipl. práce) JU ČB, Praha 2000
 READ, H.: Výchova uměním, Odeon, Praha 1967
 PECHAR, J.: Prostor imaginace, Psychoanalytické nakl., Praha 1992
 PIAGET, J.-INHELDEROVÁ, B.: Psychologie dítěte, Portál, Praha 1997
 POLÁKOVÁ, J.: Perspektiva naděje, Vyšehrad, Praha 1995
 PONĚŠICKÝ, J.: Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie, Triton, Praha 1999
 PRAŠKO, J.: Pomoc v zoufalství a beznaději, Grada Publishing, Praha 1998
 RUDGLEY, R.: Kulturní alchymie, NLN, Praha 1996
 SLAVÍK, J., RUSOVÁ, M.: Poselství výtvarného projevu a arteterapii, Výtvarná výchova, 33, 1995-6, č.4
 SLAVÍK, J.: Od výrazu k dialogu, Artefiletika, Karolinum, Praha 1997
 ŠLEMÍNOVÁ, M.: arteterapie a Medusa, Výtvarná výchova, 33, 1995-6, č. 4
 Současná arteterapie v České Republice a zahraničí, UK PedF, Praha 2000
 da VINCI, L.: Úvahy o malířství, Gryf, Praha 1994

Dotazník pro arteterapeuty závislostí

Laskavě Vás žádám o vyplnění tohoto dotazníku pro arteterapeuty, kteří pracují nebo pracovali se závislými lidmi. Data, která poskytnete budou použita pro závěrečnou práci 5-letého výcviku ve skupinové psychoterapii. Tato práce i anonymní výsledky budou zveřejněny na adrese <http://www.geocities.com/ateliery>

- 1) pracujete s jednotlivci nebo skupinou?
- 2) Jaký typ výtvarné techniky nejčastěji používáte?
.....
- 3) Co nejčastěji na kresbě hodnotíte nebo analyzujete? Zaškrtněte pět z následujících kritérií (pokud nenaleznete odpovídající kritérium, prosím připište ho pod seznam)
přiměřenost věku; diagnózu onemocnění; stav citové a rozumové výchovy; volbu tématu; lineární zpracování (viditelné n. protlačené linie); **strach**, např. gumování aj.; **kompozice; statičnost nebo dynamičnost** figurální kompozice; **barevnost; čas** (spotřebovaný na obraz); **výrazovost; kvalitu a dokončení; stupeň zralosti** výtvarného projevu
.....
.....
- 4) Popište prosím stručně strukturu Vašeho arteterapeutického sezení.
.....
.....
.....
- 5) pokud používáte při své práci témata, napište která
.....
.....
- 6) vyznačte na ose jaký přístup ke klientovi, ve vaší práci převažuje

| | | | | |
|------------------|--------------------------------|---------------------------|------------------|------------------------|
| | | | | |
| zcela direktivní | zasahují do jeho práce častěji | zasahují v nutném případě | téměř nezasahují | nechám ho volně tvořit |
- 7) cítíte se spíše |
.....
- 8) tvoříte sami umělecká díla?
- 9) jaké je Vaše kvalifikace pro práci arteterapeuta?
- 10) jaká vidíte specifika práce ze závislými?
.....
.....

další možné otázky:

očekávání výsledků práce s klienty na počátku a dnes
rizika při práci s klienty závislými na drogách
kde získáváte informace o areteraii závislých
co může s člověkem arteterapie udělat
jaké téma na výtvarným dílem nejčastěji zaznívá
!!! jaký je váš terapeutických cíl při práci...

| |
|---|
| Možnosti psychoterapeutického přístupu kurátora ke klientovi. |
|---|

Jana Michlová

Kurátor je státní úředník, který má v náplni práce jak podávat zprávy soudu a policii o nezletilých, mladistvých a jejich rodinném prostředí, tak i vykonávat funkci opatrovníka nezletilých, vyhledávat děti a mládež se závadovým chováním, týrané a zneužívané, nezletilé a mladistvé vykazující trestnou činnost, ale i vykonává sociální šetření v rodině plus v místě pobytu klienta a podává podněty k zahájení trestního stíhání v případě nezletilých a mladistvých. Jeho práce je široce orientovaná, přesto jeho posláním je navázat kontakt s klientem a dále jej podle potřeby rozvíjet. Pro to může kurátor využít některých psychoterapeutických přístupů :

1. Rogersovská psychoterapie

Metoda rogersovského rozhovoru je nejvíce využívána. Je vhodná hlavně pro empatii a přijetí klienta. Užívá se v první fázi práce s klientem, kdy se kurátor chce o klientovi něco dozvědět a být účasten. U každého sociálního pracovníka je cílem - pomoci k svépomoci -, proto je právě ideální rogersovská terapie, kdy si klient na řešení svých problémů přijde sám.

2. Gestalt - terapie

Tento psychoterapeutický přístup užívá kurátor hlavně ve druhé fázi práce s klientem, kdy po klientovi něco chce. Je to úderný přístup, rychle směřující k cíli. Klient často podléhá emocím, je proto nutné, aby měl možnost být s kurátorem v místnosti o samotě. Terapeut nepodává klientovi intelektuální vysvětlení jeho vnitřních konfliktů, pouze ho nutí, aby je naplno prožil. Pokud na úřadě chybí potřebné prostorové vybavení, není možné gestalt-terapii provádět. Pak je rozhovor veden pouze poradensky. Je to vysvětlení důsledků klientova chování. Cílem je, aby klient pochopil kompletní odpovědnost za vše, co se v něm děje, i za své chování.

3. Krizová intervence

Každý kurátor musí znát postup, jak pomoci klientovi v krizi. Kurátoři jsou v tomto oboru vzděláváni. Krizovou intervencí potřebuje klientela, se kterou přichází kurátor běžně do styku: týrané děti nebo žena-matka, účastník trestního řízení, útek dítěte z domova, pokusy klienta o sebevraždu, oběti trestných činů. Člověk postižený krizí má zúžené pole vnímání a omezený repertoár adaptačních technik. Odborník, který klientovi pomáhá, by měl nejdříve zhodnotit následující aspekty krize:

- Co a kdy krizi vyvolalo
- Klientovy současné vztahy k lidem
- Klientův současný psychický stav (včetně sebehodnocení)
- Klientova ochota k přijetí pomoci
- Podobnost současné krize s minulými zážitky
- Způsob klientovy současné adaptace na krizi (včetně zisků, které mohou být neuvědomělé)
- Úroveň klientovy adaptace před vznikem krize

Krizová intervence má posílit klientovy adaptační schopnosti a dosáhnout takového duševního stavu, v jakém byl před krizí, nebo lepšího.

4. Rodinná terapie

Kurátor by měl znát i zákonitosti psychoterapeutického postupu při rodinné terapii. Jeho klienti jsou zejména: rodina v rozvodovém stadiu, rodina týrající děti, rodiny delikventů a s osobami užívajícími alkohol a drogy. Kurátor pracuje většinou individuálně - s jedním členem rodiny, někdy je možné zahrnout do spolupráce také ostatní členy rodiny - pokud akceptují kurátora jako terapeuta. Terapeutickým cílem je posílit nejslabšího člena rodiny - tím se rodina vyvádí z rovnováhy a je nucena hledat nový způsob soužití. Terapeut také může vyloučit z komunikace toho člena rodiny, který má tendenci celou rodinu ovládat. Poté dochází k překvapivým změnám rolí mezi příslušníky rodiny.

5. Párová terapie

Navazuje na rodinnou terapii. Má-li kurátor možnost pracovat s oběma partnery, používá tytéž principy, které se používají při práci s rodinami. K takové práci se dostává zejména při dohledu nad nezletilými dětmi nebo mladistvými, který byl soudní stanoven. Úkolem terapeuta je odkrýt neuvědomělá přání partnerů nebo pomoci oběma partnerům zjistit, co má druhý rád a vést je k uspokojování těchto přání. Neefektivnější se ukázaly písemné smlouvy o jejich plnění, které podepíší oba partneři a dohodnou se o jejich dodržování. Kurátor nesmí nadřizovat jedné straně. Měl by se stát něčím jako „naše třetí Já“.

6. Transakční analýza

Je postup vhodný pro léčbu většiny neurotických těžkostí, které má většina klientů nebo jejich rodinných příslušníků. Kurátor by měl znát teorii, aby spolu s klienty nehrál jejich hry a uměl se podívat na Rodiče, Dospělého a Vnitřní dítě. Terapie se provádí nejlépe ve skupině klientů. Se skupinou kurátor většinou nemá

možnost pracovat.

7. Kognitivně-behaviorální terapie

V podmínkách státního úřadu není možná vykonávat. Použití vidím pouze v klinické praxi a v ústavním léčení, kde je možné z hlediska chování odměnit klienty v léčbě toxikomanie, v návratu společensky vhodného chování a kriminálně se chovajících.

8. Psychoanalýza

Psychoanalýza si vyžaduje dlouhodobý a náročný výcvik, navíc je velmi dlouhodobá vlastní terapie. Tento psychotherapeutický přístup se doporučuje u neuróz a těch poruch osobnosti, které neblokují vytvoření PT vztahu. V podmínkách úřadu není možné psychoanalýzu vykonávat: objevuje se tu konflikt úředníka státní správy a odborníka na psychoanalýzu.

9. Hypnoterapie

Není možná vykonávat na státním úřadě, je to ze zákona nepřipustné. Pro potřeby kurátora je možné pouze znát Ericksona. Kurátor je svými nadřízenými vnímán stále pouze jako úředník, proto se nemůže naplno věnovat práci terapeuta. Hlavní jeho náplní pracovního dne je administrativa a je velmi málo školení pro sebevzdělání kurátorů. Navíc je jen na vlastní iniciativě každého, doplní-li si svou dílčí nezalost. Školení nejsou povinná.

Kazuistika: Lucie

Patnáctiletá Lucie vyrůstá v rodině, kde rodiče od jejich čtyř let prožívají rozvodovou krizi. Matka několikrát podává návrh na rozvod, ale pokaždé ho stáhne. Když je Lucii 9 let, narodí se bratr Lukáš. Otec matku fyzicky napadá, často pije, hrubě slovně napadá i dceru Lucii. Když je Lucka 13 let, je manželství rodičů rozvedeno, ale rodiče stále bydlí ve společné domácnosti. Dětská lékařka upozorňuje pedagogicko-psychologickou poradnu, že Lucka žije ve vysoce konfliktní porozvodové situaci v rodině. Psycholog poradny podává zprávu kurátorskému oddělení na okresní úřad.

Kurátor provádí šetření v místě bydliště, poté je zvána Lucie spolu s matkou k pohovorům na úřad. Lucie reaguje na napjatou atmosféru v rodině bolestmi žaludku a dokonce i suicidálními úvahami. Je znát velmi silná vazba na matku a bratra. Kurátor žádá městský úřad o přidělení bytu pro otce nezletilých dětí. Do rodiny dochází 1x týdně a provádí rodinnou terapii. Posiluje Lucčino postavení v rodině a pracuje s rodiči na narušené vzájemné komunikaci. U obou existuje odpor ke všemu, co říká ten druhý. Z toho plynou neustálé slovní souboje, napjaté klima a neochota a neschopnost se dohodnout. Terapeut vzájemné výpady rodičů interpretuje, komentuje a tím je tlumí. Rodiče souhlasí s uzavřením Rodičovské dohody. Ta upravuje písemnou formou pravidla soužití a vzájemných styků ve společném bytě, dokud se otec neodstěhuje. U Lucie se zatím stupňují pubertální projevy. Je zvýšeně citlivá, plačtivá, nemusí už se „držet před otcem“, a to ji dráždí k projevům agrese vůči němu, nazývá ho fofrem.

Matka si začíná stěžovat, že chodí pozdě domů, toulá se, kouří a přichází opilá. Zhoršil se její prospěch ve škole, stále více se neshání s otcem a nerespektuje matku. Matka příliš zatahuje Lucku do svých problémů. Dívka cítí odpovědnost za to, co se doma děje a její toulky pokračují. Na Silvestra poté nespí doma a kamarádkou se nechává před svými patnáctinami zavést do domu starších mládenců. Lucie je pohlavně zneužita a věc je ve vyšetřování policie. V tomto období Lucčino trauma kulminuje. Do dvou měsíců od začátku vyšetřování spáchá pokus o sebevraždu: důvodem je matčino nařčení „Jsi jako táta“. Matka včas přivolá lékaře a Lucky zdravotní stav se stabilizuje.

Dva měsíce na to se otec z bytu odstěhuje. Lucie má narušený vztah k matce, nachází si přítele a tráví s ním většinu času. Matka se s tím vyrovná. Z hlediska terapeuta je Lucka nyní v pořádku: ve svém příteli nachází oporu a klid.

Použitá literatura: PhDr. Oldřich Matoušek

Význam rodinných sezení při práci s klienty, toxikomany (15-20 let) Pavel Bartošek

Po předchozí telefonické nebo osobní domluvě proběhne první konzultace pracovníka oddělení s rodiči a klientem. Rodiče charakterizují problémy, které nastaly. Popisují rodinné události předcházející návštěvě. Většinou se snaží hledat příčiny nastalé situace, cítí za ní zodpovědnost. Je důležité jejich ošetření. Hovoří o sociálních poměrech v domácnosti. Zda klient chodí do školy nebo do zaměstnání.

Zjišťuje se klientova drogová kariéra, jeho motivovanost, jeho úhel pohledu na celou záležitost.

V této části sezení je klient s pracovníkem o samotě. Rodiče se zatím seznamují s pravidly a režimem oddělení.

Podáváme informace o tom, jaké jsou zařízení, jaké služby poskytujeme, jaké jsou formy a prostředky naší práce. Pokud je potřeba vysvětlujeme smysl a význam jednotlivých bodů pravidel našeho oddělení. Následně se hledá a diskutuje forma spolupráce. Začíná se budovat důvěra a přijetí terapeuta, odborného vychovatele, rodiči.

Rodiče formulují zakázku. Možnosti jsou různé. Například přijetí na pobyt, ambulantní spolupráce, nebo nasměrování do jiných specializovaných zařízení. Pokud si vyberou pobytovou spolupráci, jsou informováni o podmínkách, které musí klient před nástupem na oddělení splnit.

Podmínky jsou:

- 1 .Úvodní konzultace.
- 2 .Lékařské vyšetření –jaterní testy ,hepatitida A,B,C.
- 3 .Odevzdání ,či zaslání výsledků vyšetření na Alternativu.
- 4 .Vydání potvrzení pro detox (platí 14 dnů od vydání)
- 5 .Zatelefonovat na AT termín nástupu na detox .Od této chvíle již probíhá rezervace místa na odd.
- 6 .Zatelefonovat na AT termín ukončení detoxu.
- 7 .Z detoxu se dopravit přímou cestou ,bez zastávek na AT .
- 8 .U klientů ,kteří užívají stimulační látky ,není nutná detoxikace .Podmínkou přijetí je negativní výsledek testů ,které jsou provedeny při nástupu klienta na odd .
- 9 .Na AT doprovází klienta rodič –nebo zákonný zástupce.
- 10 .Zaplacení ošetrovného za prvních 14 dnů (65,-Kč na den)
- 11 .Vybavení klienta kapesným a jízdenkami na MHD.

Pokud bychom neměli tyto podmínky zpracované , rodiče by si je určitě nezapamatovali a mohlo by dojít ke komplikacím přijímacího rituálu , jak se dříve stávalo.

Po nástupu klienta na oddělení lze rozdělit jeho dvouměsíční pobyt na odd .a následnou spolupráci s rodinou , na čtyři části.

VSTUP(cca 1 týden)

Dochází k přijetí klienta do ko?-?ní individuálním výchovným plánem jenž je výsledkem konzultace s osobním terapeutem ,nebo odborným vychovatelem .Rodiče do této fáze nevstupují , Dochází k uklidňování a stabilizaci situace. Mají možnost informovat se na své dítě telefonicky. Klient si v závěru této fáze vybírá svého „osobního terapeuta“ , který se představuje rodičům a domlouvá si s nimi možnosti a termíny následných rodinných schůzek.

I.FÁZE (cca 2 – 3 týdny)

Dochází k rozvíjení osobnosti klienta nácvikem: sociálních dovedností ,odmítání, komunikace, probíráním interpersonálních vztahů, prožíváním emocí ,vnímáním sebe a světa kolem sebe a atd .Na prvním rodinném sezení si vychovatel, terapeut začíná vytvářet obraz , mapu rodiny. Jaké v ní panují vazby, vztahy. Klient seznamuje rodiče se svoji „ter .smlouvu“, nabízí možnosti čemu by se mohli společně věnovat , jak navázat přetřhané vazby apod .Například se mluví (pokud klient studuje) o situaci ve škole, možnostech pokračování (individuální studijní plán) , nebo přerušení studia, či jeho ukončení.

II .FÁZE (cca 2 – 3 týdny)

Po úspěšném přestupu klienta do II.fáze ,kdy předstupuje před komunitu s hodnocením svého dosavadního pobytu , nastává období přenášení získaných zkušeností do praxe, v rámci individuálního výchovného plánu. Klient má možnost vycházek, víkendových pobytů doma . V rámci druhého, třetího sezení se připravují na společně strávený čas , klient a rodiče společně vypracovávají strukturu, plán návštěv . Vysvětlují se a objasňují rizika, která mohou nastat . Například telefonáty a návštěvy klientových spolufetujících přátel, kamarádů, partnerky, sourozenců . Chutě na drogu, zvýšená agresivita, manipulační techniky směřované k porušení dohodnutých plánů , vznik rizikových situací atd . Následně se probírají možné způsoby řešení takových problémů. Vytváří se sociální a rodinná síť ve spolupráci s příbuznými, školou , soc. pracovníky, úřady práce, pro návrat klienta domů , školy do jeho prostředí . Pokud je potřeba , hledá se možnost pokračování pobytové péče v jiném zařízení.

VÝSTUP (1.týden)

Klient sepisuje „resumé“ své činnosti na odd . Na posledním sezení, v rámci pobytu se společně dohodnou na pravidlech a hranicích důležitých pro společné soužití . Například pravidelné odběry, domácí povinnosti , vyplňování volného času. Zároveň se si dohodnou kroky postupu při jejich porušování. Pokud se podaří zajistit přestup do jiného pobytového zařízení ihned po ukončení pobytu u nás , dohodnou se i podmínky převozu klienta . Domlouvá se také kalendář následných ambulantních postpobyťových schůzek.

Nezmínil jsem se o důležitosti dalších námětů, které mohou projít rodinným sezením. Např.

Informace o drogách ,způsobu užívání , charakteristických účincích o způsobech léčby o délce vypořádávání se se závislostí , označování nefunkčních modelů přístupu k toxikomanům, možnosti relapsu a jak s ním pracovat, hledání nejmenších rizik, plány na vzdálenější období. Důležitost a nutnost společného postupu rodičů směrem ke klientovi.

Na závěr jen krátké seznámení s průběhem pobytu a rodinnou spoluprací jednoho z klientů.

Klient (20 let) zneužíval 3 roky pervitin , určitou dobu i nitrožilně. Poprosil rodiče zda by mu nepomohli v hledání léčebny, protože přestal svojí situaci zvládat. Absolovali u nás první konzultaci, byl dohodnut příjem. Při testech se ukázalo , že byl klient pozitivní na opiáty. Dušoval se že je nebral. Pak si matka vzpoměla, že clapci připravila den před tím k obědu šišky s mákem .Zajistili jsme telefonicky detox a po jeho absolvování klient na AT nastoupil .

Za cíle si kladl vylepšit vztahy s rodiči i sestrou, komunikaci s nimi. Být otevřenější. Vydržet na pobytu až do konce, osamostatnit se, nefetovat. Během krátké doby zjistil, že to s jeho vztahem k fetu nebude tak jednoduché a začal uvažovat o pokračování v pobytu na dalším zařízení. Na prvním sezení probrali s rodiči, otázky podpory, možnosti získání samostatného bydlení, práce v rodinné firmě atd., pokračování léčby a možnosti jejího financování. Pak klient úspěšně na druhý pokus přestoupil do II. fáze a měl možnost víkendových pobytů doma. Na dalších dvou sezeních se probírali zkušenosti z těchto pobytů co se dařilo, co ne. Na povrch se dostal problém klientova soupeření s otcem, nesouhlas s jeho jednáním v určitých situacích. Dokázali se o tom poměrně klidně pobavit, řekli si co oba potřebují aby se mohli k sobě bez obav přiblížit. Spokojená byla i matka, objevila pro sebe nové způsoby komunikace s manželem. Klientovi se podařilo zajistit si místo v dlouhodobé komunitě. Na sezení si s rodiči dohodl návštěvu a seznámení se s novým prostředím zařízení.

Na čtvrtém a posledním sezení jsme diskutovali s čím byli spokojeni s čím ne. Dále jsme nadhodili možnost klientova selhání, odchod z komunity, jaký by to mělo dopad. Dohodli si jasná pravidla a následné kroky, které by po té následovaly. V den ukončení pobytu u nás, si pro klienta přijel otec a odvezl ho do nového působiště. Rodiče občas zavolají, která se synovi daří.

Použité prameny: materiály odd. Alternativa.

Terapie sexuálně zneužitých dětí v podmínkách SVP Kristina Červenková

V regionálním Středisku výchovné péče - krizovém centru pro děti a mládež nepatří sexuálně zneužitá děti mezi nejčetnější klientelu, přesto se ročně setkáme s 10 -20 případy s touto problematikou.

Některé z nich jsou velmi závažné a vyžadují dlouhodobou terapeutickou péči. Některé se naopak ukáží být nevěrohodnými - jedná se většinou o rozvodové situace, kdy se rodiče více či méně vědomě snaží zabránit styku dětí s druhým partnerem a především matky se na nás obrací s podezřením, že otec zneužívá své děti. Často se ukáže, že jde o přiměřené fyzické a emocionální kontakty rodiče s dítětem a pozorovaná změna v chování dětí, není důsledkem zneužívání, ale změnou rodinného klimatu, konflikty mezi rodiči.

S falešným obviněním v důsledku psychotické produkce anebo účelovým lhaním tj. přímou instruktáží dítěte rodičem jsme se za dobu čtyřleté existence našeho střediska nesetkali.

Občas se setkáme s případem, kdy pubertální děvčata obviní falešně ze zneužití někoho ze svého okolí s cílem pomstít se /většinou se svěří kamarádce, či učitelce, která je nasměruje na naše pracoviště/ nebo si zneužití vymyslí ve snaze získat zájem okolí, především vrstevníků /opět se nejčastěji svěří kamarádkám/. Jedná se většinou o nezralé, hysteroidní osobnosti.

Přestože poslední dobou, pravděpodobně díky mediální publicitě narůstá počet falešných obvinění ze zneužití, každému omámení, nebo žádosti o pomoc, zvláště pak, je-li nám adresována dítětem-obětí, věnujeme citlivou pozornost, neboť základem terapeutického vztahu ve všech případech sexuálního zneužití je vytvoření důvěry a vyjádření upřímné snahy o pochopení toho, čím dítě prošlo a jak se cítí.

Optimální je, můžeme-li být přítomni prvnímu výsledku či oficiálnímu sdělení např. na oddělení soc. péče - máme poté možnost ovlivnit další průběh tak, aby nedocházelo k sekundární viktimizaci dítěte množstvím opakovaných výsledků nebo neodborných zásahů.

Vzhledem k charakteru našeho pracoviště, terapeutické působení obvykle navazuje na krizovou intervenci.

V počáteční fázi se proto snažíme:

1. zajistit bezpečnost dítěte, aby se sexuální zneužívání nemohlo opakovat
2. zabezpečit podporu, emoční přijetí dítěte - především v rodině
3. učinit maximální opatření proti narušení rodinného systému - je-li pachatelem člen rodiny

Zde je velmi žádoucí zapojit do terapie celou rodinu - zjistit postoje a možnosti ochrany, kterou je schopna rodina dítěti poskytnout. Zvláště důležité je pokusit se pracovat s viníkem - základním momentem je přivést pachatele - člena rodiny k přijetí odpovědnosti za spáchaný čin. Dále pak je možné pracovat v atmosféře podpory, která je opakem kritizujícího přístupu na tom, aby se dotyčný vyrovnal se způsobem, jímž zneužívání ovlivňuje jeho život a život jeho blízkých.

V terapeutickém působení je nutno počítat s tím, že následky bývají těžší a terapie tudíž obtížnější je-li:

- pachatelem člen rodiny - zvl. vlastní otec
- rodina /především matka/ dítě nepodpoří, po odhalení má k dítěti negativní vztah
- je-li zneužívání dlouhodobé, opakované /bývá zpravidla v rodině/
- je-li použito agrese

Nečastější problémy, se kterými musí terapeut pracovat u dětských obětí zneužití nebo znásilnění jsou:

- ztráta důvěry v ostatní lidi, pocit zrady
- pocit bezmoci - nevíra v to, že dítě má možnost jakýmkoli způsobem ovlivnit okolí /často vede k přizpůsobení

se dané situaci, zvl. v rodině, dítě přijímá zneužívání jako nezbytnost nebo jako běžné chování/
 - pocity viny a spoluodpovědnosti - je-li pachatel dostatečnou autoritou, dítě přejímá jeho hru na společné "tajemství" nebo jeho výroky " vím, že se ti to líbí" apod. vedou k tomu, že se domnívá, že ono je příčinou toho, co se mu děje

- hněv , agresivní chování - často zaměřené na slabší jedince

- deprese s častým sebedestruktivním chováním /bulimie, anorexie, suicidální chování/

- sexualizované chování u menších dětí u větších pak narušení vyvíjející se sexuální identity.

Při psychoterapii sexuálně zneužitých dětí přihlížíme samozřejmě k věku dítěte a dle věkového období volíme různé techniky .

U malých dětí se jako nejpřirozenější osvědčuje terapeuticky zaměřená hra. Hra / dle Malá, Raboch ,Sovák : "Sexuálně zneužívané děti"/ pro dítě znamená bezpečí , harmonické uvoJnění, zbavení se úzkosti, přílišných nároků a instinktivních zábran. Prostřednictvím hry se dítě může vyrovnávat se svými problémy . Při hře nejprve odkrýváme fantazijní produkci dítěte, hledáme jeho "vnitřní řeč" a snažíme se jí dát zevní formu.

(Maruška - 4,5 let asi posledního půl roku opakovaně zneužívaná vlastním otcem: verbálně popisuje jak jí tatínek dával do pusy „pind'oura“ a jak mu z něho teklo mlíčko, není však schopna vyjádřit své pocity. Při hře s anatomickými panenkami : hrubě je uchopí, posadí, mužská figura krmí panenku: „jez přece , nebo uvidlš“, „ne já už nechci...panenka pláče"... "notak neplač, já ti koupím zmrzlinu" , Maruška se zarazí, odhodí hrubě panáka na zem a odchází k jiným hračkám).

Pomocí hry postupně zjišťujeme Maruščin vztah k otci, roli matky a pocity dítěte kolem zneužívání, se kterými budeme moci dále pracovat.

U starších dětí se dle osobnosti dítěte a situačních faktorů snažíme využívat nejrůznější terapeutické techniky . Z racionálních např. normalizaci. Mnoho obětí si myslí, že jejich zkušenost je zvláštní, protože oni nejsou v pořádku, jsou mimo normu. Paradoxně se stydí za to, co bylo na nich spácháno. Touto metodou se snažíme ujistit dítě, že není nenormální, odlišné od jiných, že jeho reakce odpovídá tomu , co se stalo. Jindy se snažíme přimět dítě, aby vylíčilo všechny své pocity a postupně rozplétáme a znovu spojujeme jeho zážitky /není špatný on sám, ale událost, která se stala/ . Jedná se o terapeutické vyjasnění.

Často využíváme kognitivně behaviorálních metod. Jednou z technik je "rozptýlení" . Využíváme ho ocitá-li se dítě v záchvatech paníky, ztrácí kontrolu nad svým jednáním. Jde o okamžité zaměření pozornosti na konkrétní činnost /okamžitě začít cvičit, malovat, případně s někým mluvit.../

(15ti letá Miša zneužitá matčiným přítelem - prožívala nutkavé návraty traumatického zážitku, řešila je přejídáním, je schopná sníst i syrové potraviny- snažili jsme se stopnout tuto nutkavou aktivitu a převést ji do modelování - její oblíbené činnosti).

Další námi využívanou technikou je "hraní rolí" - dá se přizpůsobit potřebám každého dítěte. Dítě obvykle vede rozhovor mezi "dobrou" a "špatnou" postavou v sobě. Cílem je podpora integrace a dosažení sebezpřijetí, které je velmi často u zneužívaných dětí silně narušeno. Mnoho dětských obětí má narušené sebevědomí i z období před zneužíváním, tato traumatizující zkušenost tento problém pak výrazně akcentuje.

Velmi zřídka máme možnost využít techniky "stejný se stejným" - jde o velmi účinnou metodu, jak integrovat hrůznou zkušenost sdílením s jinými oběťmi přiměřeného věku. Občas se nám podaří zorganizovat pro naši dospívající klientku setkání s děvčaty z blízkého Výchovného ústavu pro mládež, kde je většinou několik klientek s podobnými zkušenostmi.

Z emocionálně dynamických technik využíváme někdy terapeutické restimulace - kdy se snažíme o znovuvyvolání traumatické situace a v chránícím psychoterapeutickém vztahu se snažíme, dát dítěti možnost znovu prožít a přehodnotit situaci, zbavit ji napětí.

U větších dětí někdy volíme rovněž techniku "psaní"- formou reportáže musí dítě pravidelně popisovat aktivity , musí je vysvětlovat, hodnotit a hledat perspektivu. U dítěte může tento způsob zvyšovat schopnost vyjadřovat pocity , analyzovat své situace a hledat řešení.

U všech klientů průběžně využíváme relaxační techniky , řízenou imaginaci a arteterapii.

U psychoterapie sexuálně zneužitých dětí však máme zvláště na mysli, že daleko důležitější než jednotlivé techniky , je terapeutova základní orientace, jeho empatie, vřelost -aby dítě mohlo prožít znovupřijetí, nabýt úcty samo k sobě a mít zážitek pozornosti a akceptace druhou osobou.

Velmi významnou úlohu hraje postoj rodiny k dané situaci, což se odráží i v terapeutické práci.

(Jana a Mirka -dvě 10letá děvčata byla pohlavně zneužita neznámým 47letým mužem, právě propuštěným z výkonu trestu za stejný delikt. Pachatel přinutil děvčata k masturbaci. U obou jsme pozorovali masivní úzkost z opakovaného setkání. Jana trvala na změně účesu, zničení oblečení, které měla v inkriminované době na sobě. U obou se výrazně zhoršila koncentrace pozornosti a školní výkon, vyhýbaly se kontaktu s vrstevníky , značně omezily své zájmové činnosti, špatně usnaly.

Jana vyrůstala v úplné rodině, oba rodiče vnímala jako pečující, netrpěla citovou karencí. Oba rodiče po odhalení Janu plně zaštitili, iniciovali vyšetřování a následně vzeti pachatele do vazby, spolupracovali s našim

zařízením na stabilizaci Janina psychického stavu. V této situaci stačilo několik sezení, kdy jsme se děvčeti, přiměřeně jejímu věku snažili podat informace o tom, co se stalo a co bude následovat. Jana reagovala emočním uvolněním -pláčem, poté již byla schopna podrobně vyličit, co se stalo -to jí přineslo úlevu. Z negativních emocí převažoval strach -obavy z možné agrese. Zde sehrál významnou úlohu, ochranný postoj rodiny, zvláště otce. Jana docházela asi měsíc na relaxace. Zhruba po dvou měsících jsme u děvčete nepozorovali žádné výrazné psychické problémy.

Mirka pochází z rozvedeného manželství, od jednoho roku svěřena do péče matky, která jí zřejmě neposkytovala plné citové uspokojení. Matka Mirku popisuje jako poněkud hysterické děvče, které se vždy snažilo získat matčinu pozornost za každou cenu. Její první sdělení o události bylo matkou zpochybněno. Hlavním problémem, který jsme u Mirky museli řešit, bylo výrazné snížení sebehodnocení a velmi odmítavý postoj k mužům obecně. Zpočátku bylo potřeba přesvědčit matku, že jsou vhodná společná sezení matky s dcerou, kdy jsme se pomocí společných arteterapeutických technik snažili učit je vzájemné kooperaci a přijetí dcery matkou.

Následoval pobyt Mirky na našem lůžkovém oddělení, kde měla možnost přiměřené komunikace s muži - vychovateli. Mirka zůstává nadále v naší péči, její hlavní problémy, pravděpodobně akcentované situací zneužití se nám zatím nepodařilo překonat).

Zde jsme se snažili ilustrovat, jakou roli může hrát rodinné prostředí, jeho podpora zraněnému dítěti. Ještě obtížnější situace nastává, je-li pachatelem člen rodiny, zvláště pak zůstane-li dítě po odhalení osamoceno: (14letá Jana nastoupila k pobytu na našem lůžkovém oddělení po sebevražedném pokusu. Během pobytu postupně rozkrývala, jak je dlouhodobě fyzicky týrána nevlastním otcem, později se svěřila i s pohlavním zneužitím, ke kterému došlo zhruba před dvěma lety. Jana měla výrazné problémy se sebestříjetím včetně vlastního těla, začala se u ní rozvíjet bulimie, měla sklon k pití alkoholu, trpěla depresivními rozladami. Matka zpočátku váhala s podporou dcery, později zcela podlehla agresivnímu tlaku otce, který veškerá obvinění popřel a odmítl spolupracovat. U Jany bylo potřeba využít i farmakoterapie ke snížení depresivních nálad, hojně jsme využívali nácviku rolí, techniku kotvení, řízené imaginace.

Vzhledem k tomu, že nebylo možné zajistit Janě ochranu v její rodině, podpořili jsme její rozhodnutí požádat o ústavní péči. Podrobila se protialkoholní léčbě, v současné době navštěvuje střední školu a je umístěna ve Výchovném ústavu pro mládež.)

Jak jsem již uvedla na začátku, s případy sexuálního zneužití se na našem pracovišti nesetkáváme příliš často, většinou jsou však obtížné a vyžadují dlouhodobější a komplexní péči.

Na našem pracovišti nabízíme klientům individuální a rodinnou terapii, je-li potřeba, pobyt na lůžkovém oddělení a snažíme se zajistit případnou spolupráci s ostatními zařízeními či organizacemi.

Použitá literatura:

D. Vizinová, M. Preiss: Psychické trauma a jeho terapie. Portál 1999

E. Vaničková a kol. : Sexuální násilí na dětech. Portál1999

E. Malá, J. Raboch, Z. Sovák: Sexuálně zneužívané děti. PCP 1995

A.Bentovim: Týrání a sexuální zneužívání v rodinách. Grada 1998

Srovnávací výzkum v oblasti nealkoholových drog mezi dětmi a mládeží okresu Přerov za období let 1996 až 2000

Mgr. Jan Polanský

1/ Úvod:

Téma mé závěrečné práce je zpracování a zhodnocení výsledků dotazníkových průzkumů, které osobně provádím průběžně od jara roku 1996. Pro získávání dat od respondentů je užíván modifikovaný dotazník „Výzkum české mládeže“, vypracovaný MUDr. Vladimírem Polaneckým v roce 1994. Získaná data jsem zpracovával pouze manuálně.

2/ Účel výzkumu, cílová populace, metoda sběru dat:

Účelem výzkumu je získat přehled o postojích a osobních zkušenostech mezi dospívající populací regionu v oblasti nealkoholových drog a sledovat kvalitativní časový vývoj této problematiky.

Cílovou populací výzkumu je mládež okresu Přerov, rozdělená do dvou kategorií:

I. školní mládež věku 13 až 15let-žáci 7.až 9.tříd základních škol

II. středoškolská a učňovská mládež ve věku 15 až 18 let

Snažil jsem se zajistit maximálně validní data, takže ve výzkumu byly zastoupeny pokud možno všechny části okresu, obce různých velikostí a mládež z různých typů škol a sociálních skupin.

Metoda sběru dat byla volena tak, aby respondenti odpovídali pokud možno co nejotevřeněji a nejpravdivěji a získané informace tak byly co nejvíce objektivní. Dotazníky jsem vyplňoval v naprosté většině případů s respondenty osobně v průběhu uvedených let, v rámci besed zaměřených na primární protidrogovou prevenci a prevenci dalších sociopatologických jevů, realizovaných dlouhodobě ve spolupráci se Školským úřadem v Přerově a Okresní protidrogovou komisí.

3/ Předmět zkoumání:

Dotazník se zabývá sběrem dat týkajících se problematiky nealkoholových drog ve vztahu k mladé populaci okresu Přerov a to ve třech základních oblastech:

A/ Oblast osobních názorů, postojů a informovanosti

B/ Oblast sociálního ohrožení populace: dosažitelnost drogy, užívání drog vrstevníky

C/ Oblast osobních zkušeností s užíváním PAL

4/ Popis cílové populace respondentů, rozdělení podle pohlaví, věku a sídla školy:

Podle výňatku z údajů Českého statistického úřadu je v okrese Přerov následující demografická situace, kterou uvádím pro možnost srovnání rozsahu výzkumu:

» v okrese Přerov žije 137.500 obyvatel ve 104 obcích

» v okrese je z počtu obcí 5 měst - Přerov (49,800 ob.), Hranice (20,500 ob.), Lipník nad Bečvou (10,000 ob.), Kojetín (6,500 ob.) a Tovačov (3,000 ob.)

» v okrese je 61 základních škol, z toho 33 úplných. Počet žáků na ZŠ v 1.-9.třídách je 14.500, z toho 13.400 v úplných ZŠ, předpokládaný počet žáků 7.až 9.ročníků je 4.000.

» v okrese je 20 středních škol s maturitou 5 5.500 studenty a 14 učňovských škol 5 3.000 učni

Celkově se v období let 1996 až 2000 zúčastnilo dotazníkového průzkumu

1.382 žáků 7., 8. a 9. tříd základních škol okresu Přerov, z toho 703 chlapců a 679 dívek.

1.479 studentů a učňů 1., 2. a 3.ročníků škol okresu Přerov, z toho 686 mužů a 793 žen.

Celkově za období let 1996 až 2000 udává nějakou osobní zkušenost s užitím:

- 430 žáků ZŠ (t.j.31,1 %), z toho 244 chlapců (34, 7%) a 186 dívek (27 ,4%).

- 686 studentů a učňů (46,4%), z toho 344 mužů (50,2%) a 342 žen (43,2%)

Porovnáním těchto údajů s průměrným počtem respondentů vyptává, že průzkumu se každoročně účastní cca.7% žáků 7.až 9.tříd ZŠ a 4% studentů a učňů škol okresu Přerov.

5/ Získané informace a srovnání regionálního vývoje za sledované období:

ad A/ Oblast osobních názorů, postojů a informovanosti:

I. Základní školy - 7.až 9.třídy, věk 13 až 15 let:

Pro svobodné užívání a distribuci tzv. "měkkých drog" se vyslovalo pouze nízké procento respondentů.

Maximum tolerance k této otázce bylo u populace chlapců v letech 1998 (14%) a 1999 (17%).

Dlouhodobý průměr volby této možnosti odpovědi byl pouze 9%. Dle mého názoru byl tento jev v letech 1998 a 1999 způsoben nárůstem společenských diskusí a popularizací této otázky v souvislosti se zaváděním nového „protidrogového zákona“.

II. Střední školy a učiliště - 1.až 3.ročníky, věk 15 až 18 let:

V kategorii mládeže věku 15 - 18 let je spektrum odpovědí trvale více vyrovnané. Největší tolerance k užívání a distribuci „měkkých drog“ se objevila také v roce 1999, podobně jako u ZŠ. Dlouhodobě mírně převládají názory odmítavé, ale již ne tak výrazně jako u mladší kategorie. Tendence vývoje názorů této populace jsou k mírnému nárůstu tolerance k užívání „měkkých drog“.

ad B/ Oblast dosažitelnosti a výskytu drog v blízkém okolí:

I. Základní školy- 7.až 9.třídy, věk 13 až 15 let:

Dosažitelnost drog v místě bydliště - respondenti ZŠ udávají kladnou odpověď na dosažitelnost drog v místě bydliště v průměru čtyřnásobně častěji než odpověď zápornou!

Tendence vývoje ukazují, že dosažitelnost drog v bydlišti stoupala trvale od roku 1996 do roku 1999.

Dosažitelnost drog přímo ve škole - ve škole je vnímána dosažitelnost drog oproti předchozí otázce jako mnohem těžší. I když nejčastější odpovědí je vyhybavá možnost „nevím“, odmítavé odpovědi se objevují v průměru 2,5 krát častěji než odpovědi kladné, i když šestina respondentů výskyt a dosažitelnost drog ve škole připouští, což je v prostředí ZŠ varující.

Osobní znalost osoby s drogou alespoň experimentující - respondenti udávají kladnou odpověď na tuto otázku s

výjimkou roku 1996 jako jasně nejčastější. V průměru je jednoznačně kladná znalost uživatele ve svém blízkém okolí 2,5 krát častěji udána než jednoznačně 'zapomá odpověď' .

II. Střední školy a učiliště - 1.až 3.ročníky. věk 15 až 18 let:

Dosažitelnost drog v místě bydliště - respondenti starší kategorie udávají kladnou odpověď na dosažitelnost drog v místě bydliště v průměru více než 7 krát častěji než odpověď 'zápornou'!

Tendence vývoje ukazují, že dosažitelnost drog v bydlišti mírně stoupala trvale od roku 1996.

Dosažitelnost drog přímo ve škole - ve škole je vnímána dosažitelnost drog také jako méně snadná.

Opět nejčastější odpovědí je vyhýbavá možnost „nevím“, ale hned další nejvíce volenou odpovědí je „ano, snadno“, pouze s výjimkou roku 1998. Výsledek se tedy dá hodnotit spíše jako negativní, především u populace mladých mužů navštěvujících učiliště.

V kontextu časovém byla situace nejlépe hodnocena v roce 1998, nejhůře pak v roce 2000.

Osobní znalost osoby s drogou alespoň experimentující - V průměru je jednoznačně kladná znalost uživatele ve svém blízkém okolí 6 krát častější než jednoznačně 'záporn odpověď' .

ad C/ Oblast vlastních osobních zkušeností s užíváním drog:

I. Základní školy - 7.až 9.třídy. věk 13 až 15 let:

» počet osob, které provedli alespoň ojedinelý experiment s nelegální drogou v této věkové kategorii má trvale spíše stoupající charakter a v průměru dosahuje 31%, přístupnější k experimentům, ale jen s mírným rozdílem v počtu, jsou spíše chlapci (v průměru 35%) než dívky (v průměru 27%)

» nejčastěji užívanou drogou je marihuana, kterou v průměru okusil každý pátý žák této věkové kategorie, a čichání rozpustidel a jiných těkavých látek, které uvedl v průměru každý osmý žák

» čichání těkavých látek je trvale velice časté a navíc má v posledních dvou létech opět vzrůstající charakter; užívání marihuany vzrůstá pravidelně již od roku 1996, od kdy mezi respondenty stoupl její užívání trojnásobně z hodnoty 9% na 30% počtu respondentů N.

U ostatních typů drog je patrný stoupající trend v počtu udaných užití jednotlivých typů drog, především u halucinogenů a stimulantů (pouze s přechodným poklesem v roce 1999).

Zneužívání léčiv stagnuje na vcelku stále úrovni, je však trvale 3.nejoblíbenějším typem experimentální drogy .

» v četnosti užití převládají u toluenu a léčiv jednorázové experimenty, opakované užívání je nejvýraznější u marihuany, kdy není výjimkou ani pravidelné užívání. Dále pak se opakovaná užití relativně více objevují u osob, které udávají užití halucinogenů a stimulantů. Ze srovnání četnosti užití jednotlivých typů drog usuzují, že pokud se mladý člověk rozhodne pro experiment s „tou pravou tržní tvrdou drogou“, má tendence tyto experimenty opakovat více, než opakovat experimenty s relativně dostupnějšími látkami, jakými je zneužívání léků a čichání těkavých látek.

Opakované kouření marihuany je pak zvláštním jevem, plynoucím z její velmi snadné dostupnosti v regionu a z obecného podceňování nebezpečí účinků.

» rozdíl počtu uživatelů určitého typu drogy ve skupině chlapců a dívek nebyl většinou nijak výrazný , pouze u čichání toluenu mírně převládají chlapci a u zneužívání léčiv mírně převládají dívky

» jako nejrizikovější věk rozhodnutí užít drogu se jeví věk po 13.roku života. Zarážející je také výše zastoupení věkové skupiny 10 -12 let, která dokonce u chlapců v roce 1996 byla udána jako nejčastější. To je však ovlivněno také tím, že v roce 1996 se účastnilo výzkumu poměrně hodně žáků 7 .tříd ZŠ, neboť dobíhala na ZŠ koncepce osmileté docházky na ZŠ.

II. Střední školy a učiliště - 1.až 3.ročníky. věk 15 až 18 let:

» počet osob, které užili alespoň ojedinelé nelegální drogu má mírně stoupající charakter, s poměrně velkou odchylkou při poklesu v roce 1998. V průměru dosahuje hodnoty 46%, s mírně větším podílem v počtu ve skupině mužů (v průměru 50%) než žen (v průměru 43%)

» nejvíce užívanou drogou je trvale marihuana, kterou v průměru okusil více než každý třetí zástupce respondentů této věkové kategorie a v průměru ji užilo 83% uživatelů některé z drog

» hranice 10% z celkového počtu respondentů, byla překročena ještě u zneužívání léčiv (15%) a u čichání rozpustidel (11 %)

» relativní obliba čichání těkavých látek kulminovala výrazně v roce 1998 a projevila se také v následujícím roce 1999, což koresponduje s výrazným poklesem počtu „uživatelů“ jakékoliv drogy a v roce 1998 především výrazným poklesem počtu uživatelů marihuany. To může být dáno relativně lehkou těkavých látek a ztíženou dostupností jiných drog v tomto období v regionu okresu. Může to být také důsledkem ničivých povodní na Moravě v červenci 1997 , která zničila značnou část ilegálních konopných políček v regionu, která jsou hlavním zdrojem „samopěstěné“ marihuany a nacházejí se především v lužních lesích v blízkém okolí toků řeky Bečvy a Moravy

- » s výjimkou opiátů, je patrný stoupající trend v počtu udaných užití ostatních typů drog, především halucinogenů a stimulantů. Zneužívání léčiv ve své úrovni značně kolísá, drží se však trvale na 2., eventuálně na 3. nejoblíbenějším pořadí podle typu drogy
- » v četnosti užití určitého typu drogy je opakované až pravidelné užívání nejvýraznější především u marihuany. Opakované kouření marihuany je jev, plynoucí z její snadné dostupnosti v regionu, podceňování nebezpečí účinků a určitého projevu rebelie mladé populace proti konvencím.
- » rozdíl v průměru počtu uživatelů určitého typu drogy ve skupině mužů a žen nebyl většinou nijak výrazný, pouze u toluenu a marihuany převládají lehce muži a u zneužívání léčiv ženy
- » jako nejrizikovější věk pro rozhodnutí užít drogu vyplývá jasně věk od 13 do 16 let.

6/ Závěr:

Ve své práci v základních nejdůležitějších bodech vyhodnocuji výsledky dotazníkového výzkumu mezi mládeží základních škol a středních škol a učilišť okresu Přerov, které jsem získával postupně v letech 1996 až 2000 při své činnosti na těchto školách. Získaná data jsem zpracoval také formou tabulek a grafů, avšak pro značný rozsah těchto příloh je v mé práci neuvádím. Získaná data mají pro mne praktický význam při tvorbě koncepce, zkvalitňování úrovně práce programové náplně projektu, ve kterém působím již od roku 1996 jako jeho vedoucí, a to Kontaktního krizového centra Kappa Přerov.

Tanec - prožitek těla i mysli

Kateřina Zimová

„Tanec je zdroj energie. Radost. Slunce. Život. Láska i smrt spojené v jednom v nekonečné kráse lidského těla...“
Michail Baryšnikov

Dnešní doba je postavena na slovech. Lidé jsou doslova bombardováni slovy. Jakákoliv jiná forma komunikace je zastoupena v nepatrné míře. Tímto trendem se řídí i většina terapeutických škol. Sledují nanejvýš neverbální projevy klienta, když hovoří. A přitom je známo, že řeč je poměrně mladá ve vývoji lidstva na rozdíl od neverbální komunikace, která nás doprovází snad od počátku.

Na poli neverbálních technik jsou známy a hojně zastoupeny například arteterapie či muzikoterapie. Taneční terapie si teprve své místo hledá. Jak sám název napovídá, jedná se o terapii, tudíž o léčebný proces. Léčba vnímáním a pohybem.

Tělo- ohromný zdroj sebepoznání. Stačí se pouze naučit jeho řeči. Pokusit se porozumět, co nám říká, může být pro mnohé velikým zážitkem, inspirací, může nám pomoci pochopit lépe sebe sama a našim prostřednictvím i druhé.

Tanec- univerzální mateřský jazyk, jehož nástrojem je tělo. Tanec je přímo řeč těla, která umožňuje vyjádřit naše pocity, myšlenky, touhy. Taneční a pohybová terapie umožňuje psychický i fyzický kontakt mezi lidmi v prostředí, kde mohou být emoce bezpečně vyjádřeny a sdíleny.

Taneční terapie jako primitivní exprese

Slovo primitivní je zde chápáno jako přístup, který se více soustředí na podstatu věci, než na její zevnějšek. Primitivní exprese je technika inspirovaná primitivními tanci. Přejímá důležité atributy původních kmenových tanců, ale zároveň je přizpůsobuje potřebám naší kultury.

Pohyb při tanci je odvozen od rytmu chůze. Už způsob, jakým člověk chodí, jak stojí jeho chodidla na zemi, vypovídá o jeho postavení ve světě. Nohy a chodidla jsou dolním pólem člověka spojující ho se zemí, zjednávací jeho kontakt s okolím. Prvním úkolem tanečnicka je uvědomit si pevnou zem pod nohama poskytují mu oporu, když se tělo začne klátit ve víru tance. Důležitou součástí je rytmus, který zajišťuje zvuk bubnů. Pravidelné střídání rytmu, který je velmi podobný tlukotu srdce, aktivuje životní sílu a energii. Zve tělo k pohybu a zároveň vyvolává pocit bezpečí. Tanečník pomalu odlepjuje chodidlo od podlahy a přešlapuje z jedné nohy na druhou. Intenzivní zvuk bubnů přímo nutí k pohybu. Cvičení jsou zadávána terapeutem, což umožňuje tanečnickovi soustředit se na prožitek. Terapeut předvádí různé styly chůze, ke kterým se postupně přidávají pohyby paží, poskoky, různé otočky. Variace jsou velmi jednoduché a mnohokrát se opakující. Člověk se brzy přestane soustředit na posloupnost kroků a může se věnovat experimentování se zadaným pohybem. Povel od terapeuta STOP zastavuje na několik sekund hudebníky i tanečníky. Rychlý přechod z pohybu do úplné nehybnosti umožňuje tanečnickům uvědomit si lépe své tělo. Hlasové projevy jsou doporučeny, umocňují prožitek z tance. Zvuk bubnů a postupně se zrychlující rytmus, neustálé opakování pohybů přivádí skupinu k mírné změně vědomí. Lehký transový stav je u tanečnicků žádoucí, nejenže snižuje únavu, ale rozpouští i obrany a strachy ze zesměšnění a z trapnosti. Umožňuje přehrávat i velmi vážné věci s nadhledem. Tanec se chýlí ke konci, všichni jsou vzájemně propojeni společným zážitkem. Tělo se uvolňuje, dech zpomaluje, přichází doba návratu do běžného všedního dne. Tanečník si s sebou odnáší individuální prožitek práce se svým tělem, který je umocněn podílnictvím na společném tanci, na neverbálním kontaktu s ostatními členy skupiny.

Šamanský tanec podle Gabrielly Roth

Život je rozdělen do pěti fází. Každou část provází jiná prožitky, jiná poznání, jiný rytmus. Pojdte se protančit svým životem, vyzývá Gabriella Roth, vytančit se zevnitř ven, vaším učitelem je vaše tělo a vaše energie a každé tělo má své vlastní pohyby, vlastní cestu. Objevte svůj tanec tím, že jej budete tančit.

S prvním rytmem přicházíme na svět, rodíme se. Hudba je sladká, tichá. Těžiště je v břiše, odtud všechny pohyby vycházejí. Nechte se zvábit hudbou, protahujte se s ní, vdechujte ji a dovolte jí PLYNOUT vašim tělem. Pohyby jsou vláčné,

měkké, obíhající po kruzích. Hudby nabývá na intenzitě, pohyby se zostřují ve STACCATU, rytmu dětství. Přibývá ostrých tvarů. Tempo se zrychluje, vstupuje do CHAOSU, ztrácí kontrolu. Dospívání. Tanec se stává letem beze směru a cíle. A když začíná hrozit pád na zem, vrháme se v LYRICKOU fázi. Hudba nás obalí, kolébá a nadnáší, že se sotva dotýkáme země. Stáváme se dospělými, plnými života, který pomalými kroky spěje ke KLIDNĚMU konci, ke stáří a smrti. Pohyby se zpomalují, až se skoro zastavují. Cítíme každý kousek našeho těla. Jsme si vědomi žítí.

Pět rytmů života: plynutí, staccato, chaos, lyrika a klid.

Každý člověk přirozeně tíhne k jednomu rytmu. Je užitečné zjistit, který převládá. Může mu to pomoci lépe porozumět sobě, najít lepší vztah k lidem, místům i k různým situacím.

Dva příklady taneční terapie, každá má svoji cestu, která se v mnohém liší, v mnohém si je podobná. Ale i různé cesty mohou vést ke stejnému cíli. Probudit v člověku jeho emoce a pomoci tance je v bezpečném prostředí vyjádřit.

Krátká psychoterapeutická intervence u problémového uživatele drog.

Marcela Kašparová

Východiska psychoterapeutické krizové intervence

Psychoterapeutická krizová intervence je vlastně tzv. první pomoci v oboru psychoterapie.

Krizová intervence vychází z krizového stavu toho, kdo se na nás obrátí s žádostí o pomoc, tato žádost vyžaduje být v této situaci aktivní teď a tady.

Nutností je rozpoznat a určit, že se jedná o krizový stav, tato jistota vyloučí mj. škodu nebo případné škody při aplikaci způsobů krizové intervence.

Krizová intervence je tedy terapeutický zásah omezený na minimum v takové situaci, že jiná volba není možná.

Největším problémem psychoterapeutické krizové intervence je časová tíseň, je důležité jednat rychle, uvážlivě vybírat vhodné a účinné prostředky.

Krizovou intervencí je možné použít, jestliže krizový stav člověka připouští a umožňuje verbální komunikaci, v této, časově omezené situaci, potřeba verbální komunikace ještě narůstá.

Cíle psychoterapeutické krizové intervence

Cílem psychoterapeutické krizové intervence je bezprostřední stabilizace klientova stavu, za další je nutné rozpoznat a porozumět krizovému stavu klienta a psychoterapeutickými prostředky pomoci omezit krizový stav a postupně akutní potíže odstranit nebo aspoň neutralizovat.

Psychoterapeutická krizová intervence je omezena na krátkodobé cíle, které jsou dočasné a omezené. V popředí krizové intervence stojí funkční obnovení psychického stavu klienta na úroveň z doby před započítím krizového stavu.

Minimálním cílem krizové intervence tedy je, že klient se dostane do stavu, v němž se nacházel před započítím krize. Maximálním cílem intervence je nejen obnovení psychické rovnováhy, ale také zajištění následné psychoterapeutické péče.

Práce s krizí

Na prvním místě je důležité klienta vyslechnout a zajímat se o hloubku a intenzitu krizového stavu, dalším krokem je ohraničení akutního krizového stavu s principem zde a nyní, který umožňuje klientovi soustředit se na to, co ho trápí, sužuje právě v této situaci. Akutní obtíže tak ohraničují klientův krizový stav.

Hlavní úkoly při psychoterapeutické krizové intervenci

Nejdůležitějším úkolem je navázat a udržet s klientem kontakt, zpočátku je důležité nechat klienta mluvit, vymluvit se, řízený hovor spočívá v tom, že klient by se měl zaměřit na podstatu svého krizového stavu.

Dalším krokem je zeslabení intenzity krizového stavu klienta, které spočívá v objevení jádra krizového stavu a v postupném tvoření řádu pro nejbližší chvíle klientova života.

Principy přijetí uživatele drog v krizi

1. Vyjádření empatie, klienta přijímáme ve stavu, ve kterém přišel. Přijetí slouží v tomto případě jako prostředek ke změně. Empatii vyjadřujeme reflektivním nasloucháním, potvrzováním jeho situace, je možné dostat se do krize, není to neobvyklé. V situaci, kdy klient je „sjetý“, pokládat otázky typu „co je možné udělat v tomto stavu?“, apod. Důležitým faktorem je v této fázi opravdovost terapeuta, která je nutná k rozvinutí dalších fází kontaktu.

2. V případě určité stabilizace klientova stavu a možnosti pokračování kontaktu je dalším krokem tzv. vytvoření nesouladu. Terapeut vede klienta k rozvinutí rozporu, který je mezi jeho způsobem chování a mezi tím čeho chce

dosáhnout. Dobře položenými otázkami klient sám dochází k závěru, že jeho chování se míjí s cíli, které si stanovil. Ve „sjetosti“, klient není schopen splnit to, co má v mysli. Důležité je klienta vhodně vedeným hovorem pouze provázet, konečného rozporu ve svém jednání by měl dosáhnout sám. Rozvinutí rozporu může klientovi pomoci objasnit jádro jeho současné krize.

3. Dalším důležitým krokem je vyhnout se, zamezit diskusím. Klient se může v průběhu setkání dostat do odporu, neví jak jinak reagovat na novou situaci, která se před ním může otevřít. Důležité je v této fázi zamezit argumentaci, hádání se, vyhnout se nálepkování.

4. Pro úspěšné pokračování kontaktu je nutné vypořádat se vhodným způsobem s odporem klienta. Existují přibližně čtyři způsoby chování klienta v odporu:

a) hádání se – klient zpochybňuje, poníží terapeutovu odbornost, autoritu, správnost toho co řekl apod.

b) přerušování – klient skáče terapeutovi do řeči, přerušuje ho, překřikuje

c) odmítání – klient vyjadřuje nechuť spolupracovat, vidět problémy, přijmout zodpovědnost,

hádnání může být ve formě obviňování ostatních, nesouhlasení s výroky terapeuta, aniž by nabídl alternativu, výmluv apod.

d) ignorace – klient je nepozorný, může odbíhat od tématu, záměrně neodpovídá

Odporu nelze čelit odporem, ale je důležité jít ve směru klienta, flexibilně s danou situací (tzv. tanec s odporem), což umožňuje využití odporu ve prospěch klienta, který je přizván k tomu, aby se mohl podívat na věc z jiného úhlu, klient je opět sám zdrojem řešení, je zdůrazňována osobní volba klienta a jeho kontrola.

5. Po zmírnění nebo odstranění odporu je významná podpora pocitu klienta o jeho vlastních schopnostech řešit své problémy. Klient může být přesvědčen, že není schopen své problémy uchopit a řešit je adekvátním způsobem, důležitá je tedy podpora ve vytváření různých alternativ řešení, ve výběru z těchto možností. Moment vrácené důvěry ve vlastní schopnosti je silným motivačním aspektem. Pro klienta je v této fázi důležité pochopení, že je to jeho problém, jeho cesta, jeho rozhodování, jeho zodpovědnost.

Základní techniky psychoterapeutické intervence v krizové situaci

1. Pokládání otázek s otevřeným koncem, dovolí nám dovědět se mnoho informací, otevřou se důležitá témata, lépe se hledá ohnisko krize, klient je „nucen“, mluvit, může dojít k situaci „vymluvení se,,“, které uvolňuje tenzi.

-

2. Reflektivním nasloucháním potvrzujeme to, co klient řekl s přidávkem podpory, která má klienta podnítit k pokračování.

3. Potvrzováním toho, co klient říká, ho povzbuzuje k ocenění sebe sama ve situacích, které dělá dobře . Důležité je ocenění každého kroku vpřed.

4. Shrnutím ukážeme ve stručnosti to, co se odehrálo během setkání, důležité je zdůraznění ambivalencí, rozporů, shrnutím klientovi potvrzujeme, že jsme pozorně poslouchali a dobře rozuměli.

5. Důležitou technikou je snaha dosáhnout klientova sebemotivujícího postoje, ke kterému sám dospěl, obsahem je rozpoznání krize, jejího ohniska, získání optimismu k řešení krize, vyjádření obav.

Známky připravenosti klienta vypořádat se s krizovou situací

1. Klient vyvíjí menší odpor, přestává se hádat, přerušovat, odmítat.

2. Klient pokládá méně otázek týkajících se problému, má již dostatek informací.

3. Klient dospěl k rozhodnutí, jeví se klidnější, uvolněný.

4. Klient vysloví jasné sebemotivující prohlášení, reflektující rozpoznání problému, zájmu, otevřenosti ke změně apod.

5. Klient pokládá více otázek týkajících se změny jeho situace, ptá se na svůj problém, na změny při rozhodnutí ap.

6. Klient začíná mluvit o tom, jak se asi jeho život změní, předvídá obtíže, mluví o výhodách změny.

7. V případech opakované návštěvy klient hovoří o experimentování, o zkoušení změny v praxi.

Výše zmíněné kroky, postup při setkání s uživatelem drog v krizi, jsou účinné jak při jednorázovém setkání s klientem, jako prostředek krizové intervence, tak při opakovaném setkávání, kdy mohou sloužit jako předehra před dlouhodobější psychoterapií

Práce s dětmi z rodin ohrožených návykovými látkami
PaedDr Iva Nesměráková

Cílem této práce není podat výčet teorií o dětech z problémových rodin, či z rodin, kde je závislost na návykových látkách klasifikována jako nemoc u jednoho z rodičů. Ani podávat sumarizaci návrhů na obsah a zaměření prevence u těchto dětí.

Dovolím si zde popsat pětiletou vlastní zkušenost a poznatky, které jsem získala při práci s dětmi na letních táborech v Lojovicích. Cílem primární prevence je, aby drogová závislost či jiná závislost na návykových látkách u těchto dětí vůbec nevznikla. Aby nepocítily nutkavost syntetické náhražky za skutečný život.

Organizaci tábora považuji potom za pouze malou část v celkovém systému primární prevence. Domnívám se, že je pak naším úkolem nabídnout těmto dětem aktivity, zážitky a setkání, které jim pomohou rozhodnout se ve prospěch svého vlastního zdraví, poskytnout jim model zdravého životního stylu. Program tábora se proto vedle relaxačního pobytu v přírodě zaměřuje na podporu sociálních struktur a osobnostní růst dětí.

Celá aktivita probíhá pod záštitou o.s. Pavučina - svépomocná společnost pro ženy závislé na alkoholu a jiných návykových látkách. Ta se orientuje na vytvoření významného podílu a spolupráce v léčebných a především v doléčovacích programech oddělení pro léčbu závislostí. Základní myšlenkou Pavučiny je pomoc sobě, když pomáhám druhým. Práce s dětmi tedy není omezena pouze na ně a na období prázdnin v průběhu celého roku je udržována spolupráce s rodiči ve formě individuálních schůzek. Kontakt je aktivován i v případě výskytu problémů u dítěte, či v rodině. Standardní jsou dvě víkendová setkání v průběhu roku - jaro/podzim.

Ostatní programy jsou orientovány na společné aktivity rodičů s dětmi, případně celých rodin.

Turistika: výstup na Říp, Pout' do Lojovic, Cesta Rájem aj.

Účast v terapii celých rodin s dětmi: léto v Lojovicích.

Sportovní aktivity a běhy pro zdraví: Skálův lesní běh 1.května a Klímkův memoriál 3. víkend v září.

Oblíbené jsou i společné víkendové akce k údržbě zařízení LDT společně s rodiči.

Cílová skupina dětí : věk 7 - 17 let

děti z rodin kde je jeden z rodičů odléčený pro závislost na návykových látkách

děti ze sociálně slabých rodin, rodiče v péči ambulancí pro návykové nemoci

děti aktivně zapojené do "Peer programů"

jinak problémové děti

Vzhledem k velkému zájmu ze strany rodičů i dětí probíhají táborové turnusy dva. S přibývajícím rokem zaznamenáváme nárůst sourozeneckých skupin a velký zájem o účast na tomto táboře i po ukončení základní školní docházky. Podle pokynů a směrnic, které vydalo MŠMT ČR je spodní věková hranice 7 let a horní je neomezena. Z tohoto důvodu jsme mohli rozšířit věk účastníků tábora v rozmezí 7 - 17 let. Mladší děti přijímáme jen ve výjimečných případech a musí být spolu s ním i matka. Děti žen, které jsou v té době v základní léčbě jsou přijímány také výjimečně a pouze po dohodě s vedením léčebny. Předpokladem je závěrečná fáze léčby. Snažíme se vyjít maximálně vstříc, aby to mělo prospěch jak pro dítě, tak i matku. V každém turnusu jsou přibližně dvě třetiny dětí z rodin, kde se řeší problematika závislosti na návykových látkách u jednoho z rodičů. Ostatní patří do výše uvedené cílové skupiny dětí. Zároveň s dětmi často přijíždějí i jejich matky a v době tábora se účastní vlastního doléčování.

S každým rokem konání tábora přibývají nejen děti, ale i naše zkušenosti o nových aktivitách, problémech a spolupráci nejen s dětmi, ale i se současnými ženami, které jsou v té době na základní léčbě. Všichni po dobu jednoho měsíce vytvářejí zajímavou a tvůrčí komunitu.

Základní strukturou není tábor odlišný od jiných. Celotáborová

hra, sportovní soutěže, turistik, jednodenní výlety (plavecký stadion ve Slaném, Safari ve Dvoře Královém, prohlídka hradů a zámků aj.), pobyt v přírodě, bodování, maškarní bál, stezky odvahy a další.

Kvalitativně jiný je přístup k dětem ze strany vedoucích. Domníváme se, že tato skupina dětí vyžaduje daleko větší pozornost, individuální přístup a pomoc při adaptaci mezi dětmi /zvláště tam, kde je závislá matka a socializace je většinou více poškozena/, pomoc při budování své vlastní osobnosti a sebekoncepcí v příznivém životním stylu. Tyto děti si zaslouhují spousty ocenění, chvály, prožívání radosti, navazování kvalitních přátelství. K tomu je zapotřebí kvalitních vedoucích. I tady jsme měli šťastnou volbu. Všichni vedoucí mají nejen příslušnou pedagogickou kvalifikaci, praxi v oblasti primární prevence, ale i velmi pozitivní vztah k dětem. Praktikanty již vybíráme z dětí, které jsou motivované pro tuto práci a jezdí na tábor od jeho počátku.

Odlíšností, či zvláštností od jiných táborů je rozdělení dětí do oddílů. Mimo sportovních soutěží, kde jsou zařazeny do kategorií podle věku, jsou do oddílů rozděleny tak, aby vytvořily model rodinné sourozenecké

skupiny. Jsou tam zastoupeny téměř všechny věkové kategorie. Děti tak mohou získat cenné zkušenosti funkčních sourozeneckých vztahů -vzájemná důvěra, ochota pomáhat, respektovat se navzájem, společně tvořit aj .

V těchto oddílech potom vzájemně soutěží, tvoří, hrají divadlo, získávají body pro skupinu, mají vlastní erb apod. Vznikají zde nejen pevná přátelství různě starých dětí, ale mnohdy se upevní i vztahy mezi vlastními sourozenci. Děti si v průběhu roku mezi sebou dopisují a další prázdniny potom vytvářejí pevný základ pro nové oddíly, které se rozšiřují o nováčky. Vzhledem k individuálnímu přístupu a povahovým zvláštnostem některých dětí je z našeho pohledu nutné dodržet maximální stav na 30 lidech pro jeden turnus. V e větším počtu ztrácí základní idea smysl.

Vzhledem k cílové skupině dětí je naší snahou vytvořit u nich základy aktivního trávení volného času, podporu vlastního sebevědomí, budování zdravé ctivosti, soutěživosti, průbojnosti, lepší komunikace aj. Plnění tohoto cíle je zabudované do pečlivě vybraných her s cílenou tematikou. Každý den je vždy celý naplánovaný a jeho obsah schválený na večerních poradách vedoucích. Zároveň se učíme i my od dětí a hledáme další vhodné aktivity. Děti se na vytváření programů spolupodílejí, jsou velmi ochotné a spolupracující.

Další odlišností tábora je ve vzájemném kontaktu se ženami, které v té době absolvují základní léčbu. Jejich střetávání jsou velmi spontánní a přátelská. Děti, které nejsou z rodin s problematikou závislosti se tu s ní setkávají v realitě, mohou diskutovat a ptát se na dané téma. Ty ostatní si často uvědomí, že jejich rodič není nemocný sám, a že cesta uzdravení určitě je. Jsou to právě ony, které jsou v případě prosperity odloučeného rodiče ti nejpřírodnější a nejpochtivější pomocníci na cestě abstinence. Jsou zrcadlem úspěchu či dočasně selhání rodičů. Ze strany pacientek je přítomnost dětí v areálu léčebny a společné soužití nejen zpestřením, ale u většiny i větší motivovaností k další léčbě, včetně doléčování. Stalo se již tradicí, že každoročně jak děti, tak i ženy připravují navzájem program pro společné odpoledne a večer. Tyto programy mají velkou emoční intenzitu a jsou pro nás do budoucna příslibem, že tato práce smysl opravdu má.

Přínosem je také přítomnost mladých dívek, které se léčí ze závislosti na drogách a oslovují děti, které jsou vzhledem k experimentům v kritickém věku. Vzájemným setkáním a rozhovory jsou pro dobrou a úspěšnou prevenci víc než přínosem.

Pokud má prevence prosazovat zdravý způsob života, měli bychom vědět, proč zdravě žít a co vlastně takový zdravý způsob života může přinést. Máme-li v této otázce jasno, je naší povinností předávat tyto zkušenosti dětem. Domnívám se, že tábor v Lojovicích je sice střípkem ve vlivu na celou populaci, přesto střípkem velmi cenným.

Literatura: J.Heller, O.Pecinovská a kol. Závislost známá neznámá

Model práce s rodinnými příslušníky v terapeutické komunitě

Mgr. Josef Radimecký

1. Úvod

V České republice pracuje 15 terapeutických komunit pro drogově závislé, z nichž většina vznikla po roce 1995. Protože se jedná o poměrně nová zařízení, stále dotváří své programy práce s drogově závislými, jejichž součástí by měl být i strukturovaný model práce s rodinnými příslušníky závislých.

Klientům se v terapeutické komunitě dostává dlouhodobé, strukturované a intenzivní péče. Nabízí se srovnání s "dlouhou plavbou", jejíž účinky jsou vnímány jako totožné s dlouhým pobytem v nějaké komunitě. Ty jsou jednoznačně uzdravující, protože přerámčují dosavadní životní způsoby a nastolí něco nového. Rodinným příslušníkům klientů terapeutických komunit není poskytováno zdaleka tolik péče, času a prostoru, jako při "dlouhé plavbě".

Vycházíme-li však z bio-psycho-sociálního modelu pojetí závislosti, kde sociální prostředí a vzájemné vztahy v rodině hrají nezanedbatelnou roli, je aktivní účast rodin v procesu léčby a resocializace závislých nezbytná. Pokud závislý po absolvování programu terapeutické komunity změní své chování a jednání, ale vrátí se do nezměněného, z nějakého důvodu patologického rodinného prostředí, je velká pravděpodobnost, že si svoji změnu v ustrnulém rodinném systému neudrží a navrátí se k původnímu chování před nástupem do léčby. Proto považují práci s rodinnými příslušníky klientů za nezbytnou a za nedílnou součást programu terapeutické komunity, stejně významnou jako práci s drogově závislými klienty.

2. Teoretická východiska práce s klienty a jejich rodinnými příslušníky v TK

2. 1. Závislost jako symptom

Celá řada teorií závislosti (např. biologická, psychodynamická, behaviorální, sociálního faktoru, automedikace,

adaptace versus nemoc, interaktivní nebo teorie zaměřené na rodinný systém), se věnují dílčím příčinám a nepopisují závislost jako systém. Tak vlastně závislost nedefinují. Je to jako popisovat "horečku" uvedením výčtu možností, jak je možné ji dostat. Závislost, stejně jako horečka, je stav vyvolaný mnoha faktory, které spolupůsobí a mohou se navzájem posilovat. Kooyman (4) definuje závislost jako symptom skryté poruchy, jejíž povaha může být psychická, interpersonální nebo sociální.

2.2. Bio-psycho-sociální model závislosti

Zmíněné teorie se zaměřují na faktory, které mohou v různé míře hrát roli při vzniku závislosti, zpravidla je však více těchto faktorů spolu v interakci. Interaktivní model drogové závislosti definovala Světová zdravotnická organizace (5). Závislost je považována za bio-psycho-sociální syndrom podmíněný složitým systémem faktorů, jež mohou vznik závislosti vyvolávat a současně závislé chování udržovat. Podobně Uchtenhagen a Zimmer-Hofler (6) (1981) považují za příčinu vzniku závislosti narušenou rovnováhu mezi vnějším tlakem, vnější podporou a autonomií jedince. Když jeden z těchto faktorů převládne nebo není dostatečně přítomen, prožívá člověk stres, jenž překonává užíváním drog a tak zdánlivě nachází dočasné řešení problémů. Pod vlivem drog se cítí dobře i přes zneklidňující, nudné nebo bolestivé prožitky osobního, sociálního nebo interpersonálního původu.

1 Katalog služeb poskytovaných v protidrogové prevenci, Meziresortní protidrogová komise, Praha 2000,

2 Jedná se zejména o rodiče, ale často i o sourozence klientů, v některých případech i o děti klientů.

3 Černoušek, M.. Loď bláznů, Reflex 5/01 2001,

4 Kooyman, M: The Therapeutic Community for Addicts, Parents Involvement and Treatment Success, Swets en Zeitlinger, Amsterdam, 1993,

5 Edwards, J. a kol.: Seznam a klasifikace problémů spojených s užíváním drog a alkoholu, WHO Geneva 1981,

6 In Kooyman, M.' The Therapeutic Community for Addicts, Parents Involvement and Treatment Success, Swets en Zeitlinger,

Amsterdam, 1993

Bio-psycho-sociální (bio-psycho-socio-spirituální (7) model závislosti je nejčastěji užívaným výchozím modelem závislosti pro práci se závislými v českých terapeutických komunitách.

2.3. Teorie závislosti zaměřené na rodinný systém

Pro vytvoření modelu práce s rodinami závislých v terapeutické komunitě jsou významné teorie zaměřené na rodinný systém. Ty považují závislost za výsledek patologické rovnováhy rodinného systému. Role závislého v rodině odvádí pozornost od jiných problémů a drží rodinu pohromadě, závislé dítě se stává předmětem společného zájmu všech jejích členů. u adolescentních uživatelů drog může závislost souviset s opouštěním domova, kdy se u rodičů i dítěte objevuje strach ze separace. Drogová závislost je cesta k pseudo-nezávislosti a pseudo-individuaci (Stanton a Todd, 1982). Podle Van der Kolka (1992) vede raná traumatizace dítěte rodiči k vytvoření "negativní vazby". Rodiče zůstávají nejdůležitějšími bytostmi, i když dítě dospěje. Děti si nevytváří normální vrstevnické vztahy a mají problémy opustit domov. Závislost bývá rovněž spojována s ranou separací a hyperprotektivitou rodičů (Tennat a Bernardi, 1998) nebo hyperprotektivitou na straně jednoho z rodičů (nejčastěji matky) a citovou neangažovaností druhého rodiče (zpravidla otce). Podle Reillyho (1976) rodiče málo oceňují pozitivní chování dětí, značnou pozornost naopak věnují jejich negativnímu chování. Tyto teorie se při práci se závislými a jejich rodinami potvrzují, nelze je však používat obecně. Při práci s klienty a jejich rodinami je vždy nezbytné zohlednit jejich individuální situaci a potřeby.

3. Začlenění rodiny do léčby drogově závislých

3.1. Terapeutická komunita jako náhrada rodiny

V prvním období rozvoje terapeutických komunit pro závislé ve Spojených státech byla komunita považována za novou rodinu závislého - náhradu za rodinu, kterou nikdy neměl (De Leon a Beschner, 1976). O původní rodině se předpokládalo, že má na členy komunity negativní vliv a přinejmenším prvních několik měsíců byly kontakty mezi členy komunity a rodinou znemožněny. Až v sedmdesátých letech se ukázalo, že zapojení rodin do léčby napomáhá předejít tomu, aby rodiny sabotovaly úsilí komunity (O'Brien, 1983). Rodiče přestali být považováni za nepřátele, ale za mocný zdroj pomoci a podpory.

3.2. Začlenění rodiny do programu terapeutické komunity

Americké terapeutické komunity tak učinily ze spolupráce s rodinou integrální část svých aktivit. Reagovaly tak na skutečnost, že po propuštění z komunity se závislý většinou vracel ke své původní rodině. Pokud by rodina nezískala žádnou péči, mohlo se objevit náhlé zhoršení výsledků dosažených klientem komunity (Kooyman, 1992).

3.3. Zapojení rodin do programů léčby a resocializace závislých v ČR

Ve výzkumu z roku 2000 uvedlo 83,5% všech institucí v ČR, aktivních v léčbě a resocializaci drogově závislých, práci s rodinami závislých (8). Z dalšího dotazování vyplývá, že nejčastěji užívanou formou práce s rodinami klientů jsou rodičovské skupiny. Z dotazníkových šetření mezi rodiči klientů v terapeutické komunitě White light 1. vyplývá, že tato forma spolupráce s rodinami je, co do nabídky a intenzity, nedostatečná a

neuspokojuje jejich potřeby. Ty jsou komplexnější, což vyžaduje různé formy a větší intenzitu práce s rodinami. Jeden možný model ucelené a strukturované práce s rodinami se pokusím představit.

4. Model práce s rodinnými příslušníky v TK White Light 1.

4.1. Mapování potřeb rodinných příslušníků

Má-li být program práce s klienty a jejich rodinnými příslušníky efektivní, musí vycházet ze znalosti jejich potřeb. Proto jsou klienti a jejich rodiny cenným zdrojem informací pro zvyšování kvality a efektivitu programu a jeho nabídky. Tyto informace lze získávat několika formami:

- * mapováním očekávání při rodinných sezeních (vstupní pohovor, sezení v průběhu programu),
- * mapováním očekávání při skupinových sezeních (oddělené/společně s klienty),
- * dotazníkem - subjektivní spokojenost klienta/člena rodiny s poskytovanými službami,
- * dotazníkem - individuální hodnocení klienta (vyplňují rodiče i klienti)
- * dotazníkem - závěrečné hodnocení společných aktivit.

Potřeby rodinných příslušníků klientů terapeutických komunit se v průběhu programu vyvíjejí a mění, z obecnější roviny se zpravidla více konkretizují. Mezi nejčastější patří:

7 Kudrle, S.: Závislost na alkoholu a jiných látkách, návyky; Doorway, scriptum 1993,
8 Csémy, L. - Sadílek, J.: Diferenciace institucionálního kontextu programů práce s drogově závislými, Praha 2000.

- * proniknutí do problematiky závislosti (vznik, průběh, "chutě"/bažení, prevence relapsu),
- * odpověď na otázku viny rodiny na závislosti jejího člena,
- * odpověď na otázku proč náš syn/ dcera/ sourozenec užívá drogy,
- * informace o terapeutické komunitě, programu a pravidlech,
- * ověřit si, že nejsem sám, kdo se potýká s podobným problémem,
- * získat odpovědi týkající se obav z budoucnosti.

Výstupy mapování potřeb a jejich uspokojování slouží jako podklad pro vytvoření, případně pro další úpravy programu práce s klienty i jejich rodinnými příslušníky.

4.2. Formy práce s rodinami závislých

Na základě definování základních potřeb rodinných příslušníků klientů terapeutické komunity pro závislé lze vyspecifikovat formy práce, kterými lze jejich potřeby uspokojovat.

Podle Matouška (9) je nejvýhodnější kombinace tří základních modů, jež jsou uplatňovány podle toho, jak vyhovují potřebám rodiny:

- * poradenský modus - pracovník vystupuje vůči rodině jako ten, kdo ví. Svou instrukcí přebírá odpovědnost za řešení rodinných těžkostí na sebe. Tato poloha vyhovuje zejména externě závislým rodinám.
- * terapeutický modus - pracovník se soustřeďuje zejména na rodinné interakční vzorce, vytváří prostor pro společný zážitek interakčních vzorců. V tomto případě má terapeut dvě možnosti. Buď zůstane neutrální nebo může zvolit alternativu kontrolovaného stranění. Při uplatňování tohoto modu je nezbytná průběžná supervize.
- * podpůrný /edukativní modus - pracovník se snaží kompenzovat rodinný handicap přímou pomocí (např. poskytováním informací, obstaráváním finanční pomoci, aj.), snaží se podporovat všechny rodinné síly, které dávají naději na zvládnutí aktuálních potíží.

Tyto mody jsou při práci s rodinami závislých obvykle používány smíšeně, jeden z nich však zpravidla převládá v závislosti na schopnostech a dovednostech terapeuta, poradce či sociálního pracovníka. Pracovník je navíc ovlivněn zkušenostmi, které si přinesl ze své původní rodiny. Měl by proto projít výcvikem, který zahrnuje reflexi osobního vzoru rodiny a pracovat pod supervizí.

Pokusů o využití principů rodinné terapie bylo mnoho, zkoušeny byly různé přístupy. Výzkum u rodin s alkoholikem ukázal jako nejproduktivnější behaviorální terapii rodiny, výrazně menší vliv měla rodinná terapie zaměřená na vyjasnění rolí či zlepšení vnitrorodinné situace. Podobně tomu bude pravděpodobně i u rodin závislých na nealkoholových drogách. Osvědčují se programy, při nichž se členové rodiny závislého učí předcházet vzniku chutí na drogy či užívání drog (prevence relapsu), řešit spory a problémy jiným způsobem než užitím drogy a věnovat se aktivitám, které se s užíváním drog neslučují. Dobré zkušenosti jsou i s písemnými smlouvami mezi klientem a rodinou, respektive mezi klientem, rodinou a terapeutickou komunitou.

4.3. Prostředky práce s rodinami závislých v terapeutické komunitě

K uspokojení potřeb rodinných příslušníků ze strany terapeutické komunity lze využít různé prostředky:

- * práce s rodinným systémem (strukturovaný vstupní pohovor, individuální rodinná sezení - 1x za měsíc při návštěvních dnech/ po vzájemné dohodě);
- * rodičovské skupiny (1x za měsíc při návštěvních dnech, 1 x za 3 měsíce při rodičovských víkendech);
- * účast rodin v programu (účast na skupinách po výjezdech klientů, pobyt v komunitě u klientů ve 2. fázi po vzájemné dohodě);
- * rodičovské víkendy (1 x za 3 měsíce - strukturovaný program obsahující společné a oddělené skupiny rodičů a klientů, individuální rodinná sezení, kluby, společné sportovní aktivity);
- * "tripartitní smlouva" sepsaná mezi klientem, rodiči a komunitou při ukončení programu.

Ideální, zejména co do intenzity, prostoru a času pro práci s rodinami závislých je kombinace výše uvedených prostředků (jejichž výčet nemusí být konečný) a vytvoření uceleného a ustáleného modelu, který je nedílnou součástí programu léčby a resocializace závislých v terapeutické komunitě (10).

5. Závěr

Základním východiskem práce terapeutických komunit je individuální přístup k závislým i k jejich rodinným příslušníkům. Je proto třeba uskutečňené aktivity průběžně, ve spolupráci s klienty a jejich rodinami, vyhodnocovat, aby pracovníci programu neopakovali málo efektivní metody práce a naopak rozvíjeli aktivity odpovídající aktuálním potřebám klientů a jejich rodinných příslušníků. Z takových hodnocení v období 1999 - 2000 (11) vyplývají tyto obecné závěry a doporučení pro práci s klienty a jejich rodinami:

10 Operační manuál terapeutické komunity pro mladé závislé lidi White Light Ic, Mukařov-Verneřice, Děčín 2000,

11 Terapeutická komunita pro mladé závislé lidi White Light Ic, Mukařov-Verneřice, Děčín 2000.

- * včas, jasně a srozumitelně vymezit pravidla pro všechny zúčastněné.
- * diferencovat práci s klienty a jejich rodinami (např. téma a od něj se odvíjející použitá technika pro rodinné sezení) podle toho, v jaké fázi se klient nachází;
- * průběžně zařazovat vzdělávací blok (přiblížení etiologie závislosti pomáhá rodičům pochopit chování jejich dětí, odpovědět na jejich obavy a nejistoty, předcházet relapsu);
- * motivovat členy rodiny, aby absolvovali celý program (např. s rodičem, který absolvuje seznamovací komunitu při rodičovském víkendu se snáze daří navázat atmosféru vzájemné důvěry, která je nezbytná pro náročnější části programu);
- * netrvat bezpodmínečně na přítomnosti všech členů rodiny/ obou rodičů (i když si členové rodiny uvědomují potřebu změny jejich vztahů a přistoupí na spolupráci s komunitou, je třeba počítat s jejich určitým odporem. Rodinné poradenství, resp.rodinnou terapii lze dělat i s jednotlivcem. Pod dojmem jednoho z členů rodiny ze společné aktivity se příštího setkání zpravidla zúčastní i resistantní člen rodiny);
- * sledovat náplň dne klientů, kteří nemají na rodičovské aktivitě žádného rodinného příslušníka (zejména u nováčků);

Z uvedených dotazníkových šetření dále vyplynulo:

- * za nejužitečnější části programu označili rodinní příslušníci individuální rodinná sezení (51,7 %) a rodičovské skupiny (44,8 %);
- * na otázku co je z programu neoslovilo, nemělo pro ně význam, či jim chybělo, v několika případech uvedli požadavek většího prostoru pro individuální rodinná sezení s terapeutickou dvojicí (10,3%), někteří postrádali chybějícího člena/-y rodiny (10,3%), naprostá většina na tuto otázku neodpovídala;
- * na otázku co nového jsem zjistil, uvědomil si, naučil se, nejčastěji uvádějí:
 - * problém v rodinné komunikaci, který jsem si dříve nepřipouštěl;
 - * nutnost vzájemně si naslouchat;
 - * proniknutí do problematiky závislosti (vznik, průběh, chutě, prevence relapsu);
 - * pocit, že nejsem v dané situaci sám;
 - * musím změnit svůj přístup k synovi/dceři;
 - * neopakovat stále stejné chyby .

Z průběžného sledování a hodnocení efektivity programu terapeutické komunity White Light 1., která uvedený model práce s rodinnými příslušníky používá od roku 1999, došlo v roce 2000, ve srovnání s předchozím obdobím -1997 až 1999 - k významnému snížení počtu předčasného ukončení programu ze strany klientů, tzv. drop-outů. To pravděpodobně souvisí se zvýšením informovanosti rodičů o programu, s navázáním kvalitativně hodnotnějšího vztahu mezi rodinnými příslušníky a pracovníky komunity a se sdílením cílů klientů v programu jejich rodiči a sourozenci.

Použitá literatura :

Černoušek, M. . Loď bláznů, Reflex 5/01 2001.

Hajný, M., Klouček, E,Stuchlík, R.. Akta Y; Votobia, Praha 1999

Katalog služeb poskytovaných v protidrogové prevenci; Meziřesortní protidrogová komise, Praha 2000

Knobloch, F.. Integrovaná psychoterapie; Avicenum, Praha 1992.

- Knobloch, F.. Integrovaná psychoterapie v akci; Grada Publishing, 1999.
- Kooyman, M. The Therapeutic community for addicts, Parents involvement and treatment success, Swets en Zeitlinger, Amsterdam, 1993
- Kratochvíl, S..Základy psychoterapie; Portál, 1997.
- Kratochvíl, S.. Skupinová psychoterapie v praxi; Galén, Praha 1995.
- Kratochvíl, S.: Manželská terapie; Portál, Praha 2000.
- Kuda, A. Tematické skupiny prevence relapsu; P centrum, Olomouc 2000
- Kudrle, S . Závislost na alkoholu a jiných látkách, návyky; Doorway, scriptum 1993.
- Lakomá, j. Skupinová psychoterapie v reedukačním procesu, Psýché, Praha, scriptum 1993
- Leman, K.. Sourozenecké konstelace, Portál, Praha 1997.
- Matoušek, O.. Rodina jako instituce a vztahová síť; Slon, Praha 1993.
- Operační manuál terapeutické komunity pro mladé závislé lidi White Light 1., Mukařov-Verneřice, Děčín 2000.
- Problematika zneužívání návykových látek, Sborník, Pedagogická fakulta UK Praha 1995.
- Prochaska, j. O. - Norcross, j. C.. Psychoterapeutické systémy - průřez teoriemi; Psýché, Praha 1999.
- Rieger,Z.. Loď skupiny; Konfrontace, Hradec Králové 1998.
- Rieger,Z.,Vyhnálková, H.: Ostrov rodiny; Konfrontace, Hradec Králové 1996.
- Rotgers, F. a kol.. Léčba drogových závislostí, Psýché, Praha 1999.
- Vágnerová, M.. Psychopatologie pro pomáhající profese; Portál, Praha 1999
- Vos, H P. J.: Trauma a závislost, závislost na traumatu, Whitfield, Ch. L: Co-dependence, závislosti a příbuzné poruchy, Sananim Olomouc 1997.
- Yalom, I. D. The Theory and Practice of Group Psychotherapy; 4. vydání, New York, Basic Books 1995, (česky Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Konfrontace, Hradec Králové 1999).

Zneužití psychoterapie Stanislava Simínová

Toto téma je velmi přitažlivé. Prolíná se v mnoha příbězích z psychiatrických léčeb, je to atraktivní téma v literatuře i na filmovém plátně. Méně atraktivně vypadá v reálu. Podívejme se nejprve na roli psychoterapeuta. Je to role spolehlivého, kompetentního a zkušeného experta. Je třeba si uvědomit, že pokud je psychoterapeut v očích klienta osobou důvěryhodnou a požívá autority, pak klient přebírá psychoterapeutovy postoje a názory, i když jsou jen naznačeny, nebo vyplývají z psychoterapeuta chování.

Odpovědnost psychoterapeuta je z etického hlediska veliká. Jeho vliv je určován počáteční motivací při volbě tohoto povolání i motivací k práci. Práce to není lehká, znamená enormní zátěž na psychiku psychoterapeuta, osobní rizika, zklamání.

Hlavní požadavky na psychoterapeuta v oblasti léčby závislostí jsou:

1. empatie - vcítění se
2. autenticita - být sami sebou
3. akceptace - bezpodmínečné přijetí klienta - přijímat jedinečného; pochopit, ale netřeba s ním souhlasit.

Zásadou při psychoterapii jsou potřeby klienta, nikoli potřeby psychoterapeuta. Nedomnívám se, že by psychoterapeuti své klienty často a principiálně ohrožovali, byť s nimi mnozí manipulují opravdu masivně. Jejich povinností je pomáhat klientům v dosahování objektivní reality, ale na druhé straně znát známé úsloví upozorňující na to, že "cesta do pekla bývá dlážděna dobrými úmysly".

Zneužití psychoterapie je situace, kdy psychoterapeut používá psychoterapie k uspokojování svých potřeb, nikoli v zájmu klienta.

Psychoterapeutický vztah je specifický pracovní vztah. Pro vytvoření dobrého pracovního vztahu je nutné, aby psychoterapeut byl schopen pozorně naslouchat a porozumět. S klientem jedná zdvořile, s respektem, a bere vážně, co mu klient sděluje. Nemůže si dovolit jedovatosti ani ironii, nezlehčuje problém. Psychoterapeut je v komunikaci vřelý, přátelský a opravdový.

Součástí vztahu je závislost klienta na psychoterapeutovi. Klienti si dosazují psychoterapeuta do různých rolí. Je to pro ně autorita, myslí si, že psychoterapeut všechno ví, že má patent na rozum. Psychoterapeut má o klientovi citlivé informace intimního charakteru, které nemá zpravidla ani nikdo z jeho nejbližších. Těch může velmi snadno zneužít. Klient se nemůže chovat rovnoprávně. Je to vztah klient versus emočně významná osoba. Pro každého psychoterapeuta je důležité si uvědomit, že tlak autority dokáže přimět lidi k tomu, aby dělali věci, kterých by se jinak nedopustili a kterými mohou dokonce i trpět.

Přenosem se může psychoterapeut stát velmi významnou osobou, klient si ho může projekovat do pro něj velmi významných lidí. Klient se bojí, že ho psychoterapeut nepochopí nebo odmítne, přestane ho mít rád. Přisuzuje mu síly a možnosti, která psychoterapeut nemá.

Každý typ psychoterapie má jiná rizika zneužití. Například při direktivní psychoterapii má terapeut mocenské ambice. Lze je uplatnit velmi snadno na klientovi.

Finanční zneužívání - psychoterapeut upřednostňuje svou finanční situaci, protahuje léčebný proces, bez ohledu na to, jestli je jeho styl indikovaný, prospěšný pro klienta. Zajímá ho více vlastní zisk, obzvlášť v případě movitého klienta.

Další typ zneužití psychoterapeutovy moci je využívání klientů v rámci jejich profese - například řemeslníci (instalatér, elektrikář, zedník, švadlena).

Další atraktivní možností psychoterapeuta je zneužití sexuální. Je to obzvláště lákavé při setkání žena - muž. Ale ani homosexuální vztahy nejsou vyloučené.

Uveďme případ: Klient žena, psychoterapeut muž: žena-klientka si může projíkat do psychoterapeuta muže svého života. Dochází k erotizovanému přenosu. Představuje si psychoterapeuta jako potenciálního partnera. Je nutné dodržet sexuální abstinenci. Psychoterapeut může s tímto přenosem pracovat. V žádném případě nesmí posilovat naději na vztah, ani do budoucna, byť by se mu tato situace jevila výhodná pro terapii. Sexuální zdrženlivost je bezpodmínečně nutné dodržet dalších 5 let po skončení psychoterapie.

Další hrubou neukázněností psychoterapeuta je neadekvátně se zabývat sexuálním životem klienta. Pokud to není významné pro klienta, je hrubou chybou psychoterapeuta ukájet svou zvědavost nebo zálibu v rozpitvávání tohoto tématu.

Též je třeba se zmínit o technice doteků. Mají být přiměřené. Psychoterapeut by měl vědět, co tím sleduje, čeho chce dosáhnout. Ne se pouze baví na účet pacienta.

Další možností zneužívání psychoterapie je situace, kdy psychoterapeut supluje dovednost v navazování vztahů.

Příklad: ošklivý psychoterapeut-muž, který má v běžném životě potíže v navazování kontaktů se ženami, využívá

svého postavení. V případě, že se psychoterapeutovi líbí klientka, musí si to včas uvědomit a hlídat se, nebo využít supervizi. Když už se zamiluje, nemůže pokračovat v psychoterapii, musí klientku předat jinému kolegovi. V individuální psychoterapii je to velmi snadné, netřeba rozvádět. Intimita napomůže.

Společenské zneužití: pokud mám společensky významného klienta, přidržím si ho v terapii (politik, herec).

Využívám jeho informaci ke svým zájmům, pokud jsem šikovný, tak i ke společenskému vzestupu. Snažím se ho upoutat k sobě. Velmi se nabízí zneužití práce s kamerou, zneužití filmového materiálu.

Psychoterapeut - narcis. Je "zamilovaný" sám do své osoby. Je přesvědčen o svých kvalitách ve všech směrech. Myslí si, že je přitažlivý, dokonalý. Všichni si toho musí všimnout a obdivovat ho.

Mesiášský postoj, velmi oblíbený postoj žen-psychoterapeutek. Je hodná, má všechny ráda ("vždyť vy víte, jak na vás trpím"). Nepodporuje klienta v samostatnosti, ale udržuje ho v závislosti na sobě. Když by chtěl vyrůst, srazí ho. Shazuje jeho aktivity. Má potřebu vyniknout sama na úkor klienta.

Protikladem je agresivní psychoterapeut. Vybijí svou agresivitu vůči nesympatickým klientům. Je nespravedlivý. Když ho klient znejistí, neví si rady, zaútočí na klienta. Terapeutovi to udělá dobře, ale klientovi uškodí.

Velmi důležitou kategorií v morálním kodexu psychoterapeuta je mlčenlivost. Není možné vyprávět historky z psychiatrické léčebny pro pobavení společnosti, zneužívat informaci pro svůj zisk. Historky z léčebny nevyprávíme prostě nikde, ani partnerovi.

Techniky, které psychoterapeut chce používat, musí umět a musí vědět, proč je dělá! Nemůže si jen tak něco zkoušet.

Já sama jsem se setkala s psychoterapeutem - ženou, která si velmi libovala v podrobném rozebírání sexuálního chování svých klientů. Ať začala skupina na jakémkoliv téma, snažila se převést problém na sex. Klienti se jí sice za zády posmívali, ale její zvědavost nakonec ukojili. Když přijel někdo z příbuzných na rodinnou terapii, byl varován, ať si připraví odpovědi na indiskrétní otázky. Vypadá to neuvěřitelně, ale závěrem i rodinní příslušníci uspokojili její chorobnou zvědavost. Proč? Měla v rukou moc a mohla ubližovat.

Závěrem bych chtěla zdůraznit, že psychoterapeut by měl být osobnost s vysokými morálními hodnotami. Je nemožné, aby měl poruchy osobnosti. Musí být vyrovnaný a autentický. Musí se znát a mít v sobě jasno. Na prvním místě je prospěch klienta, ne psychoterapeuta. Jednáme vždy ve shodě s etickými principy.