

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Institut mezioborových studií Brno

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Brno 2010

Ladislava Pavlíčková

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Institut mezioborových studií Brno

**Zvláštnosti komunikace v pracovním prostředí s osobami
nepřizpůsobivými /s poruchou osobnosti/**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Antonín Olejníček

Vypracovala:

Ladislava Pavlíčková

Brno 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Zvláštnosti komunikace v pracovním prostředí s osobami nepřizpůsobivými /s poruchou osobnosti/“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury. Který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

Ve Zhoří dne: 10. 4. 2010

.....

Ladislava Pavlíčková

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Antonínu Olejníčkovi, za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce. Zejména mu však také děkuji, že trpělivě přečetl celou práci a pomohl svými podněty zlepšit její obsah. Dále děkuji Mgr. Věře Fialové za užitečné rady a podněty, které mi při zpracovávání bakalářské práce poskytla.

Ladislava Pavlíčková

Obsah:

Úvod	3
I. Teoretická část	6
1. Poruchy osobnosti	6
1.1 Etiologie poruch osobnosti	9
1.2 Klasifikace poruch osobnosti	10
1.3 Specifické poruchy osobnosti	15
1.3.1 Paranoidní porucha osobnosti	15
1.3.2 Schizoidní porucha osobnosti	16
1.3.3 Disociální porucha osobnosti	17
1.3.4 Emočně nestabilní porucha osobnosti	18
1.3.5 Histrionská porucha osobnosti	20
1.3.6 Narcistická porucha osobnosti	21
1.3.7 Anankastická porucha osobnosti	21
1.3.8 Pasivně – agresivní porucha osobnosti	22
1.3.9 Vyhýbavá porucha osobnosti	23
1.3.10 Závislá porucha osobnosti	24
1.4 Dílčí závěr	25
2. Pracovní prostředí – oddělení Psychiatrické léčebny	26
2.1 Problematika duálních diagnóz	28
2.2 Klient nepřizpůsobivý	28
2.3 Základní předpoklady pro léčbu, resocializaci poruch osobnosti	29
2.4 Dílčí závěr	30
3. Komunikace	32
3.1 Funkce komunikace	33
3.2 Druhy komunikace	34
3.3 Zvláštnosti komunikace s klientem nepřizpůsobivým	37
3.4 Maladaptivní chování v komunikaci a strategie jejich řešení	37

3.5 Psychoterapie a komunikace v procesu resocializace	47
3.6 Dílčí závěr	54
II. Praktická část	56
4. Kazuistika A	56
5. Kazuistika B	59
6. Kazuistika C	62
Závěr	66
Resumé	68
Anotace	69
Seznam použité literatury	70
Seznam příloh	72

Úvod

Lidé se projevují různým způsobem, můžeme a často pozorujeme jejich chování. V tomto smyslu pak vyvozujeme a usuzujeme, jak lidé danou situaci prožívají, a jak o ní uvažují. Tento projev může odpovídat našemu očekávání, ale z nějakého důvodu, může být zcela odlišný, nestandardní.

Určité procento lidí v naší společnosti není vybaveno takovými schopnostmi, aby zvládlo požadavky, které jsou na ně běžným životem kladeny. Reagují prostě jinak. V okolním světě se setkávají s nepochopením, jsou vnímány jako osoby nepříjemné, rušivé, nepřizpůsobivé. Ale i oni, jedinci trpící poruchou osobnosti jsou součástí naší společnosti.

Typické projevy jedinců s poruchou osobnosti bývají pro okolí často velmi zatěžující, stávají se příčinou různých konfliktních situací, což způsobuje jejich odmítání. Může se jednat o neustálé lži, bezohlednost, agresivní chování, využívání druhých lidí.

Lékaři, pedagogové, sociální pracovníci a všichni ti, kdo se setkávají a pracují s lidmi, kteří mají stanovenou diagnózu porucha osobnosti, obvykle předpokládají, že spolupráce s těmito lidmi bude náročná a nejspíše neúspěšná. Jedenáct let pracuji v Psychiatrické léčebně a ze zkušeností vím, že klienti trpící zmíněnou poruchou vehementně vyžadují odstranění nejrůznějších obtíží, ale zároveň, rychle odmítají jakékoli doporučení.

Doposud je možné slyšet názor některých odborníků a v důsledku toho i veřejnosti, že poruchy osobnosti léčit nelze. A že jedinci takto disponovaní nikdy nemohou ve společnosti řádně fungovat a vždy selhávají. Proto po přečtení diagnózy z tohoto okruhu většina pracovníků již předpokládá nepříjemnosti a konflikty, což velmi často vede k neadekvátní péči.

Toto téma jsem si vybrala také proto, že se domnívám, že mezi zdravotníky a lidmi pracujícími v mnoha pomáhajících profesích nepanuje k jedincům s poruchou osobnosti přátelský postoj. Dalším důvodem, který mě vedl k výběru tématu je můj

ztotožňující se názor s odborníky, kteří naopak tvrdí, že poruchy osobnosti jsou léčitelné, ale cesta k jejich „uzdravení“ je nelehká. Vyžaduje z řad pečujících nutnou dávku energie, trpělivosti a v neposlední řadě odborných znalostí.

Zdravotničtí pracovníci jsou v podstatě nejen v roli pečujících odborníků zajišťujících a uspokojujících bio-psycho-sociální potřeby klientů, ale i v roli sociálního pedagoga. Kdy využitím okolností a prostředí se snaží na danou osobnost klienta zapůsobit tak, aby co nejméně pociťoval, že je vychováván. Využívá především práci ve skupině, se skupinou, která má podobu intervence do sociálně psychického klimatu skupiny i jednotlivce. Podstatou je pak analýza sociálně deviačního způsobu života. Pomáhající profesionál, kterým je zdravotnický personál, pak při hledání řešení a výchově ke svépomoci může často sehrát významnou roli.

Při sociálně výchovném působení personál dále využívá režimových metod, které staví na navození určitého řádu a pravidel. Neméně důležitá je metoda inscenace, které je založena na ukázce nejrůznějších modelových situací.

V odborné literatuře autoři zabývající se léčbou (psychoterapií) a resocializací poruch osobnosti shledávají hlavní podíl úspěchu v ochotě klienta ke změně a spolupráci. K ochotě spolupracovat však nedochází ihned. Předchází ji řada konfliktních situací, které klienti řeší předčasným odchodem z léčebny. Což vede k opětovnému selhávání ve společnosti a disociálnímu způsobu života. Proto, jsem se ve své práci zaměřila na vyhledání a nastínění určitých strategií především v komunikaci, které by minimalizovaly rizika předčasně ukončené léčby. A tím přispěly k časové rezervě pro možnosti hledání optimálních cest a způsobu kompenzace v procesu utváření zdravého způsobu života. Vzhledem k tomu, že pracuji v Psychiatrické léčebně, je práce demonstrována v souladu s tímto prostředím.

Cíl bakalářské práce

Cílem mé práce je deskripce a zmapování poruch osobnosti a poukázání na jejich maladaptivní způsoby chování. Rovněž nastínit strategie a možné zásady v komunikaci, o kterých se domnívám, že by mohly být využity při jednání s těmito

lidmi v pracovním prostředí, jako prevence konfliktů a možnosti pro navázání spolupráce, což demonstruji na uvedených kazuistikách. Mým cílem je také v rovině teoretické upozornit na problematiku duálních diagnóz, která není v odborné literatuře příliš zmapována, ale ve které spatřuji určitá východiska pro pochopení příčin disociálního způsobu života jedinců s poruchou osobnosti.

Metody a techniky použité při zpracování bakalářské práce

Při zpracování bakalářské práce byla v teoretické části použita obsahová analýza dostupných materiálů, zejména odborné literatury. V praktické části byla zvolena rovněž analýza spisového materiálu, především chorobopisů na jejich základě a na základě informací z nestandardizovaných rozhovorů byla získána data pro kazuistiky.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Poruchy osobnosti

„V historii lidstva hráli takoví jedinci často významnou úlohu. Mnozí z nich získali velkou moc, vytvořili různá pozoruhodná díla, nová učení nebo nějakou věc fanaticky hájili. Jsou mezi nimi podivíni, fanatici, reformátoři, vynálezci a géniové, ale i zločinci.“¹

Psychouš, blázen, podivín a mnohdy i jinak hovoříme o jedincích, kteří svým chováním a vystupováním nezapadají do škatulky toho, co považujeme za normu. Často se však může jednat o jedince trpící poruchou osobnosti někdy nazývané také jako psychopati. Ze slovníku cizích slov se dozvídám, že psychopat je ten kdo trpí psychopatií. Pojem psychopatie měl během historického vývoje řadu podob. Koncem 18. století Pinela a Esquirola odlišili psychopatickou osobnost od jiných psychických poruch. Hovoří o jedincích, kde jsou intelektové funkce nedotčeny, kde však je sklon k impulzivitě, násilnostem až k vraždám.

Vlastní název psychopatie použil Freuchtersleben roku 1847, ale klinickou charakteristiku rozpracoval jako první Koch a to v roce 1888. Charakterizoval ji jako nedostačivost, méněcennost pro niž je typická porucha chování.

V roce 1923 psychopatii podrobně popsal psychiatr Kurt Schneider, který ji chápal jako vrozenou a do značné míry biologicky podmíněnou poruchu. Vytváří svou deskriptivní klasifikaci deseti typů s dalšími možnými kombinacemi: hyperthymní, depresivní, sebejistí, fanatičtí, bažící po uplatnění, náladově labilní, explosivní, bezcitní, bez vůle, asteničtí.²

¹VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 511 s.

²HANZALÍČEK, L. *Psychiatrická encyklopedie*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1982

V roce 1952 pak Americká psychiatrická asociace nahrazuje psychopatii výrazem sociopatie. Schneider zklamaně připouští celou vágnost výrazu psychopatie a prohlašuje: „Psychopatie je mrtvá, ale zůstávají psychopaté“.³

V té době dochází ke změně v oblast názvosloví, termín psychopatie je nahrazen pojmem porucha osobnosti, ale užívá se stále v USA ve významu disociální poruchy osobnosti a patří k těm psychiatrickým termínům, které jsou širokou veřejností užívány jako hanlivé označení, nadávky pro nepohodlné jedince.

Definovat poruchy osobnosti je obtížné, vždyť ostrá hranice mezi patologií a normalitou se často může jevit nejednoznačně. Poruchy osobnosti nejsou nemocemi v pravém slova smyslu. Jejichž podkladem je disharmonicky vyvinutá osobnost. V podstatě jde o extrémně vystupňované povahové a charakterové rysy.

Osobnost člověka funguje jako integrovaný celek, který je individuálně typický a ve svých charakterových rysech i relativně stabilní. Osobnost člověka určuje, jak se jedinec bude v různých situacích projevat. Toto platí i tehdy, když se některé rysy osobnosti více či méně liší od normy. Jsou nápadné nebo naopak velmi málo vyjádřené. Výsledkem je i v tomto případě individuálně typický a relativně stabilní celek. Ale způsob prožívání, chování a uvažování takového člověka především pak sklony k vytváření vztahů k okolí se liší od standardu dané společnosti.

Takto disponovaní lidé mají sklon reagovat neobvyklým způsobem na běžné podněty, nedokážou těžit z odměny, poučit se z trestu, nejsou schopni hlubších emočních prožitků a chybí jim pevné mezilidské vazby vedoucí k poruchám sociální adaptace. Tyto maladaptivní vzorce chování jsou hluboce zakořeněné a vedou k závažným osobním a sociálním selháním.

Poruchy osobnosti jsou poruchami stabilními, k sociálnímu selhávání a výkyvům dochází při nepříznivých vnějších zátěžích, jako jsou například partnerské krize, pracovní problémy, změna prostředí. Nebo na základě vnitřních faktorů čímž

³tamtéž

mohou být kritická věková období, závažná onemocnění. Hovoříme pak o etapách kompenzace a dekompenzace jedince.⁴

Podle 10. decenální revize Mezinárodní klasifikace nemocí představují poruchy osobnosti „extrémní nebo významné odchylky od způsobu, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště utváří vztahy s druhými. Takové vzorce chování mají tendenci být stabilní a zahrnout různé oblasti chování psychologických projevů. Jsou často, i když ne vždycky, sdruženy s jistým stupněm subjektivní tísně a problémy v adaptivní společenské aktivitě a v dosahování žádoucích cílů.“

Obecná kritéria pro hodnocení poruch osobnosti lze podle 10. Mezinárodní klasifikace nemocí shrnout do následujících bodů:

- Jde o trvalý stav, který s určitými výkyvy přetrvává celý život.
- Projevuje se podivným, maladaptivním, eventuelně až hrubě rušivým chováním, jehož důsledky v nestejně míře trpí sám jedinec i jeho okolí a které zvyšuje riziko nejrůznějších konfliktů.
- Tolerance k zátěži je snižena, což se projevuje snadným navozením neadekvátních reakcí.
- Náhled na nepřiměřenost vlastního chování, názorů a postojů je nedostatečný.
- Rezistence ke změnám, neschopnost poučit se ze zkušenosti

Vágnerová definuje poruchu osobnosti jako určitý, trvalý, těžko ovlivnitelný vzorec osobnostních rysů, které se odlišují od aktuální sociokulturní normy. Její součástí jsou nadměrně zvýrazněné některé vlastnosti osobnosti. Jejím důsledkem je pak narušení:⁵

- osobní pohody, vztahu k sobě, hodnocení sebe samého i svého jednání

⁴PRAŠKO, J., et al. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003, 19-20 s.

⁵VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 513 s.

- sociální adaptace, vztahu ke světu, k jiným lidem, ke společnosti

1.1 Etiologie poruch osobnosti

Příčina vzniku poruch osobnosti není jednoznačně určena. Předpokládá se, že se zde uplatňují různé faktory biologické i psychosociální, které působí ve vzájemné interakci.

Často však také záleží na teoretické orientaci autorů. Podle některých je etiologie poruch osobnosti čistě biologická a genetická. Dle jiných analyticky orientovaných autorů je etiologie pouze záležitostí psychologickou.

Ján Praško považuje za pravděpodobnější, že etiologie těchto poruch představuje komplexní kombinaci mezi temperamentem a charakterem. I když stupeň toho, jak se které faktory uplatňují v etiologii, bude u různých poruch osobností různý.

Predispozice ke vzniku poruch osobnosti je dána pravděpodobně geneticky. Může však také souviset s prenatálním obdobím dítěte, kdy vlivy z vnitřního prostředí plodu, ale i zevní zátěžové faktory působící na matku mohou ovlivnit vývoj mozku dítěte.

Teorii, která na základě genetiky vysvětluje vznik určitých typů poruch osobnosti, je „syndrom narušené závislosti na odměně“. Základem je předpokládaná odchylka jednoho dopaminového receptoru, lokalizovaná na 11. chromozomu. Koncept syndromu zahrnuje například kompulzivní chování, které je typické pro anankastickou poruchu osobnosti. Dle této koncepce jsou odchylky v chování projevem potřeby nadměrné stimulace libostních center. Těmto lidem pak k uspokojení běžné podněty nestačí.⁶

Například zvýšena hladina testosteronu a jiných pohlavních hormonů byla zjištěna u osob se zvýšenou impulzivitou. Není však zcela jasné, zda tyto změny

⁶VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 517 s.

biologických funkcí hrají roli v etiologii poruch osobnosti, či zda jsou důsledkem těchto poruch.⁷

Dalším důležitým faktorem etiologie těchto poruch jak jsem již zmínila, jsou faktory psychosociální. Rodinné prostředí v raném dětství hraje významnou roli při formování postojů dítěte. Neúplnost rodiny, konfliktní, emočně vypjaté rodinné prostředí, příliš trestající, restriktivní, nebo tvrdá výchova, mají výrazný vliv na rozvoj dispozice k poruše osobnosti.

Rahn a Mahnkopf v roce 2000 mluví o specifické vulnerabilitě, která je dána psychosociální predispozicí. Tím je myšlena chronická zátěž, jíž byl jedinec vystaven v raném dětství. Za významný rizikový faktor, který může negativně ovlivnit osobnost jedince je považována raná citová deprivace.⁸ V dalším vývoji pak nasedají vlivy školy, společnost vrstevníků, sociální skupina, k níž jedinec patří, a její životní styl.

1.2 Klasifikace poruch osobnosti

Poruchy osobnosti reprezentují soubor značně různorodých variant. I když mnohé z těchto poruch mají společné znaky, bývají různým způsobem členěny do několika kategorií.

Dle psychiatrů patří klasifikace těchto poruch k nejobtížnějším a nejkontroverznějším kapitolám psychiatrické klasifikaci vůbec. Například lékaři psychiatrii zaměřeni spíše psychoterapeuticky, neradi používají rozdělení poruch osobnosti do skupin. Jejich pohled je dimenzionální, podle kterého představují poruchy osobnosti maladaptivní varianty běžných osobnostních rysů.⁹

Ani historický pohled třídění poruch osobnosti není jednoznačný. Mysliveček byl zastáncem názoru, který byl poprvé vysloven Klagesem. Tvrdil, že existuje pouze jediná patologická úchylka, která má být označována jednotným pojmem psychopatie.

⁷TKÁČ, J. *Psychopatologie*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2007, 88 s.

⁸VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 516 s.

⁹PRAŠKO, J., et al. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003, 17 s.

Jakoukoli klasifikaci odmítal a prohlašoval, že skupinové typy jsou pouze orientační pomůckou. Dle nich nelze psychopata vyšetřit vcelku, nýbrž jen uvést jeho nápadnější příznak pozorovaný z jednostranného hlediska.¹⁰

Docent Ivan Horvai s tímto názorem nesouhlasil, domníval se, že jedinečnost a neopakovatelnost osobnosti každého lidského jedince nelze postavit jako argument proti možné typizaci. Dá se ale však očekávat, že jednotlivé typy se mohou z části překrývat.

Přesto, že bylo navrženo mnoho různých třídění, je rozlišování jednotlivých typů a jejich obecná charakteristika obtížná, protože některé vlastnosti a rysy se mohou vyskytovat u různých typů. Klasifikace poruch osobnosti je do značné míry ovlivněna úhlem pohledu autora a použitím kritérií pro vytváření určitých skupin. Jsou odlišné i podle toho, ve které době vznikaly. Pro nás však mají nesmírný význam, už jenom tím, že na nich můžeme stavět při dalším bádání a přemýšlení.

Jak jsem již uvedla klasifikací je mnoho a z tohoto důvodu uvedu pouze ty, které mě nejvíce zaujaly. Mezi nimi však často bude jen nepatrný rozdíl, což souvisí do značné míry právě s pojetím autora a dobou jejich vzniku.

Heverocho v roce 1901 nehovoří o psychopatech nýbrž o podivínech a lidech nápadných. Vytvořil následující skupiny.

- a) podivíni abnormálních nálad – chorobně vznětlivý, zlostní, měkcí, náladově neteční a apatičtí, melancholické, maniakové, nálady střídavé aj.
- b) individua s abnormálními vněmy – nadání malířské, nadání hudební, zbystrěný smysl čichový i chuťový, přecitlivělost pro bolest, lidé sebevědomí aj.
- c) individua nápadná zvláštní paměti – paměť jen pro určitý obsah, zapomětlivý, paměť nevěrná, vzpomínky zkroucené, vzpomínky vybájené, lháři
- d) individua nápadně podnikavá – nestálá, impulsivní jednání aj.¹¹

¹⁰HORVAI, I. *Psychopatie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1968, 74 s.

¹¹HEVEROCHA, A. *O podivínech a lidech nápadných*. Praha: nakladatelství – Hejda, 1901, 29-126 s.

V letech 1930 – 1940 byla nejvíce rozšířena klasifikace E. Kahna, který na základě předpokládaných tří vrstev osobnosti (pudová, temperamentová, charakterová) dospěl k následujícím typům psychopatů:

- a) pudoví – impulsivní, pudově slabí, sexuálně deviantní
- b) temperamentně dystymní – hypertymní, hypotymní a poikylotymní
- c) charakterově dystonní – přeceňující se, podceňující se.

Později Kahn ke své základní charakteristice psychopatických typů zavádí novou čtvrtou skupinu, kterou nazývá „komplexní psychopatické typy“ a do níž řadí vše, co jeho předcházející systematika nestačila obsáhnout.

M. Tramer vychází z materiálů dětských psychopatií a základ vidí v těchto psychických oblastech:

- a) afekty – chladní, výbušní, primitivní
- b) nálady – hypomaničtí, depresivní, dystymní, náladově labilní
- c) vůle – pasivní, slabé vůle
- d) vlastnosti jejich „Já“ – podceňující se, zvýšeně se uplatňující.¹²

Zajímavé dělení pak uvádí Aschaffenberg, který dělí psychopaty na pouhé dvě velké skupiny: rušitelé a selhávající.

Klasifikace dle Malkina je postavena na základě převažujících vlastností základních nervových pochodů. Jde o psychopatie rozvíjející se na základě:

- a) patologické slabosti nervových pochodů - do této skupiny pak řadí psychopaty astenické, chorobně uzavřené
- b) patologické nevyrovnanosti nervových pochodů - chorobně dráždivý
- c) patologie pohyblivosti nervových procesů - sebezpečující se, paranoidní
- d) patologické převahy podkorových mechanismů – pudů – v této skupině jsou zahrnuty sexuální deviace

¹²HORVAI, I. *Psychopatie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1968, 76-77 s.

- e) nenormální součinnosti signálních soustav - hysterické a psychoastenické psychopatie¹³

Gannuškin, dělí psychopaty na čtyři základní skupiny: afektivní, pudové, astenické, uzavřené a podezřívavé¹⁴

J. Raboch ve své klasifikaci již nehovoří o psychopatiích, ale o poruchách osobnosti, které dělí na: anomální osobnost, paranoidní osobnost, schizoidní osobnost, disociální osobnost, emočně nestálá osobnost, histrionská osobnost (infantilní, hysterická), anankastická osobnost (vnitřní nejistota, pedanterie), úzkostná osobnost, závislá osobnost, narcistická osobnost, pasivně-agresivní osobnost, nestálá osobnost.

Slovenský psychiatr Kafka v roce 1998 ve své klasifikaci poruch osobnosti rozlišuje:

- a) Poruchy osobnosti, které mají obdobné příznaky jako určité psychické poruchy a choroby. Do této kategorie například řadí paranoidní či schizoidní poruchu osobnosti, které lze chápat jako obecný rizikový faktor pro rozvoj určitého psychického onemocnění.
- b) Sociopatické poruchy osobnosti. Jedná se o disociální poruchu osobnosti, kde hlavním problémem jsou narušené vztahy ke společnosti a jejím normám.
- c) Poslední skupina zahrnuje poruchy, kde je hlavním problémem pojetí sebe samého, vlastní přecitlivělost a zranitelnost či obtíže v osamostatnění.¹⁵

Ne méně zajímavý je vývoj klasifikace poruch osobnosti podle DSM¹⁶, kde v jednotlivých letech byly z této klasifikace jednotlivé poruchy osobnosti vyčleňovány a nahrazovány jinými, či zcela vyloučeny. V některých případech dochází pouze ke změnám v názvosloví.

¹³tamtéž

¹⁴RICHTEROVÁ, L., HOLUB, V. *Psychopatologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1967, 107 s.

¹⁵VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 518 s.

¹⁶DSM-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders („Diagnostický a statistický manuál duševních /mentálních/ poruch“), je mezinárodně používaná příručka Americké psychiatrické společnosti

DMS - 1952	DMS - 1968	DMS - 1980	DMS - 1987	DMS - 1994
Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní
Schizoidní	Schizoidní	Schizoidní	Schizoidní	Schizoidní
Antisociální	Antisociální	Antisociální	Antisociální	Antisociální
Emočně nestabilní		Hraniční	Hraniční	Hraniční
Kompulzivní	Obsedantně-kompulzivní	Kompulzivní	Obsedantně-kompulzivní	Obsedantně-kompulzivní
Pasivně agresivní	Pasivně agresivní	Pasivně agresivní	Pasivně agresivní	
Cyklotymní	Cyklotymní			
Neadekvátní	Neadekvátní			
Disociální				
Sexuální deviace				
Závislosti				
	Explozivní			
	Hysterická	Histrionská	Histrionská	Histrionská
	Astenická			
		Schizotypní	Schizotypní	Schizotypní
		Narcistická	Narcistická	Narcistická
		Vyhýbavá	Vyhýbavá	Vyhýbavá
		Závislá	Závislá	Závislá
			Sebebránící	
			Sadistická	
				Depresivní

Při neznalosti projevů a znaků jednotlivých poruch osobnosti působí třídění pochopitelně neúplně, protože dělení byť v různém pořadí popisuje tytéž poruchy. Proto, v následující kapitole využiji klasifikaci poruch osobnosti dle MKN-10,¹⁷ která vychází především z popisu dlouhotrvajících rysů osobnosti. Kde bude užito schematické členění a objasnění pojmů. Zmíněná kapitola je pod souhrnným názvem Specifické poruchy osobnosti.

¹⁷MKN-10 - Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decentní revize

1.3 Specifické poruchy osobnosti

1.3.1 Paranoidní porucha osobnosti

Typickým znakem paranoidní poruchy osobnosti je **nadměrná přecitlivělost** na veškeré reakce okolí vůči vlastní osobě. Jedinci se potýkají prakticky celý život s nedůvěřivostí k jiným lidem. Jde o rigidní a podezřívavé jedince, kteří podléhají žárlivosti, závisti. Jsou **extrémně citlivý především na kritiku**, nezájem, domnělé odmítnutí. Typická je tendence mylně chápat chování druhých lidí jako nepřátelské, ohrožující, i když je neutrální, nebo dokonce přátelské. Nekriticky prosazují své zájmy při boji proti domnělým křivdám.¹⁸

Emoční prožívání lidí s paranoidní poruchou osobnosti bývá odlišné a to jak z hlediska intenzity prožívaných emocí, tak z hlediska jejich zaměření. Trvalá nedůvěřivost prakticky ke komukoli spojená s nezájmem o okolí vyvolává v jedinci nepříjemné pocity, podrážděnost, negativní ladění. Je přesvědčen, že ostatní lidé ho chtějí podvést a využít.

V důsledku deformace postoje k okolnímu světu nejsou schopni adekvátně uvažovat. Z toho vyplývá často nesprávná, zkreslená interpretace mnoha situací. Jsou však přecitlivělí na jakékoli jiné než pozitivní hodnocení. I nejmírnější negativní hodnocení zpracovávají jako útok na svou osobu. S tím souvisí jejich sklon reagovat i na bezvýznamné podněty nepřiměřeně.¹⁹ U některých jedinců bývá přesvědčení, že disponují talentem v různých oblastech a byli by schopni velkých činů. Toto přesvědčení není přehodnoceno ani tehdy, když je reálná situace odlišná.

Nedůvěra a obavy z ohrožení vedou k tomu, že se od lidí distancují, bližší vztahy buď nevznikají, nebo se záhy rozpadají. Velké problémy nastávají v soukromém životě i v zaměstnání, nevydrží v jakémkoli společenství. Často bývají hodnoceni jako

¹⁸SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 1996, 357 s.

¹⁹PRAŠKO, J., et al. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003, 201 s.

obtížní, nepříjemní, proto jsou považováni za nežádoucí a odmítáni. V profesní roli jim nemalé potíže působí neschopnost spolupracovat, neústupnost.²⁰

1.3.2 Schizoidní porucha osobnosti

Nejtypičtějším znakem schizoidní poruchy osobnosti je **nápadná introvertovanost a oploštělost citového prožívání**. Charakteristický je nezájem o okolní svět, především o kontakt s lidmi.²¹

Příznakem této poruchy je kvantitativní i kvalitativní změna emočního prožívání. Typické je celkové omezení schopnosti citově prožívat, snížená emoční citlivost až chladnost, odstup. Schizoidní lidé nejsou schopni prožívat radost, mají velký problém s vyjádřením vřelých emocí. Pozorovatele zaujme nápadná neschopnost projevit jakékoli city, zejména pak lásku, něhu.²²

Ve vztahu k ostatním bývají lhostejní, lépe se cítí obklopeni věcmi než lidmi. Lhostejnost se také projevuje ve vztahu ke společenským normám a zvyklostem. I přesto se mohou dobře uplatnit v technických a vědeckých oborech. Bývají přemýšliví a hloubaví, žijí však ve svém vnitřním světě, realita je pro ně nezajímavá. Soustředí se převážně na své vlastní úvahy. Chápat tyto úvahy bývá často velmi obtížné, protože tito jedinci mají sklon informace dezinterpretovat, používají svou vlastní logiku. Na kritiku či chválu nereagují, v podstatě hodnocení ostatních lidí je nezajímá. Okolí je často považuje za podivný. Lidé se schizoidní poruchou osobnosti nemají potřebu být milováni, intimity se bojí. Sex pro ně obvykle nemá příliš velký význam. Většinou žijí sami, partnerské vztahy zpravidla neuzavírají, ani přátelství pro ně nebývá důležité.²³

Někdy se zdá být podivný i jejich způsob komunikace, nejsou schopni standardně chápat neverbální sdělení, proto odpověď je často okolím hodnocena jako

²⁰VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 519-520 s.

²¹tamtéž

²²PRAŠKO, J., et al. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003, 218 s.

²³HORT, V., HRDLIČKA, M., a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 330 s.

neadekvátní. Z tohoto důvodu připadají schizoidnímu člověku druzí lidé jako nesrozumitelní. Jiný než formální kontakt prožívá jako rušivý.²⁴

1.3.3 Disociální (asociální) porucha osobnosti

Egocentrismus, chybění ohledu k ostatním a neschopnost ovládat své jednání dle platných sociálních norem. Toto jsou typické znaky, které svědčí pro výše jmenovaný typ poruchy osobnosti. Jedinci trpící touto poruchou bývají emočně nezralí, labilní s tendencí reagovat afektivním výbuchem. Jejich emoční nezralost se projevuje i tím, že nejsou schopni akceptovat odklad vlastního uspokojení. Cesta za uspokojením vlastních potřeb probíhá však bez svědomí.²⁵

U Disociální poruchy osobnosti se uplatňuje syndrom narušené závislosti na odměně... Takto disponovaní lidé mají potřebu silného vzrušení. Velice těžko snášejí nudu, vyhledávají stále nové, vzrušivé a rozmanité podněty. Tyto tendence pak často bývají příčinou nadužívání alkoholových i nealkoholových psychotropních látek, vyhledávání riskantních, dobrodružných akcí a hledání uspokojení v nestandardních sexuálních praktikách. Nejsou empatičtí, chybí jim soucit, pocity viny či lítosti. Utrpení druhého člověka v nich nevyvolává žádnou odezvu.²⁶

Disociální jedinec není schopen adekvátně zhodnotit situaci, vidí svět v extrémech. Stejně tak, je narušeno i jeho sebehodnocení. Sam žádný problém nemá, za všechny nezdary obviňují druhé. Své konfliktní jednání mají tito jedinci tendenci bagatelizovat, omlouvat a racionalizují. Neuznávají obecně platné normy, ani se jimi neřídí, dominuje snaha přinutit okolí, aby vyhovělo jejich potřebám. Vyžadují toleranci, které však sami nejsou schopni. Soustředí se pouze na přítomnost, budoucnost je nezajímá a minulost prezentují tak, aby vyhovovala jejich potřebám. S tím souvisí i neschopnost plánovat a usilovat o dosažení vzdálenějších cílů. Nízká tolerance k zátěži se projevuje reakcemi, které jsou vzhledem k vyvolávajícím podnětům vesměs

²⁴VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 521 s.

²⁵VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 522 – 523 s.

²⁶tamtéž

neadekvátní Neschopnost zvládat zátěžové situace ve spojitosti se sklony zkratkovitě reagovat, zvyšují riziko suicidálního jednání.²⁷

Vztahy k ostatním bývají konfliktní, jsou ovlivněny nestálostí, bezohledností s tendencí lhát a podvádět. Nedovedou navázat hlubší citový vztah. Vztahy navazují spíše účelově pro dosažení nějakého užitku.²⁸

1.3.4 Emočně nestabilní porucha osobnosti

Emočně nestabilní porucha osobnosti se projevuje **psychickou nestabilitou a neschopností ovládat své chování**. Výrazné jsou tendence jednat impulzivně, bez uvážení možných následků, schopnost plánovat věci do budoucna je malá. Porucha je diferencována podle převahy znaků, rozlišuje se typ impulzivní a hraniční.

a) Impulzivní typ emočně nestabilní osobnosti

Hlavním znakem impulzivního typu emočně nestabilní osobnosti je **výbušnost, impulzivita a emoční nestálost**. Emoce lidí trpících touto poruchou se často mění i vlivem nepatrných podnětů, jsou nápadně proměnlivé. Své emoce nejsou schopni regulovat, v afektu se přestávají ovládat v důsledku toho, se zvyšuje riziko agresivního jednání.²⁹

Jedinci s tímto typem osobnostní poruchy neuvažují, lépe řečeno nejsou schopni uvažovat nad důsledky svého jednání. Převažuje u nich koncentrace na přítomnost a na aktuální pocity. Míru vlastního zavinění nejsou schopni adekvátně posoudit, přičítají ji ostatním lidem, sami mají tendenci k egocentrickému uvažování. Mají sklon k vymyšlení, slibům, které však neplní. Ve vztahu k ostatním lidem bývají povrchní, mívají konflikty, zejména pokud by je chtěl někdo kritizovat o něco žádat či v něčem bránit. Typický je důraz na vlastní práva, k povinnostem se však staví lhostejně. Bývají

²⁷HÖSCHL, C., LIBIGER, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002, 538-539 s.

²⁸VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 523 s.

²⁹VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 524-526 s.

natolik nespolehlivý, že selhávají na všech úrovních mezilidských vztahů, typická je absence jakéhokoli trvalejšího vztahu. Selhávají i ve většině sociálních rolí zejména pokud jsou spojeny s frustrací a vyžadují sebeovládání. V jejich případě bývá také zvýšené riziko asociálního chování z důvodu nezvládnuté impulzivní reakce. Rovněž je u jedinců trpící touto poruchou osobnosti zvýšené riziko nadměrného užívání alkoholu nebo psychotropních látek, nezdrženlivost pak vede k raným zkušenostem s drogami i alkoholem.³⁰

b) Hraniční typ emočně nestabilní osobnosti

Tento typ osobnostní poruchy je charakteristický **chronickým pocitem emoční prázdnoty**. Dalším znakem je nevyhraněnost a nestabilita v oblasti sebepojetí, narušení emočního prožívání i uvažování. Převažují sklony k výkyvům nálad ke zlostným výbuchům, které vyvolávají objektivně bezvýznamné podněty. Emoční diskomfort se může projevit úzkostí, depresemi i somatizujícím způsobem.³¹

Narušená a nejasná představa o sobě značně znesnadňuje jedincům orientaci v sobě samotném. Nemají ve vztahu k sobě jasno, neví, kým jsou. Problémy v této oblasti lze chápat jako snahy o orientaci v sobě samotném. Problémy identity se mohou projevit v sexuálním zaměření v nestabilitě vztahů. Problém porozumění sobě samému pak souvisí s problémem orientace ve světě. Cítí se nejistí, ohrožení, proto se vyhýbají jakémukoli nebezpečí. Nejistota sebevymezení a nedostatek sebedůvěry se projevují neschopností najít si nějaký cíl, aktivitu či zájem o něco.

Často trpí pocity nudy právě v souvislosti s již zmíněnými pocity emoční prázdnoty. Mají sklon k dichotomickému uvažování. Jedná se o extrémní hodnocení v postoji k sobě, tak v názoru na ostatní lidi. Ty jsou buď dobří, nebo zlí. Hodnocení je pouze v dimenzích „vše, nebo nic“, respektive „černé, nebo bílé“. Proto jedinci s hraničním typem emočně nestabilní osobnosti nejsou schopni diferencovanějšího pohledu. Nejedná se však o poruchu rozumových schopností, nýbrž o narušení postoje adekvátně posoudit, zhodnotit realitu.

³⁰tamtéž

³¹VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 526 s.

Chování lidí trpící touto poruchou bývá značně výkyvové, impulzivní, typická je nepředvídatelnost reagování s omezenou schopností sebekontroly. Takové jednání je reakcí na pocity nudy, prázdnoty jedinec se svými excesy snaží takovým pocitům zabránit. Obtížně snášejí samotu, vztahy k ostatním lidem se po čase stávají dysfunkčními.³²

1.3.5 Histrionská porucha osobnosti

Typickým znakem této poruchy osobnosti je **egocentrismus, narušení emočního prožívání spojené s nápadnostmi v sebepojetí**. Nápadné vnější projevy jako je teatrálnost a dramatičnost jsou v protikladu k povrchnosti v citovém prožívání. City těchto lidí bývají nestále, oni sami jsou zranitelní s výraznými výkyvy nálad. Typické jsou přetrvávající pocity neuspokojení, které zřejmě souvisí potřebou neustálého hledat stále větší vzrušení. Nedovedou myslet analyticky, mají sklon uvažovat globálně na základě určitého dojmu. Bývají často sugestibilní a snadno ovlivnitelní. Mají sklon k přehánění ke konfabulacím, tendence k manipulaci s fakty v souladu se svými potřebami pak vedou k riziku nepřesné interpretace reality. O správnosti svých úvah jsou však bezvýhradně přesvědčeni.³³

Charakteristická pro histrionskou poruchu osobnosti je zabývání se pozorností druhých a vlastním vzhledem. Tráví velké množství času hledáním pozornosti pro sebe a děláním se atraktivním. Dominuje potřeba sebezdurazňování a sebevyjadřování za jakoukoli cenu, touha po ocenění, pozornosti. Mají sklon k vymýšlení vlastních příběhů, které jsou často až neuvěřitelné a oni sami v něm hrají vesměs nejdůležitější roli.

Pokud rysy nejsou příliš silně vyjádřeny, mohou se tyto lidé na první pohled jevit jako velice zábavní a výborní společníci. Při déle trvajícím kontaktu bývají obtížní, protože typickou obrannou reakcí je manipulace s okolím, snaží se o vymáhání toho, co potřebují k uspokojení vlastních potřeb. Jsou velmi citliví na kritické hodnocení,

³²PRAŠKO, J., et al. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003, 242-243 s.

³³PRAŠKO, J., et al. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003, 269 s.

zejména pokud se týká jejich osoby. V případě nedosažení pozitivního hodnocení reagují zlostí a zesílením intenzity jeho vymáhání.³⁴

1.3.6 Narcistická porucha osobnosti

Nejdůležitějším znakem narcistické poruchy osobnosti je **porucha sebehodnocení**, mají grandiózní sebevědomí, jsou velmi zranitelní na cokoliv, co se jejich sebevědomí dotkne. Mají sklon k přeceňování vlastního významu, v podstatě jsou přesvědčeni o své jedinečnosti a vyjimečnosti. Typické bývají fantazijní představy o své kráse, intelektuálních či jiných schopnostech. „Navzdory tendenci ke zdůrazňování vlastní důležitosti, může jejich sebehodnocení oscilovat mezi dvěma extrémy - nepřiměřeně vysokým hodnocením a stejně neadekvátním sebedoceňováním, mohou se trápit pochybnostmi.“³⁵

Často se setkáváme u lidí s touto poruchou osobnosti s neschopností přijmout názor někoho jiného, dominuje přesvědčení o vlastní pravdě. Zvýšenou potřebu pozitivního sebezpotvrzení lze alespoň dočasně snížit opakovanými důkazy o vlastní hodnotě. Mají sklon k exhibicionismu, přecitlivělost k sobě samému je spojena s lhostejností, bezohledností a arogancí k ostatním. Od druhých lidí vyžadují mnoho, ale sami nic neoplácejí. Vzhledem k těmto projevům se vztahy s lidmi záhy rozpadají, hlubší vztahy se často nemusí ani vytvořit.³⁶

1.3.7 Anankastická porucha osobnosti

Některými autory nazývána jako porucha obsedantně-kompulzivní. Typickým znakem je **potřeba nadměrné kontroly a nerozhodnost**. Dominantní je stabilně mrzutá nálada, tito jedinci nejsou schopni prožívat radost, pohodu, pocity uvolnění. Navenek se jeví zdrženliví, avšak při sebemenší změně mají tendenci reagovat úzkostí či vztekem. S anankastickou poruchou osobnosti je spojena vnitřní nejistota,

³⁴VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 528-529 s.

³⁵VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 531 s.

³⁶tamtéž

puntičkářství, umíněnost, neustálá tendence k pochybnostem. Charakteristická je rigidita v uvažování i chování, preference stereotypu. Nutkavé jednání s nadměrnou svědomitostí vedou k vytváření seznamů, perfekcionistických plánů, moralizováním, nadměrným kontrolováním sebe i druhých lidí. Důraz kladou na pravidla a zaběhlé rutiny. Přestože se snaží být dokonalí, zřídka se jim daří tak vysoké laťky dosáhnout. Mají tendenci zabývat se detaily, a proto jim souvislosti v celkovém kontextu často unikají.³⁷

Bývají zvýšeně závislí na názorech jiných lidí, očekávají negativní, nepříjemné hodnocení své osoby, tomu se snaží zabránit svojí pečlivostí. Na druhé straně i oni sami mají sklony k nadměrné sebekritičnosti a kritičnosti. Mají v podstatě neustále trvající obavy, že něco udělali špatně, s tím je právě spojena tendence ke kontrole.

Lidé s touto poruchou osobnosti bývají více zaměřeni na výkon, vztahy k lidem pro ně jsou druhořadé, nedůležité. Nadměrná sebekontrola a puntičkářství jsou ostatním lidem nepříjemné, mohou se jim jevit zbytečné, ale podstatněji je ovlivnit nemohou. Od ostatních lidí vyžadují disciplínu, přesné dodržování pravidel. Dá se říci, že co vyžadují od sebe, vyžadují i od druhých. Proto bývají tito lidé cílem posměchu a hodnocení jako neurotičtí pedanti.³⁸

1.3.8 Pasivně-agresivní porucha osobnosti

Vyznačuje se **neschopností adekvátně reagovat na požadavky** okolí a přiměřeně vyjádřit své emoce. Pro pasivně-agresivní jedince je typická nespokojená, mrzutá a podrážděná nálada. Snadné navození pocitu zlosti a hostility bez zvláštních důvodů. Prožívanou zlost neumí dát najevo obvyklým, přijatelným způsobem, ale činí tak nepřímo pro ostatní zcela nesrozumitelně. Protože oni sami jsou přesvědčeni, že otevřené vyjádření takových pocitů by mohlo být nebezpečné.³⁹

³⁷PRAŠKO, J., et al. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003, 288s.

³⁸VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 532-533 s.

³⁹VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 533-534 s.

Tito lidé mají na různé životní situace negativistický náhled, které nepřesně a nesprávně hodnotí. Požadavky okolí vyhodnocují takřka vždy za neoprávněné a nadměrné, ale odmítnout je nedovedou. Akceptují je pouze formálně a reagují odkládáním, zapomínáním, nedodržením termínu.

Pasivně-agresivní člověk navíc mylně předpokládá, že ostatní by měli vědět, co on sám v dané situaci považuje za správné a tudíž není nutné, aby své názory vyjadřoval. Z toho vyplývají stížnosti na bezohlednost ostatních. Rady zkušenějších však nejsou schopni akceptovat, k autoritám zaujímají pohrdavý postoj. Ostatními bývají hodnoceni jako pokrytečtí, neochotní přijmout zodpovědnost za neplnění svých povinností.⁴⁰

1.3.9 Vyhýbavá porucha osobnosti

V odborné literatuře se tato porucha osobnosti objevuje též pod názvem anxiózní, nebo úzkostná porucha osobnosti. Typickým znakem vyhýbavé poruchy osobnosti je **sklon k úzkostnému prožívání a negativnímu sebehodnocení**. Představitelem je stále úzkostný člověk, který se bojí druhých, protože očekává, že jej ostatní budou kritizovat. Dominuje tendence vyhýbat se jakémukoli potenciálnímu ohrožení. Žijí v neustálém napětí, úzkosti a strachu, nejsou schopni dosáhnout pocitu klidu, pohody.⁴¹

Tito jedinci nejsou schopni adekvátně zhodnotit jakoukoli situaci, protože jejich uvažování ovlivňuje nadměrný pocit ohrožení. Mívají zhoršené sebehodnocení a nedostatek sebeúcty, často trpí, obvykle neoprávněnými pocity vlastní méněcennosti. Úzkostnost a nejistota se projevují nadměrnými obavami z kritiky. Potenciální odmítnutí zveličují. Z toho vyplývá vyhýbání se sociálním situacím, přestože po blízkosti druhého člověka velmi touží, ale strach ze zklamání je dominantnější. Pokud se vztah i přes to vytvoří, zatěžují jej neustálým vymáháním opakovaného potvrzování

⁴⁰tamtéž

⁴¹PRAŠKO, J., et al. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003, 299 s.

bezvýhradné lásky. Potřebují být ujišťováni o přijetí bez jakýchkoli výhrad, což je v zásadě nereálné.⁴²

1.3.10 Závislá porucha osobnosti

Typickým znakem pro závislou poruchu osobnosti je **neschopnost osamostatnění a nadměrná závislost na jiném člověku**. Jedinci s touto poruchou osobnosti v podstatě potřebují, aby se o ně starali druzí. To vede k submisivnímu chování, podlézavosti a strachu z opuštění druhými. Trvale a pasivně se spoléhají na jiné osoby, které za ně mají problém rozhodnout či vyřešit.⁴³

Běžný je pasivní souhlas s přáním jiné osoby, pocity bezmoci a bezradnosti. Nesouhlas však takto postižený člověk vyjadřuje jen velmi obtížně, protože má obavy, že by mu druzí mohli přestat poskytovat podporu. Nedokážou samostatně zahajovat činnosti, protože pochybují o své schopnosti správně se rozhodovat. Aby si získali podporu druhých, jsou ochotni dělat věci, které jim nejsou příjemné.

Jejich partnerské vztahy bývají narušené, často se stávají manipulovanými. Z tohoto důvodu, se jedinec s touto poruchou může snadno dostat do role týraného a zneužívaného člověka. Takovému chování se nedovedou bránit, jejich potřeba závislosti je tak silná, že sice připustí špatné jednání druhé osoby, ale s rozpadem vztahu by se smířit nedokázali. Osoby závislé nesnáší samotu, cítí se opuštěné a bezmocné. Dominují obavy, že kdyby se měli starat sami o sebe, nezvládli by to. Závislé rysy a z nich vyplývající chování často poskytují těmto lidem sekundární zisky ve formě pozornosti druhých.⁴⁴

⁴²VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 535 s.

⁴³VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 536 s.

⁴⁴PRAŠKO, J., et al. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003, 311 s.

1.4 Dílčí závěr

Porucha osobnosti není onemocněním v pravém slova smyslu. Je trvalým stavem, který se projevuje nepříznivými, nebo nadměrně zvýrazněnými vlastnostmi osobnosti. Jedná se o odchylky v oblasti citového prožívání, chování nejnápadněji se projevuje v oblasti vztahu k druhým lidem. Chování osob s poruchou osobnosti bývá generalizovaně nepřizpůsobivé, vyvolává odmítání a konflikty.

Porucha osobnosti se pravděpodobně rozvíjí na základě vrozených dispozic. Přesná etiologie není jednoznačně určena. Předpokládá se, že se zde uplatňují faktory jak biologické tak psychosociální. Poruchy osobnosti lze dělit na specifické kategorie, na základě převažujících nápadností.

2. Pracovní prostředí - oddělení Psychiatrické léčebny

Jedním z oddělení Psychiatrické léčebny Jihlava je oddělení pod souhrnným názvem oddělení Rehabilitační, které je určeno klientkám ženám. Členěno na osm pokojů, plně obloženo při počtu 44 klientek.

Převážná většina klientek je na výše zmíněném oddělení hospitalizována dlouhodobě, výjimkou nejsou pacientky, jejich délku hospitalizace počítáme na desetiletí.

Onemocnění klientek je onemocněním psychotickým, dělí se podle seskupených příznaků a nalezneme je pod centrální diagnózou schizofrenie. Schizofrenie je onemocněním psychotickým, jehož příčiny vzniku nejsou zcela známy. Podstatnou roli hraje genetická dispozice. Jedná se o poruchu činnosti látek přenášejících informace mezi mozkovými buňkami. Nejčastěji se objevuje mezi patnáctým a dvacátým pátým rokem věku, svého nositele poznamenává celý další život. Projevuje se poruchami vnímání (halucinacemi), poruchami myšlení (bludy, narušenou schopností logicky myslet), poruchami emotivity (emoční oploštělostí, nevyspytatelnými emočními projevy) a poruchami chování (hypobulií, echolálií, bizardní projevy).

Deset lůžek, které tvoří tři samostatné pokoje, je určeno klientkám závislým. Jedná se o závislost na alkoholových i nealkoholových psychotropních látkách, lécích a hracích automatech. Závislost na alkoholu, drogách, lécích, gamblerství či poruchy příjmu potravy jsou důvodem pro přijetí pacientek na tyto pokoje.

O syndromu závislosti hovoříme v případě, že se po dobu alespoň jednoho měsíce, nebo opakovaně v kratších obdobích během dvanácti měsíců vyskytly společně tři, nebo více následujících znaků.

- a) Silná touha, nebo pocit puzení užívat látku

- b) Zhoršená schopnost kontrolovat chování spojené s užíváním látek, ve smyslu začátku a ukončení, nebo množství látky
- c) Fyziologické projevy odvykacího stavu
- d) Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látky, aby bylo dosaženo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami
- e) Postupné zanedbávání jiných potěšení, nebo zájmů, ve prospěch užívané psych – aktivní látky
- f) Trvalé užívání látky navzdory jasnému důkazu škodlivosti následků, kdy jedinec pokračuje v užívání, i když si je vědom povahy a rozsahu škodlivosti⁴⁵

Léčba klientek závislých je režimová, v délce trvání tří měsíců. Klade důraz na respektování domácího řádu léčebny a pravidel vypsanych v terapeutické smlouvě⁴⁶, kterou se klientky svým podpisem při příjmu na oddělení zavazují dodržet. Základem léčby jako takové je intenzivní psychoterapie, zdravá komunikace a farmakoterapie.

Léčba závislostí je dobrovolná, zpravidla však rozhodnutí pro léčbu není samotným projevem vůle klientek. Ale spíše tlakem okolí, rodiny, zaměstnavatele pod nějakou výhrůzkou či trestem za nesplnění. Musím říci, jedny z nejčastějších odpovědí na otázku: „Proč se chcete léčit?“ Zní: „Manžel mi řekl, že když nepůjdu na to léčení, tak se semnou rozvede. Šéf v práci mi dal nůž na krk, když nepůjdu tak mě vyhodí. Děti mi řekly, že už se mnou nikdy nepromluví, když se sebou nezačnu něco dělat.“

Oddělení však netvoří pouze pacienti, ale i zdravotnický personál, na který jsou kladeny nemalé požadavky v péči o tyto klientky. Zdravotní personál tvoří primář, lékař psychiatr, psycholog, sociální pracovník, staniční sestra. Hovoříme o psychoterapeutickém týmu Středně zdravotnický personál a pomocný zdravotnický personál jsou týmem ošetrovatelským Na zmíněném oddělení zastávám funkci staniční sestry.

⁴⁵NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3. dopl. a opr. vyd. Praha: Portál, 2007, 11 – 22 s.

⁴⁶Viz. příloha č. 1

2.1 Problematika duálních diagnóz

Jedná se o klientky, kdy kromě syndromu závislosti je určena i diagnóza jiné duševní poruchy takzvaně dvojí diagnóza. S duální diagnózou, již některé klientky do léčby závislosti přicházejí, některým je diagnostikována během počáteční fáze léčby.

V případě, zmíněného pracovního prostředí je nositelem duální diagnózy klientka, která má diagnostikovaný problém zneužívání alkoholu, drog, léku a kromě něj jinou další diagnózu, kterou je porucha osobnosti.

Jelikož porucha osobnosti je záležitostí primární v rámci ní pak jedinec hledá způsoby řešení nejrůznějších problémů, které právě nachází v alkoholu, droze, lecích. V podstatě se jedná o jakýsi způsob „vlastní medikace“.

Lidé postižení poruchou osobnosti jen zcela výjimečně přicházejí k léčbě kvůli tomu, že jsou nespokojeni se svými osobnostními rysy. Ty považují za přirozenou součást své povahy. Na zmíněné oddělení se však dostávají relativně často, protože potřebují pomoc v době krize, kvůli rozvinuté závislosti na nealkoholových i alkoholových psychotropních látkách.

2.2 Klient nepřizpůsobivý

Klientem nepřizpůsobivým na oddělení je klientka s diagnózou porucha osobnosti se syndromem závislosti. Chování klientek s poruchou osobnosti a jejich vztahy k jiným lidem jsou zpravidla nestandardní. Zvýšená agresivita patří do jejich osobnostní výbavy a oni ji užijí bez ohledu na situaci. Odlišný způsob prožívání i hodnocení různých situací se zcela logicky projevuje v jejich jednání se spolupacientkami a zdravotnickým týmem během léčby.

Často dochází k různým problémům v situačním kontaktu a komunikaci. Postoj ke spolupacientům a chování na oddělení je poznamenáno typickými osobnostními rysy: egocentričností, nespolehlivostí, necitlivostí.

Naopak zvýšená precitlivělost k sobě samému, nadměrná závislost, vyžadování pozornosti, snížená tolerance k různým zátěžím, ale hlavně neschopnost odložit vlastní uspokojení a přizpůsobit se režimu oddělení, vede často ke konfliktním situacím, které klientky odmítají řešit, či se alespoň podílet na řešení a většinou volí cestu, která končí předčasným ukončením hospitalizace. Mnoho osob trpících poruchou osobnosti vychází z dlouhodobé životní zkušenosti a je připraveno na stereotypní odpověď na své výpady. Pokud se jich nedočká, je zaskočen, překvapen a nezřídka po čase volí jiné, sociálně přijatelnější způsoby.

V případě předčasného, nebo brzkého odchodu klientky z léčby se výrazně zvyšuje riziko recidivy. Klient není dostatečně vybaven informacemi, zkušenostmi, nezískal náhled na problematiku svého onemocnění a ve společnosti selhává. S tím je spojeno riziko získání negativní sociální pozice a izolace na okraji společnosti.

2.3 Základní předpoklady pro léčbu, resocializaci poruch osobnosti

V hospitalizaci jsou klientky vedeny k tomu, aby obstály ve společnosti, aby byly schopny uvědomit si své chování na základě rysů osobnosti a patřičně ho v různých situacích regulovat.

Při terapii a resocializaci poruch osobnosti můžeme volit z několika psychotherapeutických směrů. Existuje řada poznatků o účinnosti léčby poruch osobnosti pomocí psychoanalýzy, interpersonální psychoterapie, skupinové a kognitivně-behaviorální terapie a mnoha dalších. Účinná léčba často vyžaduje kombinaci a integraci nejrozličnějších psychotherapeutických metod, forem a přístupů. Cílem dlouhodobé léčby poruch osobnosti je zaměření na modifikaci dlouhodobých maladaptivních vzorců chování, myšlení a emočních reakcí.

Řada odborné literatury popisuje z mnoha úhlu pohledu více či méně úspěšné metody pro léčbu a následnou resocializaci jedinců s poruchou osobnosti do společnosti. V roce 1999 Sperry na základě dostupných poznatků zformuloval čtyři předpoklady pro účinnou terapii. Prvním předpokladem je, ochota klienta ke změně

a spolupráci. Musím říci, že to zní velmi jednoduše, ale právě v tomto bodě spatřuji významný problém.

Jak již jsem zmínila, klientky jsou přijímány do léčby dobrovolně. Což znamená, že na vlastní žádost mohou být v podstatě kdykoli propuštěny. Propuštění volí často jako první a zároveň jedinou volbu při jakémkoli konfliktu, nebo problému.

Proto, aby mohla být započata psychoterapie, je vyžadována spolupráce ze strany klientky. Já spatřuji zásadní otázku v tom, jak získat, nebo motivovat pacientku, aby byla ochotna spolupracovat.

Jednou z možných odpovědí se nabízí stanovení krátkodobých cílů, které by mohly přimět a motivovat klientku ke spolupráci. Zde však nastává možnost zklamání z nevyplněných očekávání a následně nedůvěra k terapeutickému týmu.

Myslím si, že důležitým faktorem, který by směřoval k vytvoření vztahu založeného na důvěře a následně vedoucího ke spolupráci je respekt. Fáze respektování klientek by měla spočívat a být založena na znalostech určitých komunikačních dovedností, které by směřovaly k tomu, aby konflikty nebyly vyhrocovány, ale naopak přispěly ke zklidnění situace.

Domnívám se, že jedním ze základních resocializačních přístupů je znalost osobnosti klientek a vztah mezi nimi a zdravotnickým personálem. Tento vztah by měl být budován na dvou základních principech. Skutečně profesionální přístup k těmto klientkám předpokládá především znalost jejich osobnosti, způsobu myšlení, reagování, znalost nejen jejich nedostatků, ale i snahu vidět jejich přednosti a rozvíjet patřičné schopnosti a dovednosti. Na základě těchto znalostí rozpoznat určité formy chování a prostřednictvím komunikačních zásad udržet klientky v léčbě co možná nejdéle.

2.4 Dílčí závěr

Resocializace lidí s poruchou osobnosti probíhá zpravidla v rámci Psychiatrických léčeben. V Psychiatrické léčebně v Jihlavě, je na rehabilitačním

oddělení vyčleněno 15 lůžek těmto klientkám. Ty však nepřicházejí do léčebny pro poruchu osobnosti, ale důvodem k přijetí je jejich závislost na alkoholových i nealkoholových psychotropních látkách. V kombinaci s poruchou osobnosti hovoříme o tzv. duální diagnóze.

Léčba je dobrovolná, zpravidla však rozhodnutí pro léčbu je výsledkem tlaku okolí, než samotným rozhodnutím klientky. Pro započetí léčby resp. resocializace je vyžadována spolupráce. Zde nastává problém. Chování klientek s poruchou osobnosti je v první fázi léčby zdrojem konfliktů a komunikačních střetů s ošetrovatelským personálem. Zpravidla pak tyto situace jsou důvodem vedoucím klientky k předčasnému ukončení hospitalizace.

Proto se domnívám, že znalost a užití jistých komunikačních technik a dovedností vypořádaných na základě chování klientek by zmírnily a snížily výskyt těchto střetů.

3. Komunikace

„Lidská společnost je v podstatě síť vztahů mezi lidmi. Když si ji představíme jako rybářskou síť, pak uzly představují lidi a lana vztahy mezi nimi, ale co to vlastně je, toto lanoví v lidském světě? Jedna odpověď je, že je to komunikace.“⁴⁷

Příručky, slovníky komunikaci vyznačují například jako proudění informací z jednoho bodu k druhému, takzvaně ze zdroje k příjemci, nebo jako přenos, vytváření znalostí. Ale latinský původ slova *communicatio* znamenal původně „vespolné účastnění“ a *communicare* pak „společně něco sdílet“.

Zajímavě s ohledem právě na původ slova definoval v roce 1971 Hausenbalas komunikaci jako „obcování lidí“ čímž se rozumí společné podílení se na nějaké činnosti ve vzájemném kontaktu. Nejde tedy jen o proudění informace, ale i podílení se na celku komunikace a na dopadu zprávy třeba jen tím, že jsme přítomni. Řada autorů komunikaci definují z nejrůznějších úhlu pohledu kdy jsou v definici více či méně zahrnuty kognitivní, filozofické, sociální, lingvistické, kulturní aspekty. Vyčerpávající definice mezilidského komunikování, která by zahrnovala všechny aspekty, není možná. Pro potřeby této práce jsem zvolila definici Vágnerové, které z mého pohledu nejlépe vystihuje podstatu a význam komunikace.

Komunikace je proces vzájemného předávání informací v sociálním kontaktu pomocí různých prostředků, zahrnující prožívání a hodnocení této situace. V komunikačním procesu probíhá sdělování a přijímání informací. Tyto informace pak mají určitý význam, který je různým způsobem prezentován, obvykle pomocí nějakých symbolů především slov, gest, které užíváme k vyjádření pocitů, myšlenek, postojů, potřeb. V procesu dochází ke společnému sdílení této situace.⁴⁸

Schopnost komunikovat s druhými lidmi má pro sociální život a pro začlenění jedince do společnosti nesmírný význam. Komunikace je důležitou variantou sociální

⁴⁷VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009, 25 s.

⁴⁸VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 297 s.

interakce. Pro klientky trpící poruchou osobnosti je zdravá komunikace často jednou z příčin úspěšné resocializace.

3.1 Funkce komunikace

Komunikace může plnit různé funkce, na základě zaměření lze rozlišit následující varianty:

- Instruktivní – cílem je vysvětlit, naučit
- Informační – kdy cílem je předat někomu nějaké informace
- Přesvědčování – kdy cílem je komunikačního partnera ovlivnit, nebo zmanipulovat
- Podpůrná – spočívá ve vyjádření podpory někomu
- Relaxační – kdy hlavním cílem je rozptýlení, pobavení⁴⁹

Motivace ke komunikaci vychází z nejrůznějších potřeb. Potřeba komunikovat je jednou ze základních potřeb člověka, je součástí potřeby sociálního kontaktu. Komunikace odráží vztahy mezi lidmi a zároveň je může výrazným způsobem ovlivňovat. Působí i na vztah jedince ke skupině, podporuje jeho identifikaci s tímto společenstvím. Komunikace nám též uspokojuje potřebu orientace, jejím prostřednictvím získáváme informace, které nám slouží k porozumění okolnímu světu, zejména sociálnímu i adaptaci na jeho podmínky.⁵⁰

Motivace komunikovat může vycházet i z potřeby sebeuplatnění. V tomto procesu si člověk může potvrdit své vlastnosti, jejich hodnotu i svou vlastní identitu. Jedinec se může v rámci tohoto procesu prosadit, získat pozornost, ale někdy tomu může být i naopak. Prostřednictvím komunikace člověk potvrzuje svou konformitu k sociálním požadavkům tím, že komunikuje v souladu se svým sociálním postavením i platnými normami.⁵¹

⁴⁹tamtéž

⁵⁰VÁGNEROVÁ, M., *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 298 s.

⁵¹tamtéž

3.2 Druhy komunikace

Komunikace může mít různou formu, obvykle se rozlišuje verbální a neverbální způsob komunikace, mezi nimiž není zcela jednoznačná hranice.

Verbální komunikace

Verbální komunikace je sdělování informací pomocí slov. Mluvení lze definovat jako vyjadřování myšlenek artikulovanou řečí konkrétním jazykem. Řeč, tedy schopnost určitého společenství dorozumívat se určitým jazykem, je jednou z nejdůležitějších forem sociální komunikace. Verbální komunikace může být přímá nebo zprostředkovaná, mluvená, psaná živá, nebo reprodukováná. Její význam je nepopiratelný, je nezbytnou podmínkou myšlení. Ale i jinak je téměř pro každého člověka těžké být jen jeden den bez verbální komunikace. Kdokoli je delší dobu nějakým způsobem separován, bez možnosti komunikace s jinými lidmi, často tuto situaci prožívá jako deprivaci.⁵²

Ve verbálním sdělení lze rozlišit:

- význam – definici slova, která je obecně sdílená, jde o denotativní funkci slova
- smysl – individuálně specifické chápání slova, které je závislé na jedinci, na jeho zkušenostech, aktuálním stavu, je označována, jako funkce konotativní

Způsob mluvy

I ze způsobu promluvy jedince, lze usuzovat na určité osobnostní rysy. V tomto směru spekuloval již Platon, dle něho je dokonce styl vystupování a mluvy

⁵²MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 113 s.

„povahotvorný“. Neplatí tedy jen, že povaha poznamenává styl vystupování, ale i způsoby chování komunikování zároveň modifikují charakter.

Individuální styl, jakým jedinec mluví, ho často sociálně zařazuje, ale také se v něm mohou zrcadlit důležité charakterové rysy jako egoismus, naivita. Beierach vymezuje styly projevu na styl neutrální, egocentrický, srdečný, přehnaně upovídaný, negativistický a filozofující.

Dle transakční analýzy lze jednoduchou analýzou rozpoznat podle způsobu řeči jedince se sklonem k perfekcionismu, jedince, který se chce jevit silným, uspěchanou osobu, nebo jedince, kteří se úpěnlivě snaží o to, aby je okolí akceptovalo. Tyto způsoby mluvy a chování bývají zpravidla neuvědomované v tom smyslu, že mluvčí si většinou neuvědomuje, co všechno o sobě vypovídá.⁵³

Výrazné jsou styly projevů, které bývají zpravidla záměrně volené, a tedy vědomé:

- styl patetický – vznešený, nadnesený
- styl ironizující – zpochybňující
- styl výsměšný
- styl vůdcovský – se záměrem přesvědčit

I tyto způsoby vystupování mohou napovídat o osobnostních charakteristikách, při jejich vyvozování je však důležité nezapomínat na chování člověka v roli. Dá se říci, že ze záměrně užívaného komunikačního stylu můžeme usuzovat spíše na osobní charakteristiky méně trvalé oproti stylu užívaného neuvědomovaně.

⁵³VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009, 111 s.

Neverbální komunikace

V komunikaci je význam slova vždy dotvářen neverbálními prostředky a tónem řeči. Slova se nedají odloučit od neverbálních složek komunikace. Ty nebývají tak přísně kontrolovány jako řeč.

Neverbální komunikace zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme beze slov, nebo se slovy jako doprovod či kontext slovní komunikace. Neverbálním způsobem bývají často vyjádřeny emoce, ale i postoj ke sdělovanému obsahu. Každému neverbálnímu projevu lze správně porozumět teprve v jeho situačním kontextu. Tyto projevy jsou sociokulturně podmíněny.⁵⁴

Způsoby neverbální komunikace

Neverbálně komunikujeme gesty, postoji těla, výrazem tváře, pohledy očí, tělesným kontaktem, tónem hlasu, ale i zdobností, oblečením, fyzickými aspekty vlastního zjevu. Způsoby neverbální komunikace můžeme ještě dále diferencovat a analyzovat například pohyby rukou, pohyby nohou, mimiku v horní a dolní části obličeje atd.

Wahlstromová řadí mezi způsoby neverbálního komunikování:

- chronemiku (zacházení s časem) – uspěchané chování, spěch v řeči, pomalá, vleková se řeč, zbrklost
- zacházení s předměty – pořádek, nepořádek ve věcech

Tyto způsoby podle Wahlstromové vytvářejí „ekologii komunikace“. Zacházení s předměty jako je kroucení papíru, demontáž některých věcí může odkazovat k rysům jedince, nebo k prožívání situačních okolností.⁵⁵

⁵⁴JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 17.s.

⁵⁵MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,, 2003, 126-129 s.

3.3 Zvláštnosti komunikace s klientem nepřizpůsobivým

Jednotlivé druhy poruch osobnosti jsou odlišné. Společné pro všechny je ovšem vytváření negativního pohledu na svět na jiné lidi. Tento negativní pohled zaujímají i vůči své osobě. Vytvoření tohoto schématu se děje na základě genetických dispozic, které jsou podpořeny životní zkušeností, často od dětského věku. Klient pak zpracovává informace takovým způsobem, který odpovídá danému schématu. Navíc informace, které vypovídají o opaku, potlačuje.⁵⁶

U lidí s poruchou osobnosti se často objeví prožitek traumatu, jedná se krátkodobou či déle trvající traumatizující zkušenost. Pro její zpracování si vytvářejí o sobě představu jako o člověku špatném, nemilovaném. V podstatě si vytvářejí vlastní pravidla chování, která rozvíjejí. Na jejich základě pak dochází k problémům v komunikaci.

Pro jedince s poruchou osobnosti, který je hospitalizovaný je řada situací nová, složitá, klade velký nárok na jeho adaptační mechanismy. Klient často nemá možnost použít své způsoby zvládnání zátěže, je pochopitelné, že reaguje jinak, někdy zcela neadekvátně než je naše očekávání.

3.4 Maladaptivní chování v komunikaci a strategie jejich řešení

Konflikty u jedinců s poruchou osobnosti obecně vycházejí z maladaptivních schémat, kterými jsou:

- Porucha navazování a udržení vztahů
- Narušená autonomie a projev, zranitelnost vůči nebezpečí

⁵⁶MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 298-299 s.

- Narušení hranic, nadřazenost, nedostatek sebekontroly
- Zaměření na druhé, sebeobětování, potřeba souhlasu a uznání
- Nadměrná odtažitost a inhibice chování, obava z chyb, perfekcionismus, hyperkritičnost⁵⁷

Na základě tohoto schématu a po zhodnocení projevů jednotlivých poruch osobnosti jsem rozdělila chování klientek s poruchou osobnosti do čtyř nejfrekventovanějších skupin. Když se zamyslím nad svými zkušenostmi, které se týkají péče a komunikace s těmito klientkami, pak musím říci, že v praxi se často setkáváme s klientkami, jejich diagnóza zní, smíšená porucha osobnosti. Kdy konkrétní rysy osobnosti a projevy chování se prolínají, nejsou jednoznačně zařazovány do určitého typu poruchy, nebo se naopak objevují u více typů současně. Proto nepovažuji za příliš praktické rozsáhle popisovat zvláštnosti v komunikaci s konkrétní poruchou osobnosti.

Během léčby a zejména aplikací psychoterapeutických metod a postupů se chování klientek více či méně mění, proto s agresivním, depresivním, úzkostným a narcistním chováním se můžeme setkat u všech typů poruch osobnosti. Projevy se u jednotlivých druhů chování se liší, tak i zásady v komunikaci, které zabraňují rozvinutí konfliktu, vyžadují zvolení příslušné komunikační strategie.

a) Agresivní chování a zásady v komunikaci

Ze všech typů nepřizpůsobivého jednání vyvolává agresivita nejnepříznivější reakce. Agresivní chování zahrnuje celou řadu projevů.

Způsob komunikace bývá chladný a ironizující. Agresivní jednání má různé zabarvení od afektu, který může být provázen fyzickým napadením zdravotníků,

⁵⁷MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 299 s.

spolupacientů, nebo destrukcí předmětů, až po hostilitu maskovanou ledovou zdvořilostí.⁵⁸

K rozvinutí agresivního chování dochází v určitých situacích na základě určitého podnětu i přes to, že zvýšená agresivita patří do jejich osobnostní výbavy. Specifická je v tomto směru disociální porucha osobnosti, kdy agresivní chování nemusí být reakcí na podnět, ale často vzniká bez zjevného důvodu.

S agresivním chováním se setkáme především u disociální poruchy osobnosti, protože i mírné negativní hodnocení zpracovává jako útok. K agresivním, neproduktivním střetům dochází v komunikaci s pasivně-agresivními jedinci, kdy na manipulativní a provokující chování reagujeme často potřebou moralizovat.

V léčbě závislostí se důležitost klade na dodržování režimovým opatřením což některým jedincům s poruchou osobnosti při jejich tendenci vzdorovat autoritám a povinnostem činí značné problémy. Personál oddělení často neústupně trvá, aby pacient povinnost splnil. Jeho neochota a angažovanost personálu vesměs vede k vyvolání agresivního chování.

Agresivní chování dominuje u impulzivního a hraničního typu poruchy osobnosti a to v souvislosti s nevyhověním jejich požadavkům.

Instinktivní odpověď, která má charakter útoku, nebo útěku, není profesionální odpovědí a vede k rozvinutí agrese a konfliktů. Zásadním požadavkem v komunikaci s agresivním klientem je nedat impulzivní odpověď.

Obecné příčiny agresivního jednání v léčbě závislostí u klientů s poruchou osobnosti vyvolávají také pocity ohrožení, strachu, prožitek křivdy a nespravedlnosti, zklamané očekávání, zvýšená psychická zátěž.

Příčiny agresivního chování nelze vidět pouze v klientkách samých. Mohou být důsledkem nevhodného chování zdravotnického personálu, který si přestává být jistý

⁵⁸HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 1 vyd. Praha: Galén, 1997, 106-107 s.

svou profesionalitou a přecházejí do obrany ve formě ponížení, zesměšnění, verbální agresivity a křiku.

formy agresivního chování

- přímá agrese – projevuje se od ironizujícího chování až po přímý útok
- transformovaná agrese – spočívá v přenesení projevů zlosti či hněvu na věc či jinou osobu
- zadržetí negativních projevů – kdy důsledkem je rozvíjející se vnitřní konflikt, odreagování pak probíhá na zcela jiném místě, což pro okolí bývá nepochopitelné
- instrumentální agresivita – použití násilí jako způsob pro dosažení vlastních cílů⁵⁹

projevy agresivního chování

- verbální agrese – křik, nadávky, ironie, cílem je zastrašit protějšek, prosadit svá přání, demonstrovat nadvládu, moc nad situací
- poškozování věcí - přenesená forma agresivního chování, která spočívá v násilí vůči jiné osobě, bouchání, kopání do dveří, lůžka aj.
- fyzické napadání lidí – na oddělení jsou ohroženy čtyři skupiny lidí zdravotníci, spolupacienti, návštěvy, rodinní příslušníci
- automutilace - je závažným a zvláštním projevem násilí obráceného proti sobě takzvané sebepoškozování, od lehkých projevů škrábání, trhání vlasů až po údery hlavou do zdi, řezání⁶⁰

⁵⁹VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., a kol. *Komunikace s pacienty a rodinami v nemocnici*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 82-83 s

⁶⁰tamtéž

zásady komunikace

Je důležité uvědomit si, že na části nepřiměřeného chování se spolupodílíme sami. K rozvoji konfliktu je potřeba většinou dvou lidí, kteří jednájí komplementárně. K výraznému zklidnění může dojít při přijetí myšlenky, že nemusíme být dominantní a zvítězit.

Žádná komunikační dovednost nevede jednoduše ke zklidnění agresivního klienta, zásady je nutno přizpůsobit individuálnímu stylu a osobnosti pracovníka. Komunikace však musí být opravdová a upřímná.

Neverbální komunikace

- nezaujímat konfrontační postoj těla a být si plně vědom svého postoje a gest, pozor na autoritativní postoj - ruce v bok
- při procesu zklidnění s klientem promlouváme ve stejné výšce – posadíme se, neboť, tak nepůsobíme výhruzně, ale pozor tento postoj zvyšuje riziko fyzického napadení
- neverbální projev musí korespondovat s projevy verbálními, vědomě proto kontrolujeme výraz tváře
- udržujeme patřičnou vzdálenost okolo jednoho metru, při slovní agresi vzdálenost zvětšíme třikrát
- agresivního klienta se nedotýkáme a to ani krátce po zklidnění, je nutné pečlivě zvážit, zda fyzický kontakt bude účelný
- zásadně se nevyhýbáme zastrašujícím pohledům, neboť stálý oční kontakt vyjadřuje jistotu⁶¹

Verbální komunikace

- za základní je považován klidný a jasný tón hlasu, komunikaci udržujeme plynulou

⁶¹BEER, M. D., PEREIRA, S. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 41 s.

- v případě, že nemáme ke klientce terapeutický vztah, snažíme se navázat kontakt prostřednictvím osobního emocionálního prožitku, příkladem může být sebeotevření, klientka pak spíše nezaútočí a nedojde k rozvinutí konfliktu
- v počáteční fázi komunikace vydáváme jednoduché pokyny, ale jasně vyjádřeny, je vhodné použít pokynů typu: „Pojďme se posadit, promluvíme si o tom.“
- je velmi důležité vést komunikaci tak, aby nedošlo k osobní konfrontaci, té zabráníme přehlížením slovních útoků, vulgarit na naši osobu
- při rozhovoru je podstatné neprojevovat odpor, naopak vystupovat jako osoba schopná a ochotná podílet se na řešení problému
- nikdy se nevyjadřujeme žargonem⁶²
- snažíme se přesvědčit klienta o vlivu jeho chování na ostatní, komentář typu: „Svým křikem lidi okolo sebe děsíte.“ Často utvrdí klienta o síle jeho chování a z tohoto důvodu ho pak nemusí zesilovat
- v mnoha případech není možné klienta uvést do úplného klidu, ale pokud je snížení agresivního chování viditelné je dobré dalšího působení zanechat i při dobrém úmyslu bychom mohly vyvolat další vlnu napětí
- domnívám se většinu agresivního chování lze komunikačními zásadami narovnat do akceptovatelného, přijatelného chování a tím zabránit například fyzickému napadení, ale i přes to, všemocná slovní komunikace není⁶³

b) Depresivní chování a zásady v komunikaci

Jde o náladu a komunikaci zkreslenou pocíť prázdnoty, beznaděje, smutkem, výčitkami, nebo prožitky méněcennosti. Se znaky depresivního chování se můžeme často setkat u vyhýbavé a závislé poruchy osobnosti. Především v souvislosti s neschopností projevit emoce.⁶⁴

⁶²Žargon-způsob vyjadřování určité společenské skupiny, nebo pracovního společenství, případně hantýrka

⁶³BEER, M. D., PEREIRA, S. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 42 s.

⁶⁴VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 2. Vyd. Praha: Portál, 2009, 251 s.

V depresivním chování můžeme vidět jak stísněnost a tlak „padnout k zemi,“ tak mechanismus autoagresivity. V komunikaci se depresivní klientky stahují do sebe, zabývají se více sebou, nevědí si rady. Často však to co vypadá jako pasivita a odevzdanost, může být povrchová vrstva vnitřního soužení, bezradnosti.

Depresivní pacient nejen špatně spolupracuje a předem signalizuje, že naše práce nemá v podstatě cenu, ale navíc svým nezájmem o sebe samotného více či méně skrytým způsobem dává najevo, že žítí je obtížné, že by bylo lépe ho ukončit. Riziko sebevražedných tendencí, ale i dokonané sebevraždy je u depresivních jedinců výrazně zvýšené.

projevy depresivního chování

- smutná nálada, často po většinu dne, ztráta zájmů v podstatě o cokoli
- pokles energie, změna psychomotorického tempa
- ztráta sebeúcty, sebevědomí
- prožívání pocitů viny bez reálného důvodu
- snížená schopnost soustředit se, poruchy spánku⁶⁵

Depresivní jedinci nás popuzují, vadí nám jejich neochota. Vyvolávají v nás dojem, že by stačilo trochu vůle či snažení z jejich strany, aby se věci zlepšily. To je ovšem zásadní chyba. Doporučovat depresivnímu jedinci, aby na sobě začal ihned pracovat je v podstatě totožné, jako doporučovat jedinci trpící rýmou, aby nesmrkal.⁶⁶

zásady komunikace

- je důležité ukázat a dát najevo pochopení pro stav klienta

⁶⁵VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., a kol. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 89-90 s.

⁶⁶HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 1 vyd. Praha: Galén, 1997, 116 s.

- strategie apelu na silnou vůli je zcela nevyhovující, naše snažení může u klienta vyvolat pocity selhání, viny v důsledku nesplnění, nevyhovění našim požadavkům a doporučením
- nebagatelizujeme situaci a obtíže, které klient sdělí, protože vyvoláme u klienta dojem, že mu nikdo nerozumí
- je podstatné vyvarovat se nucení klienta do zásadních rozhodnutí, zcela nevhodné je dotaz typu: „Tak co vlastně chcete.“ Pohled do budoucna u depresivně laděných klientek současný stav nezlepší.
- nevyhýbat se rozhovorům, pokusit se uzavřít antisuicidiální smlouvu⁶⁷

c) Úzkostné chování a zásady komunikace

Klient úzkostný předvádí v určitém směru „zvětšeninu“ pocitů, s nimiž většina lidí vstupuje například do neznámého prostředí, nebo vysokoškolák do učebny kde bude probíhat zkouška.

Chová se tak, aby získal potřebnou péči a podporu. Rád je v blízkosti pečujících osob. Jeho potřeba blízkosti a ochrany je neadekvátní situaci. S úzkostným chováním se ze všech poruch osobnosti nejčastěji setkáme u vyhýbavé a závisle poruchy osobnosti. Potřebou blízkosti a pozornosti budí spíše negativní pocity a odmítání ze strany druhých. Okolí klienta má tendenci spíše unikat, což vesměs úzkostné chování prohlubuje.⁶⁸

Úzkostný klient sám sebe nemá rád a nevěří si, může na venek působit arogantně. Tito lidé se nezapojují do diskuse ve skupině, protože se bojí, aby nepůsobili směšně. To však nebrání tomu, že mají sarkastické komentáře, komentující sami sebe: „Ted jsem se pěkně ztrapnila!, To jsem tomu zase dala.“Hovoříme v tomto směru o tzv.

⁶⁷Antisuicidiální smlouva – je forma dohody mezi depresivním klientem a například zdravotníkem, že po určitou dobu nepodnikne kroky, které by vedly k sebepoškození či k ukončení života.

⁶⁸VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009, 250 s.

skrývaném pohrdání sebou samým, které se v komunikaci může projevit například častým srovnáváním se s druhými lidmi, které vyznívá v jejich nespěších.⁶⁹

projevy úzkostného chování

- klient je „schoulený“, odvrací zrak
- nejistá řeč s často vyslovenými obavami vyjadřující pochyby nad sebou samým
- opakování dotazů a neustálá žádost o ujištění, že vše bude v pořádku
- neadekvátní potřeba pozornosti a péče v jakékoli i banální situaci
- obava vyjádřit svůj názor, neschopnost a odkládání rozhodnutí⁷⁰

zásady komunikace

- zachovat klidný přístup typu dospělí k dospělému, neboť jen tímto způsobem dáme naději, že klient nebude pokračovat v regresivní cestě do méně zralých vývojových stádií, ale naopak se bude snažit zmobilizovat své dospělé „JÁ“
- je vhodné šetřit gesty a zvolit volnější tempo řeči
- při rozhovoru poskytnout dostatek času a podávat přesné informace (dostatek informací vzbuzuje pocit jistoty nad situací a mírní tak úzkost z nejistoty)
- důležitá je pozitivní reakce na kladené otázky, v případě potřeby zopakovat několikrát sdělení
- podpora v rozhodování a snaha zapojit klienta do skupiny např. spolupacientů po překonání obav ze zesměšnění, může hovor s nimi zmírnit pocity
- osamělosti⁷¹

⁶⁹HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 1 vyd. Praha: Galén, 1997, 110 s.

⁷⁰VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., a kol. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 70-71 s.

⁷¹tamtéž

d) Narcistní chování a zásady v komunikaci

Narcistický jedinec se na první pohled nemusí jevit jako nápadný, při delším kontaktu je však v požadavcích na komunikaci neméně náročný než ostatní nestandardní typy.

Každý člověk má a nutně ke zdraví potřebuje určitou dávku sebeúcty a sebevědomí, narcistické osobnosti však mají tuto vlastnost hypertrofovanou, smyslem jejich života je stále sebepotvrzování vlastní dokonalosti. Takoví lidé jsou přesvědčeni, že pro ně platí mimořádné společenské normy, mají velmi sníženou schopnost empatie. Jsou velmi citliví na svůj zevnějšek a na kritiku reagují pocity ponížení.

Určité znaky narcistického chování vykazuje také histrionská porucha osobnosti. Především v souvislosti s potřebou sebezdůrazňování.

Narcističtí klienti působí jako kontroloři. Neprofesionální jednání nepřijmou a často nás upozorňují na naše chyby a omyly. Z řad těchto osobností se rekrutují věčně nespokojení klienti s tendencí o ostatních pochybovat a posléze si stěžovat.⁷²

projevy narcistického chování

- zaměřenost na svůj zevnějšek
- nadřazenost a okázalost k ostatním lidem
- poučování, kontrola druhých a nabízení moudrých vět
- popisování vztahů k významným a populárním osobám
- běžný a standardní postup vnímá jako urážející, potřebuje péči od významných osob (hovořit budu pouze s ředitelem)
- boj o své výsadní postavení a silná potřeba sdělovat konexe
- chybění empatie k potřebám ostatních, ale péči o jeho osobu vnímá jako samozřejmou

⁷²VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009, 251 s.

- touha být obdivován⁷³

zásady komunikace

- akceptování klientova sebeobdivného postoje nás může stát určité přemáhání, je však východiskem pro spolupráci
- při vyjádření názoru, že klient je v podstatě dokonalý, mu umožníme získat pocit, že je středem zájmu, chování z naší strany není čestné, ale účelné pro možnost spolupráce
- podáváme plné informace, jednáme důstojně a na úrovni
- pokud mu nemůžeme ihned věnovat pozornost, dáme však najevo, že o klientovi přítomnosti víme
- pro zachování spolupráce při konfliktu nabídneme krátkou profesionální omluvu⁷⁴

3.5 Psychoterapie a komunikace v procesu resocializace

V průběhu resocializace klientky navštěvují různá terapeutická sezení. Jejich obsahové a programové zaměření vychází z týdenního, psychoterapeutického harmonogramu⁷⁵, nebo z konkrétních situací.

Na oddělení Psychiatrické léčebny v Jihlavě pro klientky závislé s poruchou osobnosti má takovouto strukturu.

⁷³tamtéž

⁷⁴VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. a kol. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 93 s.

⁷⁵Viz příloha č. 2

Komunita

Komunita je každodenní společenské setkání za účasti všech klientů a terapeutického a zdravotnického týmu. Resocializace také směřuje k ovlivňování jedince prostřednictvím skupiny, proto je komunitní systém zvolen.

Komunitu, sdělením co je za den a kdo slaví svátek, zahajuje vždy jedna z klientek. Následuje zhodnocení úkolů a odstranění nedostatků. Rozdělení klientek do terapeutických skupin dle týdenního harmonogramu. Řešení nejrůznějších organizačních problémů, včetně konfliktů mezi pacientkami a mezi pacientkami a zdravotnickým personálem. Diskuse, požadavky, výměna názorů. Uložení nových úkolů se stanovením termínu pro jejich plnění. Nabídka účasti na kulturních akcích pořádaných Psychiatrickou léčebnou. Ukončení komunity formou popřání pěkného a úspěšného dne.

Arteterapie

Arteterapie je terapeutický postup, který využívá výtvarného projevu klientek. Jde o prostředek poznání sama sebe, mezilidských vztahů a ovlivňování lidské psychiky. Výtvary na určité téma a prožitky z procesu tvorby jsou dále za pomoci terapeuta psychoterapeuticky zpracovávány.

Je známo, že jedinci s poruchou osobnosti jsou problémoví především vzhledem k osobám, s nimiž jsou v kontaktu s partnery, rodinnými příslušníky. Na oddělení pak ke spolupacientkám a zdravotnickému personálu. Terapeut se snaží klientce adekvátním formou na základě informací s kresby sdělit, proč to tak může být. Společně pak hledají možnosti a cesty vedoucí ke změně.

Hipoterapie

Je všeobecně známo, že jízda na koni⁷⁶ představuje jeden ze způsobů předcházení civilizačním chorobám. Kůň trénuje systém lidského organismu. Jízdou je stimulován pohybový aparát člověka se všemi jeho složkami.

Kůň nutí neukázněné a nezdravě sebevědomé klientky ke spolupráci. Vyžaduje od jezdce soustředění a připravenost k reakcím na nové projevy koně. Kromě toho nutí jezdce respektovat druhého, v daném případě koně. Vytváří se stimuly, které vedou k přizpůsobování. Prostřednictvím hipoterapie se klientky učí rozvaze a sebeovládání.

Edukační skupina

Terapeutická edukace klientek je medicínsko-pedagogická činnost. Spočívá v předávání znalostí, nácviku dovedností a směřuje k vytváření přiměřených postojů. Jelikož léčba klientek je léčbou v délce trvání tří měsíců, každý týden je předmětem jedno z následujících dvanácti témat. Znaky závislosti, alkohol, drogy, gambling, léky, Delirium tremens, léčba, její smysl a cíl, Antabus, stres a asertivita, onemocnění jater, strategie odmítání návykových látek, recidiva.

Cílem edukačních skupin je získání náhledu na své onemocnění, uvědomování si souvislostí a možných rizik, které sebou závislost a porucha osobnosti nese. Součástí je praktický nácvik odmítání alkoholu, drog, láku atd., diskuze, předávání zkušeností.

Muzikoterapie

Hudba je sama o sobě komunikací, prostředkem sebevyjádření. Terapeutický efekt je spatřován nejen v poslechu hudby, ale především aktivním provozováním, který často slouží jako emoční ventil. Kladně přispívá k restrukturalaci vztahu jedince a kolektivu. 60% autorů definující muzikoterapii pokládá a spatřuje stěžejní terapeutický záměr v oblasti sociální interakce.

⁷⁶Viz příloha č. 3

Skupina sociálních dovedností

Sociální dovednosti jsou například dovednosti potřebné k přijetí jedince do skupiny. To však vyžaduje dovednosti komunikační, znalost strategií navázání a udržení kontaktu. U klientek závislých s poruchou osobnosti je nedostatek sociálních dovedností ovlivněn osobností, způsobem života, často „na okraji společnosti“.

Skupina sociálních dovedností je zaměřena především na jednání s lidmi, prevenci recidivy a nácviku zvládání životních situací po propuštění z léčebny. Cílem je naučit klientku lépe porozumět sama sobě, adekvátním, žádoucím způsobem řešit konfliktní situace.

Psychoterapeutická skupina

Základní přístup, kterým se klientky trpící poruchou osobnosti „léčí“ je dynamická skupinová psychoterapie. Fuhrman a Burlingam v roce 1994 vyslovily názor, že skupinová psychoterapie přináší podobné výsledky jako individuální psychoterapie.

Skupina je prostředí, které umožňuje klientkám pod vedením psychoterapeuta prožívat svoji individualitu a její změnu prostřednictvím reflexe a sebereflexe. Skupinová psychoterapie se zaměřuje, pracuje a věnuje klientkám z třech možných propojených a vzájemně souvisejících, následujících přístupů.

- jako individuum ve skupině
- jako individuum v rámci skupiny
- skupině jako celku

Základ skupinové psychoterapie je spatřován ve dvou idejích. Jednak v klientově autonomii a jeho zdroji psychosociálního zrání, které je posilováno v souvislosti s interakcí s druhými lidmi. A vlastní pochopenou zkušeností, která je zkušeností stabilnější a trvalejší než ta, která je předávána jen zvenčí. Ve skupinové psychoterapii

působí léčebně určité mechanismy, které jsou nositeli žádoucí změny. Tyto mechanismy lze rozdělit do několika bodů.⁷⁷

1) Členství ve skupině

Již sama účast klientky ve skupině může působit léčebně a vyvolat změnu. U izolovaných jedinců od společenských kontaktů mohou přijetí do skupiny a aktivita v ní znamenat korektivní zážitek. Příznivá atmosféra a kladné vztahy působí podpůrně na zmírňování tenze i obtíží. Podstatou je, aby se skupinové zážitky staly podkladem pro uspokojivější zapojení klientky do jejích přirozených skupin v životě. Některé klientky přistupují k léčbě s představou, že mají zcela zvláštní problémy a že se svými myšlenkami nemohou svěřit. Když však ve skupině vidí, že spolupacientky mají obdobné problémy, cítí se „mezi svými“. Pocit přináležitosti ke kolektivu se v terapii uplatňuje jako podpůrný faktor.

2) Emoční podpora

Pro emoční podporu má velký význam vytvoření klimatu psychologického bezpečí. Emoční podpora se uplatňuje v tom, že ostatní členové naslouchají a snaží se jedinci porozumět. Člen je přijat bez ohledu na své postavení, minulost, problémy je přijat takový, jaký je a uznán jako samostatná osoba s vlastními pocity. Skupina mu dovoluje, aby se projevil svou odlišností od norem současné společnosti, za které není odsuzován. Akceptace však neznamená schválení všeho, co klientka dělá, nebo udělala.

3) Pomáhání jiným

Terapeuticky působí nejen podpora od druhých, ale také to, že sama klientka pomáhá jiným, nabízí pomoc, rady sdílí s druhými problémy. Klientky s nízkou sebedůvěrou a sebehodnocením a pocity, že sami nemohou nic nabídnout, začnou při skupinové práci cítit, že mohou být potřebné a užitečné pro druhé.

4) Sebeprojevení

Skupinová psychoterapie podněcuje k otevřenému sebeprojevení včetně skrytých myšlenek, přání a zážitků. V této souvislosti dochází k aktivnímu zkoumání sebe. Člověk se přestává skrývat za maskou a stává se transparentním, což vede

⁷⁷KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 2. vyd. Praha: Galén, 2001, 158-170 s.

k otevřenému sdělování informací o sobě. Jsou to informace soukromé, intimní a zážitky spojené s pocity viny. Zde významnou roli sehrává psychoterapeut, má-li mít odhalení pozitivní význam, musí ostatní reagovat porozuměním. Protože nedostatek podpory může být traumatizující.

5) Odreagování

Projev afektu je důležitou součástí terapeutického procesu. Potlačené emoce spojené s bolestivými zážitky se při abreakci vynesou napovrch a mohou se naplno projevit. Při intenzivní abreakci jedinec emocionálně znovu prožívá určité události s vnitřními i vnějšími afektivními projevy. Abreakcí reaguje na určité zátěžové životní ztráty, křivdy, trauma, nebo frustraci. Odreagování je účelné především tam, kde v reálné situaci klientka nemohla emoce projevit, musela se například ovládat, aby druhému neublížila. Samotné odreagování má podobu například pláče, nadávání, vyprávění zážitků je spojené s tenzí s brachiální agresí.

6) Zpětná vazba, konfrontace

V podstatě jde o to, že klientky dostávají informace od ostatních, jak na ně působí jejich chování. Proto ti co jsou mimo nás, mohou být velmi významným zdrojem informací o nás samých, které nám nejsou přímo dostupné. Při zpětné vazbě se klientky dovídají něco od ostatních, co sami nevidí a co na nich vidí jiní. Pro klientky, které postrádají důvěrné vztahy, představuje skupina často první příležitost pro přiměřenou zpětnou vazbu. Například člověk, který dlouze hovoří o bezvýznamných detailech, dostane informaci, že jeho způsob komunikace nudí. Ale pozor zde hrozí riziko, že kritika bude přijata jako útok a mine se cíle, kterým je změna nevhodného chování. Máli být konfrontace užitečná, musí být její síla vyvážená kladným vztahem mezi kritizujícím a kritizovaným.

7) Náhled

Znamená pochopení dříve neuvědomovaných souvislostí ve vlastní psychice a vztazích ve spojitosti s maladaptivním chováním. Například náhledem, který potřebuje získat neuritická klientka je uvědomění si souvislostí mezi neurotickými potížemi a osobními problémy či konflikty. Skupinová psychoterapie pak směřuje k léčebným formám náhledu, k nimž jako nedůležitější patří náhled interpersonální. Jedná se poznání, kterým se klientky samy svým vlastním chováním a prožíváním

spolupodílejí na svých problémech. Yalom v roce 1985 popsal čtyři úrovně náhledu: Poznání, jak člověk vidí druhé lidi. Poznání, co člověk dělá druhým lidem a s druhými lidmi. Poznání, proč to člověk druhým lidem dělá. Pokus o porozumění tomu, proč se člověk stal takovým, jakým je.

8) Zkoušení a nácvik nového chování

V souvislosti s poznáváním nevhodných způsobů chování dochází ke zkoušení a hledání způsobů nových. Skupina k tomu poskytuje dostatek příležitostí. Jisté pokroky jsou však závislé na motivaci klientek ke změně. Významnou úlohu sehrává posilování ze strany skupiny. Společensky nejisté pacientky projeví v důsledku psychoterapie vlastní názor. Tím se přesvědčí, že neztrácí sympatie, ale naopak získává ocenění. A v důsledku takovéto zpětné vazby se nové chování upevňuje.

Pracovní terapie

Pracovní terapie je v podstatě dílnou s náradím a pomůckami pro výrobu například polštářů, obrazů, obuvi. Cílem je naučit klientky novým technikám, kterými jsou pletení, háčkování, vyšívání, šití. Podstatou je získávání nových koníčků, zájmů, osvojení si dovedností zejména v oblasti ručních a manuálních prací.

Klientky často uvádějí jako jednu z možných příčin své závislosti na psychoaktivních látkách nudu. Pěstování zájmů a rozvíjení koníčků působí ve všedním životě jedince jako prevence nudy a přináší klientkám určité uspokojení. Součástí pracovní terapie jsou i úklidové práce ve smyslu zametání, vytírání podlah, utírání prachu.

Účast klientek na terapeutických skupinách tvoří předpoklady k formování pozitivních postojů. Díky skupinové psychoterapii by mělo docházet ke zralejšímu pochopení nejen sebe, ale i okolí. Důležitá je i dohoda mezi členy skupiny, že cokoli se bude v průběhu skupiny odehrávat, bude pouze záležitostí skupiny a nebude to nikde vynášeno či zveřejňováno. Skupiny jsou otevřené, to znamená, že ti kteří končí léčbu, skupinu opouštějí a nově přichozí jsou do ní začleňováni.

Důležitou roli při resocializaci spatřuji v profesionálním přístupu terapeutu. Profesionální přístup ke klientkám s poruchou osobnosti může ovlivnit jejich interakci s okolím a jejich neschopnost vžít se do situace rodinných příslušníků, kterým v mnoha směrech ublížily.

Vždy je důležité mít na paměti odpovědnost, kterou má terapeut vůči klientce. Odpovědnost se dá přirovnat k nárokům kladeným na terapeuty: bezvýhradné přijímání klienta, empatický přístup, autentičnost vlastního chování. K tomu také patří srozumitelnost terapeutova chování, které je v souladu s vypěstovanými komunikačními dovednostmi. Pozor terapeut má zodpovědnost vůči klientovi, ale nelze, aby za odpovědnost přebíral za něho.

3.6 Dílčí závěr

Komunikace je procesem vzájemného předávání informací v sociálním kontaktu pomocí různých prostředků. Komunikace je tedy v podstatě symbolickým vyjádřením sociální interakce. Schopnost komunikovat s druhými má pro sociální život a pro začlenění jedince do společnosti nesmírný význam.

Na základě zaměření plní komunikace různé funkce, kdy cílem je například vysvětlení, nebo předání informací. Mezi druhy komunikace řadíme komunikaci verbální a neverbální, Mezi nimi není jednoznačná hranice.

Na základě negativního pohledu na svět a jiné lidi, jedinci s poruchou osobnosti informace zpracovávají způsobem odlišným. Problémová komunikace je ještě umocněna vytvářením si vlastních pravidel chování, které pochopitelně v sociální iteraci vedou ke konfliktům. Konflikty pramení z maladaptivních schémat. Na jejich základě a po zhodnocení projevů jednotlivých poruch osobnosti je chování klientek děleno na čtyři skupiny. Agresivní, úzkostné, depresivní a narcistické a zároveň je poukázáno na zásady, jak komunikovat s jedinci vykazující takovéto chování. Domnívám se, že jejich využití může vést k navození vztahu vedoucího ke spolupráci.

Úspěšná psychoterapie a následná resocializace je založena na spolupráci. Vychází především z týdenního psychoterapeutického harmonogramu. Důležitou roli v procesu resocializace sehrává profesionální přístup terapeutů a zdravotníků.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. Kazuistika A

Slečně Veronice je 27 let, nyní je nezaměstnaná, svobodná. Dětství prožila na malém městě. Rodiče se brali pro těhotenství matky, před svatbou již měli neshody. Matka měla strach „jít domů s bubnem“, tak si tátu vzala. Matka byla venkovanka a otec „no prostě městskej borec, kterej se chová jak debil“. Otec hrál automaty, často prohrál celou výplatu a rodina neměla dostatek financí pro zabezpečení jejího chodu. Když zrovna nehrál, tak přišel domů „na mol“ a s mámou se hádal, často jí „jednu vrazil“. Od malička byla Veronika součástí rodičovských sporů, otec matku občas bil. Už jako malá jsem měla „depky a úlety“, občas jsem utekla z domova, ani nevím proč. Sestra a matka otce suicidovaly léky. V té době bylo Veronice 12 let. Pamatuje si, že otec byl v té době velmi nešťastný a klientka ho viděla poprvé a naposledy plakat. Několikrát se chtěla zabít, ale nikdo se o tom nedozvěděl. V noci nemohla spát, třásla se hrůzou, co může otec matce udělat. V době rozvodu začalo pro Veroniku peklo, otec se stále opíjel a na matku nasazoval. Matka brala pořád nějaké léky a neustále spala. Klientka musela uklízet, prát, vařit a postarat se o mladšího bratra. Za jakýkoli nedostatek byla otcem zfackována. Základní školu dokončila s několika trojkami.

Učila se prodavačkou, střední odborné učiliště nedokončila, důvodem byly drogy a záškoláctví. Na učilišti chodila v černém, nosila vlasy na „ježka“, měla několik piercingů, provokovala učitele, authority neuznávala. Ostatní spolužáci se bavili nad jejími „úlety“. Konflikty stále pokračovaly, objevilo se rychlé střídání partnerů, začala se opíjet. U matky moc nebyla, často přespávala u kamarádů. Od 15 let stihla vyzkoušet pervitin, extáze, marihuanu kouřila i durman. Od 18 let pravidelně užívala heroin, během jednoho měsíce už brala denně, od počátku aplikace do žíly. Brala 2 roky. Poté přechod na jiné drogy, hlavně marihuana, po 2 letech se hlavní drogou stal pervitin, dávky postupně vystoupaly na 2 gramy denně. Veronika nikdy nepracovala, finančním zdrojem na drogy jsou krádeže a prostituce. Někdy to má skoro zadarmo, má spoustu „kámošů“. Alkoholu už neholduje. Nyní přítele nemá, rozešli se cca před měsícem,

znali se přes muziku, byl to "takovej intoš". Matku několik let neviděla, někdy bydlela u kamarádů, jinak na ulici. Otec jí nezajímá a odmítá o něm hovořit.

Do Psychiatrické léčebny Jihlava pacientka přichází na doporučení protialkoholní a protitoxikomanické poradny, kam zaslána pro intoxikaci pervitinem. Jedná se o první přijetí do PL Jihlava. Za posledních pět let se však jedná již o šestou léčbu. Předchozích pět nikdy nedokončila, odešla do jednoho měsíce. Nikdy nevydržela abstinovat, nebo byla vyloučena z disciplinárních důvodů. A v podstatě ihned začala opět užívat drogy.

Na oddělení pacientka vstupuje s diagnózou: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a psychoaktivních látek – syndrom závislosti. Emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ.

Při prvním rozhovoru na oddělení je Veronika neupravená ve vytahané mikině, roztrhaných kalhot s mnoha cvoky a různými řetízky kolem nohou. Okované boty dotváří její styl, který sama nazývá „rebelanským“. Musím však říci, že se jedná o celkem pohlednou dívku. Chová se neformálně, projev je afektovaný, v průběhu rozhovoru se střídá pláč s výbuchy smíchu. Na otázku proč je zde, a co očekává od léčby, nereaguje. Po chvíli sděluje, že už musí se sebou začít něco dělat. V léčbě by chtěla vydržet tři měsíce, ale neví, jak si zvykne. Pravidla, režim ... dělá jí to vzteklu, nejraději by někoho zabila. Lidi jsou zde docela dobří, ale strašně jí štvou. Po dobu vstupního pohovoru neustále zdůrazňuje, jak je pro ni život těžký, nemůže najít smysl, ještě že má ten „fet“. Protože když ji přepadnou ty „vnitřní bolesti“, které jsou nesnesitelné a přicházejí z ničeho nic, tak po „šlehnutí buchnou“ je nevnímá. Na obou dolních a horních končetinách jizvy různého stáří po četných povrchních řezech.

V prvních třech týdnech pobytu na oddělení klienta neustále provokuje, ironické poznámky a vulgarismy směřují k ošetřujícímu personálu. Při zjištění, že personál zaujímá nekonfrontační postoj, dochází k přenesené formě agresivního chování.

Veronika bouchá s dveřmi, kope do lůžka a nábytku. Snažíme se ji přesvědčit o působení jejího chování na ostatní, nezvyšujeme tón hlasu a vulgarismy ignorujeme.

Na ranní komunitu pacientka přichází neupravená, sedí na několika židlích, odmítá se představit. Během komunity klackovité chování, klientka líže lízátko a pohrdavými gesty neustále provokuje. V rámci terapeutického týmu klientku upozorňujeme pouze na nevhodnost takového chování, nemoralizujeme. Do psychoterapeutických sezení se Veronika zapojuje pouze formálně, sděluje, že jí „to“ nebaví, že je to nuda. Často vyslovuje zcela neadekvátní požadavky (např. ve 23 hod. žádá vycházku pro bolest hlavy, dělá jí dobře čerstvý vzduch), při nevyhovění vyhrožuje ošetřujícímu personálu, že suiciduje. Klidným přístupem se snažíme Veroniku přimět k rozhovoru, nabízíme vysvětlení, přání formálně akceptujeme, ale nad doprovodným chováním vyslovíme nesouhlas.

Po měsíci v léčbě ubývá extrémních výkyvů. Na nepřizpůsobivé a manipulativní chování má reálný náhled, ale snaha o změnu chování je malá. Při kontrole osobních věcí nalezen u klientky blistr s léky, což je proti řádu oddělení. Jedná se o opětovné překročení jasně stanovených pravidel. Z disciplinárních důvodů se v terapeutickém týmu domlouváme na zákazu vycházek po dobu čtrnácti dnů. Toto Veronika překvapivě akceptuje.

V druhém měsíci léčby se klientka již aktivně zapojuje do veškerých terapeutických sezení. Musím říci, že se snaží spolupracovat. V rámci možností koriguje své chování a postupně získává alespoň částečný náhled na problematiku svého onemocnění. V léčbě navazuje telefonický kontakt s matkou, se kterou poté strávila dvě víkendové resocializační dovolenky. O otci je schopna se silným emocionálním doprovodem hovořit.

V psychoterapeutických skupinách probírána neschopnost, spíše lenost vzít si za své chování zodpovědnost. Obtížné se jeví přijímání pozitivní zpětné vazby. Po osmi týdnech v léčebně, při možnosti si sehnat drogu spolupacientkou, došlo k porušení

abstinence na oddělení, vzala si pervitin. Následně sděluje, že chce být propuštěna na revers. Dle slov Veroniky: „Už tady nechci zůstat ani minutu, mám hroznou chuť si dát a chci brát, je to silnější než já.“ Klientce dáváme 24 hodin na rozmyšlení, po této době nedošlo k žádné změně, proto bylo žádosti vyhověno. S odstupem jednoho týdne přichází na oddělení od Veroniky dopis, kde popisuje, jak jela do Prahy, kde si šňupala pervitin. Píše, že odchod z léčby s odstupem času hodnotí jako „blbost“. Má zažádáno o léčbu v Havlíčkově Brodě, kam údajně zítra nastupuje. V psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě ověřujeme věrohodnost informací - jsou pravdivé.

Veronika vydržela v léčbě závislosti osm týdnů. Jedná se o první hospitalizaci, ve které byla schopna setrvat déle než jeden měsíc. Domnívám se, že k tomuto faktu přispěl profesionální přístup zdravotnického personálu, který se pokusil využít zásad v komunikaci při různých projevech chování klientky. Neustálá potřeba speciální pozornosti, vynucování si výhod, negativismus, agresivní chování, bouření se proti režimu, to vše vzbuzuje u personálu hněv. Veronika v podstatě všechny kolem sebe provokovala a často se zaměřovala na neshody členů personálu. Proto je na místě vysoká soudržnost týmu a jasně definovaných hranic. Dekompenzaci v podobě porušení abstinence přikládám zkratkovému chování a impulzivitě. Dle mého názoru nebyl s klientkou dostatečně probrán a připraven plán na zvládnutí obtížných situací, které hrozily. Samotná hospitalizace měla svá úskalí, kterým jsme zřejmě věnovali přílišnou pozornost, na úkor jiných aspektů. Úskalími mám na mysli především riziko suicidia. I přes porušení abstinence považuji za úspěšné „udržení“ Veroniky v léčbě po dobu osmi týdnů. Zda poskytnuté informace a získaný alespoň částečný náhled na problematiku přispěly k rozhodnutí Veroniky pokusit se o léčbu v jiném zařízení, si netroufám s určitostí říci, ale rozhodně přispěly k jisté ochotě ke změně.

5. Kazuistika B

Paní Emílie, která vyrůstala v adoptivní rodině, ví, že někteří sourozenci jsou též závislí na drogách. Vlastní otec nyní je hospitalizován v Bohnické psychiatrické léčebně pro schizofrenii. Vlastní matku nikdy nepoznala, ale ví, že žije v Praze. Adoptivní rodiče neměli na Emílii příliš času. Otec je vyšetřovatel a matka podnikala, vlastnila

obchod s drogistickým zbožím. Klientka si to pamatuje jen málo. Více si vzpomíná na období, kdy matka umírala na rakovinu a otce neustále proklínala. Emílie pak byla vychovávána placenými chůvami, otec většinu dne trávil v práci. Matka zemřela, když bylo Emílii 10 let. Od té doby se o ni starala o 4 roky starší sestra Magda. Otec jim nedával peníze, děvčata sbírala láhve a vracela je do obchodů. Kolem patnáctého roku věku začala Emílie krást v obchodech drobné předměty, vyrůstala na ulici velkoměsta v partě kamarádů. Několikrát byla přistižena, jak krade. „Táta to vždy nějak zařídil a skončilo to dvojkou z chování“. Školní prospěch měla Emílie celkem dobrý, ale nikdy se neučila. Problémy měla s kázní, protože chodila za školu, kradla a rvala se se spolužáky. Dostala se na obchodní akademii, kterou s protekcí a s problémy dostudovala.

Po maturitě si našla práci barmanky, zamilovala se do kolegy a záhy otěhotněla. Vdávala se ve dvaceti letech. Manžel si občas „něco“ dal, už když spolu chodili. Několikrát klientku fyzicky napadl, dle jejich slov: „Spíš jsme se tak trochu porvali“. Po narození syna se začala Emílie nudit, občas si vyšla ven s kamarády zakouřit „trávu“. Péče o syna jí nebavila, manžel byl neustále v baru, když přišel domů, tak se „sjel perníkem“. Ve 22 letech se rozvedla, syn je v péči rodičů manžela. „Už jsem s tím blbcem nemohla být, pořád „prudil“, chtěla jsem ho zabít, tak jsem se raději rozvedla“.

Od té doby žije Emílie převážně na ulici, „jede v heroinu“, má ho od svého kamaráda, který jí údajně velmi miluje, nic mu nemusí platit, občas pro něj něco „čorkne“. Jela s kamarádkou do Rakouska vydělat peníze na drogy (placený sex), „bylo to hnusný, ale na fetu se vydrží všechno“. V Jemnici absolvovala celou protitoxikomanickou léčbu. Půl roku vydržela abstinovat, našla si práci a dle jejich slov „to celkem šlo“.

Nyní je Emílii 26 roků, do Psychiatrické léčebny v Jihlavě byla přeložena po čtrnáctidenní detoxifikační léčbě z bohunické psychiatrické léčebny, dle spádu k protitoxikomanické léčbě. Osm měsíců si téměř denně nitrožilně aplikuje 0,5 gramu heroinu. Toho času je pět měsíců gravidní, otce nezná „asi někdo z kámošů“. Na otázku

proč je zde odpovídá: „Já nevím, oni mě sem přivezli, jsem těhotná a vy se o mě musíte postarat“. Jakákoli motivace k léčbě se jeví sporně. Jedná se o klientku s diagnózou: Disociální poruchou osobnosti se syndromem závislosti na více psychoaktivních látkách.

V prvních týdnech hospitalizace je málo přizpůsobivá, obtížně se adaptuje na podmínky oddělení. Lhostejná k pravidlům. Neustále vyvolává konflikty se spolupacientkami. Přestavuje nábytek na pokoji, tak, aby ostatním ztížila průchod. V noci navštěvuje cizí pokoje (což je proti řádu oddělení), krade cigarety. Při řešení konfliktu na komunitě bagatelizuje, lže, obviňuje z krádeží ostatní. Spory vrcholí při opakovaném upozornění na nevhodnost takového chování, kdy Emílie záměrně strčila do podstatně starší spolupacientky, která si následkem pádu zlomila pravou dolní končetinu v krčku. V rámci terapeutického týmu svoláváme mimořádnou komunitu, kde je klientka konfrontována s ostatními spolupacientkami. Jednoznačně jsou splněny aspekty pro propuštění z disciplinárních důvodů. Týmově však zvažujeme důsledky pro nenarozené dítě (bezdomovectví klientky a užívání drog). Klientce ponecháváme možnost zůstat na oddělení, důrazně opakujeme okolnosti (pravidla oddělení) pro setrvání v léčbě. Poté nastává částečné zklidnění v popředí hyperaktivita, režim narušuje „pouze“ drobnými prohřešky, ale je relativně dobře usměrnitelná.

V druhém měsíci léčby klientka dostává dopis od kamarádky a kamaráda (oba toxikomani). Žádá okamžité propuštění na revers. V terapeutickém týmu se jednohlasně shodujeme, že když jsme Emílii „udrželi“ v léčbě již sedm týdnů, uděláme vše proto, aby setrvala do porodu, což je dva měsíce. Razantně odmítáme možnost podpisu negativního reversu a zdůrazňujeme vliv drog a života na ulici na nenarozené dítě. Účast na psychoterapeutických skupinách klientka bojkotuje, časté jsou výbuchy agresivity a hněvu, které se střídají s úzkostnými a depresivními rozladami.

Ošetřovatelský personál je edukován, jak se „obrnit trpělivostí“ a odkázán na využití zásad komunikace s klientem agresivním, úzkostným a depresivním. Po týdnu dochází ke zklidnění. Emílie zvážila své možnosti a rozhodla se umístit dítě do kojeneckého ústavu. Účastnila se skupin sociálních dovedností, edukačních skupin

a pracovní terapie. Psychoterapeutické skupiny přijímala pouze formálně. Týden před termínem porodu byla přeložena na gynekologicko-porodnická oddělení nemocnice Jihlava, odkud následný den po porodu odešla. Poté byla Emílie náhodně viděna v parku nedaleko K-centra v Jihlavě zanedbaná jevící známky intoxikace psychotropními látkami.

Emílie byla v Psychiatrické léčebně hospitalizována čtyři měsíce. Zapojit ji do procesu terapie bylo velmi obtížné a složité. Psychoterapeutické skupiny přijala pouze formálně. Problém, ve kterém spatřuji příčinu vzniku konfliktů (kromě osobnostních rysů) je nemotivovanost k léčbě. Domnívám se, že klientka nikdy nepřijala za své, že má s drogami problém a toho času s jejich zneužíváním přestat nechtěla. Za jiných okolností by byla z léčby zřejmě propuštěna mnohem dříve. Myslím si, že jsme byli jako terapeutický tým ke klientce velmi tolerantní. Její způsob obstarávání cigaret byl v podstatě parazitováním na ostatních spolupacientkách. Dále se také domnívám, že Emílie záměrně a vědomě simulovala určité typy chování za účelem manipulace. Prostřednictvím pláče, nebo smutku se snažila vzbudit sympatie a soucit. Musím však říci, že narození zdravé holčičky, bylo jistou satisfakcí nad pocity rezignace a marnosti našeho terapeutického snažení.

6. Kazuistika C

Paní Janě je 23 let. Vyrůstala v malé obci nedaleko Polné společně s rodiči a starší sestrou v rodinném domě. V dětství prodělané časté infekce horních cest dýchacích. Mezi pátým a desátým rokem věku byla sedmkrát dlouhodobě hospitalizována na dětském oddělení pro angíny a bronchitidy. Základní školu těžce snášela, chodila do školy často s pláčem. Kontakt se spolužáky byl problematický, spíše byla doma, nejvíce si rozuměla se sestrou a matkou. Nejezdila ani na školní výlety, prosila matku, aby ji omluvila. Učila se prodavačkou, učební obor vybrali rodiče, sama se nedokázala rozhodnout, prospěch měla výborný.

Poté pracovala v obchodě s potravinami v Jihlavě. Nebyla však schopna pro nemožnost samostatně cestovat do zaměstnání dojíždět. Matka Janě sehnala zaměstnání v zemědělském družstvu v místě bydliště, pracovala jako ošetřovatelka dojníc asi jeden

rok. Často si vyčítá, že práci prodavačky nezvládla, že se měla překonat. Někaký čas byla registrována na úřadu práce, poté nastoupila mateřskou dovolenou. Vdávala se ve 22 letech, manžel byl Janiným sousem. Sportoval, rád jezdil na motorce a choval holuby. Jana mu často vyčítala, že s ní není více doma, velmi se trápila. Ve 26 letech Jana porodila druhou dceru.

Vzhledem k tomu že Jana nerada cestuje, nakupovat chodila s matkou. S manželem se často hádala, vyčítala mu, že s ní není doma. Po mateřské dovolené zaměstnání nehledala, nechtěla dojíždět. Starala se o matku, která byla toho času velmi nemocná. Manžel Janě vyřídil příspěvek na péči pro bezmocnost matky. Jana se stýkala s dětmi, manželem, matkou a sestrou, další vztahy prakticky neměla.

Okolo 35 roku věku se cítila velmi unavená, péči o matku hodnotí jako náročnou. Den po jejich 36 narozeninách matka zemřela. Dle slov Jany: „bylo to hrozné, nedalo se to vydržet, měla jsem strach a pořád jsem se bála a neustále mě svíral pocit vnitřní úzkosti“. Když Jana vypila několik skleniček vína, nic necítila, přestala mít strach, zmizel i pocit úzkosti. Postupně však pro pocit „nic necítění“ potřebovala větší množství alkoholu. V té době Jana již pracovala v zemědělském družstvu. Do práce chodila opilá, po několikátém upozornění od vedoucího byla propuštěna. Odhalila manželovu nevěru. Manžel požádal o rozvod a mladší dcera mu byla svěřena do péče. Svobodná starší dcera zůstala bydlet s Janou. Dle Janiných slov ji dcera často prosila, ať se jde léčit, vylévala ji lahve vína, které nacházela různě v domě. Proto si Jana začala alkohol schovávat na zahradě mezi keře, několik lahví zakopala do skleníku tak, aby je dcera nenašla. Čtyři roky před hospitalizací pila prakticky denně, někdy vyplila i 2 litry vína, první alkohol kolem 9 hodiny, po odchodu dcery do práce. Několikrát (přesný počet není Jana schopna sdělit) byla hospitalizována na interním oddělení pro dekompenzaci jaterní cirhózy a delirium tremens. Sociální sestra nemocnice Janě vyřídila invalidní důchod.

Při posledním propuštění z nemocnice ji dcera intenzivně prosila, ať se jde léčit. Protože dle Jany: „Doktoři řekli mojí holce, že jestli budu dál pít, tak umřu a že mě vytáhli hrobníkoví z lopaty a příště by se jim to už nemuselo podařit“. Jana s léčbou nakonec souhlasila, dcera ji objednala a přivezla k hospitalizaci.

Jedná se o první kontakt s psychiatrií v Janině životě. Dle příjmového vyšetření se jedná o klientku s diagnózou: Závislou poruchou osobnosti a syndromem závislosti na alkoholu. V prvních týdnech hospitalizace se Jana převážně zdržuje na pokoji. Se spolupacientkami nekomunikuje, bojí se zesměšnění. Otázce se však snaží vyhovět, ale málo kdy se sama spontánně rozmluví. Představení na ranní komunitě zvládla na třetí pokus. Vždy začala plakat, třásla se, nebyla schopna pokračovat. Do psychoterapeutického procesu se zapojila bez větších problémů, ale pro častý pláč a úzkostné stavy je spolupráce náročná a vyžaduje neustálou podporu k překonání obav ze zesměšnění. V případě, že je klientce nabídnut výběr z několika možností (například účastnit se pracovní terapie či práce v keramické dílně) není schopna se sama rozhodnout. Vyčkává, až bude pro určitou činnost vybrána. Na dotazy Jana odpovídá nejistě a opakuje, že nic nezvládne. Při stálém opakování a ujišťování o opaku, dochází ke zklidnění a zmírnění četnosti pláče.

V rámci psychoterapeutického týmu se snažíme v psychoterapeutických skupinách dát Janě dostatek času a podpory při rozhodování. V druhém měsíci léčby klientce již nedělá problém komunikovat se spolupacientkami dle potřeby i týmově spolupracovat. Uvědomuje si proč pila, v rámci resocializačních dovolenek navštívila v doprovodu dcery klub anonymních alkoholiků, který by chtěla v budoucnu navštěvovat. Na pracovní terapii Jana zjistila, že je velmi zručná, naučila se několik technik háčkování a vyšívání. Práce s hlínou v keramické dílně ji velmi bavila, a podařilo se ji vyrobit několik dárků pro své blízké.⁷⁸Po tříměsíční léčbě, byla Jana propuštěna. Dochází pravidelně na kontroly do protialkoholní ambulance a prokazatelně čtyři měsíce abstinuje.

Domnívám se, že účel léčby byl v případě Jany splněn. Riziko recidivy spatřuji v případě odstěhování se dcery. Myslím si, že samota by pro klientku byla příčinou dekompenzace psychického stavu a vedla by k porušení abstinence.

Za podstatné považuji zmínit, že klientky v léčbě závislostí jsou medikovány různými typy psychofarmak. V žádném případě nelze říci, že zásady v komunikaci, lépe

⁷⁸Viz. příloha č. 4

řčeno jejich aplikace, jsou dŭvodem ůspěšné léčby, ale jsou jednou z podpŭrných složek.

Závěr

Cílem bakalářské práce byla deskripce poruch osobnosti, poukázala jsem na možnou etiologii a problematiku klasifikace specifických poruch osobnosti. Lze říci, že poruchy osobnosti i přes jejich nalezení v mezinárodní klasifikaci nemocí, nejsou nemocemi v pravém slova smyslu. Představují jisté odchylky od způsobů, kterými běžně člověk v určité kultuře vnímá a především utváří vztahy k ostatním lidem.

Tyto odchylky mohou být pouze „obtěžující, nebo nepříjemné pro svého „nositele“. Některé jsou často natolik zatěžující, že jejich kompenzace vede k rozvoji závislosti na alkoholových i nealkoholových psychotropních látkách. Je takřka téměř nemyslitelné, aby jedinec trpící poruchou osobnosti souhlasil s tím, že jeho chování způsobuje řadu problémů a sám vyhledal pomoc. V této souvislosti jsem se snažila poukázat na problematiku duálních diagnóz, protože následky spojené se syndromem závislosti jsou důvodem psychiatrických hospitalizací takto disponovaných jedinců.

Hospitalizace v psychiatrických léčebnách, je po odeznění akutních abstinenčních příznaků založena na principu dobrovolnosti a režimových opatřeních. Zde jsem se snažila přiblížit nepřizpůsobivé chování takto postižených jedinců a nastínit základní předpoklady pro jejich léčbu resp. resocializaci. Na základě určitých typů chování jsem popsala jisté komunikační zásady, o kterých se domnívám, že přispějí k „udržení“ klienta v léčbě.

Při „zacházení“ s jedinci s poruchou osobnosti je skutečně obtížné, ne-li nemožné, poskytnout 100% návod, který by vedl k ochotě klienta spolupracovat. Důvodem je především ta skutečnost, že projevy maladaptivního chování jsou v různých sociálních situacích často nepředvídatelné. Přesto se domnívám, že znalost byť i obecných komunikačních intervencí, může být určitým „vodítkem“ k zajištění uspokojivé interakce mezi klientem a osobou zajišťující různou formu péče v určitém pracovním prostředí. Využitelnost také spatřuji v oblasti prevence konfliktů či způsobu hledání cest jeho kompenzace.

Dále jsem zdůraznila, důležitost profesionálního přístupu k těmto lidem, který spatřuji v znalosti jejich problematiky, toleranci a především trpělivosti. Důležitost také spatřuji v jednotnosti terapeutických týmů a zachování terapeutické neutrality. Neboť rozštěpení týmu do dvou skupin – na tu, která vnímá klienta jako manipulujícího, škodícího druhým (tudiš potřebuje potrestat), a tu, která ho vnímá jako nešťastnou oběť osudu (potřebuje vlídnost, ochotu) může vést k neadekvátní a kontraproduktivní péči.

V praktické části bakalářské práce jsem jako pracovní prostředí využila oddělení Psychiatrické léčebny Jihlava a ve třech kazuistikách demonstrovala proces resocializace. Musím konstatovat, že nejen na základě kazuistik, ale především na základě zkušeností, že jedinci s poruchou osobnosti jsou v psychiatrických léčebnách hospitalizováni často až po ztrátě jak určitých sociálních rolí, tak sociálních jistot s již zmíněným rozvinutým syndromem závislosti.

Zde spatřuji široké možnosti pro působení sociální pedagogiky, která může prostřednictvím společenských, podpůrných organizací či institucí, napomoci při včasném diagnostikování problému a k vymezení účinných opatření, které by přispěli k motivaci a ochotě takto disponovaných jedinců spolupodílet se a spolupracovat při hledání cest směřujících k zdravému životnímu způsobu.

Resumé

Bakalářská práce se věnuje problematice komunikace s osobami nepřizpůsobivými s poruchou osobnosti. Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část obsahuje tři kapitoly. První kapitola je věnována deskripci poruch osobnosti. V druhé kapitole je popsán klient nepřizpůsobivý, problematika duálních diagnóz v rámci pracovního prostředí, kterým je oddělení psychiatrické léčebny. Třetí kapitola obsahuje komunikační zásady a možnou resocializaci poruch osobnosti. Obsahem praktické části bakalářské práce jsou tři kazuistiky.

Anotace a klíčová slova

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou komunikace s osobami nepřizpůsobivými s poruchou osobnosti. Hlavní náplň práce tvoří deskripce poruch osobnosti. Pozornost je věnována problematice duálních diagnóz a nepřizpůsobivému chování takto disponovaných jedinců v rámci pracovního prostředí, kterým je oddělení psychiatrické léčebny.

Klíčová slova

Poruchy osobnosti, specifické poruchy osobnosti, pracovní prostředí, psychiatrická léčebna, klient nepřizpůsobivý, duální diagnóza, komunikace, typy chování, maladaptivní chování, psychoterapie, resocializace, kazuistika.

Annotation

Bachelor thesis is communication problems with inadaptable people with personality disorders. The main content of thesis forms description personality disorders. Attention is paid issue of dual diagnosis and inadaptable behavior this way individuals on efficient within work environment which is department of mental hospital.

Key words

Personality disorders, specific personality disorders, working, environment, mental hospital, client inadaptable, dual diagnosis, communication, types of behavior, maladaptive behavior, psychotherapy, rehabilitation, case report.

Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4
2. BEER, M. D., PEREIRA, S. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 269 s. ISBN 80-247-0360-7
3. CAMPBellová, J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál, 2000, 199 s. ISBN 80-7178-458-1
4. HANZALÍČEK, L. *Psychiatrická encyklopedie*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1982
5. HEVEROCHA, A. *O podivínech a lidech nápadných*. Praha: Hejda a Tuček, 1901, 159 s.
6. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997, 159 s. ISBN 80-85824-60-4
7. HORT, V., HRDLIČKA, M. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 796 s. ISBN 80-7178-472-9
8. HÖSCHL, C., LIBIGER, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002, 895 s. ISBN 80-900130-1-5
9. HORVAI, I. *Psychopatie*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1968, 254 s.
10. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9
11. JÍLEK, J. *Ze závislosti do nezávislosti*. 1. vyd. Praha: vydal autor vlastním nákladem, 2008, 224 s. ISBN 978-80-85524-03-1
12. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. nezměněné vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 225 s. ISBN 80-7013-390-2
13. KOMÁRKOVÁ, R., SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná Sociální psychologie III Sociálněpsychologický výcvik*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, 224 s. ISBN 80-247-0180-4
14. KOUBELKOVÁ, A. *Psychologické otázky delikvence*. 1. vyd. Praha: Victoria publishing, 1995, 114 s. ISBN 80-7187-022-6
15. KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 216 s.

ISBN 978-80-7367-383-3

16. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 2. vyd. Praha: Galén, 2001, 285 s. ISBN 80-7262-096-7
17. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 1971, 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5
18. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6
19. MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 368 s. ISBN 80-247-0650-4
20. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3. dopl. a opr. vyd. Praha: Portál, 2007, 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6
21. PRAŠKO, J. a kol. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003, 360 s. ISBN 80-7178-737
22. RAUCHFLEISCH, U. *Doprovázení a terapie delikventů*. 2. vyd. Brno: Albert Boskovice, 2000, 88 s. ISBN 80-85834-83-9
23. RICHTEROVÁ, L., HOLUB, V. *Psychopatologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1967, 176 s.
24. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 1996, 504 s. ISBN 80-85800-33-0
25. TEGZE, O. *Neverbální komunikace*. Brno: Computer Press, 2007, 481 s. ISBN 80-251-0183-5
26. TKÁČ, J. *Psychopatologie*. Brno: Institut mezioborových studií, 2007
27. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
28. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 356 s. ISBN 80-246-0841-3
29. VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. a kol. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8
30. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*. 5. vyd. Praha: Maxdorf, 1998, 490 s. ISBN 80-85800-81-0
31. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009, 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1
32. VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J.Kocourek, 1997, 295 s. ISBN 80-86123-02-2

Seznam příloh

Příloha č. 1: Terapeutická smlouva

Příloha č. 2: Týdenní psychoterapeutický harmonogram na rehabilitačním oddělení
Psychiatrické léčebny Jihlava

Příloha č. 3: Hipoterapie v Psychiatrické léčebně Jihlava

Příloha č. 4: Keramické výrobky paní Jany (kazuistika C)

Příloha č. 5: Informační leták k problematice poruch osobnosti pro klienty
Psychiatrické léčebny a veřejnost

Příloha č. 1

Terapeutická smlouva

Terapeutická smlouva

Dobrý den. Naše oddělení je uzavřené, částečně režimové s programem. Je tomu tak proto, že je určeno i pro klientky s chronickým psychickým onemocněním a poruchami osobnosti. Proto je omezen volný odchod z oddělení, což pro Vás znamená některá další omezení (odebrání potenciálně nebezpečných předmětů - ostré předměty, opasky, holítko, nabíječky k mob. telefonu a pod.) Na našem oddělení je možno používat mobilní telefony, pokud to nevyklučuje zdravotní nebo psychický stav klientky. Nabíjení telefonu probíhá výhradně v ambulanci během noční služby. Děkujeme za pochopení.

Terapeutický tým se zavazuje:
poskytovat dle možností léčebnou péči na úrovni současných vědeckých poznatků,
respektovat důstojnost, lidská práva, spolupracovat s pacientem na překonání
problémů

paní narozena.

se zavazuje:

- dodržovat vnitřní řád oddělení
- dodržovat povinnosti pacientů
- během léčby plně abstinovat od alkoholu, drog hazardních her
- neužívat jiné léky než ordinované lékařem
- nevést zbytečné nebo chlubitivé řeči o alkoholu a drogách
- zdržovat se projevů verbálního, fyzického nebo psychického násilí
- hlásit personálu začátek a konec menstruace a jakékoliv mimořádné odchylky menstruačního cyklu

dále se zavazují:

K účasti na veškerých programech určených pro léčbu závislostí. Součástí této léčby je pracovní terapie na oddělení, kterou určuje ošetřující personál dle zdravotního a psychického stavu klientky. Pracovní terapie na oddělení zahrnuje: úklid oddělení, úklid kuchyňky, mytí nádobí, převlékání a stlaní lůžek.

beru na vědomí, že:

za peníze, jiné cennosti a osobní věci, které jsem si neuložila k personálu si ručím sama

Jakékoliv nejasnosti jsme připraveni Vám vysvětlit.

V Jihlavě dne

podpis ošetřujícího lékaře

podpis klientky

Příloha č. 2

Týdenní psychoterapeutický harmonogram na rehabilitačním oddělení Psychiatrické léčebny Jihlava

Pondělí

6,30 budíček

7,00 – 7,30 ranní rozcvička

9,00 – 9,30 komunita

10,00 – 11,30 psychoterapeutická skupina

13,00 – 15,00 vycházky po areálu léčebny, čas osobního volna

15,30 – 16,30 odpolední program

17,00 – 17,30 úklid oddělení a osobních věcí

Úterý

6,30 budíček

7,00 – 7,30 ranní rozcvička

9,00 – 9,30 komunita

9,30 – 11,30 vizita, sportovní aktivity, možnost návštěvy tělocvičny

13,00 – 14,00 hipoterapie

14,00 – 15,00 vycházky po areálu léčebny, čas osobního volna

15,30 – 16,30 odpolední program

17,00 – 17,30 úklid oddělení a osobních věcí

Středa

6,30 budíček

7,00 – 7,30 ranní rozcvička

9,00 – 9,30 komunita

10,00 – 11,30 skupina sociálních dovedností

13,00 – 14,00 relaxace, relaxační cvičení

14,00 – 15,00 vycházky po areálu léčebny, čas osobního volna

15,30 – 16,30 odpolední program

17,00 – 17,30 úklid oddělení a osobních věcí

Čtvrtek

6,30 budíček

7,00 – 7,30 ranní rozcvička

9,00 – 9,30 komunita

10,00 – 11,30 edukační skupina

13,00 – 14,00 arteterapie

14,00 – 15,00 vycházky po areálu léčebny, čas osobního volna

15,30 – 16,30 odpolední program

17,00 – 17,30 úklid oddělení a osobních věcí

Pátek

6,30 budíček

7,00 – 7,30 ranní rozcvička

9,00 – 9,30 komunita

10,00 – 11,30 pracovní terapie

13,00 – 14,00 muzikoterapie

14,00 – 15,00 vycházky po areálu léčebny, čas osobního volna

15,30 – 16,30 odpolední program

17,00 – 17,30 úklid oddělení a osobních věcí

Sobota + neděle

6,30 budíček

7,00 – 11,00 úklidové práce na oddělení

13,00 - 15,00 vycházky po areálu léčebny, čas osobního volna, možnost sledování televize

15,00 – 17,00, čas osobního volna, možnost sledování televize

Příloha č. 3

Hipoterapie v Psychiatrické léčebně Jihlava



Příloha č. 4

Keramické výrobky paní Jany (z kazuistiky C)



Příloha č. 5

Informační leták k problematice poruch osobnosti pro klienty Psychiatrické léčebny Jihlava a veřejnost.

 <p>PORUCHY</p> <p>OSOBNOSTI</p>	<h3>Poruchy osobnosti</h3> <p>Poruchy osobnosti představují významné odchylky od způsobů, kterými běžně člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště utváří vztahy k druhým.</p> <p>Příznaky závisí na typu poruchy, obecně se jedná o:</p> <ul style="list-style-type: none">• nepříznivé nebo nadměrně zvýrazněné povahové rysy v oblasti<ul style="list-style-type: none">- emocí (nepřiměřenost emoční odpovědi, přecitlivělost na kritiku)- vnímání a interpretace věcí, lidí, událostí- přístupu k sobě a ostatním- ovládnání svých impulzů- uspokojování potřeb• podivínské, nepřizpůsobivé až hrubě rušivé chování, kterým trpí sám jedinec nebo jeho okolí, případně oba• projevy chování jsou stálé, hluboce zakotveny ve struktuře osobnosti <p><i>Potřebujete-li poradit, obraťte se na</i> PL Jihlava - Denní stacionář: 567 552 148 Přijímací ambulance PL Jihlava: 567 552 251 Psychologická ambulance PL Jihlava: 567 552 147 O. s. pro podporu a péči o duševně nemocné VOR Jihlava: 567 213 896 nebo 567 215 019 případně na svého praktického lékaře</p>
--	---