

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**VLIV POBYTU VE VAZEBNÍ VĚZNICI NA ROZVOJ
PSYCHOSOMATICKÝCH STRESOVÝCH OBTÍŽÍ A
MOŽNOST JEJICH OVLIVNĚNÍ KRÁTKODOBOU
PSYCHOLOGICKOU INTERVENČÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Kateřina Vápeníková**

Vedoucí práce: **MUDr. Radkin Honzák, CSc.**

2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**THE INFLUENCE OF STOCKADE RESTRAINT ON
PROGRESS OF PSYCHOSOMATIC STRESS
AILMENTS AND EFFECTS OF SHORT-TIME
PSYCHOLOGICAL INTERVENTION.**

Bachelor's thesis

Author: **Kateřina Vápeníková**

Supervisor: **MUDr. Radkin Honzák, CSc.**

2008

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

V Praze dne 18.4.2008

.....

(podpis)

Poděkování:

Dovoluji si upřímně poděkovat MUDr.Radkinu Honzákovi, CSc. za veškerou pomoc, trpělivost a cenné rady, které mi po dobu zpracování mé bakalářské práce věnoval.

Zároveň děkuji Mgr. Jeleně Skibové za statistické zpracování výzkumné části a MUDr. Dagmar Mazancové, své vedoucí lékařce , za poskytnutí materiálových podkladů.

Motto::

„Léčení jakékoliv jednotlivé součásti by nemělo probíhat bez ošetření celku. Neměli bychom se pokoušet léčit tělo bez duše a má-li být zdravé tělo a hlava, musí léčení začít duší. Neboť to je velký omyl naší doby při léčení lidského těla, že lékaři napřed oddělí duši od těla“.

Platón

OBSAH:

	str.
Úvod.....	8
Cíl bakalářské práce.....	10
1. Teoretická část.....	11
1.1. Delikventní chování.....	11
1.1.1. Vymezení pojmu a příčiny delikventního chování.....	11
1.1.2. Osobnost pachatele z hlediska kriminální psychologie.....	13
1.1.2.1 Socializovaný typ.....	15
1.1.2.2 Neurotický typ.....	16
1.1.2.3 Psychopatický typ.....	17
1.1.2.4 Mentálně nedostačivý typ.....	19
1.1.2.5 Psychopatický typ.....	19
1.2. Psychologické účinky vyšetřovací vazby.....	21
1.2.1. Uspokojování potřeb ve vyšetřovací vazbě.....	21
1.2.2. Reakce na vazbu.....	21
1.3. Prizionozace.....	23
1.3.1. Penitenciární psychologie.....	25
1.4. Vazební věznice Ruzyně.....	26
1.4.1. Stručná historie.....	27
1.4.2. Oddělení výkonu vazby.....	27
1.4.2.1 Práva obviněných.....	27
1.4.2.2 Práva obviněných a odsouzených.....	30
1.4.2.3 Povinnosti obviněných a odsouzených.....	31
1.5. Psychosomatika.....	33
1.5.1. Vymezení pojmu.....	33
1.5.2. Antické kořeny evropské medicíny.....	34
1.5.3. Počátky vědecké medicíny.....	35
1.5.4. Psychoanalýza.....	36
1.5.5. Stresová hypotéza.....	37
1.5.6. Richard Lazaru a jeho koncepce stresu.....	40
1.5.7. Alexitymická hypotéza.....	42

1.5.8.	Konec 20 st.a současný stav psychosomatické medicíny.....	43
1.6.	Význam psychosomatické interakce pro ošetrovatelství.....	44
1.7.	Psychoterapie.....	47
1.7.1.	Vymezení pojmu.....	47
1.7.2.	Cíle psychoterapie.....	48
1.7.3.	Základní formy psychoterapie.....	49
1.7.4.	Rozdíly jednotlivých psychoterapeutických přístupů.....	49
1.7.5.	Psychoterapeutické školy.....	51
1.7.6.	Hodnocení účinnosti psychoterapie.....	52
2.	Empirická část.....	53
2.1.	Cíl výzkumu.....	53
2.2.	Metoda výzkumu.....	54
2.3.	Výzkumný vzorek.....	55
2.4.	Kasuistiky.....	56
2.4.1.	Kasuistika č. 1.....	56
2.4.2.	Kasuistika č. 2.....	61
2.5.	Porovnání výsledků intervenované skupiny se skupinou kontrolní.....	67
2.6.	Statistické údaje.....	81
2.7.	Diskuse.....	83
	Závěr.....	86
	Anotace.....	88
	Seznam použité literatury.....	89
	Seznam zkratk.....	91
	Seznam grafů a obrázků.....	92
	Seznam tabulek.....	94
	Seznam příloh.....	95
	Přílohy	96

ÚVOD

Stres vzniká, pociťuje-li osoba, že nedokáže odpovídajícím způsobem zvládnout nároky, které jsou na ni kladeny, nebo že se nedokáže vypořádat s jevy, které ohrožují její duševní pohodu (Lazarus, 1966, 1976; Cox, 1990), je-li pro ni zvládnutí situace důležité (Sells, 1970, Cox, 1978) nebo když v ní tato situace budí pocity úzkosti či skličivosti (Cox a Ferguson, 1991). Prožívání stresu je tedy vymezeno dvěma rysy: zaprvé, člověk si uvědomuje, že má potíže se zvládnutím nároků a prvků ohrožujících jeho osobní pohodu, a zadruhé, zvládnout tuto situaci je důležité a nesnáze s jejím zvládnutím člověka znepokojují nebo skličují.

Podle transakčních modelů je stres negativní psychický stav s aspekty kognitivními i emočními. Tyto metody považují stav stresu za vnitřní projev zvláštních a problematických transakcí jedince a jeho prostředí (Cox a Mackay, 1981). Primární hodnocení stresu obnáší nepřetržité sledování transakcí osoby s jejím prostředím (ohledně nároků, schopností, kompetencí, překážek a podpory) a soustředí se na otázku „Mám problém?“. Rozpoznání problémové situace je většinou doprovázeno nepříjemnými pocity či neklidem. Sekundární hodnocení je podmíněno uznáním existence problému a jeho součástí je podrobnější rozbor a vyvíjení možných strategií zvládnutí stresu: „Co si s tím počnu?“.

Je dobré uvažovat o stavu stresu jako o součásti nepřetržitého procesu, jenž zahrnuje osobu v interakci s prostředím, vyhodnocování tohoto vzájemného působení a úsilí o zvládnutí problémů, které se objevují. Cox (1978) popsal tento proces modelem o pěti fázích. První fáze má představovat zdroje nároků, kterým osoba čelí a které jsou částí jejího prostředí. To, jak osoba tyto nároky a svou schopnost je zvládat vnímá, je druhou fází: prakticky jde o primární hodnocení. V souladu s Lazarusem, Folkmanem (Lazarus 1966, Folkman a Lazarus, 1986) i Frenchem a kol. (1982) byl stres popisován jako psychický stav, k němuž dochází, je-li samotné osobě zřejmé, že mezi tím, jak vnímá nároky na ni kladené a svou schopnost tyto nároky zvládnout, je nevyváženost nebo nedostatek slučitelnosti. Psychické a fyziologické změny, které se pojí s rozpoznáním takového stresového stavu a obnášejí i jeho zvládnutí, představují třetí fázi modelu. Významnou součástí stresového stavu jsou emoční změny. Bývají spíše negativní a charakterizují jedinci prožívání stresu. Čtvrtá fáze se zabývá následky zvládnutí stresu. Pátou fází je obecná zpětná vazba, která se týká všech ostatních fází modelu.

Podmínky vyšetřovací vazby představují pro obviněné velmi závažnou stresovou situaci a to jak v oblasti psychosociální, tak i tělesné. Musí se adaptovat na nové prostředí, což je zvláště pro prvotrestaného člověka silná zátěž. Jedinec má velmi nejisté postavení, závislé na rozhodnutí soudu, na které je nucen čekat až několik měsíců. Vazebně stíhaný, mnohdy i nevinný, se musí vyrovnat s obtížnou životní situací, kterou nepředpokládal a na kterou nebyl připraven. Velice náročná je také komunikace s dozorci, kteří často pod vlivem rutinní praxe nerozlišují mezi odsouzeným a vazebně stíhaným.

Prožívání stresu spojeného s vazebním uvězněním je charakteristické především v nemožnosti uspokojení svých základních potřeb na takové úrovni, na kterou byl jedinec zvyklý. Jde především o potřebu citové jistoty a bezpečí. Člověk je v neustálém napětí a strachu o svou rodinu, zaměstnání, sociální kontakty a veškeré zázemí, které zůstalo mimo vazební věznici.

Specifikem výkonu vazby je to, že obviněný je v průběhu pobytu podrobován výslechům, vyšetřovacím úkonům a znaleckým posudkům, které jsou zdrojem informací pro další vyšetřování případu.

Nesmíme pochopitelně opomíjet také vlastní trestní čin, za který je jedinec obviněn a trestní sazba, která mu za tento čin hrozí. Výkon vazby s sebou mnohdy přináší tíživý pocit bezvýchodné situace, kdy přechodnou poruchou může být akutní reakce na stres, která vzniká jako odpověď na výjimečný duševní nebo fyzický stres se symptomy např. zúžené vědomí, dezorientace, porucha pozornosti aj., či přenos psychického napětí do tělesné oblasti, tzv. *psychosomatické poruchy* projevující se především nespavostí, bolestí hlavy, bolestí zad, zažívacími potížemi, poruchou vyprazdňování aj.

Cíl bakalářské práce

Důvodem volby tohoto tématu byla skutečnost, že po několikaletém působení ve Vazební věznici Praha- Ruzyně se opakovaně setkávám s pacienty, kteří trpí psychosomatickými obtížemi, často navštěvují ordinaci praktického lékaře a ordinované medikamenty nevedou ke zlepšení jejich zdravotního stavu.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je potvrzení či vyloučení možnosti zmírnění eventuálně odstranění psychosomatických obtíží prostřednictvím podpůrné krátkodobé psychoterapie prováděné zdravotní sestrou.

V teoretické části práce jsem se pokusila vymezit pojem delikventní chování, struktura osobnosti pachatele a nastítnit podmínky pobytu ve vyšetřovací vazbě. Dále se v této části zabývám základními pojmy- psychosomatika, stres a psychoterapie.

V empirické části konkrétně popisuji průběh a výsledky mého zkoumání metodou dotazníků, jejich analýzu, vyhodnocení a to jak za pomoci grafů, tak i na základě statistického zpracování. Příklady práce s pacienty jsem se snažila blíže popsat pomocí vybraných kasuistik.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Delikventní chování

1.1.1 Vymezení pojmu a příčiny delikventního chování

Delikventní chování je porušováním právních norem určitého státu. Nejde tedy jen o přestupky proti nepsaným pravidlům společenského soužití, ale o závažné činy, které jsou definovaným způsobem sankcionovány.

Etiologie delikventního chování je multifaktoriální. Konkrétní trestný čin je vždy výsledkem interakce vnitřních faktorů (tj. osobnosti pachatele) a vnějších okolností (tj. situace, v níž k trestnému činu došlo). Člověk se může octnout v kritické situaci, kdy vnější faktory do značné míry ovlivní jeho reakci.

Teorie G.D. Walterse a T.W. Whita (1989) považuje za hlavní příčinu kriminálního chování odlišné uvažování. Walters a White vytvořili model kognitivního stylu typického pro kriminální recidivisty, který zdůrazňuje iracionální prvky v jejich uvažování, jeho emoční ovlivnění a působení silných obranných mechanismů, které jim znemožňují přiměřené hodnocení situace a poučení ze zkušenosti.

Typickými znaky tohoto způsobu uvažování jsou:

- * Zkreslená interpretace vlastního chování. Jde především o působení obranné racionalizace, která vylučuje negativní hodnocení.
- * Odblokování, tj. působení obran nejenom v hodnocení minulého chování, ale i ve vztahu k budoucnosti, např. alkoholem je zahnána obava z následků plánovaného činu. Důsledkem takového přístupu, který zjednodušuje a pozitivně zkresluje situaci, je odstranění zábran a zvýšení pravděpodobnosti dalších trestných činů
- * Pocit privilegovanosti a z něho vyplývající nezávaznosti jinak obecně platných norem.
- * Zjednodušené sociální hodnocení, které rozlišuje pouze lidi slabé a silné. Recidivista pak má zvýšenou potřebu moci jako důkaz síly. Takto zkreslené hodnocení společnosti a své vlastní pozice v ní podporuje bezohlednost a násilné prosazování vlastního uspokojení.

* Sentimentalita, sklon k povrchním citovým vztahům, jež nejsou spojeny s jakoukoli zodpovědností a ochotou se něčeho vzdát, je jedním z typických znaků emocionality delikventů.

* Superoptimismus, který zkresluje úsudek ve směru ulpívání na neadekvátně optimistické interpretaci situace. Takto uvažující kriminální recidivista se domnívá, že nebude dopaden. Povrchní a citově ovlivněné hodnocení, jež funguje jako podpora egocentrického výkladu situace, zvyšuje pravděpodobnost neustálého opakování trestných činů a může se pochopitelně odrazit i v hodnocení reálných důsledků těchto činů: delikvent si myslí, že byl chycen náhodně a ze situace se nepoučí

* Kognitivní indolence, lenost uvažovat. Jde o určitou variantu kognitivní rigidity. Projevuje se orientací na přítomnost a nechutí nebo neschopností přemýšlet o budoucnosti.

* Diskontinuita uvažování, neschopnost trvalejšího názoru, snadná ovlivnitelnost jakýmikoli vnějšími vlivy. Takový způsob hodnocení opět vede k akcentaci významu přítomnosti a bagatelizaci, či přímo ignorování minulosti i budoucnosti. Toto uvažování znemožňuje pochopení souvislostí a vztahů potřebné k adekvátnímu hodnocení situace. Uchovává nezralý egocentrismus zaměřený na přítomnost, na aktuální uspokojení vlastních potřeb.

Pokusy vysvětlit kriminální chování typickou strukturou osobnosti však selhaly. Ukázalo se, že jednotný osobnostní model neexistuje. Všechny vlastnosti, které zvyšují riziko delikventního chování (např. sobeckost, chladnokrevnost, necitlivost, fyzická zdatnost), mohou být stejně i předpokladem ke společenskému úspěchu.

Nepotvrdila se ani existence typické delikventní motivační a hodnotové struktury. Potřeby pachatelů trestných činů se nemusí významně lišit od populačního průměru. Rozdíl je spíše ve způsobu, jakým se uspokojují.

Typickými znaky motivace a způsobu uspokojování potřeb delikventních jedinců jsou:

1. Nezdrženlivost a důraz na neodkladné uspokojování aktuálně pocíťované potřeby. Jedinec o svém chování neuvažuje.
2. Egocentrismus a z něj vyplývající subjektivizace veškerých norem.

K.Netík (1994) uvádí jako pomocné hodnotící schéma typické varianty čtyř základních osobnostních faktorů, které mohou mít pro rozvoj delikventního chování význam:

1. Úroveň emočního ladění: nepřátelský postoj ke světu, tj. hostilita
2. Úroveň zformování svědomí: nedostatečně rozvinuté svědomí.
3. Úroveň sociální reaktivity: impulzivita, která je spojena s nedostatečným sebeovládáním.
4. Úroveň sebeprosazování: asertivnost až agresivní prosazování vlastních cílů.

(Vágnerová 1999)

1.1.2 Osobnost pachatele z hlediska kriminální psychologie

V souvislosti s osobností pachatele se psychologie zajímá o dvě otázky. Jak dospívá jedinec k připravenosti jednat kriminálním způsobem, tj. jaké duševní pochody a vlastnosti uvozují trestnou činnost, udržují ji v chodu a vtiskávají jí její konkrétní tvář. Druhá otázka směřuje ke zjištění, zda se pachatelé vyznačují určitými psychickými zvláštnostmi, které je odlišují od nepachatelů, a jestliže tomu tak je, pak o jaké zvláštnosti (vlastnosti) se jedná. Uvedené dvě otázky vyjadřují ve zjednodušené podobě výchozí pozice dvou přístupů ke studiu osobnosti pachatele v kriminální (kriminologické) psychologii. První přístup se běžně označuje jako *procesuální* či *dynamický*. Druhý přístup se nazývá *strukturálním* či *typologickým*.

Strukturální přístup

Strukturální přístup se zabývá především typologickými koncepcemi, proto bývá rovněž označován jako typologický přístup. Již dlouhou dobu provokuje lidské poznání otázka, zda se pachatel zásadně liší po stránce svého psychického založení od většiny, která respektuje morální i právní normy, a jestliže ano, tak čím, jaké psychické vlastnosti a charakteristiky diferencují sociálně přizpůsobeného jedince od kriminální osobnosti. Vývoj forenzního poznání v 19. a 20. století procházel různými extrémními názory. Krajní polohy vyjadřuje na straně jedné *Lombrosova koncepce* z druhé poloviny 19. století (zásadní či přinejmenším podstatná odlišnost rozeného zločince) a na straně druhé současná koncepce tzn. *Labelingu* z druhé poloviny dvacátého století (pachatel se liší pouze tím, že jeho jednání

je označeno formálními institucemi sociální kontroly jako kriminální). Je přirozené, že zmíněná otázka není ani v současnosti beze zbytku a definitivně zodpovězena.

Zdá se však, že představa o absolutní, zásadní a trvalé odlišnosti osobnosti pachatele od nekriminální většiny je nepřekonaným mýtem forenzní psychologie a kriminologie. Nepodařilo se zjistit nápadné změny struktury a dynamiky osobnosti, které by byly příznačné výlučně pro osobnost pachatele. Např. agresivita se vyskytuje u pachatelů i nepachatelů a současně ne každý pachatel musí být nutně zvýšeně agresivní. U některých vrahů je např. osobnost posunuta ne ve směru zvýšené agresivity, nýbrž ve směru sníženého sebevědomí a zvýšené impulsivity.

Z dnešního hlediska se jeví téměř jisté, že pozoruhodnosti, které nalézal Lombroso u pachatelů (nižší inteligenci, nízkou empatii, nižší citlivost na bolest), jsou rovnoměrně rozptýleny v celé populaci anebo přesněji vzato v určitých jejích vrstvách, aniž by tato vrstva byla nutně kriminální. Zdá se, že veškeré údajné kriminogenní vlastnosti (chladnokrevnost, sobeckost, fyzická zdatnost, egocentričnost, sociální necitlivost) jsou podle normálního rozložení (tj. Gaussovy křivky) rozptýleny v celé populaci a za určitých okolností mohou být dokonce předpokladem úspěšné profesní kariéry (Šmausová 1993).

Proti tradičnímu předpokladu o bytostné odlišnosti pachatelů svědčí navíc výzkumy tzv. *putativní kriminality*. Míjí se tím potencionální připravenost takřkajíc „slušných“ lidí dopustit se nekalého jednání za předpokladu, že nebude odhaleno a stíháno. Americký psycholog A. Bloch např. zjistil při anonymním dotazování univerzitních studentů, že ne malá část z nich připouští, že se v minulosti dopustili jednání z pohledu morálky a zákona značně problematického, které, kdyby bylo odhaleno a stíháno, by umožnilo závěr, že šlo o trestný čin.

Na druhé straně však existují výzkumné studie, které potvrzují vyšší pravděpodobnost kolize určitého jedince se zákonem právě v důsledku vysoce rizikové kombinace zcela určitých vlastností. Tyto studie vysvětlují především případy tzv. černých ovcí v rodině. Přes takřka ideální rodinné prostředí plné lásky, porozumění a dobré péče se dotyčný jedinec vymyká, je nápadně problémový a kolem dospívání často sklouzne k nekalému jednání. Při následném posuzování těchto případů pak nenalzáme žádné rizikové vlivy ve vnějším

prostředí a proto konstatujeme, že ve hře je zřejmě těžko ovlivnitelné (vrozené) osobnostní založení daného jedince.

Kanadský tým odborníků dospěl ve svém longitudinálním projektu k závěru (citace dle Cloningera)“, že k rizikovým osobnostním předpokladům patří trojkombinace:

- * Snížená úzkostnost (jedinec se směle a bez obav pouští do nových a nejistých aktivit)
- * Zvýšená impulsivnost (jedinec preferuje být neustále v pohybu, nová situace ho rychle zláká).
- * Nezávislost na odměně (jedinec je lhostejný k tomu, zda bude chválen či nikoli, tresty mu nevadí).

Nápadné projevy uvedených vlastností pozorují rodiče u svých potomků už od dětství. Podstatné je ale zjištění, že značně riziková je výlučně tato trojkombinace. Jiná skladba vlastností anebo pouze dvě z nich riziko nepřinášejí.“

Existuje nemálo forezních typologií, praktická využitelnost je však rozličná. Obecná typologie rozlišuje 5 základních typů osobnosti pachatele, do kterých lze zařadit kriminální populaci. Jsou to:

- * socializovaný typ
- * neurotický typ
- * psychopatický typ
- * mentálně nedostačivý typ
- * psychotický typ

1.1.2.1 Socializovaný typ

Nejlépe vystihuje osobnost tohoto typu přívlastek normální. Znamená to, že myšlenkové pochody a vůbec veškerá dynamika prožívání (city) jsou srozumitelné, fungují primární i sekundární potřeby tak, jak je známe z výkladu psychologie, svědomí je utvořené a reakce na spáchaný trestný čin odpovídají běžným představám (lítost, smutek, obavy o další životní cestu, otřesené sebevědomí, úzkostné očekávání reakce okolí apod.)

Spáchaný skutek má spíše epizodický charakter, vybočuje z dosavadní životní cesty a jeho motivace je průhledná, lze ji pochopit z pohledu vnějších pozorovatelů (např. silné situační tlaky, nedbalostní pozadí, původně nezřetelné zákonné důsledky jednání, potlačení představy o kriminální povaze jednání a s tím související absence pocitu nekalosti a nepravosti). Podle uvedených příznaků lze socializovaný typ v praxi celkem spolehlivě rozpoznat. Kontakt s ním lze navázat zpravidla snadno a oslovují jej prvky, které u jiných typů selhávají, např. apelace na morální hlediska, apelace na citové vazby k blízkým lidem, stimulace kladných vlastností jeho osobnosti apod.

1.1.2.2 Neurotický typ

Jeho osobnost je nápadná tím, že se v ní vyskytují větší či menší neurotické poruchy (zvýšená úzkostnost, dráždivá slabost, neurovegetativní poruchy, depresivní ladění, hysterické reakce, nutkavé vtíravé představy a úkony, atd.). Neurotické prvky osobnosti příznačným způsobem vcházejí i do kriminálního jednání. Pokud jde o motivaci, běžně se uvádí, že kriminální jednání je důsledkem nevyřešených emocionálních konfliktů nejčastěji v rodině. Typický neurotický pachatel je převážně mladistvého nebo mladého věku, pochází zpravidla ze středních sociálních vrstev či přesněji řečeno z vrstev, které jsou dobře materiálně zajištěny. Kriminální jednání je zpravidla protestem proti rodině, nesměruje ani tak proti společnosti jako spíše proti vlastní rodině (reakce na přehlížení otcem, rozmrzelost na matčinu dominanci, netrpělivost vycházející z prodlužované závislosti na rodičích, frustrovaná potřeba sociálního uznání a citového zázemí, pocity viny apod.)

Proto bývá neurotický typ rovněž označován jako emočně narušený, emočně nestabilní jedinec (Koudelková 1995). Pokud jde o způsob spáchání, předpokládá se určitý typický rukopis neurotického pachatele. K němu patří např. amatérské provedení, zanechání zřetelných stop, chaotický útěk z místa činu. Neurotický delikvent krade, aniž by odcizené předměty skutečně potřeboval či po nich jinak toužil.

Výklad neurotické delikvence:

* Delikvence z pocitu viny: jde o situaci, kdy antisociální chování různého stupně je navozeno nevědomými pocity viny. Jedinec vnitřně strádá výčitkami svědomí za svou třeba i

domnělou špatnost do té míry, že se dopustí nekalého jednání. Po spáchaném činu se pachatel uleví, zejména když byl přistižen a může tak být konečně potrestán. Neuvědomovaný, nezřetelný pocit viny tím mizí, protože přišla sankce.

* Delikvence z frustrované potřeby uznání: ten, kdo se cítí naprosto izolován a přehlížen svým sociálním okolím, může provést i závažný kriminální čin jen proto, aby na sebe upoutal pozornost, která mu byla dlouho odepřena.

Jednání a zacházení s neurotickým typem je přirozeně poněkud komplikovanější než v případě socializovaného typu. Neurotický prvopachatel zpravidla ocení, když z celkového kontaktu vyplývá, že chápeme jeho čin jako osudové klopýtnutí. Není vhodné, aby v něm vznikl pocit, že je odmítán (odepisován) jako člověk. Většina těchto pachatelů disponuje fungujícím svědomím. Proto je možné se odvolávat na morální hodnoty a normy, tj. apelovat na kladné stránky osobnosti. Je však nutné kalkulovat s určitými „trhlinami“ ve svědomí, jejichž konkrétní povahu naznačuje vyšetřovaný skutek. Tyto trhliny umožňují jinak konformnímu jedinci provést konkrétní kriminální jednání bez brzdících pocitů viny a nekalosti.

1.1.2.3 Psychopatický typ

Obecně se u tohoto typu pachatele předpokládá značný podíl osobnosti na kriminálním jednání. Osobnost (její temperamentové a charakterové vlastnosti a rysy) sehrávají výraznou roli, a to jak v motivační konstelaci, tak ve způsobu spáchání trestního činu. Naopak situační faktory ustupují do pozadí.

Výraz psychopatická osobnost byl diagnostickým termínem, nyní je nahrazen termínem porucha osobnosti a chování. Jde o psychiatrickou diagnózu, která se používá pro jedince projevující se svéráznými, nápadnými a zvláštními způsoby chování a prožívání. Protože jde o dost silné nápadnosti, povšimne si zpravidla i laik při běžném jednání, že dotyčný se vymyká běžnému standardu a není tudíž zcela „normální“. Psychopaté bývají ve svém okolí považováni za podivíny. Odborně se psychopatie označuje jako relativně trvalá porucha (odchylka) osobnosti. Výrazem porucha se zde míní okolnost, že některé vlastnosti, které běžně v osobnosti nalézáme, u psychopata chybí anebo jsou příliš intenzivní (např. agresivní psychopata má nadměrně vystupňovanou agresivitu, explozivní psychopata trpí přílišnou výbušností).

V odborné literatuře se objevuje rovněž pojem sociopat. Sociopatie se dává často do souvislosti s tzv. *deviantní socializací*. Jedinec vyrůstá v prostředí, které uznává vlastní odklonné (tj. deviantní) normy a je tudíž produktem subkultury, která ho obklopuje. Ve výrazu sociopatie je tedy zdůrazněno sociální hledisko (socializace, sociální učení), zatímco u psychopatů se předpokládá výrazný vliv vrozených a zděděných momentů. Zdá se však, že mezi kriminálním psychopatem a sociopatem není podstatnějších rozdílů, při výkonu vazby či trestu patří k nejproblémovějším pachatelům.

V rámci kriminální populace je opakovaně shledáváno velké zastoupení psychopatů v celkové množině pachatelů, nicméně dolní hranice pravděpodobného zastoupení tohoto typu pachatele se zpravidla pohybuje kolem 30%. Množí se námitky odborníků proti tradičnímu spojování psychopatie s kriminalitou.

Někteří psychopaté se sice mohou díky své osobnostní predispozici stát zatvrzelými kriminálníky, ale na druhé straně je mnoho pachatelů, kteří se nevyznačují žádným příznakem psychopatie, nemají zvýšenou impulsivitu, ani agresivitu, jejich svědomí je utvořené, znají i hluboké citové vztahy, jsou schopni korigovat své chování na základě zkušeností, apod. Současně je třeba přihlídnout k zvláštní skupině tzv. recidivistů. Veškeré studie shodně konstatují velký počet psychopatů mezi recidivisty. Lze proto vycházet z poznatku, že pravděpodobnost psychopatického založení osobnosti je u recidivujícího pachatele skutečně značná.

Jednání s psychopaty je obtížné v běžných životních situacích a tím více pak v závažných situacích vznikajících v souvislosti s uplatňováním práva. Nalézt účinný způsob komunikace a interakce je dosti náročné. Z důvodu oploštělé emotivity selhávají postupy kladné stimulace, apelace na morální hodnoty, svědomí, pocity viny apod. Dobrá vůle ze strany personálu bývá chápána spíše jako projev slabosti. Každé zaváhání, nedůraznost a nedůslednost bývá okamžitě využívána k vlastnímu subjektivnímu prospěchu. Inteligentní pachatel tohoto typu velmi rád manipuluje, zvláště pak, když se setká s nezkušeným personálem, bývá připraven vydírat personál sebepoškozováním, prosazuje se na úkor ostatních vězňů, apod.

Je vhodné zdůraznit, že psychopatie je ve značné míře trvalou odchylkou v osobnosti jedince, její úprava není zcela vyloučena, ale vyžaduje speciální, dlouhodobé působení a výsledný efekt neodpovídá vždy vynaloženému úsilí. Zpravidla dojde k určité úpravě v tom smyslu, že si psychopat natrénuje přiměřené, méně nápadné chování v určitých standardních situacích. Ve stresové situaci, na kterou není připraven, obvykle vyplavou na povrch původní

nevhodné vzorce chování, tj. agrese, impulsivní jednání aj. Bylo by proto iluzorní předpokládat, že výkon vazby či trestu odnětí svobody, tak, jak v praxi běžně funguje, by mohl ovlivnit tento typ pachatele v pozitivním směru a učinit jej sociálně přizpůsobeným.

1.1.2.4 Mentálně nedostačivý typ

Jde o typ pachatele, jehož osobnost se vyznačuje nízkou inteligencí. Jeho obecné rozumové schopnosti jsou nižší, než je obvyklé. Jinak řečeno, jedná se o „primitivní osobnost“ a tomu odpovídá i obraz, který skýtá jeho trestná činnost. Nebývá promyšlená, je pro ni příznačná jednoduchost a přímočarost. Mentálně nedostačivý typ se často dopouští násilné trestné činnosti, bývá pachatelem sexuálních útoků proti neadekvátním objektům (děti, zvířata), při skupinové trestné činnosti bývá vykonavatelem nápadů a iniciativy druhých.

Rozpoznat tento typ pachatele bývá snadné. Nízkou rozumovou vybavenost nelze přehlédnout např. na způsobu vyjadřování. Používá omezenou slovní zásobu, jednoduché věty, spíše popisuje, není schopen vzhledu do motivace druhých a často není s to verbalizovat ani vlastní pohnutky. Z hlediska jednání s ním je třeba upozornit zejména na riziko zvýšené sugestibility. U mentálně nedostačivého typu se obecně předpokládá větší ovlivnitelnost ve smyslu nekritického bezděčného přejímání názorů druhých.

1.1.2.5 Psychotický typ

Psychotickým typem se míní pachatel, který v době spáchání trestného činu trpí některou z konkrétních podob nejtěžšího duševního onemocnění, tj. psychózou. Dopustí-li se psychotik kriminálního činu, jde většinou o násilné trestné činy. Na první pohled je spáchaný čin nápadný svou bizarností, nesrozumitelností a nikoli výjimečně i svou brutalitou. To vše platí i o motivaci, která je nápadně nečitelná, zvrácená, nepochopitelná normálními měřítky. U psychotického typu se předpokládá, že jeho obecná věrohodnost je mizivá. To však neznamená, že by nebyl vůbec způsobilý podat v konkrétním případě věrohodnou výpověď.

Prezentovaná typologie diferencuje pachatele podle běžných psychopatologických skupin. Stejně duševní poruchy a nemoci se přirozeně vyskytují i v celé populaci, tj. i u nekriminálních jedinců. Bylo by proto velmi chybné chápat uvedené duševní abnormality jako rozhodující, fatální vnitřní příčiny, které motivují jedince ke kriminálnímu jednání. Jako výrazná komponenta osobnosti ovlivňují přirozeně konkrétní podobu trestné činnosti (jakého činu se jedinec dopustí a jakým způsobem ho provede), ale nepředstavují vlastní pohnutky

kriminálního jednání. Otázka motivace trestného činu je mnohem složitější a směřuje k odhalení aktuálně působících vnitřních a vnějších činitelů, které ve svém souhrnu vysvětlují, proč se v konkrétní situaci zachoval jedinec kriminálním způsobem.

(Čírtková,1998)

1.2. Psychologické účinky vyšetřovací vazby

1.2.1 Uspokojování potřeb ve vyšetřovací vazbě

Podmínky vyšetřovací vazby představují velmi závažnou zátěžovou situaci pro obviněného. Stresová situace zahrnuje strádání v oblasti uspokojování psychických i tělesných potřeb.

Potřeba stimulace je mnohem méně uspokojována, prostředí je stereotypní, navíc zde nepříznivě působí výrazné omezení sociálních kontaktů.

Jedinec se v novém prostředí musí adaptovat, což je pro nezkušeného jedince silná zátěž. Negativní zkušeností je i případná šikana a agresivní projevy ze strany spoluvězňů. Takový zážitek narušuje sebevědomí a ohrožuje jistotu lidské důstojnosti.

Potřeba citové jistoty a bezpečí je uspokojována nanejvýš symbolicky, spoléháním se na zázemí, které zůstalo mimo vazební věznici. Pocity vztažené k domovu mohou oscilovat mezi podezíravostí, strachem z opuštění, a idealizací domova. Nejistota bývá značně generalizovaná, člověk ještě nebyl odsouzen a neví, co s ním dále bude. Pocit napětí a ohrožení je silnější u lidí, kteří jsou ve vězení poprvé.

Potřeba seberealizace nemůže být za těchto podmínek přijatelně uspokojena. V případě zkušených recidivistů ji může saturovat pocit moci a nadvlády nad spoluvězni, seberealizace má v tomto případě podobu dokazování vlastní síly. Většina obviněných nemá pro jiný způsob seberealizace téměř žádné možnosti. Dominantním pocitem bývá nuda. Člověk, který se do této situace dostává poprvé, může mít pocit, že ztrácí identitu, svou profesní roli i postavení (pokud nějaké měl).

1.2.2 Reakce na vazbu

Reakce na zátěž výkonu vazby jsou různé, oscilují mezi tendencí k agresi a různými únikovými projevy (podle Netíka a Netíkové, 1994):

* *Agrese* může být zaměřena na okolí nebo na sebe. Autoagrese může mít za cíl vydírání vězeňského personálu.

* *Únik* ze zátěžové situace bývá většinou jen symbolický. Může jít o tendenci ke stažení do sebe, k úniku do fantazie, ale i k úniku do nemoci.

Adaptační mechanismy mohou selhávat a potom dochází ke vzniku reaktivních psychických poruch neurotického charakteru. Vazební uvěznění může fungovat jako silný stres a jako reakce se rozvine posttraumatický stresový syndrom. Neurotické potíže se projevují somaticky (nespavost, bolesti hlavy, zvýšená únava a bolesti) i psychicky (neschopnost koncentrovat pozornost, fobie, nutkavé chování apod.)

(Vágnerová 1999)

Výkon vazby má na rozdíl od výkonu trestu svá určitá specifika. Na zadržovaného se hledí tak, jako by nebyl vinen a během vazby smí být obviněný podroben jen těm omezením, která jsou nezbytně nutná. Zákon č. 293/1993 Sb.o výkonu vazby zaručuje, že nesmí být ve výkonu vazby ponižována lidská důstojnost a obviněný nesmí být podroben fyzickému ani psychickému nátlaku. Přesto je výkon vazby dobou s největším rizikem, kdy se vězni pokoušejí o ukončení života. Mnohdy ve vězení není sebevražda důsledkem hluboké deprese, ale okamžitým jevem, a o to obtížnější je ji předpovědět.

1.3 Prizonizace

Prizonizace je adaptace na život ve vězení . Má dvě důležité složky (Harbordt, 1967 in Netík a Netíková, 1994, Čírtková a Červinka, 1994):

* *Institucionalizace* označuje skutečnost, že se člověk adaptuje na vysoce organizovaný způsob života ve vězení spojený se ztrátou samostatnosti a iniciativy. Z toho vyplývá změna jeho postojů, vzorců chování i obranných mechanismů. Adaptace vede ke ztrátě aktivity, až k apatii, ke zúžení zájmových aktivit, k úpadku většiny schopností. Osobnost dlouhodobě nebo opakovaně trestaného v mnoha složkách degraduje. Jedinec se odnaučí rozhodovat a bude i po propuštění z výkonu trestu závislý na rozhodování jiných nebo na náhodných impulzech. Ztratí schopnost plánovat a volit realistické alternativy své budoucnosti.

* *Ideologizace* znamená přijetí norem a pravidel vězeňského prostředí. Mnohdy nejde jen o formální přizpůsobení, ale o přijetí jiného hodnotového systému, o ztotožnění s minoritní skupinou. Vymezení hranic vlastní skupiny je zde jednoduché, mezi vězni a vězeňským personálem je jednoznačná hranice. Akceptace skupinové identity je pro vězně podporou, a proto ji přijímá, pokud nemá zvláště dobře fungující zázemí nebo silné vnitřní přesvědčení. Adaptace na nové prostředí se projevuje i přijetím specifického žargonu, který je jedním ze znaků potvrzujících rozdíly uvedených skupin. Přijetí stylu života ve vězení se u 20% trestaných ze skupiny J.Němce (1993) projevilo v přesvědčení, že odsouzením nic neztratili.

Vzorci chování lidí s poruchou osobnosti se ovšem mění jen nepatrně, tak jak je v rámci přizpůsobení na toto prostředí nezbytné, ale jejich základ je stejný. Například egocentrismus a důraz na uspokojování vlastních potřeb je do té míry trvalou vlastností, že se projevuje i ve vězení. Děje se tak buď formou nátlaku na vězeňský personál a jeho vydíráním, nebo bezohledností ke spoluvězňům.

Typickým rysem lidí s poruchou osobnosti je sklon ke lhaní. Projevuje se samozřejmě i ve vězení. Lidé mají tendenci zkreslovat situaci a lhát nejenom tehdy, když jim hrozí trest, ale kdykoli. Někdy může jít až o projev bájevitě lhavosti, která uvězněnému člověku slouží jako podpora vlastního sebevědomí, identity.

Důležitým problémem je *míra pocitu viny* a tomu odpovídající *pocit oprávněnosti trestu*. Značná část trestaných, zejména recidivistů s narušenou osobností , pocitu viny nemá. Jsou přesvědčeni, že za jejich problémy může někdo jiný. Nejsou ochotni akceptovat, že trest

je důsledkem jejich činu, že je projevem spravedlnosti a nikoli výrazem z vůle společnosti. Za těchto okolností lze ovšem těžko čekat, že trest bude fungovat jako impulz k nápravě a k odčinění viny. J. Němec (1993) uvádí, že 57% trestaných z jeho skupiny nebylo ochotno uznat, že si za svoje uvěznění mohou sami.

Vězňové vytvářejí *specifickou sociální skupinu*, která má svou strukturu, hierarchii rolí se specifickými statuty, a tím jsou vymezena i pravidla chování a sociální vztahy. Typická je rigidní a přísně vymezená hierarchie rolí, s nimiž souvisejí práva i povinnosti jejich nositelů. Ve skupině vězňů se lze setkat s různými sociálně patologickými formami chování (vydírání, přiživování, šikana a agrese jakéhokoli druhu).

K. Netík a D. Netíková (1994) uvádějí, jaké role jsou typické pro skupinu vězňů.

1. Role neformálního vůdce, „kinga“, jehož nadřazenost se projevuje násilným ovládním svého okolí (zejména těch, kteří jsou evidentně slabší). Má všechna práva a svoje spoluvězně využívá v rámci možností daných vězením, aby uspokojil svoje potřeby. Tuto roli si vybojuje člověk, který je „reprezentantem kriminální subkultury a nositelem její ideologie“ (Netík a Netíková, 1994, s.28). Hlavním kritériem, jež zde rozhoduje, je fyzická síla, bezohlednost a necitlivost.
2. Role dělesloužícího, „kmeta“, který získal svoje postavení dobou strávenou ve vězení. Je zkušený, adaptovaný na prostředí a znalý obran, jež mu zde pomohly přežít. Takový člověk nebývá obětí šikany, protože má své respektované postavení.
3. Role řadového příslušníka skupiny, který má vymezená práva a povinnosti. Ty mu neurčuje jenom vězeňský řád, ale i vůdce.
4. Role outsidera, který bývá znevýhodněn, je slabý, nezkušený, má nižší intelekt apod. Bývá zotročován vedoucím skupiny, někdy se stává i obětním beránkem. Je zvýšené riziko, že se stane obětí šikany celé skupiny. O šikaně se často nikdo nic nedozví, oběť má strach si stěžovat a skupina solidárně mlčí.

(Vágnerová 1999)

1.3.1 Penitenciární psychologie

Penitenciární psychologie je odvětvím psychologické vědy, které se zabývá psychologickými aspekty výkonu trestu, osobností odsouzeného, kolektivní socializací, orientuje se na změnu chování odsouzeného, zacházení s odsouzenými a se specifickými skupinami vězňů.

Zabývá se:

1. Psychologickými aspekty výkonu trestu- ztrátou sociálních vztahů, oslabením sociálních vazeb, snížením životní úrovně, redukcí životních aktivit, frustrací sekundárních potřeb, negativními následky věznění.
2. Psychologickými aspekty diferenciací- vychází z předpokladu, že lidé nejsou totožní, ale existují skupiny odsouzených s podobnou strukturou osobnosti a podobnými mechanismy vzniku kriminálního chování. To předpokládá širokou paletu programů- edukačních, volnočasových, terapeutických a extramurálních.
3. Penitenciární diagnostikou- spočívá v komplexním poznání jedince a je základem pro korektivní socializaci.
4. Aplikací psychologických metod v procesu zacházení s odsouzenými
 - sociálně psychologický výcvik
 - psychologické poradenství
 - psychoterapie
 - psychologická intervence v krizi
5. Zacházením se specifickými skupinami odsouzených

<http://sweb.cz/vincent/private/str.3>

1.4 Vazební věznice Ruzyně

1.4.1 Stručná historie

Počátek historie místa a objektu, na kterém stojí současná vazební věznice sahá na počátek 19. století, kdy byl na tomto místě postaven cukrovar. Jeho provoz trval do roku 1921, kdy byl zrušen. Na místo již zrušeného cukrovaru byla z Hradčan přemístěna v roce 1935 zemská donucovací pracovna, která byla veřejným ústavem. Hlavní náplní pobytu káránců a trestanců zde byla práce na statku a v dílnách. Po II. světové válce bylo v donucovací pracovně zřízeno oddělení, které sloužilo jako internační tábor. V roce 1949 převzala Zemskou donucovací pracovnu Státní bezpečnost a v padesátých letech ji přebudovala na věznici převážně vazební, kde probíhaly výslechy a vyšetřování politických vězňů. Měla svůj velmi přísný režim, který trval až do šedesátých let. Byly zde vězněné velmi významné osobnosti. Dodnes se zde scházejí političtí vězni a vzpomínají na své těžké životní období, které zde byli nuceni strávit.

Současná koncepce rozvoje vězeňství vychází z moderního pojetí vězeňského systému. Na jedné straně plní represivní funkci k ochraně společnosti před kriminálním chováním, ale na druhé straně plní i funkci rehabilitační, tzn. usiluje o společenské začlenění a uplatnění odsouzených po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody. Základní filosofií nového pojetí vězeňství je přísné respektování presumpce nevinoty při výkonu vazby s ohledem na dodržování Listiny základních práv a svobod a naplňování regulativní funkce trestu odnětí svobody v prosociálním smyslu.

Vazební věznice Praha Ruzyně je jednou z největších a současně jednou z nejstarších věznic v ČR. Nachází se v blízkosti ruzyňského letiště. Je především určena k výkonu vazby obviněných mužů, žen i mladistvých osob z Prahy a Středočeského kraje. Kapacita vazební věznice pro výkon vazby je 607 osob. Součástí vazební věznice je oddělení pro výkon trestu mužů s dozorem o kapacitě 219 osob a vyhošťovací vazba pro cizince. Specifikem vazební věznice je oddělení pro výkon trestu žen v Řepích na Praze 6, kde může vykonávat výkon trestu s dozorem a s dohledem až 56 odsouzených žen. Celkový chod vazební věznice zajišťuje 513 zaměstnanců.

1.4.2 Oddělení výkonu vazby

Hlavní činností tohoto oddělení je zajištění všech podmínek pobytu vězňů dle zákona o výkonu vazby a řádu výkonu vazby, současně dodržování jejich základních lidských práv a spolupráce s orgány činnými v trestním řízení. Rovněž zajišťuje vzdělávací, zájmové a sportovní aktivity pro obviněné, které jsou součástí pracovní náplně specialistů oddělení. Významná pozornost je zaměřena na mladistvé obviněné. Důležitá je rovněž pomoc drogově závislým osobám v rámci protidrogové poradny. Obvinění mají přístup ke knihám a společenským hrám. Vězňům osobám je zajištěna zdravotnická, psychologická, sociální, právní a duchovenská péče.

1.4.2.1 Práva obviněných

Stravování

Obviněnému se poskytuje strava za podmínek a v hodnotách, které odpovídají udržení zdraví a přihlížejí k jeho zdravotnímu stavu a věku, přitom se přihlíží k požadavkům kulturních a náboženských tradic obviněného. O přiznání léčebné výživy, jejího druhu a délce trvání rozhoduje lékař.

Oděv

Obviněný má právo používat ve výkonu vazby vlastní oděv, prádlo a obuv za předpokladu, že splňují podmínky hygienické a estetické nezávadnosti a má zajištěnu jejich výměnu nejméně jednou týdně na vlastní náklady. Nejsou-li tyto podmínky splněny, je povinností obviněného používat vězeňský oděv.

Korespondence

Obviněný může přijímat a na svůj náklad odesílat písemná sdělení bez omezení, korespondence podléhá kontrole zaměstnanců Vězeňské služby ČR, která obsahuje i seznámení se s obsahem písemností. Došlá korespondence se vydává již otevřená s výjimkou korespondence, která nepodléhá kontrole.

Užívání telefonu

Obviněnému, u něhož není důvodem vazby obava, že bude mařit objasňování skutečností závažných pro trestní stíhání, lze v odůvodněných případech umožnit na vlastní náklady

(telefonní karta) použití telefonu ke kontaktu s osobou blízkou, nebo ze závažného důvodu i s jinou osobou, než je osoba blízká.

Návštěvy

Obviněný má právo na přijetí návštěvy v počtu nejvíce 4 osob (včetně dětí) 1 x za dva týdny v trvání 90 minut. Termín a čas konání návštěvy stanoví věznice. O stanovení podmínek návštěvy u obviněných v koluzní, předběžné, vydávací nebo předávací vazbě rozhoduje příslušný orgán činný v trestním řízení. Návštěvy probíhají za přítomnosti zaměstnanců vězeňské služby.

Duchovní služba

Obvinění mají možnost využít kontaktů se zástupci církvi a náboženských společností, které docházejí do věznic.

Nákup potravin a věcí osobní potřeby

Nákup je zajišťován 1 x týdně, úhrada nákupu se provádí bezhotovostní platbou. Obviněný si může nakoupit zboží až do výše 1000,- Kč za týden.

Přijímání balíčků a peněz

Obviněný může jednou za tři měsíce přijmout balíček s potravinami a věcmi osobní potřeby do hmotnosti 5kg. Balíčky podléhají kontrole zaměstnanců vězeňské služby, peníze může přijímat obviněný bez omezení.

Uspokojování kulturních a dalších potřeb

Obviněný má právo objednat si na svůj náklad knihy, denní tisk a časopisy, může si také půjčovat veškerou literaturu z vězeňské knihovny. Obviněnému je umožněno používat vlastní přenosný radiopřijímač a televizor napájený z vlastních zdrojů. Dále může obviněný používat vlastní rychlovarnou konvici.

Koupání

Obviněný se koupe v teplé vodě nejméně 2x týdně. Za koupání v teplé vodě se v podmínkách výkonu vazby považuje sprchování teplou vodou. Na doporučení lékaře nebo vyžadují-li to hygienické důvody, zajistí věznice koupání častěji.

Vycházky

Obviněný má právo účastnit se denně vycházky ve vymezeném prostoru věznice v trvání nejméně jedné hodiny. Vycházka může být z důležitých důvodů omezena nebo zrušena. U nemocného obviněného se vycházka koná se souhlasem ošetřujícího lékaře a podle jeho doporučení.

Zaměstnávání

Obviněný může být na vlastní žádost po dobu trvání vazby pracovně zařazen v rámci možnosti věznice.

Ochrana práv obviněných

K uplatnění svých práv může obviněný podávat státním orgánům ČR i mezinárodním organizacím žádosti a stížnosti. Pokud o to obviněný požádá, musí mu být bez zbytečného odkladu umožněna rozmluva s ředitelem věznice nebo jeho zástupcem.

Poskytování zdravotnické péče

Zdravotnické středisko Vazební věznice Praha Ruzyně je zdravotnickým zařízením Vězeňské služby České republiky, které poskytuje a zajišťuje preventivní, diagnostickou, léčebnou a posudkovou péči příslušníkům Vězeňské služby a občanským pracovníkům, osobám ve výkonu trestu odnětí svobody a osobám ve výkonu vazby.

Zdravotnické středisko je odborně a metodicky řízeno odborem zdravotnické služby generálního ředitelství VS ČR.

Zdravotnické středisko poskytuje a zabezpečuje v souladu s platnými právními normami primární zdravotní péči v rozsahu praktického lékaře, zubního lékaře, psychiatra, dermatovenerologa, gynekologa a posudkového lékaře.

Vězeňská služba zabezpečuje též ústavní péči ve dvou nemocnicích.

Nemocnice Praha- Pankrác- zajišťuje zdravotní péči na interním a chirurgickém oddělení.

Nemocnice Brno- zajišťuje zdravotní péči na oddělení interním, infekčním, tuberkulózy, následné péče a psychiatrickém oddělení.

Při nutnosti poskytnout obviněným nebo odsouzeným odbornou neodkladnou péči je zajištěna Lékařská služba první pomoci nebo Zdravotnická záchranná služba.

Zdravotní služba pro obviněné a odsouzené ve vazební věznici Ruzyně, je zajištěna stabilně dvěma praktickými lékaři a sedmi zdravotními sestrami. V roce 2007 bylo provedeno celkem 12 787 vyšetření a ošetření praktickým lékařem, dermatovenerologem bylo provedeno

755 vyšetření, 644 vyšetření gynekologem a 1415 vyšetření bylo provedeno psychiatrem. Stomatologických vyšetření a ošetření bylo provedeno 3692.

1.4.2.2 Práva odsouzených a obviněných

* Právo na zdravotní péči v rozsahu a za podmínek stanovených zejména zákony:

č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů,

č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,

č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

s přihlédnutím k omezení vyplývajícím z účelu trestu nebo vazby:

- a) léčebnou péči ambulantní a ústavní (včetně diagnostické péče, rehabilitace a péče o chronicky nemocné),
- b) pohotovostní a záchrannou službu,
- c) preventivní péči,
- d) dispenzární péči,
- e) poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků,
- f) dopravu nemocných,
- g) posudkovou činnost,
- h) prohlídku zemřelého a pitvu včetně dopravy.

* Odsouzený nebo obviněný s těžkým zdravotním postižením má právo na zajištění přiměřených podmínek umožňujících důstojný výkon trestu či vazby.

* Jestliže zdravotní stav odsouzeného nebo obviněného vyžaduje zdravotní péči, kterou není možné zajistit ve věznici, a výkon trestu nelze přerušit, poskytne se mu potřebná zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení mimo věznici.

* U odsouzených a obviněných s poruchou duševní a poruchou chování, s poruchou osobnosti a chování, způsobenou užíváním psychotropních látek nebo s mentální retardací se ve vnitřním řádu věznice, zejména při volbě obsahu a forem programu zacházení, přihlíží

k závěru odborného lékařského posouzení těchto odsouzených a obviněných a k nutnosti individuálního nebo skupinového terapeutického působení.

- * Právo rozhodnout se o podrobení zdravotní péči včetně jednotlivých výkonů, pokud zákon nestanoví jinak.
- * Právo určit osobu, které mohou být sděleny informace o zdravotním stavu.
- * Právo na informace o zdravotním stavu a možnosti nahlížení, opisu, výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace (upravuje zákon č.20/1966 Sb.ve znění zákona č.111/2007 Sb.).

1.4.2.3 Povinnosti obviněných a odsouzených

- * Podrobit se preventivní vstupní, periodické, mimořádné a výstupní lékařské prohlídce v rozsahu určeném lékařem nebo zvláštním právním předpisem, včetně nezbytných diagnostických a laboratorních vyšetření, očkování a opatřením stanoveným orgány hygienické služby.
- * Pokud onemocní, stane se mu úraz nebo je zraněn, tyto skutečnosti neprodleně ohlásit zaměstnanci vězeňské služby.
- * Oznamit neprodleně zaměstnanci vězeňské služby okolnosti, které mohou způsobit vážné ohrožení bezpečnosti jemu samotnému, spoluvězňům, pokud se o nich dozví nebo je zjistil.
- * Podrobit se opatřením, která jsou nezbytná k potlačení výroby, držení nebo zneužívání omamných a psychotropních látek a jedů ve věznici.
- * Dodržování zásad hygieny.
- * Obviněný a odsouzený je povinen nahradit škodu způsobenou vězeňské službě, zvýšené náklady střežení a náklady na dopravu a předvedení do zdravotnického zařízení, vynaložené vězeňskou službou, jestliže:
 - a) si úmyslně způsobil nebo jinému úmyslně újmu na zdraví anebo se opakovaně dopustil porušování léčebného režimu,
 - b) zneužil zdravotní péči předstíráním poruchy zdraví, nebo
 - c) z vlastního rozhodnutí se nepodrobil lékařskému zákroku, ke kterému dal předchozí souhlas nebo o který požádal.

Odsouzeným a obviněným je zakázáno:

- a) předstírat poruchu zdraví nebo se úmyslně poškozovat na zdraví,
- b) vyrábět, přechovávat a konzumovat alkoholické nápoje a jiné návykové látky, vyrábět a přechovávat předměty, které by mohly být použity k ohrožení bezpečnosti osob, majetku nebo k útěku, nebo které by svým množstvím nebo povahou mohly narušovat pořádek či poškodit zdraví.

Omezení a zbavení některých práv a svobod

* Obviněným a odsouzeným nepřísluší právo svobodné volby lékaře, klinického psychologa, zdravotnického zařízení a dopravní služby.

Odborné profese ve vězeňství

Vězeňská stráž, dozorcí, vychovatelé, psychologové, speciální pedagogové, sociální pracovníci a zdravotničtí pracovníci.

1.5 Psychosomatika

1.5.1. Vymezení pojmu

Termín „*psychosomatika*“ použil poprvé v roce 1818 německý lékař Heinorth při popisu spánkových poruch, do všeobecného lékařství i laického povědomí se však dostal teprve zásluhou amerických autorů Franze Alexandera a Flanders Dunbarové, kteří tak označili nejen vlastní učení, ale také nazvali časopis, jehož první číslo vyšlo v roce 1939 a který vychází dodnes, *Psychosomatic Medicine*.

Psychosomatická medicína není sice nejšťastnější pojem a jak jeho kritici oprávněně tvrdí, napomáhá spíše posílení duality těla a duše, nicméně je pojmem obecně užívaným a reprezentuje oblast, která je doplněním pozitivisticky orientované a statisticky podložené medicíny založené na mnohotných objektivních důkazech. Jeho další nevýhodou je, že mnoho lidí si pod ním představuje mnoho odlišných skutečností, z nichž nejnejšťastnější je představa, že se jedná o „alternativu“ (přesný význam podle slovníku: „dvě vzájemně se vylučující možnosti“) k medicíně vědecké.

Cílem psychosomatického přístupu byla od počátku snaha najít integrující prvky a vztahy mezi vlivy psychosociálními a biologickými při pohledu na člověka ve zdraví a nemoci, při této snaze je psychosomatický přístup orientován více na jedince než na nemoc. Je to vcelku logické, protože předmětem zájmu psychosomatické medicíny jsou onemocnění, u nichž se velice významná část psychosociálních faktorů předpokládá, a tyto faktory mají zákonitě více individuální než univerzální charakter.

(Honzák 2005)

Předmětem psychosomatiky jsou takové somatické poruchy a choroby, u nichž se psychosociální faktory výrazněji uplatňují v etiopatogenezi a průběhu, resp. při diagnosticko-terapeutické činnosti či v prevenci onemocnění. Při tom však nelze pojem psychosomatická porucha či choroba vázat na žádnou tradiční diagnostickou kategorii. V rámci každé diagnózy najdeme totiž nemocné se zřejmou významnou psychosociální patologií vedle pacientů, u nichž tyto složky hrají jen nepodstatnou roli. U žádné tradiční diagnózy dnes nemůžeme říci, že psychosociální patologie je nezbytnou podmínkou jejich vzniku. Každá somatická choroba v tomto užším pojetí může být u jednoho nemocného psychosomatická, u druhého somatická.

(Baštecký,Šavlík,Šimek,1993)

O psychosomatickém onemocnění nebo o psychosomatických poruchách můžeme mluvit tehdy, když:

1. psychosociální vlivy představují hlavní příčinu pro vznik somatického onemocnění, funkčního nebo organického,
2. nebo spolupůsobí na vzniku, rozvoji či udržení takového onemocnění,
3. případně, když somatická nemoc, poruchy nebo defekt vyvolávají určité změny v psychickém aparátu.

(Mohalp, 1988)

Psychosomatickým onemocněním se rozumí chorobný stav, kde v souboru faktorů (vlivů, podmínek, činitelů) stojících u zrodu choroby je možno zjistit nezanedbatelný vliv psychiky (stísněnost, deprese, obavy a strach, úzkost, pocity ohrožení apod.).

(Křivohlavý 1994)

1.5.2 Antické kořeny evropské medicíny

Máme-li správně pochopit a zařadit současný stav psychosomatické medicíny, je nutné podchytit její vývoj, a to v kontextu vývoje medicíny celé.

Nejstarší „otec evropské medicíny“ Hippokrates neměl s dualitou těla a duše žádné problémy, eliminoval z medicínského okruhu všechny nadpřirozené vlivy, včetně výkladu terapie „svaté nemoci“- epilepsie. Hippokrates požadoval, aby lékař, dříve než začne léčit pacienta, znal dobře osobnost pacienta a jeho temperament, věděl o vlivech čtyř ročních dob a klimatu, dbal na správnou životosprávu. Znamý je jeho výrok a odkaz: *„Život je krátký, cesta umění dlouhá, okamžik prchavý, zkušenost klamná, soud obtížný. Proto musí nejenom lékař všeho využít, ale i nemocný a jeho rodina a všechny vnější okolnosti musejí být využity.“* Hippokratovská medicína byla celostní medicínou par excellence a její pacient byl nedílnou součástí přírody, jež sama měla rovněž léčivou sílu.

Dualitu vnesl do medicíny po čtyřech stoletích až další z otců evropské medicíny, Hippokratův pokračovatel Galénos, který jako Platonův žák rozdělil člověka na tělo a duši. Galénos sice nabádal své žáky, aby pečovali stejně intenzivně o tělo jako o duši, je rovněž autorem známého výroku o tom, že veselé ženy nikdy neonemocní rakovinou prsu, protože rakovina prsu je „melancholická diatéza“, nicméně jeho nešťastné dělení přetrvávalo tisíciletí a s jeho důsledky se setkáváme dodnes.

Třetím ze sloupů antické medicíny byl arabský lékař Íbn Siná (Avicenna), který vnesl do komplexu tehdejších lékařských poznatků především v ucelené formě empirii medicíny blízkého a středního Východu. Jeho *Kánon lékařství* byl nedílnou učebnicí medicíny až do 17. století.

1.5.3 Počátky vědecké medicíny

Učení tří klasiků antiky bylo základem medicíny po celý středověk. Teprve v postgalileovském období začínají vznikat vědy jako svébytný způsob poznávání a výkladu určitých specifických oblastí. Vědy mají ve své náplni taxonomii, tedy třídění jevů spadajících do jejich působnosti, a především nacházení souvislostí. Medicína také pochopitelně aspirovala na místo mezi vědami, předmět jejího bádání, člověk, byl však předmětem do jisté míry problematickým. Církev, která mlčky povolila pitvu těl zamřelých-smrtné to schránky nesmrtelné duše, nehodlala tuto duši uvolnit ze své kompetence. Vznikající medicínské vědě z této situace pomohl francouzský matematik a filozof René Descartes, který nabídl elegantní řešení.

Descartovo dualistické učení bylo v zásadě ve shodě s Galenovým přístupem: všechna jsoucna lze rozdělit na *princip duchovní a princip fyzický*. Bůh představuje duchovní princip, ostatní existující jsoucna jsou charakteru hmotného. Pouze člověk spojuje oba principy, které se u něj setkávají v šišince.

Descartes doporučil začínající medicínské vědě, aby člověka pojímala jako rozumný stroj a péči o jeho duši ponechala v kompetenci církve a filozofie. Nemoc v tomto pojetí je „porucha rozumného stroje“ a lékař je odborník , který přichází, aby poruchu rozpoznal a podle svých možností odstranil či minimalizoval. Toto je filozofický základ *biomedicínckého přístupu*, který pro praxi završil pruský patolog Virchow, jenž ve své patologii z r. 1858 postuloval nemoc jako poruchu buněk, tkání, orgánů, z níž vyplývá porucha jejich funkce, která se projevuje nejrůznější symptomatologií.

Klasifikační systém, v zásadě moderní a ve svých principech podobný současnému, poskytl anglický lékař Sydenham, který rozlišil hierarchii symptomu, syndromu a chorobné jednotky. Symptomy se skládají do syndromů a ty v určité zákonité kombinaci vytvářejí nemoc.

Descartův filozofický vklad, Virchowova definice nemoci a Sydenhamem navržený nozologický systém se staly základem vědecké medicíny, základem, jenž navzdory proklamacím o tom, že člověka je nutno vnímat komplexně, zůstává zakotven v myšlení

mnoha lékařů dodnes a je například pregnantně vyjádřen ve sloganu: Jeden gen- jedna nemoc. Nemoc se stává pro medicínskou vědu důležitější než pacient. Pacient může zapomínat, pacient může lhát, pacient může prosazovat nepodstatné okolnosti a zatlačovat ty podstatné apod., proto je hlavním nástrojem vědecké medicíny *objektivní nález*. Ten lze nezávisle kdykoli zopakovat a použít jako objektivní důkaz o stavu rozumného stroje. EBM- evidence based medicine se z tohoto rámce prakticky nikdy nevymanila.

1.5.4 Psychoanalýza

Freudovo učení znamenalo zásadní zvrat v přístupu k psychickým poruchám, přestože v duchu biblického „nepřišel, aby zrušil, ale aby naplnil“. Freud spojil myšlenkové proudy romantické naturfilozofie s její koncepcí nevědomí a chápáním snu jako „hieroglyfické řeči“ s neurologickým reflexním modelem, dále s filozofickou představou psychofyzického vztahu tělesna a duševna, ve které byla hysterie chápána jako psychosomatický problém. Zásadní novinkou však byla klíčová úloha sexuálního pudu v etiologii a patogenezi nejen neuróz, ale též řady jevů spadajících do psychopatologie všedního dne nebo každodenního snění.

Neuróza (podobně jako zapomenutí, přeráknutí) je výsledkem potlačeného konfliktu mezi infantilním sexuálním přáním a represivními složkami osobnosti, při čemž současně dochází k vytěsnění klíčových událostí do nevědomí. Psychoanalytická léčba pak napomáhá ke zvědomění tohoto konfliktu a jeho řešení zralým způsobem. Vzhledem k tomu, že většina neuróz byla na počátku minulého století doprovázena pestrými somatickými příznaky, je možné již Freuda považovat za prvního psychosomatického lékaře.

První světová válka přinesla rozmach psychoterapie, před kterou se vynořily nové úkoly- především léčení válečných neuróz. Tento nejednotný soubor obtíží bychom dnes pravděpodobně řadili mezi posttraumatické stresové poruchy, panické poruchy a další úzkostné stavy, nicméně jejich manifestní somatická symptomatologie svým způsobem napomohla vývoji psychosomatického myšlení.

Freudova triumfální cesta do USA znamenala jednoznačný úspěch psychoanalýzy na tomto kontinentu. V atmosféře pragmatického amerického myšlení nakloněného neortodoxním experimentům se zrodila *psychosomatická medicína*, již takto pojmenovala Flanders Dunbarová a Franz Alexander. Hlavní myšlenkou jejich učení byla hypotéza, že analogicky k psychoneurózám vznikají také orgánové neurózy- psychosomatická onemocnění.

Autoři vyčlenili skupinu sedmi chorob, u nichž předpokládali psychogenní etiopatogenezi. Byly to hypertenze, hyperthyreóza, astma bronchiale, vředová choroba, ulcerózní kolitida, revmatoidní artritida a atopický ekzém.

Jejich myšlenka měla dobré naděje na úspěch. Biomedicínký model nebyl v té době schopen stanovit etiopatogenezi těchto onemocnění a z klinické praxe bylo a je známé, že nemocní s těmito obtížemi trpí ve značné míře problémy v psychosociální oblasti. Předpoklad, že tyto jejich problémy by mohly být příčinou jejich tělesných obtíží, se tedy jevil jako plausibilní.

První psychosomatické teorie měly dvě základní hypotézy : hypotéza *psychogeneze* předpokládala, že stejně jako u neuróz se u těchto nemocí podílejí na vzniku a rozvoji pouze psychogenní vlivy, hypotéza *specificity* předpokládala, že se jedná o specifický a pro danou klinickou jednotku typický a nezaměnitelný konflikt.

1.5.5 Stresová hypotéza

Psychosomatické hypotézy se úspěšně ujaly i v klinické praxi, protože každý zkušený klinik ví, že právě pacienti s uvedenými diagnózami vykazují mnoho svérázných psychosociálních odlišností a charakteristik, současně však o nich nelze říci, že by měli neurotické obtíže. Přitom však s neurotiky mnoho společných rysů mají: zatímco však neurotik má svoji úzkost, má astmatik své astma. Každý zkušený klinik totiž ví, že u poloviny nemocných s pylovou alergií je možné vyvolat astmatický záchvat pouhou expozicí obrázku určité specifické květiny. Astmatické záchvaty se objevují také v náročných situacích, které se specifickým pylem nemají nic společného.

V 50. letech minulého století zahrnul psychiatr Weiner do psychosomatických koncepcí problematiku stresu. Weiner předpokládal, že somaticky disponovaní jedinci, vybavení navíc specifickými psychologickými či osobnostními charakteristikami, zareagují pod vlivem stresu rozvojem psychosomatického onemocnění. Vytvořil svou koncepcí přechod do další etapy psychosomatického přístupu, a to do modelu označovaného jako stres- diatéza, který se do značné míry podobá úvahám Galénovým. Podíváme-li se na vývoj výzkumu stresu, vidíme zde- na rozdíl od původních psychosomatických předpokladů- důsledné prosazování především *nespecifických* vlivů, a to jak v pracích Cannonových zaměřených na poplachovou fázi ze začátku století, tak především v díle Selyeho, který tuto skutečnost zdůraznil již v názvu stresové odpovědi (GAS – nespecifický adaptační syndrom).

Selye posloužil psychosomatice především tím, že po propracování teorie nespecifického adaptačního syndromu geniálním logickým skokem vyslovil předpoklad, aniž tuto hypotézu experimentálně ověřoval, že stresory přicházející z psychosociální oblasti budou mít na organismus stejný vliv jako stresory z oblasti biologické.

Stres si můžeme představit jako autonomně probíhající kaskádu dějů, které mají v první *poplachové fázi* připravit organismus na útok nebo útěk, ve druhé *fázi rezistence* pak na přežití za krajně nepříznivých okolností. Stres je mechanismus ochraňující život, a to za nesmírně vysokou energetickou cenu, navíc však také za cenu „vypnutí“ některých funkcí (např. imunita) v zájmu posílení funkcí zásadních a prioritních. Zatímco první fáze je řízena především sympatickým systémem a druhá systémem parasympatickým, představuje třetí *fáze vyčerpání* selhání regulačních mechanismů a dezorganizaci jak systémů řídicích, tak systémů řízených.

Připomeneme-li si fyziologické a patofyziologické procesy, jež se během stresové reakce odehrávají, máme při jejich promítnutí do klinické roviny pestrý obraz řady obtíží, z nichž méně závažná část může být označována ještě jako funkční, závažnější část (např. důsledky zvýšené krevní srážlivosti pro nemocného ICHS) již jako plně klinicky relevantní až smrtící.

Stres je jednoznačně výhodný v boji o biologické přežití: jeho účinnost je však přinejmenším dubiózní, pokud se spouští na podněty (někdy velmi malicherné) z psychosociální oblasti. Řešením a prevencí škodlivých důsledků jsou mechanismy označované jako „*coping*“, tedy strategie, které mohou od samého počátku modulovat průběh a závažnost stresové reakce.

Stresová hypotéza našla své praktické uplatnění v *teorii životních událostí*, která klinicky prokázala, že nadměrná stresová zátěž znamená reálné ohrožení zdravotního stavu. U jejího zrodu v 50. letech nestál žádný badatelský tým, ale úředníci zdravotních pojišťoven ve Walesu, kteří si všimli, že vdovy po zavalených hornících mají více zdravotních obtíží, závažnějších a často smrtících, než ženy, které tato událost nepotkala.

Po více než patnácti letech klinických výzkumů prováděných po celém světě sestavili američtí psychologové Holmes a Rahe známou tabulku životních událostí, kde každé významné životní události přiřadili určitou bodovou hodnotu od 100 (úmrtí partnera) po 11 (přestupek např. dopravní a jeho úřední řešení). Klinické zkušenosti odpovídá, že pokud někdo během posledních 12 měsíců „nasbírá“ více než 350 bodů, je u něj vysoká pravděpodobnost vzniku psychického nebo tělesného (psychosomatického) onemocnění.

Tab. č. 1

Úmrtí partnera	100
Rozvod	73
Rozvrat manželství	65
Uvěznění	63
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Sňatek	50
Ztráta zaměstnání	47
Usmíření nebo přebudování manželství	45
Odchod do důchodu	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální potíže	39
Přírůstek nového člena rodiny	39
Změna zaměstnání	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	37
Přeřazení na jinou práci	36
Závažné neshody s partnerem	35
Půjčka vyšší než průměrný roční plat	31
Splatnost půjčky	30
Změna odpovědnosti v zaměstnání	29
Syn nebo dcera opouští domov	29
Konflikty s tchánem/tchyní/zetěm/snach.	29
Mimořádný osobní čin nebo výkon	28
Manžel/ka nastupuje či končí zaměstnání	26
Vstup do školy nebo její ukončení	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Problémy a konflikty se šéfem	23
Změna pracovní doby nebo podmínek	20
Změna bydliště	20
Změna školy	20

Změna církve nebo politické strany	19
Změna sociálních aktivit	18
Půjčka menší než průměrný roční plat	17
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změny v širší rodině(sňatky,úmrťi)	15
Změna stravovacích zvyklostí	15
Dovolená	13
Vánoce	12
Přestupek a jeho projednání	11

Inventář životních událostí

Je pochopitelné, že bodová hodnota není univerzálně platná a že osobnostní vlastnosti a sociální okolnosti mají vliv na dopad zátěžové situace. Na druhé straně poslední výzkumy ukazují, že hodnoty inventáře životních událostí korelují s některými patofyziologickými parametry těsněji než subjektivní výpověď o prožívaném distresu pacientů. Poslední práce dokládají, že životní události spojené s pocitem ponížení a devalvace životní role mají horší dopad než události spojené s ohrožením nebo ztrátou.

1.5.6 Richard Lazarus a jeho koncepce stresu

Lazarus a jeho spolupracovníci konstatovali, že slovo stres zahrnuje každou „událost“, ve které vnitřní nebo vnější požadavky (nebo obojí) převyšují adaptační zdroje jednotlivce, jeho orgánového systému a sociálního systému. Lazarusův model zdůrazňuje, že kognitivní odhad vycházející z poznávacích procesů se soustřeďuje na:

1. stanovení, co je stresuplné
2. zvládání stresu

Lazarus také poukázal na to, že jedním z hlavních problémů v definici stresu je to, že za příčinu stresových reakcí jsou spíše považovány *emoce*, než účinky těchto *reakcí*.

Podle Lazaruse jak stres, tak jeho zvládání jsou procesy nikoli události. Obojí se časem mění, částečně jako výsledek interakce mezi dvěma procesy. V procesu zvládání stresu se člověk přizpůsobuje, stejně tak jako se přizpůsobuje požadavkům nebo stresorům. Zvládáním stresových situací se u člověka může změnit odhad stresového prožitku a tudíž může ovlivnit způsob příští reakce.

V podstatě Lazarusova koncepce stresu zdůrazňuje změny charakteru života.

To znamená, že:

1. prožívání (vnímání) požadavků nebo stresorů se mění s každou novou informací,
2. jakmile jednou začaly aktivity nutné pro zvládnutí určité stresové situace, člověk musí pokaždé znovu a znovu přehodnotit tuto situaci, protože jeho adaptační reakce se mění.

Lazarus a spolupracovníci studovali teorii účinku *drobných denních potíží* (hassles) na zdraví a vznik nemoci. Drobné denní potíže jsou malé životní události, které všichni prožíváme. Jsou specifikovány jako dráždivé, frustrující a stresující požadavky.

Drobné denní potíže se vyskytují nezávisle na hlavních životních událostech, nicméně zdá se, že hlavní životní události jsou výrazně ovlivňovány individuálním způsobem zvládnutí drobných denních potíží.

To, jak se osoba vyrovnává s potížemi, závisí na emocionální významnosti, kterou pro jednotlivce mají. Lidé, kteří nezvládají efektivně svůj volný čas, se často cítí stísněni a mají pocit, že neřídí běh věcí. Samovytváření drobných potíží sekundárně k neúčinnému vyrovnávání se je pro jednotlivce škodlivější, než drobné potíže plynoucí ze změn v jeho prostředí. Je to proto, že samovytváření drobných potíží má tendenci k opakování a svou povahou je chronické.

Příjemnější stránku drobných denních událostí tvoří *drobné denní radosti* (uplifts). Drobné denní radosti jsou pozitivním prožitkem každodenního života. Působí jako nárazníky (pufry) proti onemocnění a patří mezi ně např. odpočinek, dobré vztahy mezi blízkými, dostatek spánku apod.

Lazarus popisuje tři způsoby, jak drobné denní radosti slouží jako nárazníky pro drobné denní potíže.

1. Jsou „oddechovým cvičením“ z každodenních střetových potíží. Radosti přerušují intenzitu nebo frekvenci potíží tím, že jim poskytnou „oddechový čas“.
2. Radosti působí jako opory, poskytují lidem denní „psychologickou výživu“, kterou všichni potřebujeme, abychom se neustále vyrovnávali s drobnými i velkými životními změnami.
3. Radosti představují zásobníky, které doplňují zdroj, který byl vyčerpán ztrátou nebo zraněním

Ve svém výzkumu Lazarus a spol. zjistili, že drobné denní potíže mají podstatnější vztah ke vzniku onemocnění, než hlavní životní události. Dále shledali, že frekvence drobných denních potíží přispívá více ke vzniku onemocnění než intenzita potíží.

Zdá se, že muži a ženy reagují na drobné denní potíže a radosti rozdílně. Když muži prožívají podstatné zvýšení životních událostí, potíže také vzrůstají a radosti klesají.

Na druhé straně, když ženy prožívají podstatné zvýšení životních událostí, vzrůstají potíže i radosti. Takže muži zjevně získávají menší emocionální oporu od ostatních než ženy. Prožívání drobných denních potíží se liší u jednotlivých osob podle jejich věku a socioekonomického statutu.

Výzkum drobných denních potíží a radostí je slibný, protože je doplňkem pochopení toho, jak psychosociální prostředí, ve kterém lidé žijí, má vztah ke vzniku nemoci.

(Mastiliaková 1999)

1.5.7 Alexitymická hypotéza

V souvislosti s pojmem stres se objevuje neoddělitelný termín *coping*, který označuje různé postupy a strategie zacházení se stresem počínaje vyhodnocením stresorů, zejména však zvládnání již rozběhlého procesu stresových dějů. Ani stresory totiž nepůsobí univerzálně a tatáž událost může mít zcela jiný význam pro různé jedince, a tak představovat jinou míru zátěže. Ale i spuštěnou kaskádu fyziologických až patofyziologických dějů lze ovlivnit postupy, které jdou do jisté míry proti proudu stresových dějů (návlek relaxace, autogenní trénink, imaginativní techniky, kognitivně behaviorální postupy aj). Tyto postupy lze označit jako racionální a účinné.

Na druhé straně existuje celá řada obranných psychologických mechanismů, které mají za cíl zabránit manifestaci úzkosti. Patří mezi ně především vytěsnění a ještě hlubší mechanismus popření. To je definováno jako nevědomá distorze reality do neohrožující podoby, v níž by ji jedinec rád viděl. Velmi plasticky a podrobně popsala tento jev Elizabeth Kübler- Rossová při sdělení závažné nebo fatální diagnózy. Je totiž sporné, zda je vždy nejlepším řešením vytlačit ohrožující skutečnosti mimo oblast vědomí.

Fenomenologicky velmi blízko k této obraně má *alexitymie*, kterou považují někteří badatelé za nosný koncept při výkladu psychosomatických onemocnění, a skutečně, u řady nemocných se tímto fenoménem setkáváme. Alexitymie je složeninou tří slov: A-ne, LEXI- číst, THYMOS- emoce. Podle alexitymické hypotézy, kterou vyslovili Sifneos a Nemiah

v 70. letech minulého století, se psychosomatictí pacienti vyznačují tím, že nedokážou rozpoznat a vyjádřit své emoce a místo toho je prožívají na tělesné úrovni. Neumějí číst své pocity a promítají je do somatických symptomů. Protože se s tímto jevem nesetkáváme jen u psychosomatických pacientů, ale také u nemocných s rozsáhlými a těžkými popáleninami, u lidí trpících posttraumatickou stresovou poruchou a dalších těžce traumatizovaných osob, lze říci, že jsou to lidé, kteří se nějakým způsobem brání prožívání bolestivých emocí.

Již Freud řekl, že deprese je daň za neodžitý smutek. Deprese a bolest mají k sobě velmi blízko. Výsledky nejnovějších výzkumů nahrávají revitalizaci alexitymické hypotézy. Vědci totiž zjistili, že v mozku se aktivují stejné oblasti v případě bolesti tělesné, stejně jako bolesti psychické. Tělesná bolest, stejně jako sociální odmítnutí, aktivuje stejné oblasti mozku: přední část gyrus cinguli a dolní oblast pravého ventrálního prefrontálního kontextu. Gyrus cinguli představuje poplachový systém signalizující, že něco není v pořádku, zatímco pravý prefrontální kontext pomáhá potlačit citovou reakci vyvolanou bolestí.

Signály z gyrus cinguli aktivují spíše vnitřní než vnější bolest: odmítnutí je tedy pocíťováno spíše „jako rána do žaludku než jako zlomená končetina“. Zajímavé jsou i další experimenty ukazující, že blízká osoba může aktivovat mozkové emoční centrum spojené s bolestí v případě, že sleduje, že člověk, na kterém jí záleží, trpí.

Alexitymická hypotéza se podobá fyziologické hypotéze funkčních obtíží a pravděpodobně obě (každá na jiné rovině) napomáhají racionálnímu vysvětlení iracionálních symptomů, jež funkční obtíže představují.

(R. Honzák 2005)

1.5.8 Konec 20. století a současný stav psychosomatické medicíny- biopsychosociální přístup

Ve druhé polovině 20. století nabídli Ludwig von Bertalanfy a Geoffrey Bateson vědám nové paradigma: všeobecnou teorii systémů, která překračuje striktně scientistní rámec. Podle systémové teorie je možné nahlížet na každé jsoucno nebo jev jako na svébytný systém, jenž obsahuje celou řadu subsystémů, současně je však sám subsystémem systémů vyšších. Změny, které se odehrávají v některém ze subsystémů, se zákonitě odrážejí také v subsystémech dalších, ne však ve smyslu lineární kauzality, ale daleko častěji ve smyslu kauzality cirkulární, v níž změny neprobíhají jednosměrně, ale výsledek může zase zpětně působit na příčinu a vyvolávat další změnu.

V případě sledování člověka ve zdraví a nemoci je možné pohlížet na člověka jako na systém, který obsahuje subsystemy řídicí (nervový, endokrinní, imunitní) a subsystemy řízené

(trávicí, oběhový, pohybový....) . tyto subsystemy pak můžeme dále dělit na orgány, tkáň, buňky, molekuly atd., které jsou sledovány specializovanými odvětvími. Nicméně v celostním pohledu člověk jako takový není absolutním vrcholem této pyramidy, ale subsystemem vyšších psychosociálních systémů. Z nich nejbližším nadřazeným subsystemem je dvojce-
dyáda, dalším rodina, pak užší lidské společenství, národ.....až celý zemský systém označovaný jako Gaia.

Můžeme- li si pohodlně představit, že závažná změna v některém z řízených systémů, například kardiovaskulární onemocnění, se může odrazit v systémech řídicích, např. ve stavu psychické pohody, a to nikoli univerzálně (někoho nemoc psychicky zlomí, v jiném naopak mobilizuje síly), a dále v systémech vyššího řádu, rovněž velmi individuálním způsobem (některá rodina se stmelí, jiná se v takové situaci rozpadne), je nutné přijmout i myšlenku , že změny odehrávající se v systémech vyššího řádu se odrazí v subsystemech nižších(např. dysfunkční rodina bude „produkovat“více chorobných stavů). Úhel pohledu je zde zaostřen, jak již bylo uvedeno, na člověka ve zdraví a nemoci, nikoli na sledování chorob v člověku.

Tento teoretický model zpracoval do požadavků na psychosomatický přístup nejprve americký psychiatr Engel a posléze (v 80. letech) kanadský psychosomatik a psychiatr Lipowski. Pro odlišení od klasické psychosomatické koncepce konce 30. let minulého století oba autoři prosazují označení *biopsychosociální (celostní) přístup*.

Ve vymezení tohoto přístupu je uvedeno, že jde o vědeckou a klinickou disciplínu, zabývající se:

- * studiem vztahů mezi specifikovanými psychosociálními faktory a normálními a abnormálními fyziologickými funkcemi
- *studiem interakcí mezi psychosociálními a biologickými faktory v etiologii, načasování začátku onemocnění, průběhem a vyústěním u všech nemocí
- * prosazováním celostního biopsychosociálního přístupu v péči o nemocné
- * aplikací psychiatrických, psychologických a behaviorálních metod v prevenci, léčbě a rehabilitaci somatických nemocí.

(Honzák 2005)

1.6. Význam psychosomatické interakce pro ošetřovatelství

Psychika a tělo (soma) jsou neustále v interakci. Většina lidí vyhledávajících zdravotní péči pro somatické symptomy má ve skutečnosti poruchy zahrnující komplexní interakci somatopsychosociálních faktorů.

Uvědomění si psycho- somatické interakce je základem pochopení, jak porucha psycho- somatické homeostázy ovlivňuje celého člověka.

Psycho- somatická interakce má přímý vliv na to, jak vnímáme sami sebe, své zdraví a nemoc. Porozumění tomu, že psychika neexistuje odděleně od těla a naopak, je základem *holistické péče*.

Holismus (z řečtiny, holus- celek) je filozofický směr, který se zabývá člověkem jako celkem, to znamená bytostí ve všech jeho bio-psycho-sociálních souvislostech.

Sestry mají výjimečné postavení mezi ostatními zdravotnickými profesionály, mají prioritu v poskytování holistické péče. Základem ošetřovatelství je péče o celého člověka tím, že jsou brány v úvahu všechny jeho součásti: tělesné, sociální, emocionální, intelektuální a duchovní

Úspěšná holistická ošetřovatelská péče bere v úvahu interakci psychofyziologických potřeb. Každý zdravý člověk má zkušenost se stavem psychofyziologické rovnováhy nebo homeostázy. Každý nemocný člověk má zkušenost se stavem psychofyziologické nerovnováhy nebo poruchy homeostázy. Fyziologická nerovnováha vytváří psychosociální nerovnováhu nebo její poruchu. Podobně psychosociální nerovnováha je příčinou fyziologické nerovnováhy nebo problémů.

Jak již bylo uvedeno, holistická ošetřovatelská péče vyžaduje orientaci na tělo i psychiku. Je velmi důležité, aby sestry chápaly podstatu psycho-sociální interakce a pečovaly o celého člověka (včetně jeho nejbližších) ve zdraví i nemoci.

Sestra, která poskytuje holistickou ošetřovatelskou péči, pohlíží na člověka jako na jedinečnou celostní bytost, nikoli na její pouhé části. Taková sestra je schopna pomáhat lidem, aby dosáhli a udrželi si optimální zdraví, pomáhá při prevenci a redukci chorob nebo poskytuje podporu nevléčitelně nemocným.

Jako součást psychosociálního ošetřovatelského zhodnocení je velmi důležité identifikovat stresory, které ošetřovaného ohrožovaly nebo ohrožují. Protože choroba obecně zahrnuje jak psychologické, tak fyziologické faktory, účinná pomoc klientovi musí zahrnovat jak psychologický, tak somatický ošetřovatelský zásah.

Standardizované ošetrovateľské diagnózy NANDA väčšinou (ne-li) všetky obsahujú interakciu telesných a psychosociálnych príčin. Napr.

- úzkosť
- zhoršená verbálna komunikácia
- strach
- sexuálna dysfunkcia
- porucha spánku

Jiné ošetrovateľské diagnózy sa na prvý pohľad zdajú byť iba telesné, ale nemusí to tak byť, napr. *obstipácia* môže vzniknúť z neadekvátnej stravy alebo z nedostatku súkromia pre vyprázdnenie, z rôznych emocionálnych potíží, ale tiež je najčastejším telesným príznakom depresie. Ošetrovateľské diagnózy, ktoré sa zdajú byť ryze psychologické môžu obsahovať telesné složky, napr. *porucha adaptácie* môže vzniknúť z dôvodu nesplnenia očakávania alebo neadekvátnej výživy apod.

Péče o klienty je najlepšia, keď sa pri organizácii péče o ňu vychádza z predpokladu, že ochorenie a s ním súvisiace problémy majú multifaktoriálne príčiny (napr. kvalitu životného prostredia, individuálne biologické, sociálne a emocionálne základy apod).

(Mastiliaková 1999)

Součástí kvalitní přímé ošetrovateľské péče je i uplatňovanie poznatkov z oblasti humanistickej psychológie a psychoterapie. Ošetrovateľské postupy a zákroky v štandardoch všeobecnej péče sú založené na poznatkoch ako z filozofie ošetrovateľstva, tak z oblasti komunikácie, humanistickej psychológie a psychoterapie.

Psychoterapeutický proces v péči o človeka predstavuje komunikáciu a vzájomnú interakciu klienta a osoby, ktorá péču poskytuje, a klient tento ponúknutý vzťah prijíma. Zvláštny druh vzťahu s pomocou poskytujúcej osoby (terapeutom) má určité kvality a je charakterizovaný: *opravdovosťou, akceptovaním klienta bez hodnotenia s empatiou*. Keď klientovi niekto skutočne naslouchá a bez výhrad jej akceptuje, je klient schopný odhaliť svoje skryté stránky, poznáva sám seba a stáva sa viac autentickým a otvoreným. Keď dokáže seba tieto kvality vo vzťahu ke klientovi zprostredkovať, tak dochádza k zmene. Klient postupne získava sebedôveru, dokáže sa lepšie a konštruktívnejšie rozhodovať, a tým sa jeho život mení na vyššiu kvalitu. Psychoterapeutické prvky opravdovosti, empatického porozumenia a pozitívneho prijatia významne podporujú a rozvíjajú zdravé medziľudské vzťahy. (Mastiliaková 2003)

1.7. Psychoterapie

1.7.1 Vymezení pojmu

Kratochvíl:

Psychoterapie je léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky. Nebo jinými slovy: psychoterapie je záměrné upravování narušené činnosti organismu psychologickými prostředky. Narušení činnosti se může týkat psychických procesů a osobnosti nebo somatických procesů a orgánových funkcí. Může být záležitostí podmíněnou jak psychogenně, tak somatogenně. K psychologickým prostředkům pak patří především slovo, ale i mimika nebo mlčení, emotivita a emoční vazby, učení, manipulace prostředím a jiné.

Honzák:

Psychoterapie je způsob léčení psychologickými prostředky. Je to mnohvrstevný proces, v němž oba (všichni) účastníci dávají a dostávají, hledají, nalézají a objevují. Terapeut je ten, který by neměl být zaskočen objevenými skutečnostmi.

Růžička:

Psychoterapie je způsob, jak osvětlit a porozumět lidské existenci v její celistvosti (tzv. psycho-bio-sociálním, historickém, kulturním učení). Lidská existence je jedinečná v sobě rozporná, nedokonalá a limitovaná. V tom je odlišnost od koncepcí přírodovědných. Nelze stanovit přesné postupy ani všeplatné metody, přesné cíle a jednoznačné závěry. Potíž existuje i při stanovení norem. Pohybuje se na pomezí technických zručností i uměleckých invencí a postupů.

Křivohlavý:

Psychoterapie je setkání a vysvětluje, že toto slovo je odvozeno od kořene „tkáti“. Význam slova setkání je pak možno chápat jako vznik o stupeň vyšší skutečnosti než jsou složky, které tuto skutečnost tvoří. Při setkání jde o vzájemné porozumění, o snahu druhého

pochopit, vyjít mu vstříc, dohodnout se s ním, a tak tvořivě a nikoli bořivě řešit vzájemné nesrovnalosti, problémy a konflikty.

Specifické znaky psychotherapeutického působení lze stručně shrnout do několika bodů (podle Kratochvíla, 1997):

* Psychotherapie využívá psychologických prostředků- verbálních i neverbálních podnětů, různých způsobů stimulace emocí, mechanismu učení , vlivu dynamiky skupinových vztahů a interakcí, atd.

* Cílem psychotherapie je odstranění nebo zmírnění potíží, případně i odstranění příčin, které je vyvolaly.

*V průběhu psychotherapie dochází ke změnám v oblasti emočního prožívání, rozumového hodnocení, celkového postoje k sobě i ke světu a ke změně v chování. Klient získává korektivní emoční zkušenost, náhled, tzn., že rozumí svým problémům a naučí se přijatelnějším způsobům chování.

(Vágnerová 1999)

1.7.2 Cíle psychotherapie

Existuje dvojitá výrazně odlišná formulace cílů psychotherapie.

- 1) Cílem psychotherapie je odstranění chorobných příznaků. Pacient přichází s jistými obtížemi, úkolem terapeuta je, aby ho těchto potíží zbavil, ať už postupem symptomatickým nebo – dokonaleji- terapií kauzální, odstraňující příčinu. Někteří autoři zpřesňují tento cíl jako obnovení pracovní schopnosti, schopnosti požitku, kontaktu, naděje, schopnosti radovat se ze života. Účelu je dosaženo, když vymizí symptomy, které tomu bránily.
- 2) Cílem psychotherapie je reedukace, resocializace, reorganizace, restrukturační či integrace pacientovy osobnosti. Podle příslušné teorie osobnosti se analyzují např. intrapsychické konflikty, sledují patologické fixace libida nebo patologické stereotypy

v interpersonálních vztazích, usiluje se o korekci postojů. Osobnost se přetváří ve vztahu.

Uvedené dvojí hledisko je však třeba mít na paměti při porovnávání výsledků různých psychoterapeutů nebo různých psychoterapeutických škol. Kritéria úspěchu mohou být různá a výsledky pak nelze srovnávat.

(Kratochvíl 1987)

1.7.3. Základní formy psychoterapie

Psychoterapeutických technik je značné množství, přestože mezi nimi existují rozdíly, většina těchto metod má určité společné rysy. Lze je shrnout do několika bodů

(Atkinsonová et.al.,1995):

* Mezi terapeutem a klientem je *vztah důvěry a vřelosti*. Klient věří, že se terapeut zajímá o jeho problémy, že jej chápe a chce mu pomoci. Tento vztah poskytuje klientovi uklidnění a podporu.

* *Desenzibilace*- v atmosféře důvěry terapeutického vztahu se klientovi jeví jeho problémy postupně jako méně ohrožující.

* *Posilování adaptivních reakcí*. Terapeut posiluje pozitivní reakce a žádoucí změny svého klienta.

* *Porozumění resp.vhled*. Psychoterapie poskytuje klientovi vysvětlení jeho potíží, a tím posiluje jeho víru v nutnost zlepšení.

1.7.4 Rozdíly jednotlivých psychoterapeutických přístupů

* Míra direktivnosti terapeutického působení:

1. *Direktivní metody* působí na klienta přímo, usměrňují jeho psychické procesy jednoznačnými příkazy a radami, jejichž splnění vyžadují.
2. *Nedirektivní přístup* je typický zachováním neutrálního postoje. Terapeut pouze podněcuje a povzbuzuje, ale přijatelné řešení si musí nalézt klient sám.

* Míra změny osobnosti, o kterou psychoterapeutické působení usiluje:

1. *Podpůrná psychoterapie* nemá za cíl změnit osobnost, poskytuje porozumění, podporu a pomoc. Akceptuje člověka takového, jaký je, podporuje jeho sebedůvěru a pomáhá mu řešit jeho aktuální problémy.
2. *Rekonstrukční psychoterapie* usiluje o změnu celé osobnosti.

* Zaměření psychoterapeutického působení:

1. *Symptomatická psychoterapie* usiluje jen o odstranění nežádoucího příznaku. Výhrady k tomuto způsobu zaměření psychoterapeutického působení spočívají v riziku, že je její účinek omezený a krátkodobý. Někdy ovšem není jiné řešení dostupné.
2. *Kauzální psychoterapie* se snaží zjistit a odstranit příčinu problému. Její nevýhodou je značná časová náročnost a někdy i obtížnost odstranění příčiny onemocnění.

* Míra náhledu klienta na vlastní problémy:

1. *Náhledová psychoterapie* vede klienta k porozumění podstatě vlastních problémů. Zasahuje hlouběji do jeho osobnosti.
2. *Akční psychoterapie* je zaměřena pouze na nácvik strategií a dovedností, potřebných k řešení nějakého problému. Porozumění podstatě tohoto problému není považováno za nutné.

* Kvalita interpersonální dynamiky v psychoterapeutickém vztahu:

1. *Individuální psychoterapie* je založena na dyadickém vztahu terapeuta a jeho klienta.
2. *Skupinová psychoterapie* využívá skupinové dynamiky. Umožňuje klientovi získat náhled na vlastní chování prostřednictvím reakcí ostatních členů skupiny, kteří mají podobné potíže, a ověřit si ve skupině nové, účelnější chování.

1.7.5 Psychoterapeutické školy

Na základě rozdílných teoretických východisek, na nichž zakládají své porozumění podstatě psychických problémů a metody jejich ovlivňování, se vytvořily četné psychoterapeutické školy.

** Dynamická, resp .psychoanalytická terapie*

Vychází z předpokladu, že duševní problémy jsou důsledkem působení nevědomých konfliktů a obav. Jejich řešení vyžaduje získání náhledu na vliv těchto mechanismů. Zakladatelem psychoanalýzy je S. Freud. Novější směry se od klasické psychoanalýzy již poněkud liší, např. menším důrazem na rekonstrukci raných zážitků a větší zaměřeností na současné interpersonální problémy klienta, ale i větší direktivnost.

** Behaviorální terapie*

Zahrnuje řadu různých terapeutických metod, založených na principech učení a podmiňování. Vychází z předpokladu, že maladaptivní chování je naučené, a proto je třeba dosáhnout jeho změny, což je opět možné učením. Tento druh terapie se zaměřuje především na změnu nefunkčního chování v určité situaci. Podle této teorie není dosažení vhladu nutné, protože samo o sobě nezaručuje změnu chování. Volba konkrétní metody je v tomto případě závislá na druhu problému. Příkladem je metoda desenzibilizace, kdy se klient postupně odnaučuje např. strachu z jízdy veřejnými dopravními prostředky.

** Kognitivně-behaviorální psychoterapie*

Věnuje větší pozornost i využití kognitivních faktorů, tj. názorů klienta, jeho očekávání a interpretaci různých událostí ve vztahu k vlastnímu problému. Kognitivně-behaviorální terapie zahrnuje metody, které využívají jak behaviorální techniky (tj. učení), tak metody zaměřené na změnu názorů a postojů klienta. Terapeut vede klienta k rozpoznání deformace vlastního úsudku, aby na základě tohoto náhledu byl schopen realističtějšího uvažování.. Například depresivní pacient má sklon zveličovat negativní zážitky a minimalizovat úspěchy. Terapie se u něj zaměří na změnu hodnocení situace a nácvik žádoucího chování. Zastánci této školy usilují primárně o změnu přesvědčení klienta, která povede ke změně chování.

* *Humanistická psychoterapie*

Klade důraz na přirozenou potřebu seberealizace a vlastního rozvoje. Humanističtí terapeuti předpokládají, že psychické poruchy se objevují tehdy, když se člověk nemůže přijatelným způsobem rozvíjet. Obyčejně se tak děje v důsledku působení nějakých vnějších vlivů. Tato forma psychoterapie má člověku pomoci pochopit jeho skutečné potřeby, a tak mu umožnit další osobnostní rozvoj. Nezbytným předpokladem změny je uvědomění skrytých pocitů a potřeb. Na rozdíl od psychoanalytiků však kladou důraz na přítomnost, na současné prožitky klienta. Humanistická psychoterapie je nedirektivní, nesnaží se interpretovat klientovo chování ani se jej nepokouší změnit. Terapeut klientovi dodává sebedůvěru a podporuje jej při hledání jeho vlastních řešení. Rogers byl přesvědčen, že klient je schopen vyřešit své problémy sám, když k tomu bude mít všechny potřebné podmínky- když jej terapeut bude akceptovat takového, jaký je, vyjádří mu svou podporu a bude se zajímat o to, co říká.

Volba vhodné psychoterapeutické metody závisí na osobnosti klienta, na jeho problémech, ale i na osobnosti psychoterapeuta, na tom, jaké zaměření je mu blízké a k jaké terapeutické škole se hlásí. Většina psychoterapeutů se však striktně nedrží pouze jednoho přístupu a užívá různých technik podle potřeby klienta.

1.7.6 Hodnocení účinnosti psychoterapie

Zlepšení stavu jakéhokoliv pacienta může být ovlivněno větším množstvím různých faktorů. K nápravě některých potíží může dojít i spontánně, u závažnějších duševních poruch je zase třeba kombinovat psychoterapii s medikamentózní léčbou. Proto je hodnocení efektu psychoterapie velmi obtížné. Účinek léčby lze posuzovat na základě subjektivního pocitu klienta, názoru terapeuta a jiných osob, které klienta dobře znají. Je samozřejmě možné použít i testovacích metod, jež jsou relativně objektivní mírou psychických vlastností. Avšak ani testy nezměří všechno, co bychom mohli považovat za výsledek psychoterapeutického působení.

Stejně tak je i problematické srovnávat efektivitu různých psychoterapeutických směrů. Výsledkem mnoha srovnávacích studií bylo zjištění, že se účinnost různých druhů psychoterapie téměř neliší.

(Vágnerová 1999)

2. EMPIRICKÁ ČÁST

2.1. Cíl výzkumu

Výzkumná část je rozdělena do tří souborů.

1. V první části jsou uvedeny kasuistiky klientů s psychosomatickými stresovými obtížemi, jejich rozbor, analýza a použité intervence.
2. V druhé části je porovnání intervenované skupiny se skupinou kontrolní, jejich rozbor, analýza, vyhodnocení výsledků pomocí grafů.
3. Ve třetí části výzkumu je uvedeno statistické zpracování celého šetření

Hlavním cílem výzkumu je potvrzení nebo vyloučení možnosti zmírnění, eventuálně odstranění psychosomatických obtíží prostřednictvím krátkodobé podpůrné psychoterapie, prováděné SZP.

2.2. Metoda výzkumu

Pro svůj výzkumný záměr jsem se souhlasem vedení Vazební věznice Praha- Ruzyně uskutečnila v průběhu září 2007 až prosince 2007 výzkumné šetření.

Zvolila jsem dotazník SCL – 90 Derogatis- test na zjištění duševních odchylek či tendencí k duševnímu onemocnění, který obsahuje 90 otázek, Zungovu sebesuzovací stupnici úzkosti 20 otázek, Zungovu sebesuzovací stupnici deprese 20 otázek , vytažené pouze depresivní položky z dotazníku SCL – 90 Derogatis 13 otázek. O funkci dotazníků a způsobu vyplnění byli klienti informováni autorkou bakalářské práce. Návratnost byla řešena osobním vyzvednutím dotazníků na celách klientů. Dotazníky byly zadány 40 klientům, kteří je vyplňovali dvakrát. Jednou na počátku výzkumného šetření a po druhé po šesti týdnech. Klienti byli ochotni ke spolupráci a vyplněné dotazníky byly všechny odevzdány.

U skupiny intervenovaných klientů jsem použila metodu rozhovoru, k získání základních údajů, ale také informací o způsobu života před uvězněním ve všech oblastech – biologické, psychické a sociální, dále potom údaje o prožívání a zvládání stresových situací .U pacientů z intervenované skupiny jsem aplikovala psychorelaxační techniky- rozhovor, autogenní trénink, nácvik správného dýchání, muzikoterapie, pozitivní nácvik, arteterapie.

Podpůrná psychoterapie byla prováděna pod supervizí MUDr. Radkina Honzáka ,CSc., kdy po dobu výzkumu jsem pravidelně 1x týdně docházela na konzultace a rozbor psychoterapeutických postupů u pacientů.

Soubor výzkumného šetření jsem předala ke statistickému zpracování do Institutu klinické a experimentální medicíny IKEM, kde byly použity tyto testy: Párový t- test a Dvouvýběrový t- test.

2.3. Výzkumný vzorek

Výzkum jsem provedla u klientů, kteří vykonávají výhradně výkon vazby. Mým záměrem bylo vybrat klienty z různých sociálních vrstev, různého věku, vzdělání, rodinného zázemí, prvotrestané i recidivisty. Do svého výzkumu jsem zařadila především pacienty, kteří velmi často navštěvují praktického lékaře či psychiatra, užívají medikamenty (hypnotika, analgetika, nesteroidní antirevmatika, apod.), které jsou dle jejich mínění neúčinné či velmi málo účinné. V každé skupině bylo 20 klientů, pouze muži.

Zajímaly mě především rozdíly mezi těmito dvěma kategoriemi.

1. skupinu- skupinu intervenovanou, tvoří klienti (muži), s kterými jsem v průběhu šesti týdnů prováděla podpůrnou psychoterapii.
2. skupinu- skupinu kontrolní, tvoří klienti (muži), kteří nebyli intervenováni psychoterapií.

2.4. Kasuistiky

2.4.1. Kasuistika č.1

Muž 38 let, 3x soudně trestaný, nyní obviněn z násilného trestného činu, kde je trestní sazba 10-15 let. Ve vazbě je 3 měsíce. Opakovaně navštěvuje ordinaci praktického lékaře pro bolest hlavy, pocity nevolnosti, nespavost a pocity úzkosti. Vyšetřen psychiatrem na doporučení psychologky pro zvýšenou agresivitu a fyzické napadání spoluvězňů.

Medikace: Ibuprofen AL 400 mg 1x1 při bolesti

Mirtazepin 30 mg 0-0-1

Prothiaden 25 mg 1-1-1 Léčba bez efektu

Provedená vyšetření: GFS bez patologického nálezu.

Klient pochází z úplné rodiny, původem je Slovák, když mu bylo 8 let, přestěhovala se rodina do Čech. Má dva mladší bratry, o které se v dětství musel starat. Otec byl cholerik, který hodně pil a matku bil, někdy fyzicky napadal i děti. Otec pracoval jako střelmistr a když bylo pacientovi 11 let, spáchal sebevraždu tím, že na sobě odpálil nálož s výbušninami. Pamatuje si, že tenkrát necítil lítost, spíše úlevu, že už doma nebudou hádky. Několik dnů na to je opustila matka s vysvětlením, že je nejstarší chlapec a musí se postarat o sourozence, ona, že si jde vyřešit problémy se svým novým partnerem. Na tuto dobu si pacient dobře pamatuje a myslí si, že ji zvládl velmi dobře a o sourozence se postaral. Matka se vrátila zhruba za tři týdny se svým přítelem, který se k nim nastěhoval. Vzájemně se respektovali, ale nikdy se mezi nimi nevytvořil srdečný vztah.

Na základní škole měl pacient hodně kamarádů, učení ho nebavilo, na vysvědčení měl většinou čtyřky a v páté třídě propadl, po dokončení ZŠ nastoupil na SOU obor zámečnick, které nedokončil.

V 17-ti letech začal užívat drogy, dával přednost Pervitinu i.v., užíval ho nepravidelně, na odvykací léčbě nikdy nebyl, má pocit, že nic takového nepotřebuje.

V 18-ti letech se klient oženil, protože manželka čekala dítě. Narodil se jim zdravý chlapec. Manželství se rozpadlo po šesti měsících. Se synem se nestýká. Nyní žije už rok ve společné domácnosti s 26 letou přítelkyní.

On ani jeho rodina nikdy vážněji nestonala, prodělal pouze běžné dětské nemoci, alergii neudává.

S klientem se mi podařilo navázat velmi kvalitní terapeutický vztah. Již po druhém setkání byl velmi otevřený a sám si přál naučit se ovládat svou agresivitu. Nejvíce ho trápil vztah se svou přítelkyní, která se o něj ve vazbě stará - chodí na návštěvy, posílá balíky, vše mu zařizuje, píše dopisy. Scénář návštěvy byl vždy velmi podobný. Přítelkyně přišla na hodinovou návštěvu, začala mluvit o tom, jak moc se jí stýská a má ho ráda. Pacient používal svou agresi jako obranu. Vždy návštěvu ukončil po několika minutách křikem, boucháním do stolu a nechal se odvést na celu. Tam se vybíjel na spoluvězních a rozbíjel zařízení cely. Začali jsme společně rozebírat jeho vztah k přítelkyni. Přiznal se, že se v jejich vztahu nevyzná, je zmatený a nechápe, proč to přítelkyně dělá, proč o něj pečuje. Má pocit, že ho nemůže mít nikdo rád, protože si to nezaslouží.

Domluvili jsme se na tom, že kromě rozhovorů, které se týkaly především jeho pocitů ke všem blízkým lidem a orientace v nich, budeme využívat psychorelaxační metody, byl to především nácvik správného dýchání ve stresových situacích, autogenní trénink se zapojením speciálních formulek a pozitivní nácvik. V této terapii šlo především o to, aby se klient naučil vyjadřovat své pocity jinou formou než agresi a věřil tomu, že i jeho může mít někdo rád.

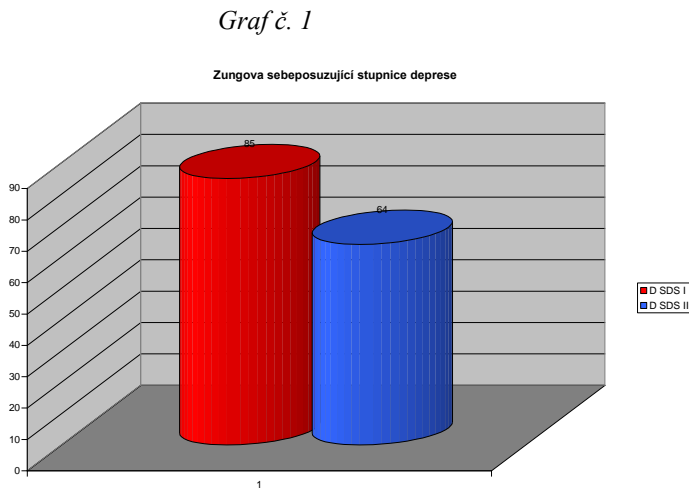
Hodnocení:

Pacient si velmi dobře osvojil psychorelaxační metody a používal je denně. Na konci terapie se zklidnil a návštěva přítelkyně proběhla bez problémů. Své pocity jí říci do očí neuměl, ale psal je v dopisech. Jeho vztahy na cele i s dozorci se upravily, neměl kázeňské potíže. Také výslechy zvládal, dle jeho mínění dobře, dokázal komunikovat s policisty, bez křiku a nadávek. Byl rád, že si této změny všimla nejen přítelkyně, ale i dozorci, policisté a vychovatelé, což ho velmi motivovalo.

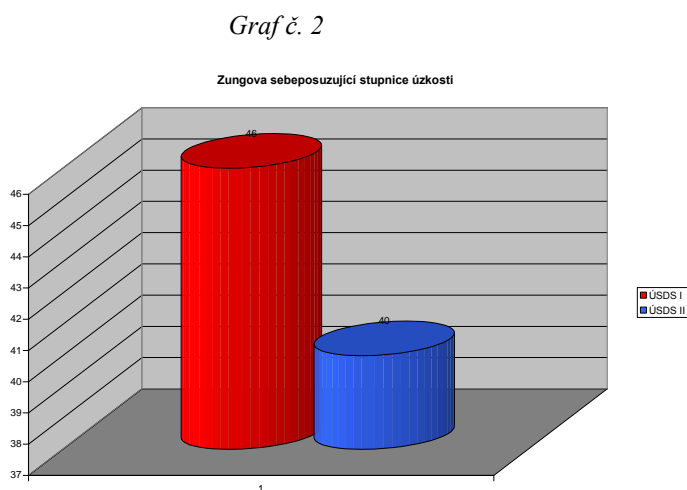
Na konci terapeutického působení pacient uvádí, že již několik dní nemá potíže s bolestmi hlavy, nevolností a usínáním. Cítí se prý velmi dobře, do ordinace praktického lékaře po celou dobu naší spolupráce přišel pouze jednou. Léky na nespavost a bolesti již ne užívá.

Analýza dotazníků :

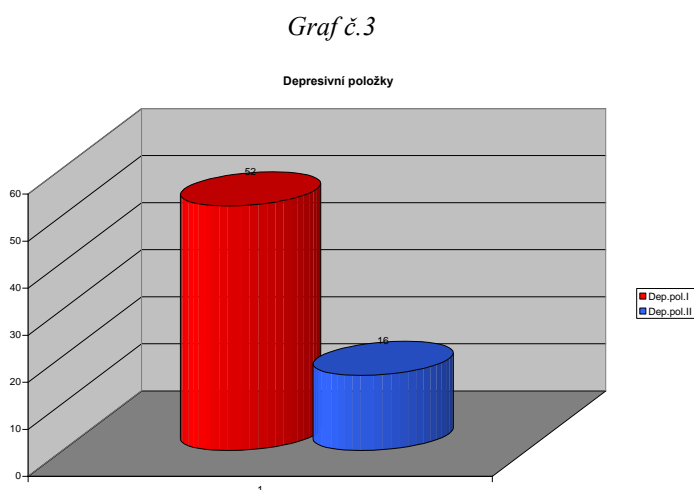
Zungova sebeuposuzující stupnice deprese. Graf zobrazující srovnání hodnot před a po terapii:



Zungova sebeuposuzující stupnice úzkosti. Graf zobrazující srovnání hodnot před a po terapii:

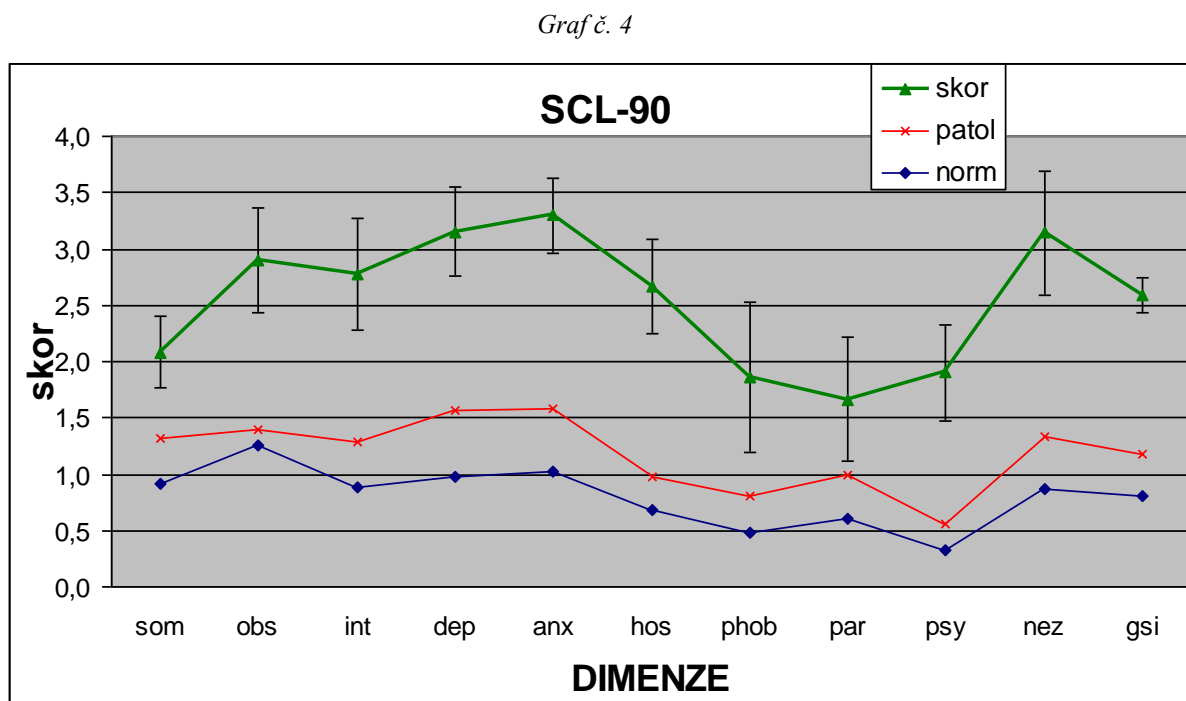


Vytažené pouze depresivní položky z dotazníku SCL – 90 Derogatis. Graf zobrazující srovnání hodnot před a po terapii.



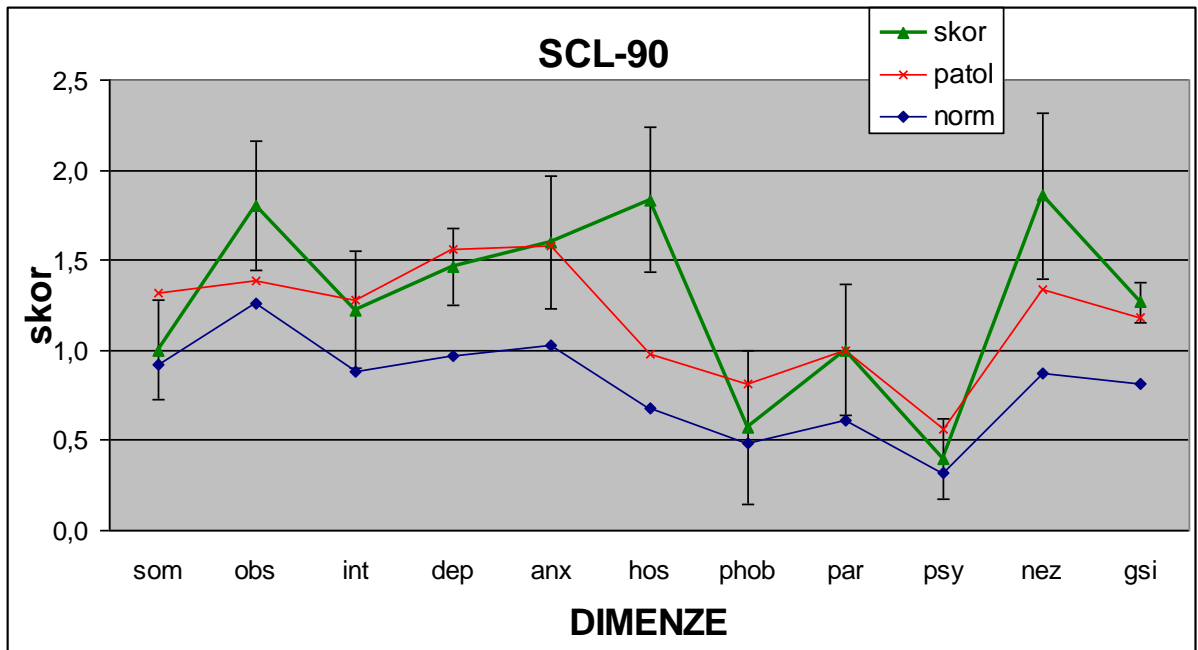
Dotazník SCL-90 (Derogatis)

Graf zobrazuje klientovu křivku před terapií.



Graf zobrazuje klientovu křivku po terapii.

Graf č. 5



Zhodnocení dotazníku SCL- 90 Derogatis:

Jak z grafu vyplývá, během krátkodobé podpůrné psychoterapie se u pacienta významně podařilo snížit hodnoty u následujících položek :

Somatizace :	výchozí hodnota : 2,08	hodnota po podpůrné psychoterapii 1
Obsese- kompulse:	výchozí hodnota: 3,2	hodnota po podpůrné psychoterapii: 1,7
Interpersonální senz.:	výchozí hodnota: 3	hodnota po podpůrné psychoterapii: 1,22
Deprese:	výchozí hodnota: 3,3	hodnota po podpůrné psychoterapii: 1,46
Anxiozita:	výchozí hodnota: 3,1	hodnota po podpůrné psychoterapii: 1,6
Hostilita:	výchozí hodnota: 2,5	hodnota po podpůrné psychoterapii: 1,66

2.4.2 Kasuistika č.2

Muž 28 let, poprvé ve vězení, obviněn z velmi vážného násilného trestného činu, kde je trestní sazba 10-15 let. Ve vazbě je 4 měsíce. Opakovaně navštěvuje praktického lékaře a dochází na kontroly k psychiatrovi. Kromě základních diagnóz si klient stěžuje na každodenní ranní nevolnost, někdy zvracení, pocit, že nemůže dýchat a bolesti hlavy.

Základní dg: St.p. hepatitis C

Schizofrenie paranoidní

St.p. CA varlete

Medikace: Interferon

Risperidon- Ratiopharm 1 mg 1-0-1

Akineton 2 mg 1-0-0

Cerucal tbl při potížích

Algifen tbl při bolesti

Vyšetření:

Pravidelné kontroly ve FN Krč- dispenzarizace pro CA varlete.

Pravidelné kontroly ve FN Bulovka pro léčbu Interferonem.

Provedeno GFS- bez patologického nálezu

Pacient již dva roky pobírá PID pro dg. Schizofrenie.

Klient pochází z úplné rodiny, má o tři roky staršího bratra, s kterým si nikdy nerozuměl. Otec hodně pil a matku i syny byl, měl vždy na sebe zlost, že nedokáže matce pomoci, jak uvádí, je to jeho nejbližší člověk a vždy se o něj vzorně starala. V 11-ti letech se matka rozvedla a našla si nového přítele, kterého si později vzala. Nevlastní otec byl hodný, klient s ním vycházel dobře. Byl prý spokojen jen doma, ve škole neměl kamarády, stranil se jim.

Od 12 –ti let začal slyšet hlasy, přicházely za ním bytosti, které mu říkaly, co má dělat. Od té doby navštěvuje psychiatra. Na ZŠ měl 3-4, po ukončení nastoupil na SOU zedník, které nedokončil. V 15-ti letech začal brát drogy: Pervitin i.v., Extázy a Heroin i.v. Prý mu to

nahrazovalo kamarády a nebyl tak sám . Ve dvaceti letech se pokusil spáchat sebevraždu, měl pocit, že tento život již nemá cenu, proto se chtěl otrávit medikamenty. Byl převezen do PL Dobřany, kde se léčil pouze 10 dní, propuštěn na reverz. Při rozhovoru uvádí, že opustil PL Dobřany proto, že ho umístili na smíšené oddělení se ženami. Prý má s nimi velký problém, stydí se mluvit a jejich přítomnost mu nedělá dobře. Měl pouze jednu přítelkyni, když mu bylo 15 let.

Pacient trpí fobií z lidí, pokud je nucen být mezi nimi ,slyší jejich myšlenky a má pocit, že ho všichni sledují a povídají si o něm, z tohoto důvodu nechodí na vycházky, již 4 měsíce, je omezen pouze na prostory své cely. Se spoluvězni ani dozorci potíže nemá. Pokud jde na zdravotnické středisko, a musí být v čekárně s více lidmi ,má strach a vždy je to pro něj stresující zážitek.

Pacient je velmi věřící, když byl na svobodě, navštěvoval často kostel, ale pouze v době, kdy tam nikdo nebyl Doma se cítil spokojen na procházkách lesem se svými dvěma psy , jinak veškerý svůj volný čas trávil doma ve svém pokoji.

Na počátku terapie byl pacient poněkud zdrženlivý a málomluvný, v průběhu druhého sezení začal otevřeně hovořit o svém životě a svých pocitech. Byla jsem si vědoma silného přenosu ze strany klienta. Svěřil se mi, že miluje vážnou hudbu, především Bacha, proto jsme každé sezení začínali poslechem hudby, která ho výrazně uklidňovala. Z psychorelaxačních metod mimo muzikoterapie, jsme používali metodu nácviku správného dýchání s využitím v situacích pro klienta stresových: hromadné dopravy k soudům, pobyt v čekárně s dalšími pacienty, výslechy apod. Dále autogenní trénink s řízenou imaginací, arteterapii a pozitivní nácvik, který byl pro klienta zvláště obtížný.

Hodnocení:

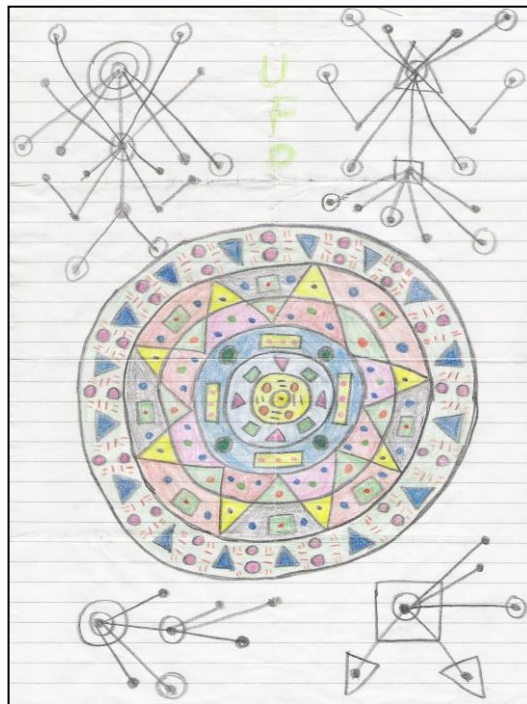
Podarilo se nám docílit toho, že pacient byl schopen jít na vycházku. Pozitivní nácvik jsme si rozdělili do několika kroků. Nejprve byl poslech hudby, který klienta velmi uklidňoval, potom následoval rozhovor o tom, jak jeho vycházka bude vypadat. Klient předem věděl, že půjde na individuální vycházku, kde bude sám, pouze s dozorcem, také byl obeznámen s tím, že když bude chtít, může vycházku ukončit. Postupně jsme se dopracovali k tomu, že byl schopen strávit hodinu na vycházkových dvorech s menší skupinou vězňů. V průběhu terapie se mi také pacient svěřil s motivem svého trestného činu, který nechtěl sdělit policii ani soudnímu znalci v oboru psychiatrie. Přiznal se také, že má nutkavou touhu napsat dopis

rodině oběti, ale nemá odvalu. Dopis nakonec napsal a jak udává, velmi se mu ulevilo, především zmizel pocit, že nemůže dýchat. V závěru psychoterapeutického působení si již pacient nestěžuje na každodenní ranní nevolnosti a zvracení, pokud se dostaví, dokáže je zmírnit správným dýcháním, také bolesti hlavy výrazně ustoupily a pacient již neužívá léky na bolest.

Léčba Interferonem mohla přispět k rozvoji některých psychopatologických symptomů, což nelze přesně vydefinovat, ale i tak se domnívám, že podpůrná psychoterapie byla účinná.

Po ukončení terapie jsem pacienta předala do péče vězeňského duchovního.

Obr. č.1

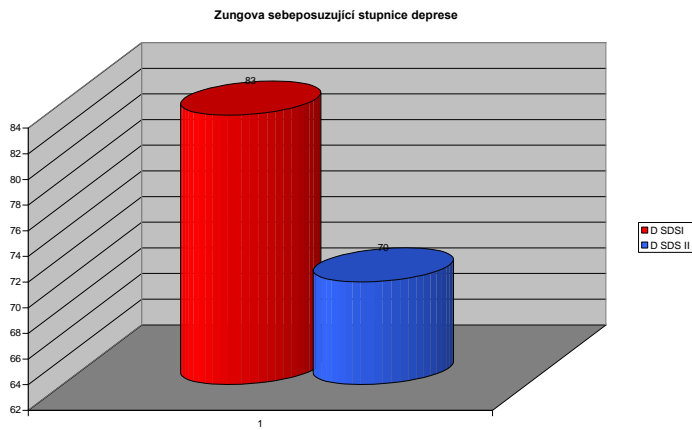


autor: pacient, obrázek zobrazuje pacientovu představu o tom, kdo ho ovládá.

Analýza dotazníků

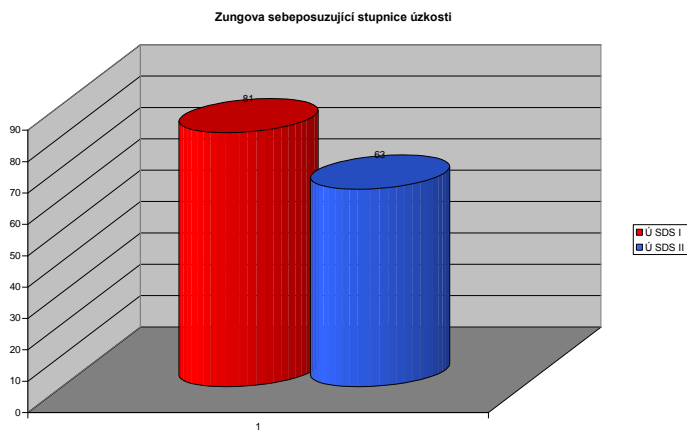
Zungova sebeposuzující stupnice deprese. Graf zobrazující hodnoty před a po terapii.

Graf č. 6



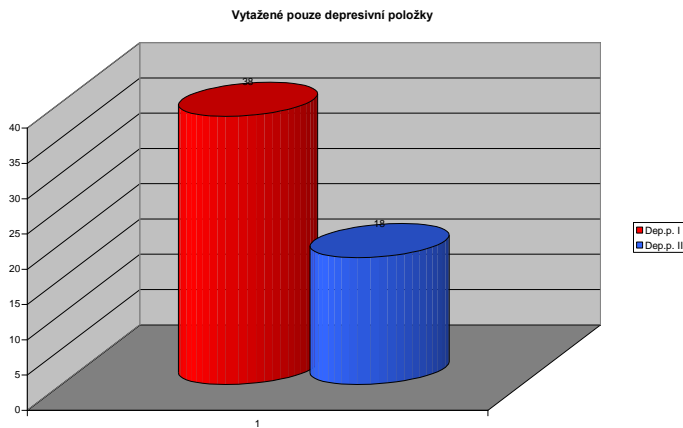
Zungova sebeposuzující stupnice úzkosti. Graf zobrazující hodnoty před a po terapii.

Graf č. 7



Vytažené pouze depresivní položky z dotazníku SCL – 90 Derogatis. Graf zobrazující hodnoty před a po terapii.

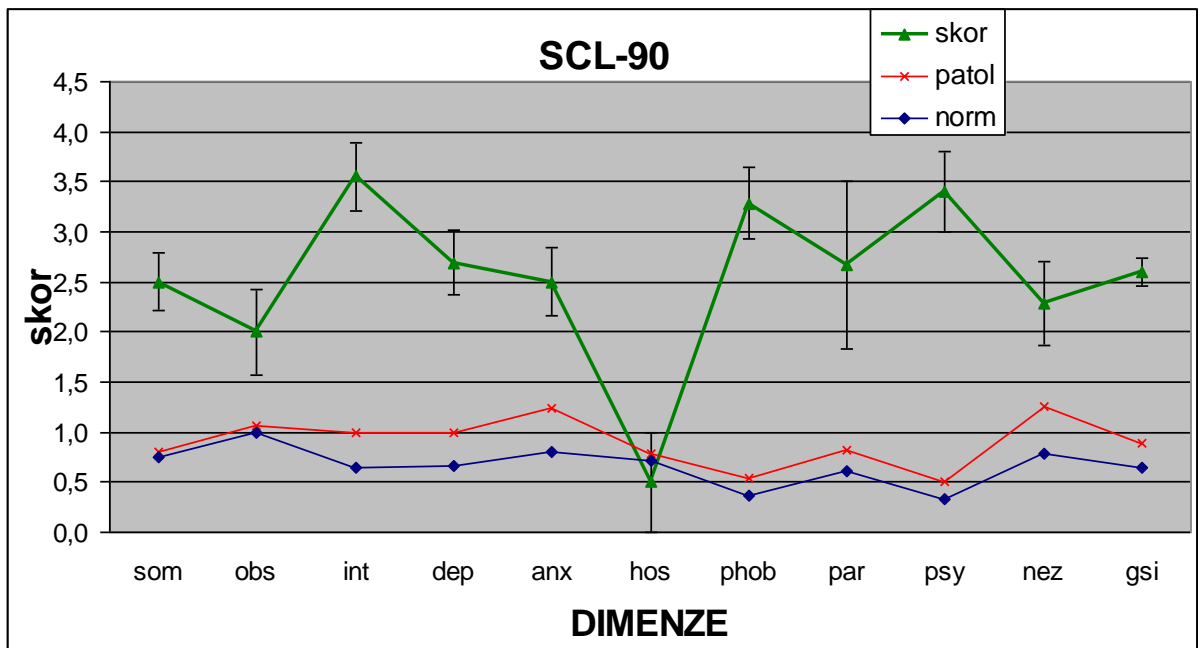
Graf č. 8



Dotazník SCL- 90 (Derogatis)

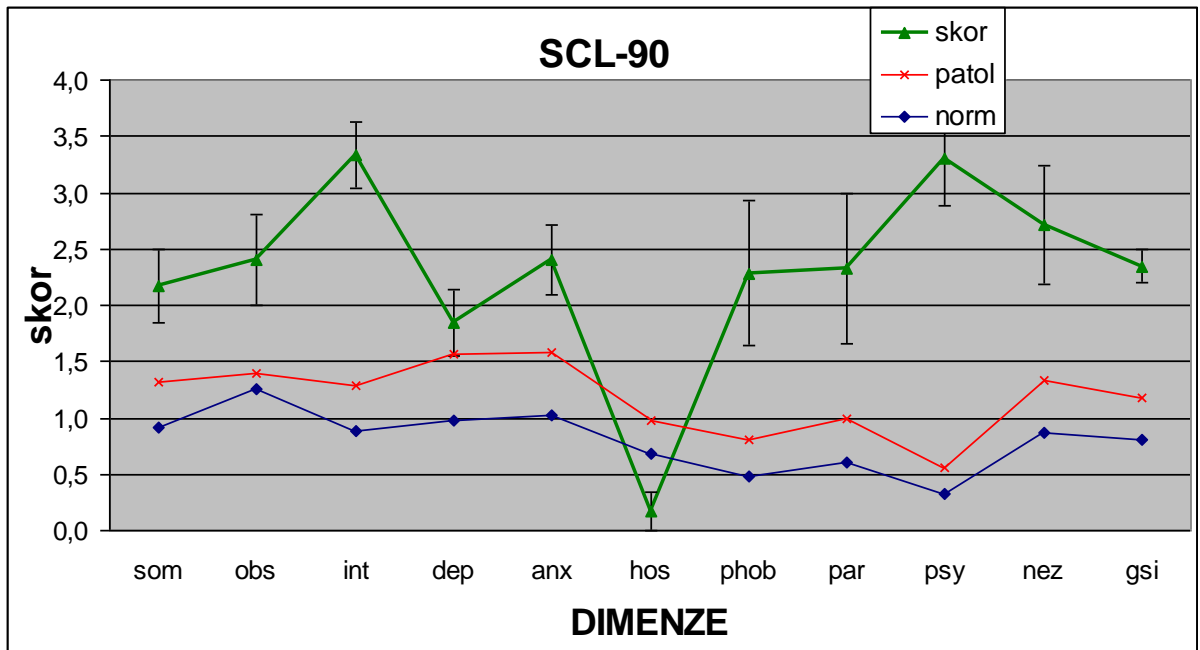
Graf zobrazuje klientovu křivku před terapií.

Graf č. 9



Graf zobrazuje klientovu křivku po terapii.

Graf č. 10



Zhodnocení dotazníku SCL- 90 Derogatis:

Jak z grafu vyplývá , během krátkodobé podpůrné psychoterapie se nám u klienta podařilo významně snížit hodnoty u následujících položek:

Somatizace:	výchozí hodnota 2,5	hodnota po podpůrné psychoterapii: 1,66
Deprese:	výchozí hodnota 2,69	hodnota po podpůrné psychoterapii: 2

Kasuistika č.3 (viz. příloha č.1 str. 97)

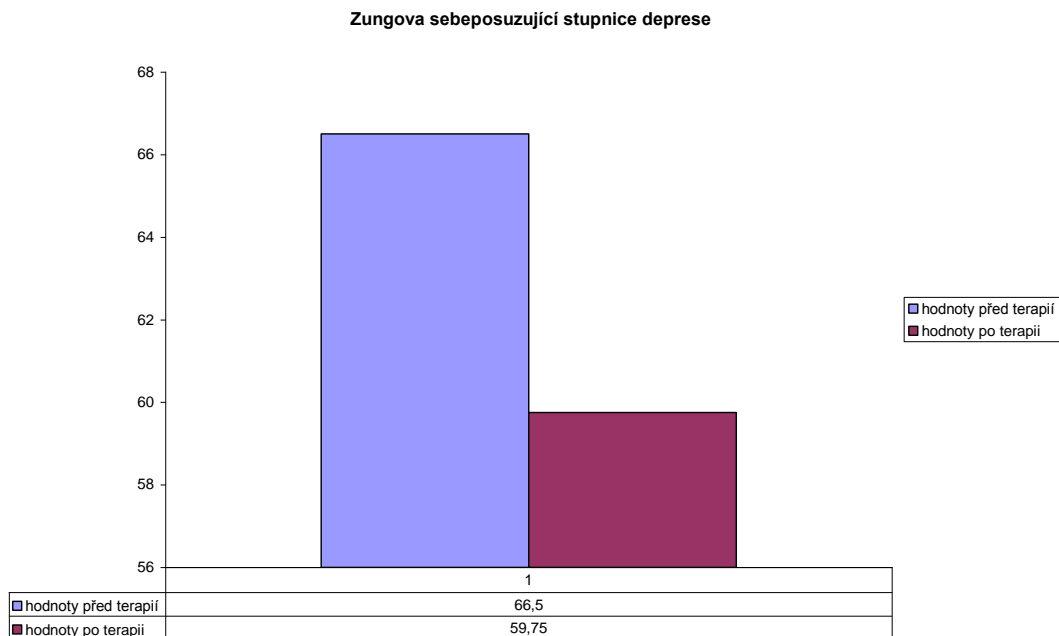
Kasuistika č.4 (viz. příloha č. 2 str. 103)

Kasuistika č.5 (viz. příloha č. 3 str. 108)

2.5 Porovnání výsledků intervenované skupiny se skupinou kontrolní:

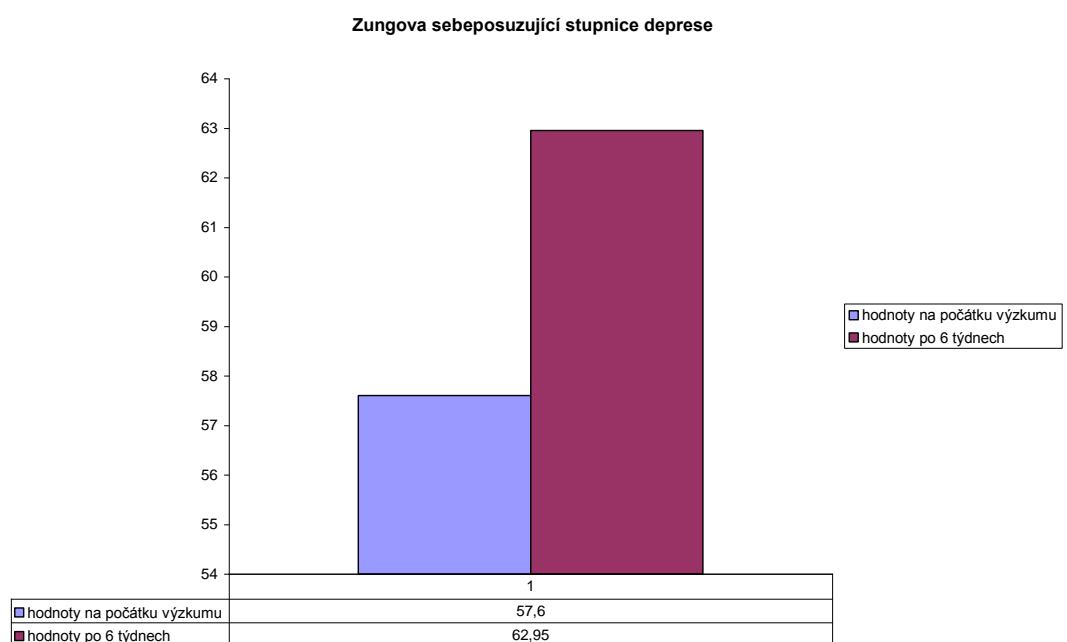
Zungova sebeposuzující stupnice deprese .Graf zobrazuje hodnoty intervenované skupiny před a po terapii:

Graf č. 26



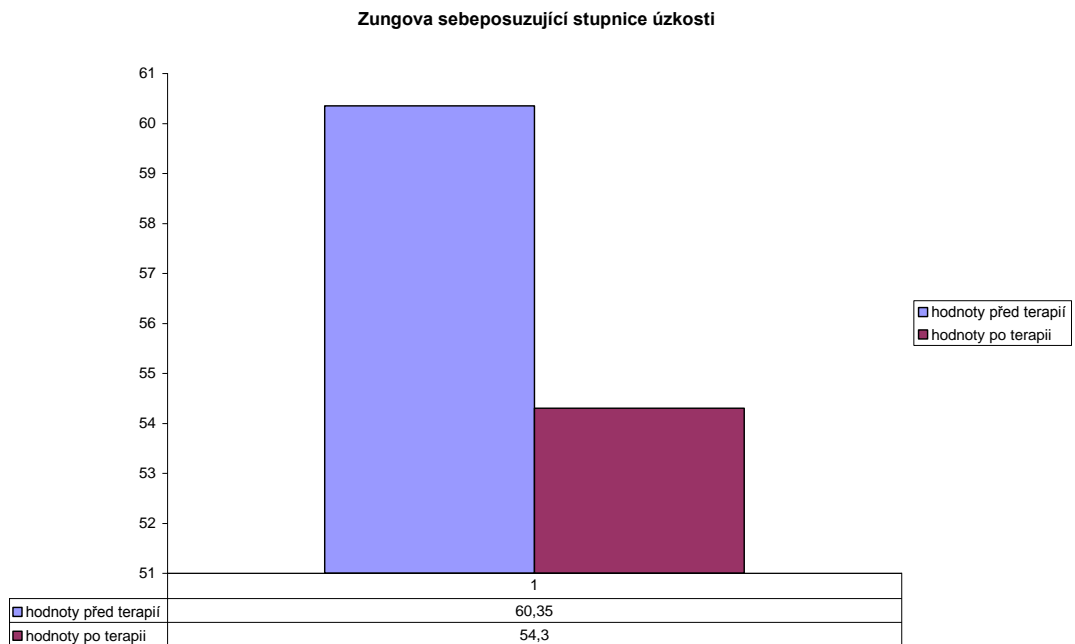
Zungova sebeposuzující stupnice deprese. Graf zobrazuje hodnoty kontrolní skupiny na počátku výzkumu a po 6 týdnech:

Graf č.27



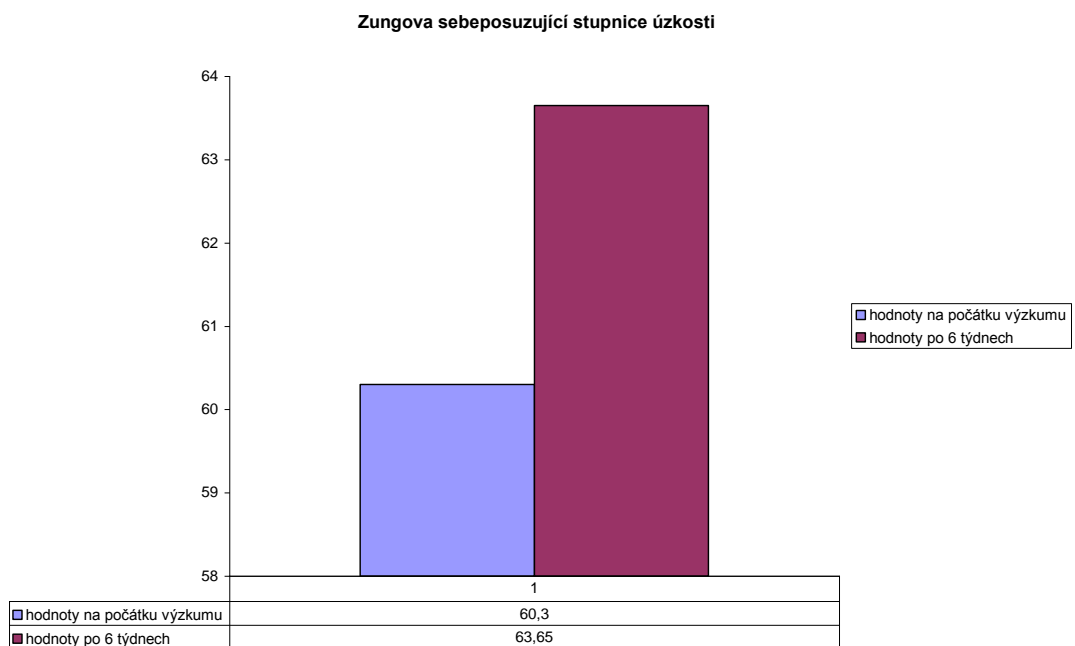
Zungova sebesozuzující stupnice úzkosti. Graf zobrazuje hodnoty intervenované skupiny před a po terapii:

Graf č. 28



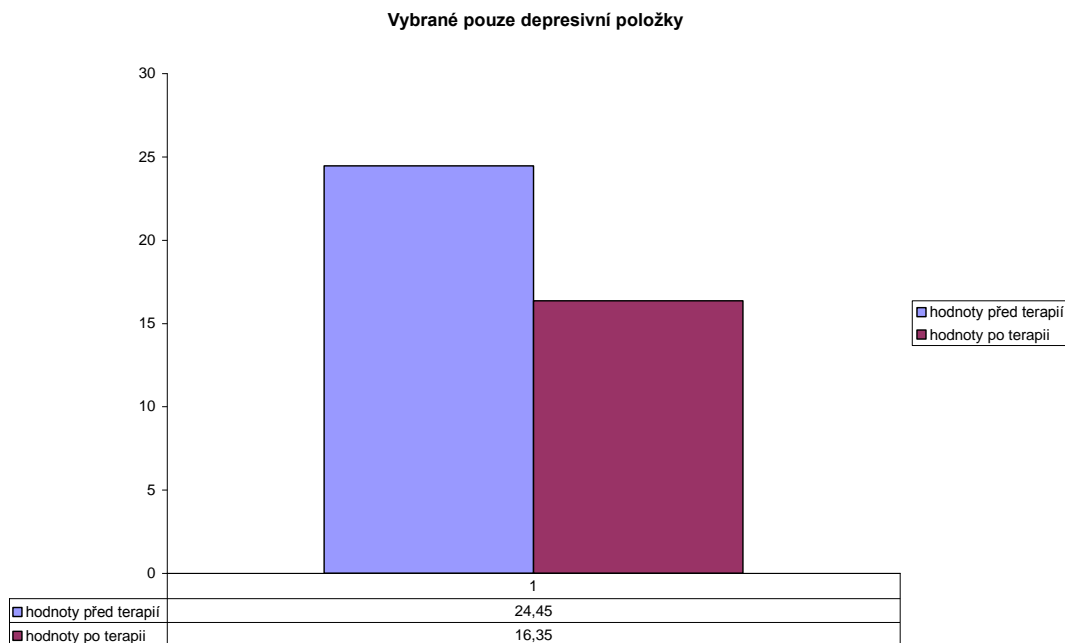
Zungova sebesozuzující stupnice úzkosti. Graf zobrazuje hodnoty kontrolní skupiny na počátku výzkumu a po 6 týdnech:

Graf č. 29



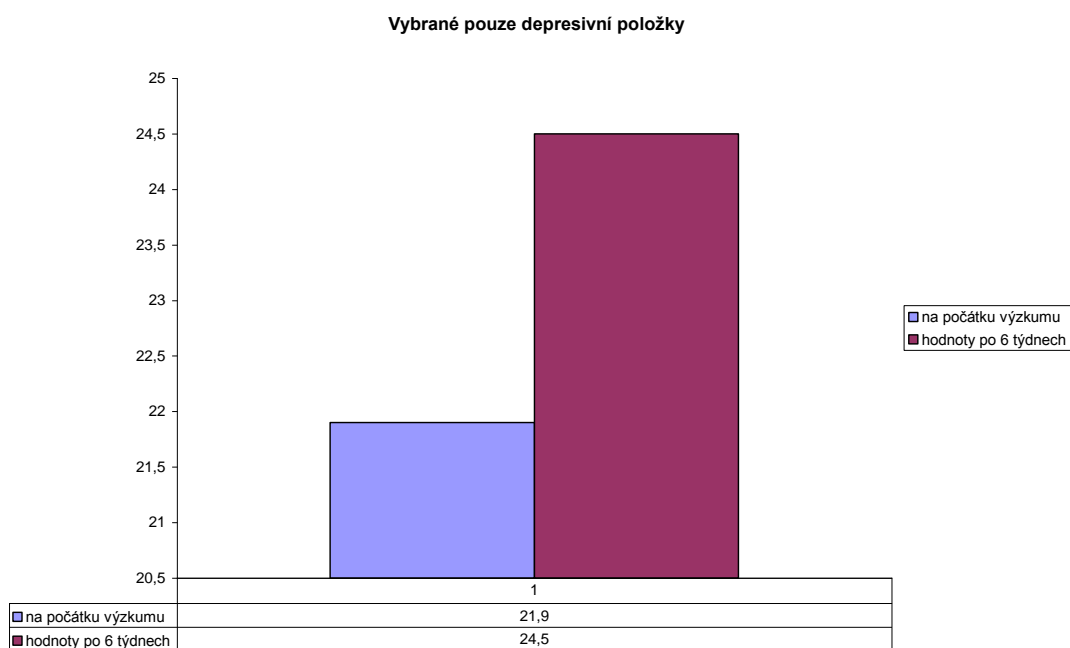
Vybrané pouze depresivní položky z dotazníku SCL – 90 Derogatis. Graf zobrazuje hodnoty intervenované skupiny před a po terapii:

Graf č. 30



Vybrané pouze depresivní položky z dotazníku SCL – 90 Derogatis. Graf zobrazuje hodnoty kontrolní skupiny na počátku výzkumu a po 6 týdnech:

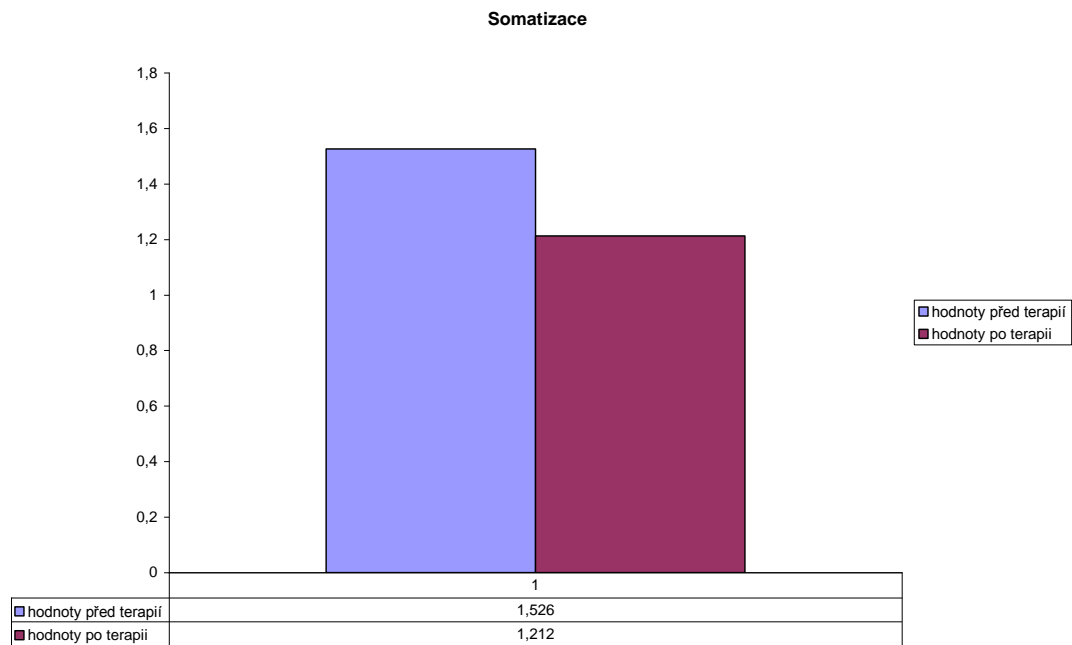
Graf č. 31



Analýza dotazníku SCL – 90 (Derogatis) :

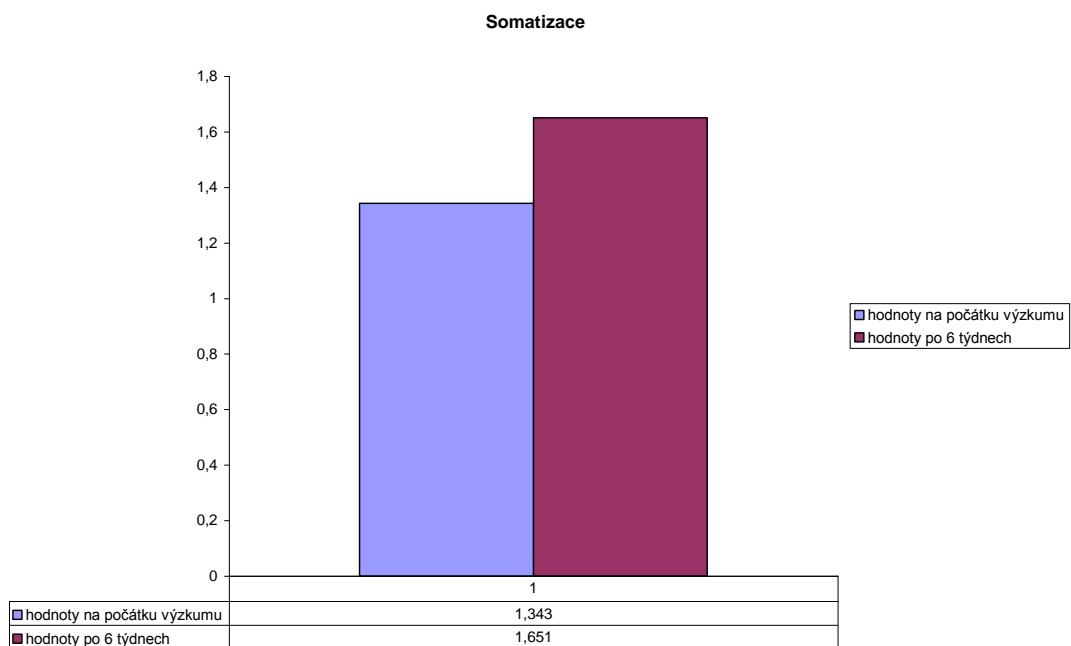
Somatizace. Graf zobrazuje hodnoty intervenované skupiny před a po terapii:

Graf č. 32



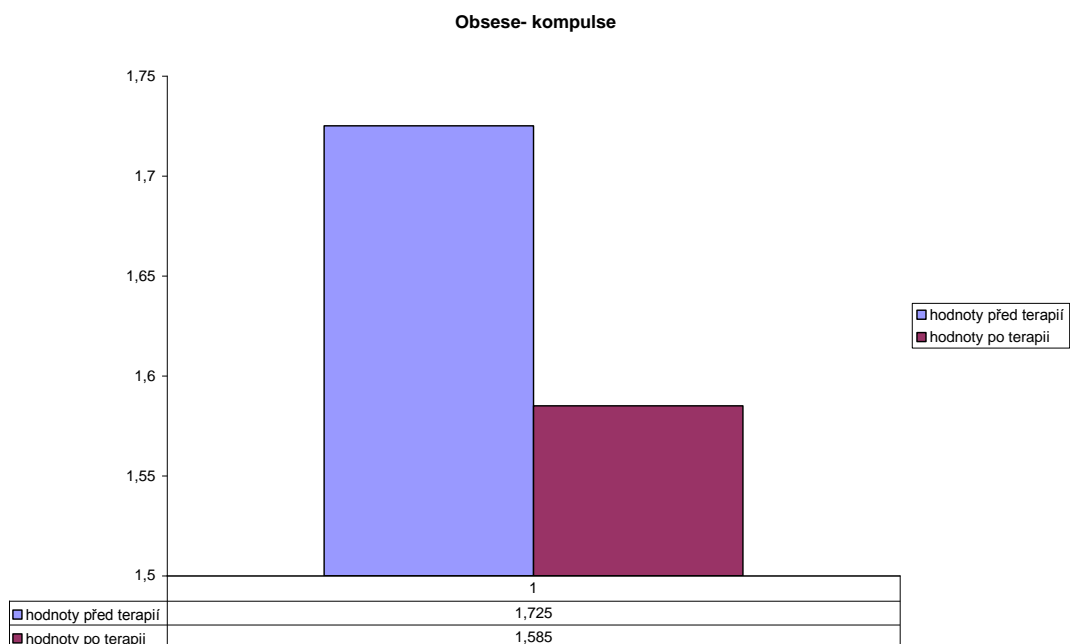
Somatizace. Graf zobrazuje hodnoty kontrolní skupiny na počátku výzkumu a po 6 týdnech:

Graf č. 33



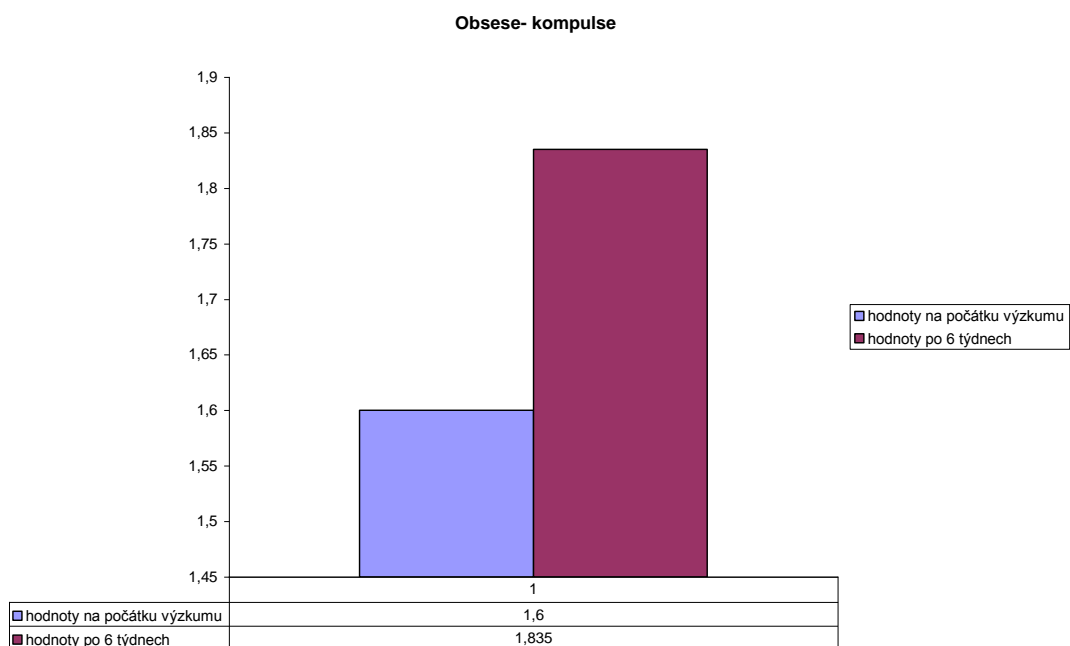
Obsese- kompulse. Graf zobrazuje hodnoty intervenované skupiny před a po terapii:

Graf č. 34



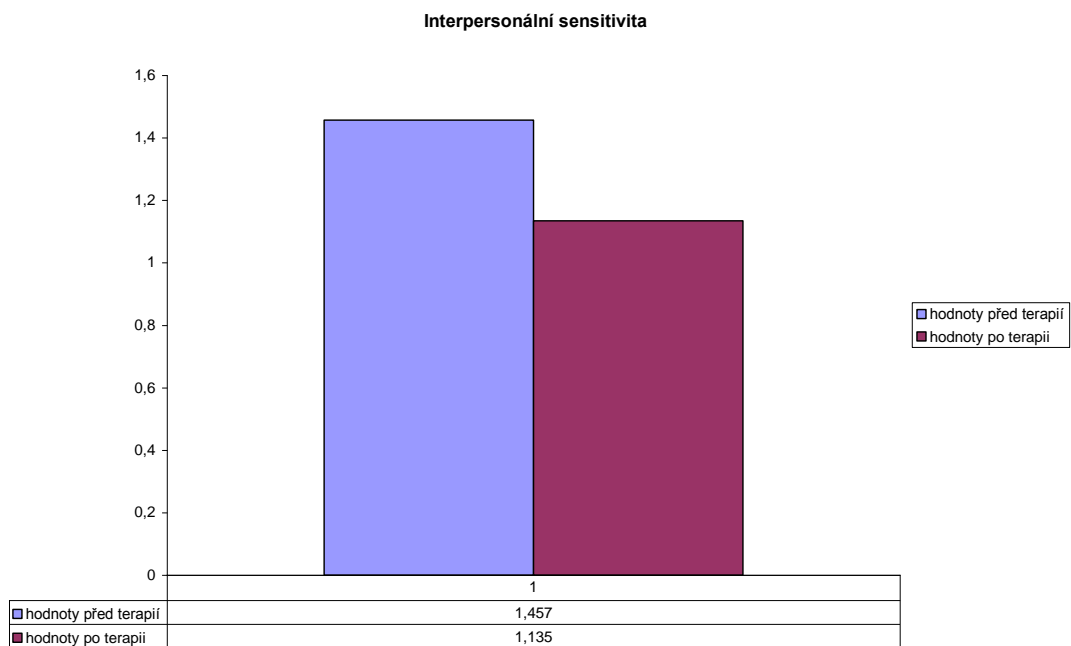
Obsese- kompulse. Graf zobrazuje hodnoty kontrolní skupiny na počátku výzkumu a po 6 týdnech:

Graf č. 35



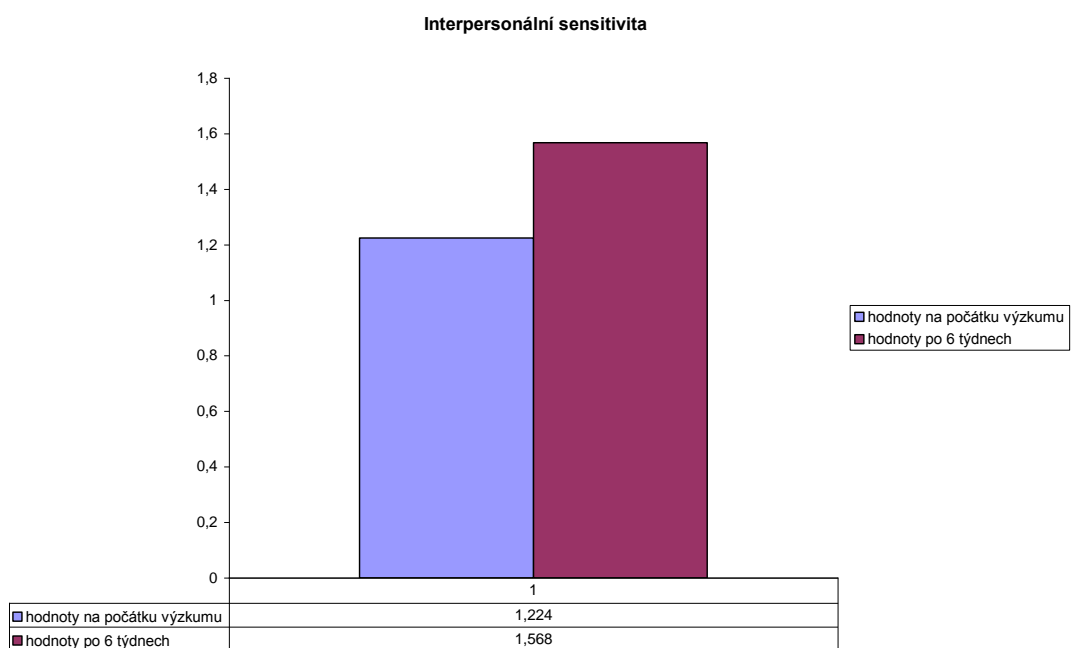
Interpersonální sensitivita. Graf zobrazuje hodnoty intervenované skupiny před a po terapii:

Graf č. 36



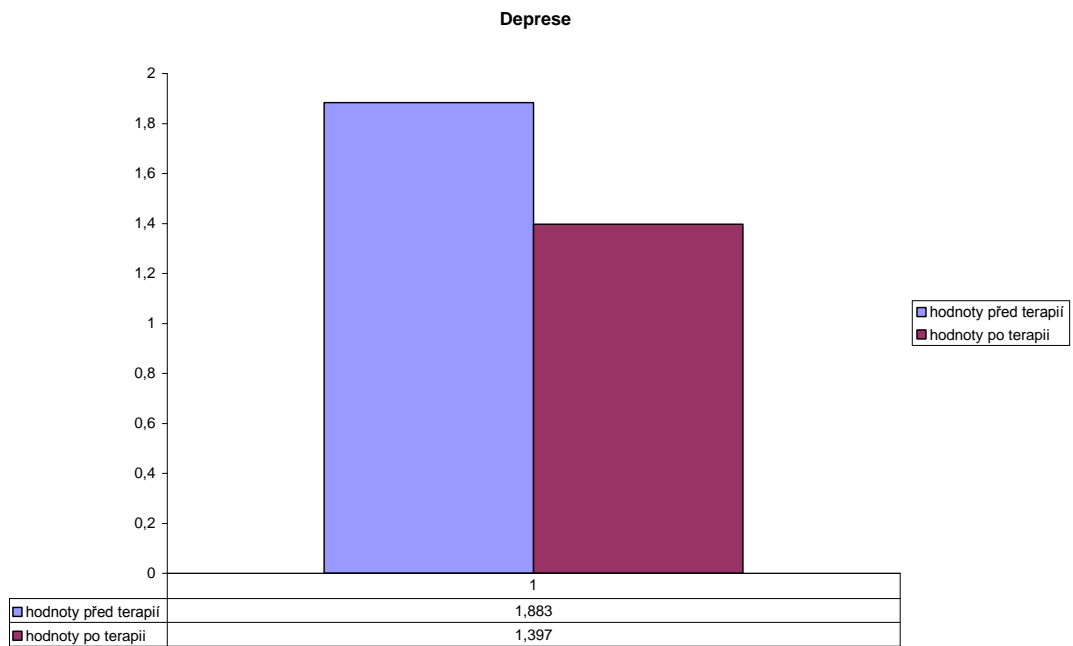
Interpersonální sensitivita. Graf zobrazuje hodnoty kontrolní skupiny na počátku výzkumu a po 6 týdnech:

Graf č. 37



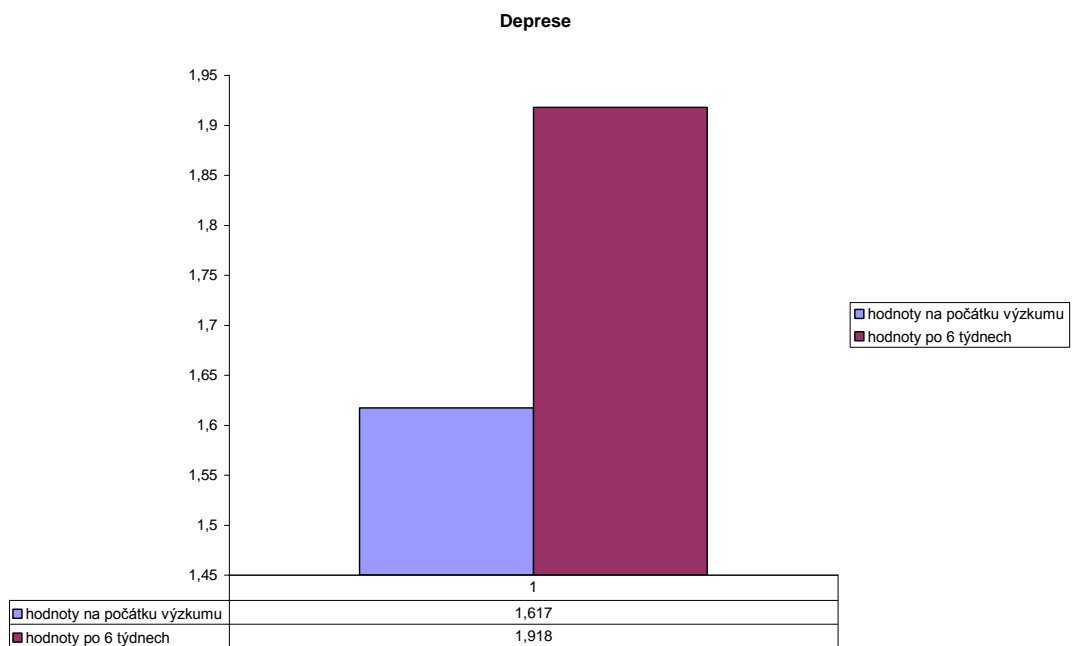
Deprese. Graf zobrazuje hodnoty intervenované skupiny před a po terapii:

Graf č. 38



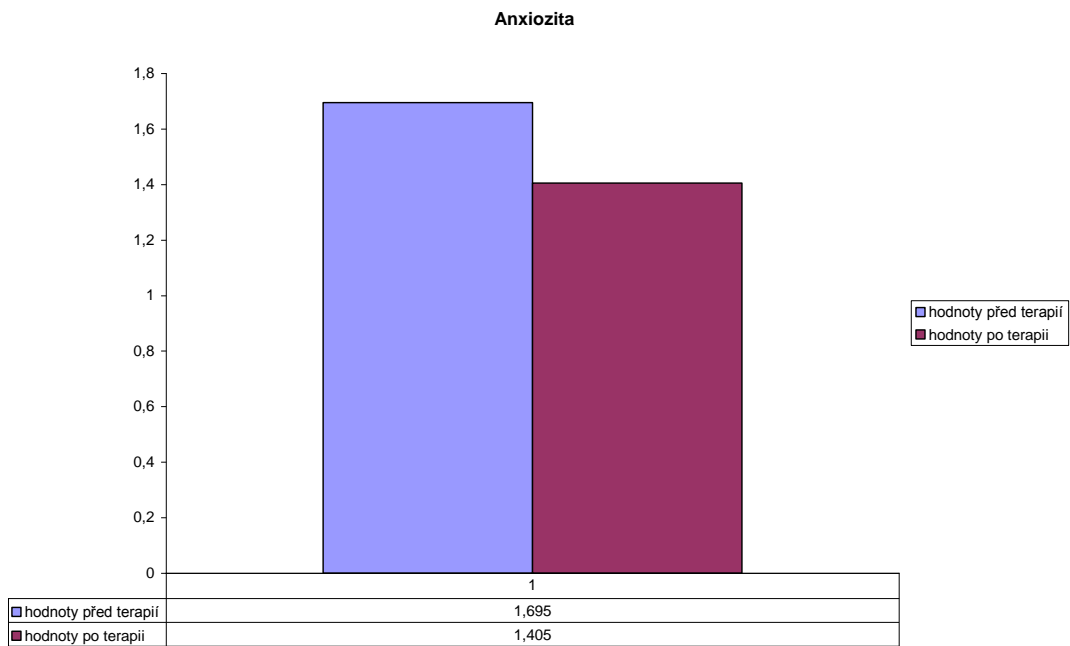
Deprese. Graf zobrazuje hodnoty kontrolní skupiny na počátku výzkumu a po 6 týdnech:

Graf č. 39



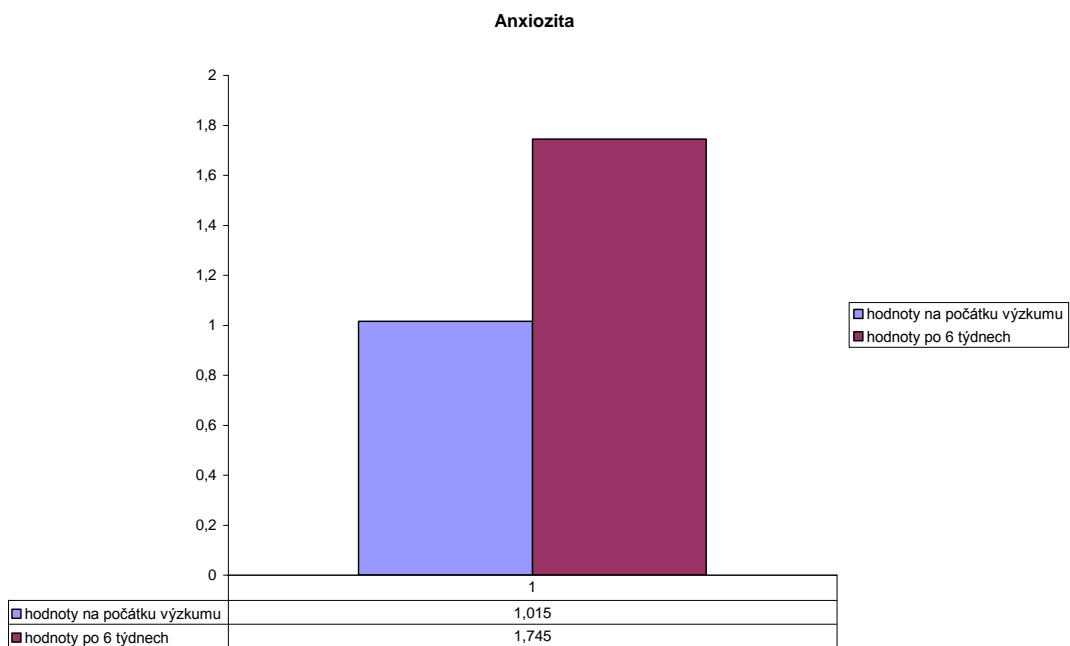
Anxiozita. Graf zobrazuje hodnoty intervenované skupiny před a po terapii:

Graf č. 40



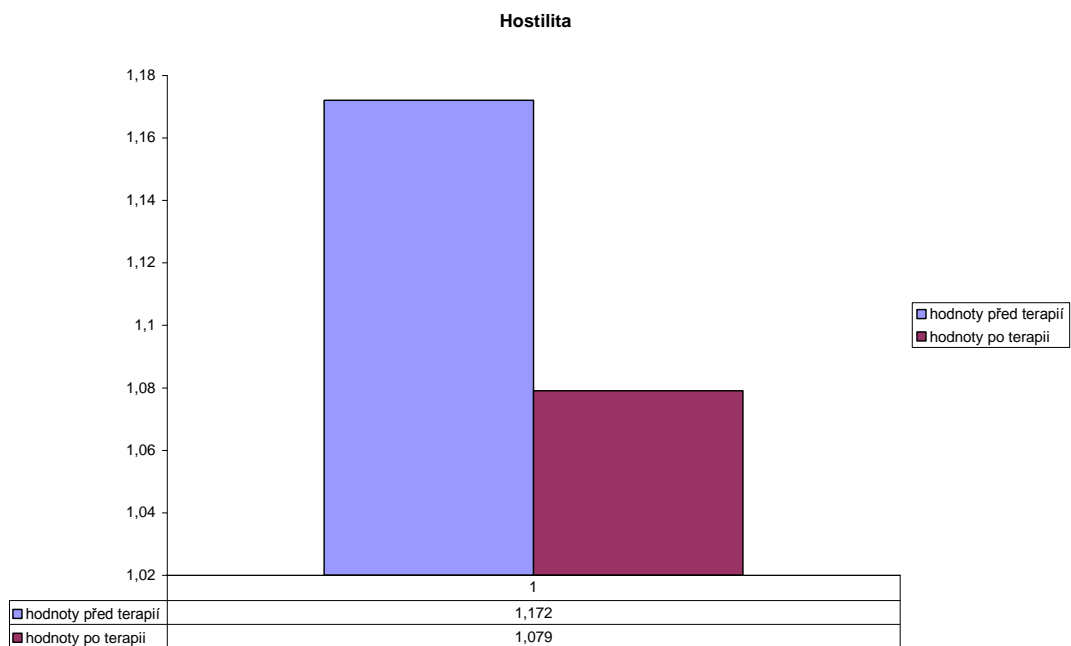
Anxiozita. Graf zobrazuje hodnoty kontrolní skupiny na počátku výzkumu a po 6 týdnech:

Graf č. 41



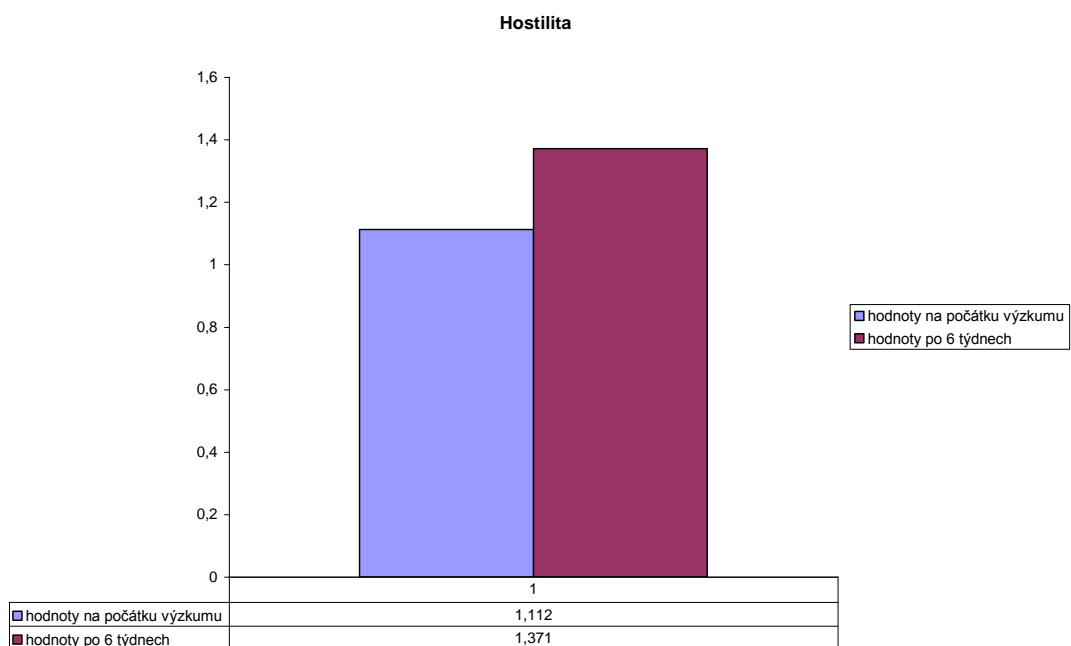
Hostilita. Graf zobrazuje hodnoty intervenované skupiny před a po terapii:

Graf č. 42



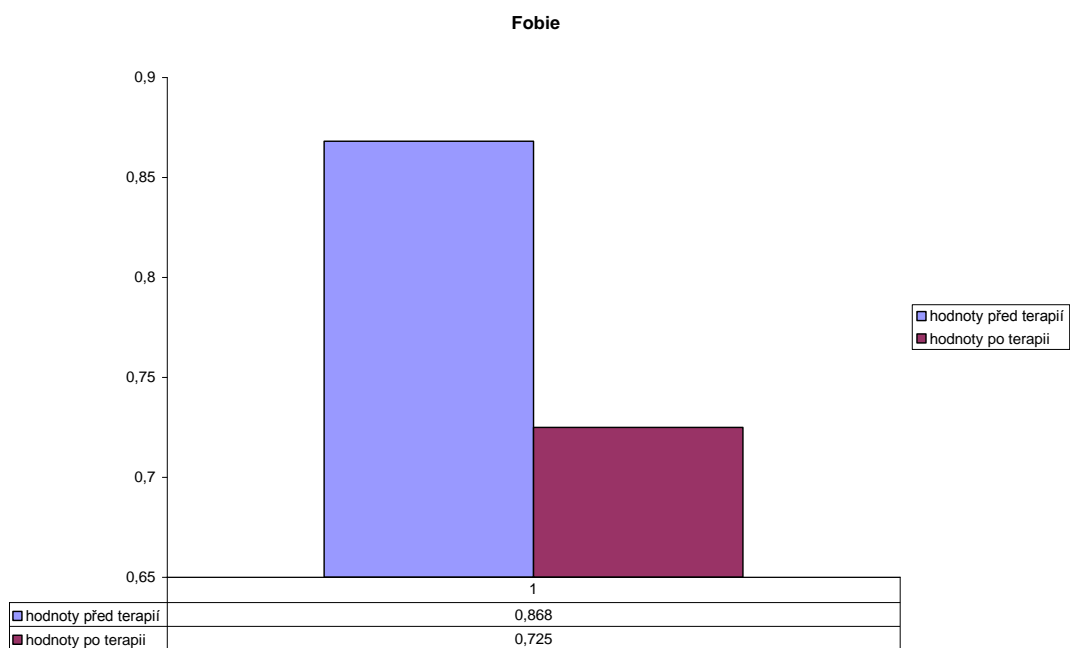
Hostilita. Graf zobrazuje hodnoty kontrolní skupiny na počátku výzkumu a po 6 týdnech:

Graf č. 43



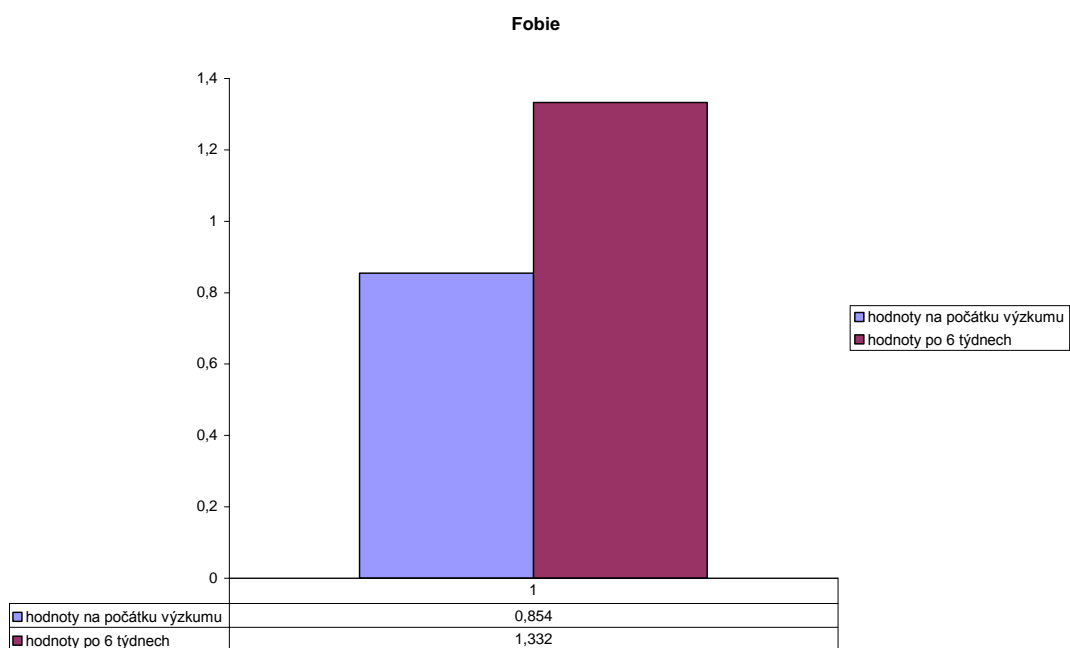
Fobie. Graf zobrazuje hodnoty intervenované skupiny před a po terapii:

Graf č. 44



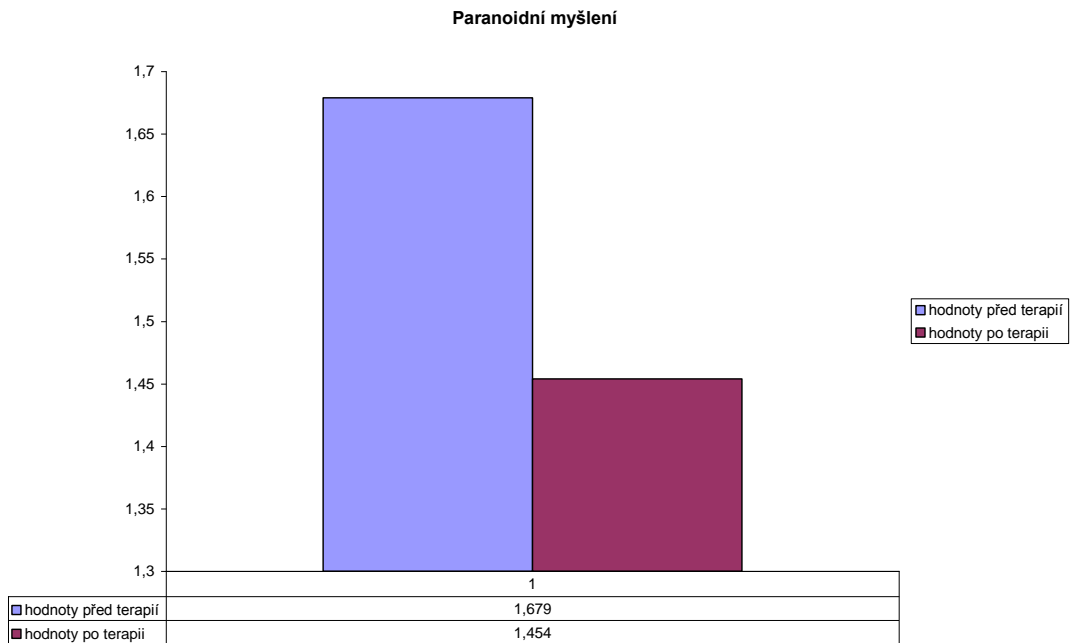
Fobie. Graf zobrazuje hodnoty kontrolní skupiny na počátku výzkumu a po 6 týdnech:

Graf č. 45



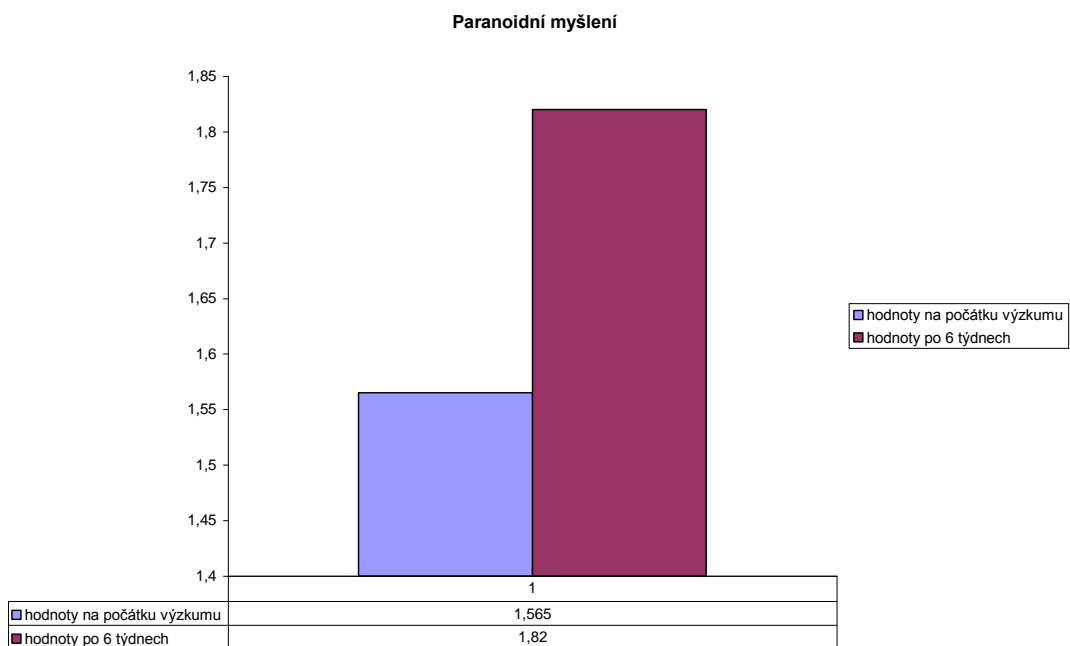
Paranoidní myšlení. Graf zobrazuje hodnoty intervenované skupiny před a po terapii:

Graf č. 46



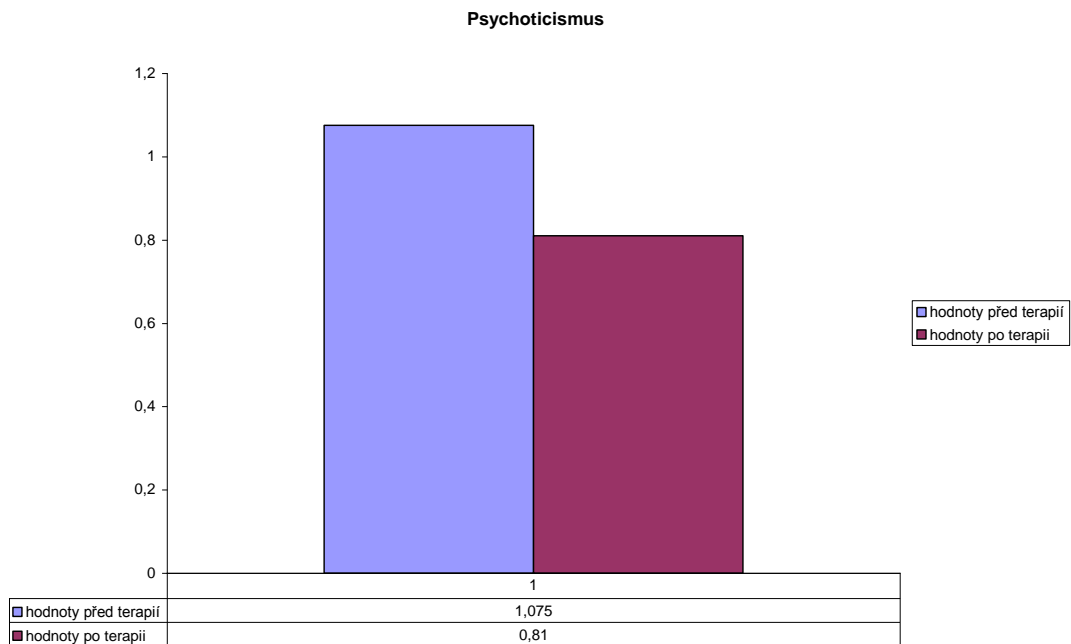
Paranoidní myšlení. Graf zobrazuje hodnoty kontrolní skupiny na počátku výzkumu a po 6 týdnech:

Graf č. 47



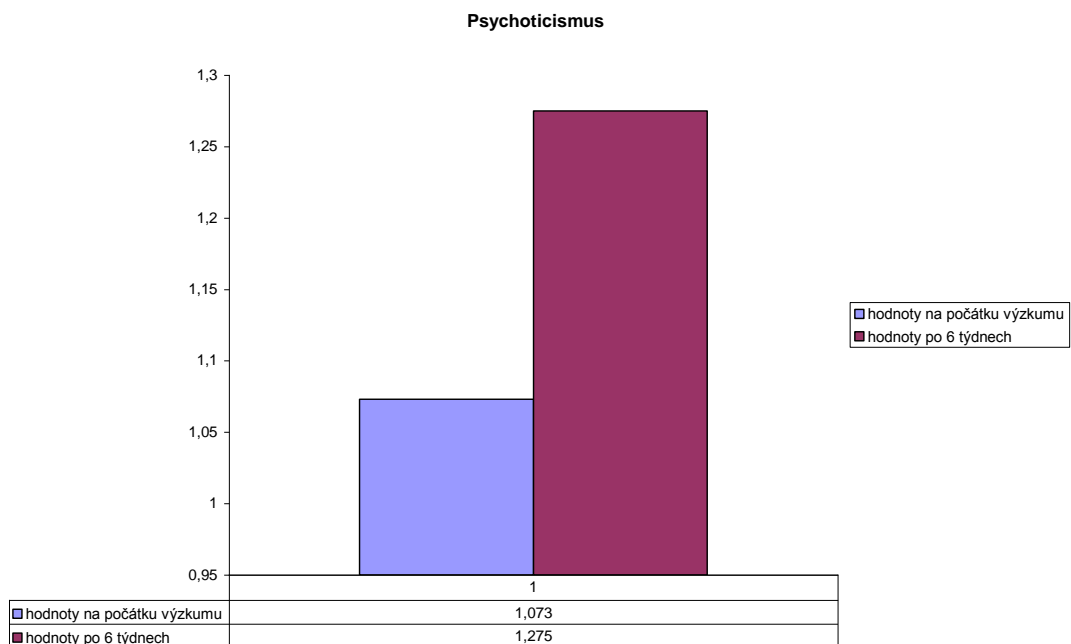
Psychoticismus. Graf zobrazuje hodnoty intervenované skupiny před a po terapii:

Graf č. 48



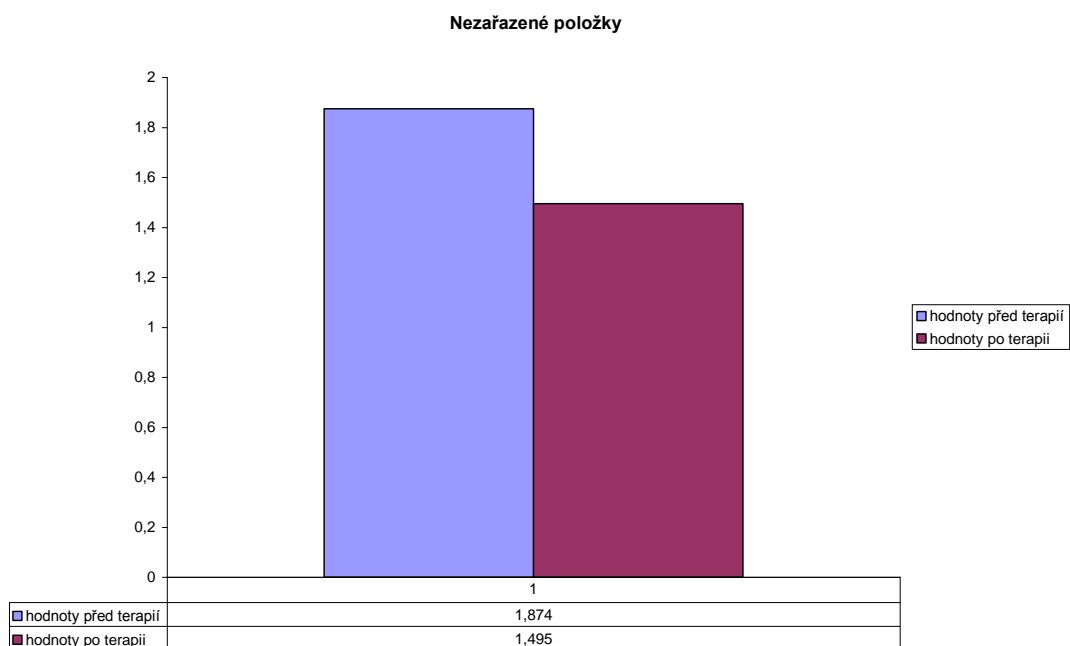
Psychoticismus. Graf zobrazuje hodnoty kontrolní skupiny na počátku výzkumu a po 6 týdnech:

Graf č. 49



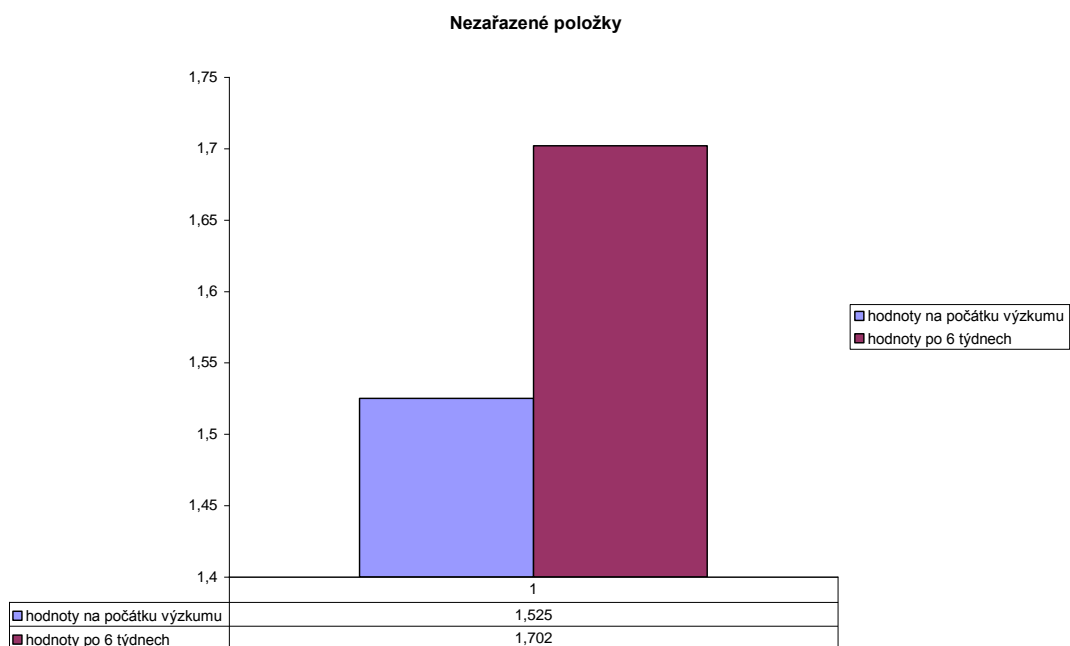
Nezařazené položky. Graf zobrazuje hodnoty intervenované skupiny před a po terapii:

Graf č. 50



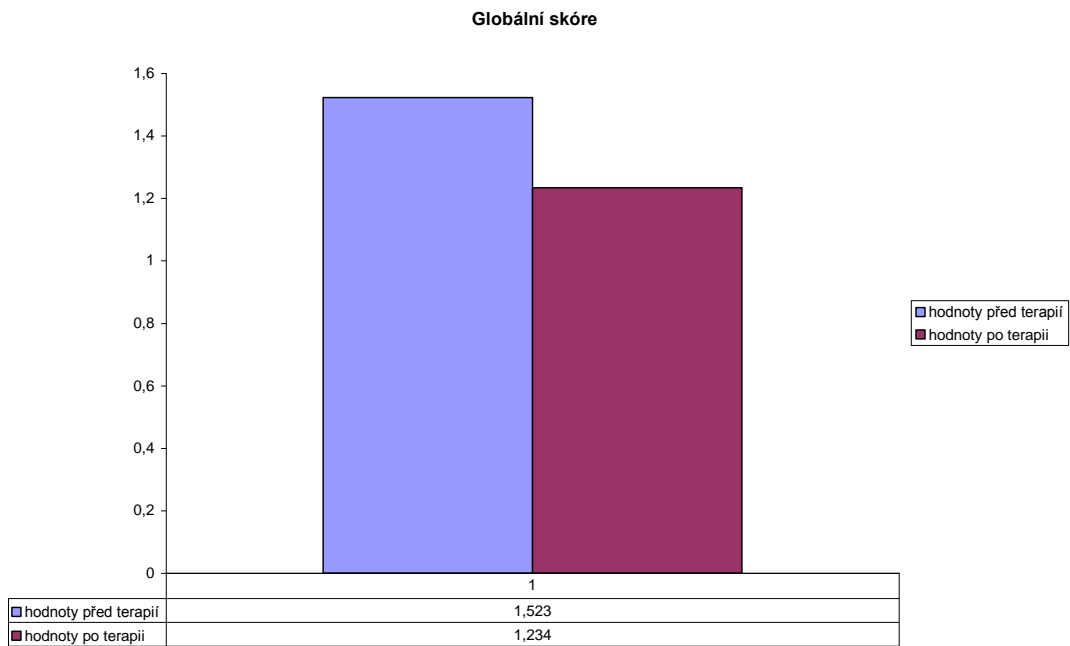
Nezařazené položky. Graf zobrazuje hodnoty kontrolní skupiny na počátku výzkumu a po 6 týdnech:

Graf č. 51



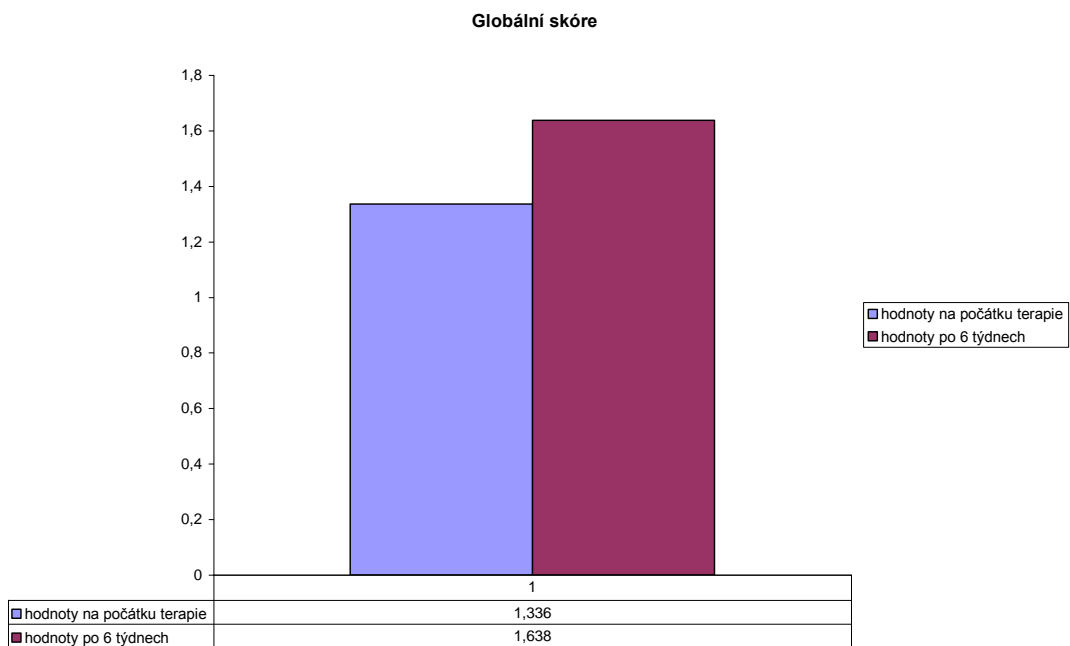
Globální skóre .Graf zobrazuje hodnoty intervenované skupiny před a po terapii:

Graf č. 52



Globální skóre. Graf zobrazuje hodnoty kontrolní skupiny na počátku výzkumu a po 6 týdnech:

Graf č. 53



2.6. Statistické údaje:

Na počátku výzkumu se skupiny intervenovaná od kontrolní statisticky významně nelišily. Použité metody: Dvouvýběrový t- test a Párový t-test. Vzhledem k relativně malým skupinám, jsem uváděla i „hraniční“ hladiny významnosti $p < 0,10$.

NS - nebyl prokázán statisticky signifikantní rozdíl mezi intervenovanou a kontrolní skupinou.

* - byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi intervenovanou a kontrolní skupinou.

I – hodnoty na počátku výzkumu.

II- hodnoty po 6 týdnech

Sd- směrodatná odchylka

p – veličina významnosti

Tabulka č. 2

	Průměr + Sd intervenovaná skupina	Průměr +Sd kontrolní skupina	Pokles/ vzestup p
D SDS I	66.5±14.7	57.6±15.2	0,0023 **↓
D SDS II	59.8±13.6	62.9±16.6	0.0083 **↑
Úzkost SDS I	60.4±14.7	60,3±15.2	0.34 * ↓
Úzkost SDS II	54.3±14.8	63.7±14.4	0.20 NS
Dep.pol. I	24.5±14.3	21.9±13.3	0.0071 **↓
Dep.pol.II	16.4±10.1	24.5±12.6	0.10 NS
Somatizace I	1.5±0.85	1.34±1.2	0.05*↓
Somatizace II	1.2±0.78	1.7±1.2	0.0085 **↑
Obscese I	1.7±0.9	1.6±0.3	0.32 NS
Obscese II	1.6±1.0	1.8±0.98	0.07 NS
Interp.senz. I	1.5±1.1	1.2±0.85	0.04 *↓
Interp.senz. II	1.1±1.0	1.6±1.0	0.0002 ***↑
Deprese I	1.9±1.1	1.6±0.9	0.01 **↓
Deprese II	1.4±0.96	1.9±1.1	0.004 **↑
Anxiozita I	1.7±1.0	1.0±0.1	0.06*↓
Anxiozita II	1.4±0.95	1.7±1.0	0.0014**↑
Hostilita I	1.7±1.0	1.1±0.94	0.37 NS

Hostilita II	1.1±1.0	1.4±1.2	0.12 NS
Fobie I	0.9±0.89	0.9±0.66	0.30 NS
Fobie II	0.7±0.84	1.3±0.87	0.001 **↑
Paran.myšl.I	1.7±0.97	1.6±0.96	0.16NS
Paran. myšl.II	1.5±0.84	1.8±0.87	0.04 *↑
Psychotic.I	1.1±0.99	1.1±0.93	0.08 NS
Psychotic. II	0.8±0.87	1.3±1.1	0.07 NS
Nezař.pol. I	1.9±0.80	1.5±0.99	0.001**↓
Nezař.pol. II	1.5±0.80	1.7±1.1	0.13 NS
Globální sk. I	1.5±0.80	1.3±0.86	0.02 * ↓
Globální sk. II	1.2±0.80	1.6±0.95	0.004 ***↑

Statistické zpracování výzkumného šetření

Použité zkratky:

D SDS	Zungova sebeposuzující stupnice deprese- dotazník pacienta, SDS index
Úzkost SDS	Zungova sebeposuzující stupnice úzkosti – dotazník pacienta, SDS index
Dep.pol.	Depresivní položky z dotazníku SCL – 90 Derogatis
Interp.senz.	Interpersonální senzitivita
Paran. myšl.	Paranoidní myšlení
Psychotic.	Psychoticismus
Nezař. pol.	Nezařazené položky
Globální sk.	Globální skóre

2.7. Diskuse

Výzkumu se zúčastnilo 40 pacientů, kteří byli rozděleni na dvě skupiny, první intervenovaná, druhá kontrolní. U obou skupin byla použita metoda dotazníků. U intervenované skupiny jsem používala také metodu rozhovoru, tento rozhovor byl vedený v invencích bio-psycho-sociálního přístupu, zaměřený především na: současné problémy ve vlastní rodině, na problematiku citových vztahů a intimní život, problematiku profesní- jejich uplatnění, ocenění, životosprávu, problematiku dětství a dospívání a posouzení psychického stavu a psychické relaxace, zájmy, záliby apod. Následně jsem se s pacienty snažila rozebrat bio-psycho-sociální souvislosti vzniku jejich obtíží a navrhla psychorelaxační techniky, které napomohou k uvolnění stresu. Na počátku výzkumného šetření byly obě skupiny intervenovaná i kontrolní na přibližně stejných výchozích hodnotách.

Nutno podotknout, že jeden z faktorů, které mohl neintervenovanou skupinu zasáhnout byla skutečnost, že tento výzkum (tudíž i vyplňování dotazníků), končil před Vánoci, což je pro obviněné zvláště stresující doba, to samé ovšem platí i pro skupinu intervenovanou.

Pozitivní momenty:

1. Mechanismus přenosu - vyplývá z toho, že pacienti naše hodinová sezení nechtěli ukončit, vždy při mém odchodu mi měli potřebu sdělit něco, pro ně velmi důležitého. Se všemi pacienty se mi podařilo v relativně krátké době navázat velmi dobrý terapeutický vztah, což svědčí o jejich zvýšené potřebě kontaktu. Jsem si vědoma toho, že přenos je velmi významný, ale stavět pouze na něm se nedá.
2. Empatický přístup - snažila jsem se vstoupit do světa svých pacientů bez předsudků. Především nikoho z nich nesoudit, nehodnotit, pouze naslouchat. Byla jsem překvapena, jak pacienti byli sdílní se svými nejintimnějšími zážitky a projevovali své pocity, a to i pláčem. Pacientům rostla svoboda ve vyjadřování svých pocitů, byl patrný posun v sebehodnocení, sebepojetí, pravdivěji vnímali realitu svou i okolí.
3. Techniky, které vedly k uklidnění vegetativního nervového systému- pacienti se přes počáteční potíže s uvolněním naučili velmi dobře využívat psychorelaxační metody, a

to zejména autogenní trénink, nácvik správného dýchání , které aplikovali nejen při mém vedení, ale také samostatně na svých celách.

Negativní momenty:

1. Prostředí – je obecně známo, že na pacienta působí prostředí, kde psychoterapie probíhá. Sama psychologická atmosféra místnosti, čistota, barva a pořádek vyvolávají jisté změny v náladě a tím ovlivňují celkový psychosomatický stav. Ve vazební věznici tyto podmínky nelze ani při nejlepší vůli splnit. Na některých patrech věznice byla alespoň jakási „ kulturní místnost“, (viz. obr.č. 3), která sice nesplňovala standardy terapeutického prostředí, ale nebyl problém, kam se posadit. Byly ovšem oddělení, kde „kulturní místnost“ chyběla (viz. obr.č. 4) a museli jsme se spokojit s prázdnou celou, což bylo při nejmenším velmi nepohodlné.

Obr. č. 3



Autor: autorka bakalářské práce, kulturní místnost.

Obr. č. 4



Autor: autorka bakalářské práce,prázdná cela

2. Hluk – Autogenní trénink je relaxovaný stav při omezení zevních podnětů s pohroužením se do duševního klidu, je současně vhodný pro autosugestivní ovlivnění, jehož účinky při častém opakování přesahují a umocňují dosah prosté relaxace (Kratochvíl 1987). Podmínka omezení zevních podnětů byla také velmi těžce splnitelná, protože pokud nekřičeli ostatní vězni na vycházkových dvorech či na celách, často chodili na kontrolu dozorci, zda jsem v pořádku, jelikož jsem do svého výzkumu zařadila i pacienty, kteří byli obviněni ze závažného násilného trestného činu, tudíž pro příslušníky vězeňské služby s označením nebezpeční.
3. Individuální psychoterapie- problémem také byl fakt, že jsem nemohla aplikovat autogenní trénink skupinově, ale pouze individuálně. Je to z toho důvodu, že pacienti ještě nejsou odsouzeni ,a proto mají jiný typ vazby, dle svých trestných činů.

Při výběru typu psychoterapie jsem ortodoxně nevycházela z žádného konkrétního psychoterapeutického směru ani škol, použila jsem integrovanou psychoterapii, která obsahuje základní prvky jak z kognitivně behaviorální, tak i z humanistické psychoterapie.

ZÁVĚR

Základním požadavkem reformy vězeňství je v první řadě humanizace trestu odnětí svobody . Po roce 1990 přestalo být vězeňství tabuizováno, postupně se otevírá veřejnosti a přechází pod jeho kontrolu. Humanizace výkonu trestu tedy musí být pochopena nejen odbornou, ale i laickou veřejností.

Vězeňská populace je z psychologického hlediska velmi heterogenní. Je pochopitelné, že diferencované poruchy vyžadují diferencované zacházení. Je tedy potřeba přijmout řadu programů v různých podobách, v zásadě jde především o programy edukační, pracovní, volnočasové, terapeutické a extramurální – udržení a posílení sociálně pozitivních vazeb, činnost duchovních, apod. (podle Koncepce rozvoje vězeňství/ obnovené vydání/Příloha časopisu České vězeňství č.1/1998).

Následná postpenitenciární péče musí začínat již ve výkonu vazby, která je z psychologického hlediska považována za velmi závažnou stresovou situaci, náročnější než výkon trestu. Tato stresová situace s sebou přináší mimo jiné také přenos psychického napětí do tělesné oblasti.

Empirická část bakalářské práce se zabývá hypotézou, zda podpůrná krátkodobá psychoterapie prováděná zdravotní sestrou, může příznivě ovlivnit zdravotní stav pacienta trpícího psychosomatickými obtížemi.

Výsledky dotazníků, které byly zpracovány v grafech, ale také statisticky v Institutu klinické a experimentální medicíny IKEM metodou Dvouvýběrového t-testu a Párového t-testu, jednoznačně ukazují na příznivý vliv poskytnuté intervence, a to více ve skupině intervenované, ve srovnání se skupinou kontrolní.

Výsledky jasně ukazují, že statisticky významný rozdíl mezi intervenovanou a kontrolní skupinou (viz. tab.č 2) byl jasně prokázán u Zungovy sebesuzující stupnice deprese , Zungovy sebesuzující stupnice úzkosti, vybraných depresivních položek (z dotazníku SCL-90 Derogatis), kde byl zaznamenán významný pokles u intervenované skupiny, u somatizace, u interpersonální senzitivity, deprese, anxiózy, u fobie a paranoidního myšlení byl prokázán vzestup hodnot kontrolní skupiny, pokles nezařazených položek

skupiny intervenované a globální skóre, kde hodnoty intervenované skupiny prokazatelně poklesly, zatímco u kontrolní skupiny vzrostly.

Pokud jsem si na počátku své bakalářské práce položila otázku, zda může podpůrná psychoterapie prováděná zdravotní sestrou přinést významný efekt u pacientů ve výkonu vazby, kteří trpí psychosomatickými stresovými obtížemi, musím v závěru své práce poukázat na výsledky, které jsou neoddiskutovatelné. Jsem přesvědčena o tom, že zdravotní sestra může významným způsobem pomoci člověku v těžké životní situaci, a to zejména svým psychoterapeutickým přístupem.

V zásadě své postupy považuji za kompromis mezi podpůrnou psychoterapií a krizovou (časově omezenou) intervencí. V dostupné literatuře jsem nenašla zmínky o podobných postupech, veškerá literatura, která se zabývá tímto tématem, je soustředěna především na výkon trestu, nikoli vazby. Domnívám se, že je tato oblast poněkud opomíjená a zasloužila by si další výzkumná šetření, která by se v případě příznivých výsledků dala využít v ošetřovatelství vazebně stíhaných lidí.

ANOTACE

Autor:	Kateřina Vápeníková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Vliv pobytu ve vazební věznici na rozvoj psychosomatických stresových obtíží a možnost jejich ovlivnění krátkodobou psychologickou intervencí.
Vedoucí práce:	MUDr. Radkin Honzák, CSc.
Počet stran:	127
Počet příloh:	11
Rok obhajoby:	2008
Klíčová slova:	vazební věznice, delikventní chování, stres, psychosomatické obtíže, psychoterapie

Prostředí vazební věznice představuje zajímavou psychosociální oblast, která mimo absolutní změny životního stylu s sebou přináší i určité psychosomatické symptomy. Autorka bakalářské práce si položila otázku, zda podpůrná krátkodobá psychoterapie prováděná zdravotní sestrou, přinese pro pacienty výrazný efekt .

Těžištěm bakalářské práce je výzkumné šetření ve Vazební věznici Praha Ruzyně, které se zabývá rozborem, analýzou a vyhodnocením účinnosti podpůrné psychoterapie a to za pomoci dotazníkových metod, které jsou následně zpracovány graficky a statisticky.

Environment of the stockade represents an interesting psychological area which brings, except for a total change of lifestyle, some psychosomatic symptoms as well. The author of this bachelor thesis asks the question, if a short-time psychosomatic therapy, performed by a nurse, brings an expressive effect.

The basis of this work is the research investigation in the Stockade Prague Ruzyne, which analyzes and assesses the efficacy of supportive psychotherapy with the help of questionnaire methodology, graphically and statistically processed later on.

Seznam použité literatury:

1. AALTONEN, M. a kol. *Výzkum na téma stres spojený s prací*. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství 2000. 167 s. ISBN 92-828-9255-7.
2. BOROSSA, J., EMANUEL, R., MOLLON, P., MUSIC, G., SEGAL, J. *Témata psychoanalýzy I*. 1. vyd. Praha: Portál 2002. 183 s. ISBN 80-7178-609-8.
3. ČÍRTKOVÁ, L. *Kriminální psychologie*. 1. vyd. Praha: Eurounion 1998, 252 s. ISBN 80-85858-70-3
4. DANZER, G. *Psychosomatika*. 2. vyd. Praha: Portál 2001. 244s. ISBN 80-7178-456-7
5. DEROGATIS, L.R., LIPMAN, R.S., COVIL, L. *SCL-90: Self- Report Symptom Investory*. In: Guy, W.: ACDEU Assesment Manual for Psychopharmacology. Rev. Ed. Roskville, DHEW 1976. 313-331s.
6. DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2 vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001. 586 s. ISBN 80-247-0242-8
7. FRANCEK, J. *Zločin a trest v českých dějinách*. 1 vyd. Praha: Rybka Publishers, 1999. 541s. ISBN 80-86182-91-6.
8. HERMAN, E., PRAŠKO, J., SEIFERTOVÁ, D. *Konziliární psychiatrie*. 1. vyd. Praha: MEDICAL TRIBUNE CZ, s.r.o., 2007, 598 s. ISBN 978-80-903708-9-0.
9. HONZÁK, R. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládat*. 1. vyd. Praha: Maxdorf 1995. 70 s. ISBN 80-85800-05-5.
10. CHROMÝ, K., HONZÁK, R. a kol.: *Somatizace a funkční poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2005. 216 s. ISBN 80-247-147-6.
11. KERN, H., MEHL, Ch., NOLZ, H., PETER, M., WINTERSPERGER, R. *Přehled psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál 1999. 287 s. ISBN 80-7178-426-5.
12. KRATOCHVÍL, S. *Psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Avicentrum, zdravotnické nakladatelství 1987. 308 s. 08-088-87
13. LANYADOVÁ, M., HORNEOVÁ, A. *Psychoterapie dětí a dospívajících- psychoanalytický přístup* 1.vyd. Praha: Triton 2005. 681 s. ISBN 80-7254-350-4
14. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 352 s. ISBN 50-247-1151-6.
15. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: IDVZP 1999. s.164. ISBN 80-7013-277-9.

16. NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie*.1. vyd. Praha: Academia 1998.590 s. ISBN 80-200-0689-3.
17. PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*.2. vyd. Praha: Triton 2004. 215 s. ISBN 80-7254-459-4.
18. PRAŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti* 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2003. 204 s. ISBN 80-247-0185-5.
19. RYBÁŘOVÁ, M., KOVÁŘOVÁ, M. *Možnosti psychoterapie pro sestry*. Praktický lékař 1998,č.8, s.440, ISSN 0032-6739.
20. SOCHUREK,J. *Viktimologie*. [online]. s.3. [cit.2007-10-18]. Dostupné na WWW<<http://sweb.cz/vincent/private/str.3>.
21. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. NCO NZO, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
22. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál 1999. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
23. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3 vyd. Praha: Portál, 2003. 397s. ISBN 80-7178-740-X.
24. Zákon č.169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody, ve znění pozdějších předpisů.
25. Zákon č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby, ve znění pozdějších předpisů.
26. Zákon č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů
27. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
28. Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů
29. ZUNG, W.W.K. *A Self Rating Depression Scale*.Arch.Gen.Psychiat.,15,1965.63-70s.
30. ZUNG,W.W.K.*Factors Influencing the Self-Rating Depression Scale*.Arch.Gen.Psychiat.,16,1967.543-547s.
31. ZUNG,W.W.K. *A Rating Instrument for Anxiety Disorders*.Psychosomatics,12, 1971.371-379s.

Seznam zkratk:

aj.	a jiné
apod.	a podobně
dep. pol.	depresivní položky
dg.	diagnóza
D SDS	Zungova sebeposuzující stupnice deprese- dotazník pacienta
GFS	gastrofibroskopie
glob.sk	globální skóre
inter.senz.	interpersonální senzitivita
např.	například
nezař.pol.	nezařazené položky
paran.myšl.	paranoidní myšlení
PID	plný invalidní důchod
psychotic.	psychoticismus
SD	směrodatná odchylka
SONO	sonografické vyšetření
SOU	střední odborné učiliště
st.p.	stav po
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaný
Úzkost SDS	Zungova sebeposuzující stupnice úzkosti-dotazník pacienta

Seznam grafů a obrázků:

Číslo a název grafu	Číslo str.
Graf č.1 Zungova sebesuzující stupnice deprese, kasuistiky č.1	58
Graf.č.2 Zungova sebesuzující stupnice úzkosti,kasuistiky č.1	58
Graf č.3 Depresivní položky z SCL- 90,kasuistiky č.1	59
Graf č.4 SCL- 90 Derogatis, před terapií, kasuistiky č.1	59
Graf č.5 SCL- 90 Derogatis,po terapii, kasuistiky č.2	60
Graf č.6 Zungova sebesuzující stupnice deprese,kasuistiky č.2	64
Graf č.7 Zungova sebesuzující stupnice úzkosti,kasuistiky č.2	64
Graf č.8 Depresivní položky z SCL- 90,kasuistiky č.2	65
Graf č.9 SCL- 90 Derogatis, před terapií,kasuistiky č.2	65
Graf č.10 SCL- 90 Derogatis, po terapii,kasuistiky č.2	66
Graf č.11 Zungova sebesuzující stupnice deprese,kasuistiky č.3	99
Graf č.12 Zungova sebesuzující stupnice úzkosti,kasuistiky č.3	100
Graf č.13 Depresivní položky z SCL- 90,kasuistiky č.3	100
Graf č.14 SCL- 90 Derogatis, před terapií, kasuistiky č.3	101
Graf č.15 SCL- 90 Derogatis po terapii,kasuistiky č.3	101
Graf.č.16 Zungova sebesuzující stupnice deprese,kasuistiky č.4	105
Graf č.17 Zungova sebesuzující stupnice úzkosti,kasuistiky č.4	105
Graf č.18 Depresivní položky z SCL- 90, kasuistiky č.4	106
Graf č.19 SCL- 90 Derogatis, před terapií, kasuistiky č.4	106
Graf č.20 SCL- 90 Derogatis, po terapii,kasuistiky č.4	107
Graf č.21 Zungova sebesuzující stupnice deprese,kasuistiky č.5	110
Graf č.22 Zungova sebesuzující stupnice úzkosti,kasuistiky č.5	110
Graf č.23 Depresivní položky z SCL- 90, kasuistiky č.5	111
Graf č.24 SCL- 90 Derogatis, před terapií, kasuistiky č.5	111
Graf č.25 SCL- 90 Derogatis, po terapii, kasuistiky č. 5	112
Graf č.26 Zungova sebesuz. stupnice deprese,intervenovaná skupina	67
Graf č.27 Zungova sebesuz.stupnice deprese,kontrolní skupina	67
Graf č.28 Zungova sebesuz.stupnice úzkosti,intervenovaná skupina	68
Graf č.29 Zungova sebesuz.stupnice úzkosti,kontrolní skupina	68

Graf č.30 Depresivní položky z SCL-90, intervenovaná skupina	69
Graf č.31 Depresivní položky z SCL-90, kontrolní skupina	69
Graf č.32 Somatizace, intervenovaná skupina	70
Graf č.33 Domatizace, kontrolní skupina	70
Graf č.34 Obsese-kompulze, intervenovaná skupina	71
Graf č.35 Obsese-kompulze, kontrolní skupina	71
Graf č.36 Interpersonální senzitivita,intervenovaná skupina	72
Graf č.37 Interpersonální senzitivita, kontrolní skupina	72
Graf č.38 Deprese, intervenovaná skupina	73
Graf č.39 Deprese, kontrolní skupina	73
Graf č.40 Anxiozita, intervenovaná skupina	74
Graf č.41 Anxiozita, kontrolní skupina	74
Graf č.42 Hostilita, intervenovaná skupina	75
Graf č.43 Hostilita, kontrolní skupina	75
Graf č.44 Fobie, intervenovaná skupina	76
Graf č.45 Fobie, kontrolní skupina	76
Graf č.46 Paranoidní myšlení, intervenovaná skupina	77
Graf č.47 Paranoidní myšlení, kontrolní skupina	77
Graf č.48 Psychoticismus, intervenovaná skupina	78
Graf č.49 Psychoticismus, kontrolní skupina	78
Graf č.50 Nezařazené položky, intervenovaná skupina	79
Graf č.51 Nezařazené položky, kontrolní skupina	79
Graf č.52 Globální skóre, intervenovaná skupina	80
Graf č.53 Globální skóre, kontrolní skupina	80
Obr.č.1 Pacientova představa o tom, kdo ovládá jeho myšlenky	63
Obr.č.2 Pacientova představa o budoucnosti	99
Obr.č.3 Kulturní místnost	84
Obr.č.4 Prázdná cela	85

Seznam tabulek:

tab.č. 1	Inventář životních událostí	str 39
tab. č. 2	Statistické zpracování výzkumného šetření	str. 81

Seznam příloh:

Číslo a název přílohy	Číslo strany
Příloha č.1 Kasuistika č. 3	97
Příloha č.2 Kasuistika č. 4	103
Příloha č.3 Kasuistika č. 5	108
Příloha č.4 Prohlášení o souhlasu	113
Příloha č.5 Dotazník SCL- 90 Derogatis	114
Příloha č.6 Praktický manuál k dotazníku SCL – 90	118
Příloha č.7 Zungova sebesuzující stupnice deprese- dotazník SDS	120
Příloha č.8 Praktický manuál k dotazníku SDS	122
Příloha č.9 Zungova sebesuzující stupnice úzkosti- dotazník SAS	123
Příloha č 10 Praktický manuál k dotazníku SAS	125
Příloha č.11 Vytažené pouze depresivní položky- dotazník	126

PŘÍLOHY

Příloha č. 1:

Kasuistika č.3

Muž 28 let, nikdy nebyl soudně trestaný, nyní obžalován z majetkové trestné činnosti, kde je trestní sazba 3-5 let. Ve vazbě je 4 měsíce. Do ordinace praktického lékaře opakovaně dochází pro nespavost, nechutenství a bolesti žaludku.

Medikace: Stilnox tbl. 0-0-1

Ranisan 150 mg 1-0-1 bez efektu

Klient vyrůstal v úplné rodině s o dva roky mladším bratrem. Jak sám uvádí, byl vytoužené dítě a matka o něj vzorně pečovala. S otcem moc dobrý vztah neměl, když se otec napil, byl agresivní a chtěl napadnout matku. Vždy se snažil ji bránit a pak si otec agresi vyléval na něm, vyrazil mu zuby, škrtil ho apod.

Ve škole měl hodně kamarádů, učil se dobře, na vysvědčení měl většinou dvojky až trojky, po dokončení ZŠ nastoupil na SOU lesnické, které dokončil, škola ho velmi bavila, miluje přírodu. V dětství a dospívání dával přednost sportu, především fotbalu, ve kterém vynikal..

Po dokončení SOU se domů již nevrátil, začal pracovat ve fitness centru, kde také bydlel. Patřilo mladým manželům, kteří pro něj v té době byli jako druhá rodina. Matku často navštěvoval.

Oženil se ve 23 letech, s manželkou má 5 letého syna, dva roky byl ženě věrný, ale potom se dostal do party majitelů nočních podniků (sám jeden vlastní) a vedl tzv. noční život. V té době byl prý velmi promiskuitní, ve svém životě měl údajně asi 300 partnerek. Omlouvá to tím, že se v době těhotenství s manželkou sexuálně odcizili, což trvalo i po porodu.. Jejich manželství bylo prý jen o dítěti, oba ho velmi milují, jezdili na společné výlety a dovolené. Svoji ženu charakterizuje jako velmi úzkostnou až panickou osobu, která není příliš schopna postarat se o domácnost. Před dvěma lety zkolabovala a lékaři ji doporučili návštěvu psychiatra, kterou odmítla.

Před rokem si našel přítelkyni, do které se zamiloval, je prý úplně jiná než manželka, velmi schopná, samostatná, chytrá a energická žena. Nikdy nic podobného nezažil a tento vztah vnímá jako boží dar (klient je věřící). Začal vést dvojí život, u své přítelkyně spal každý den, probouzel se kolem druhé hodiny a jel domů . Po dvou měsících to již nemohl

vydržet a oznámil manželce, že se od ní stěhuje. Žena se z toho zhroutila a on si připadal jako zrádce, zůstal s manželkou a přítelkyni napsal, že vztah končí. Od té doby prý začalo „peklo“ pro všechny tři. Nedokázal se rozejít s manželkou ani žít bez přítelkyně. Tento stav trval 3 měsíce a nakonec se přestěhoval k přítelkyni u které žil měsíc, než ho zavřeli.

Uvěznění snáší pacient velmi špatně, je zoufalý, často brečí a jedině, co ho ve věznici trochu uklidní je místní kaple. Před pár dny se u něj objevily známky sebepoškození, celý obličej měl poškrábaný. Říká, že se na sebe nemůže dívat, nesnáší se za to, že ubližuje ženám. Má především obavy z toho, co se děje „venku“ a že tuto situaci nemůže ovlivnit z vězení. Poslední dobou má potíže ze žaludkem, nemá chuť k jídlu a nemůže spát ani za pomoci medikamentů.

Hodnocení:

S klientem se mi podařilo navázat velmi kvalitní terapeutický vztah již od prvního sezení. V terapii jsme se zaměřili především na zmírnění úzkosti prostřednictvím autogenního tréninku, muzikoterapie, nácviku správného dýchání a arteterapie. Pacient zpočátku nechodil na vycházky, neuměl se soustředit na četbu ani jinou činnost, pouze psal přítelkyni mnohostránkové dopisy. V průběhu terapie se nám podařilo snížit napětí a klient se začal soustředit na malování (viz. obr. č. 2), které ho velmi bavilo. Předmětem všech jeho obrázků byla přítelkyně a jejich společná budoucnost. Velmi přínosné pro pacienta bylo zhodnotit svůj dosavadní život a především vztahy se ženami. Manželka podala žádost o rozvod, s kterou souhlasil. Jeho výčitky svědomí vůči manželce byly zmírněny tím, že jí všechny své pocity napsal do dopisu. Výrazně se mu ulevilo, když zjistil, že má manželka nového přítele a s rozvodem nebudou potíže. Na konci terapie nechutenství a bolesti žaludku ustoupily, ale potíže s nespavostí přetrvávají nadále .U tohoto klienta by bylo velmi vhodné v terapii pokračovat.

Obr. č. 2



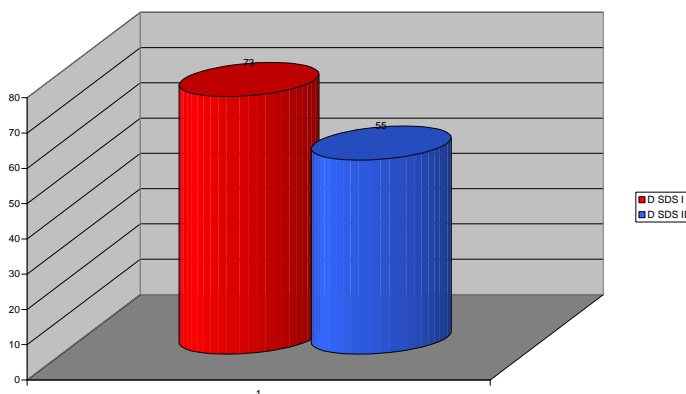
Autor: pacient, obrázek znázorňuje jeho představu o své budoucnosti.

Analýza dotazníků:

Zungova sebeposuzující stupnice deprese. Graf zobrazující hodnoty před a po terapii.

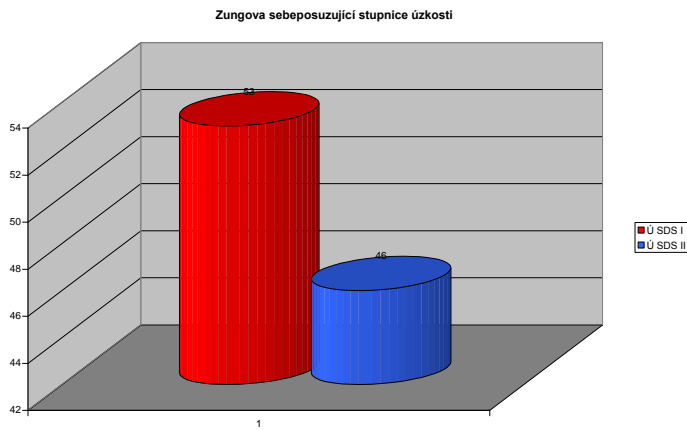
Graf č.11

Zungova sebeposuzující stupnice deprese



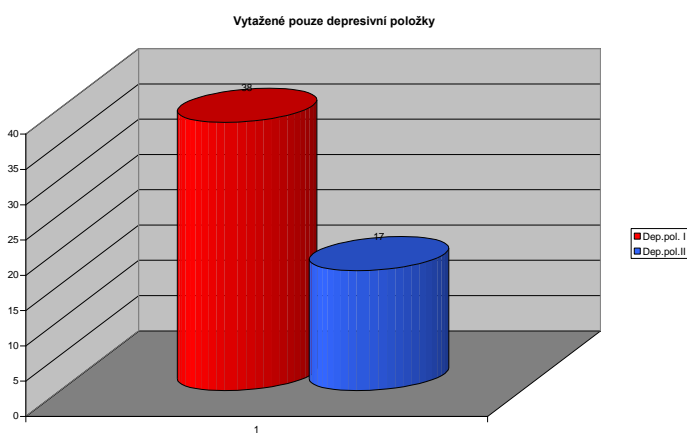
Zungova sebesposuzující stupnice úzkosti. Graf zobrazující hodnoty před a po terapii.

Graf č. 12



Vytažené pouze depresivní položky z dotazníku SCL – 90 Derogatis. Graf zobrazující hodnoty před a po terapii.

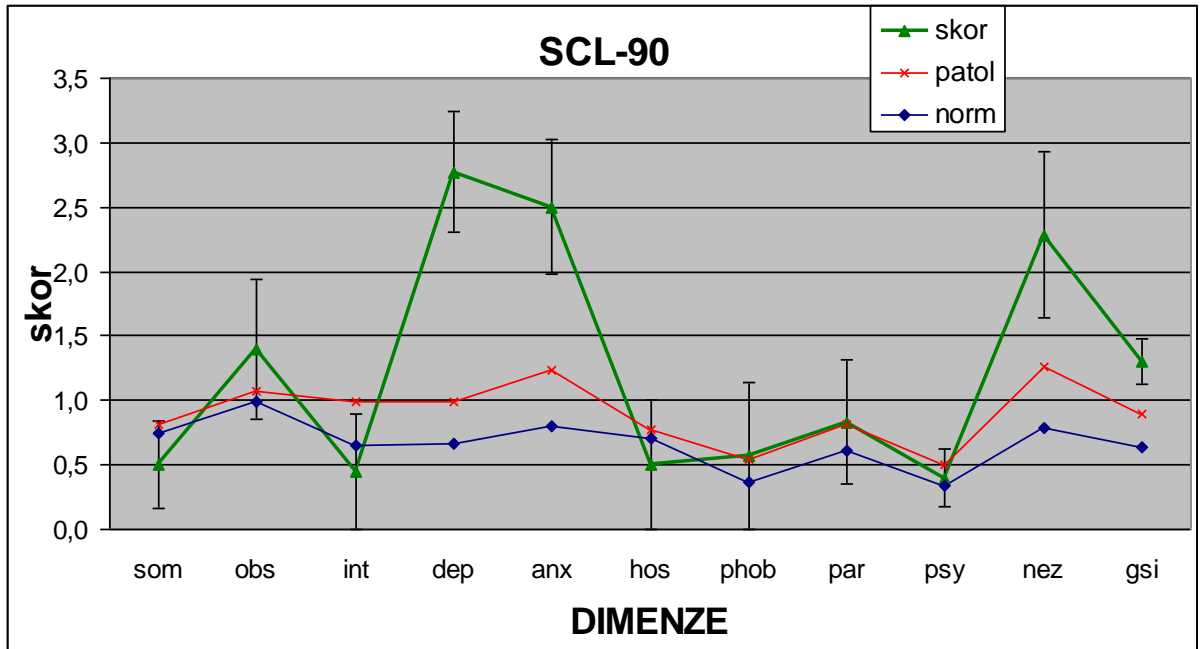
Graf č. 13



Dotazník SCL- 90 (Derogatis)

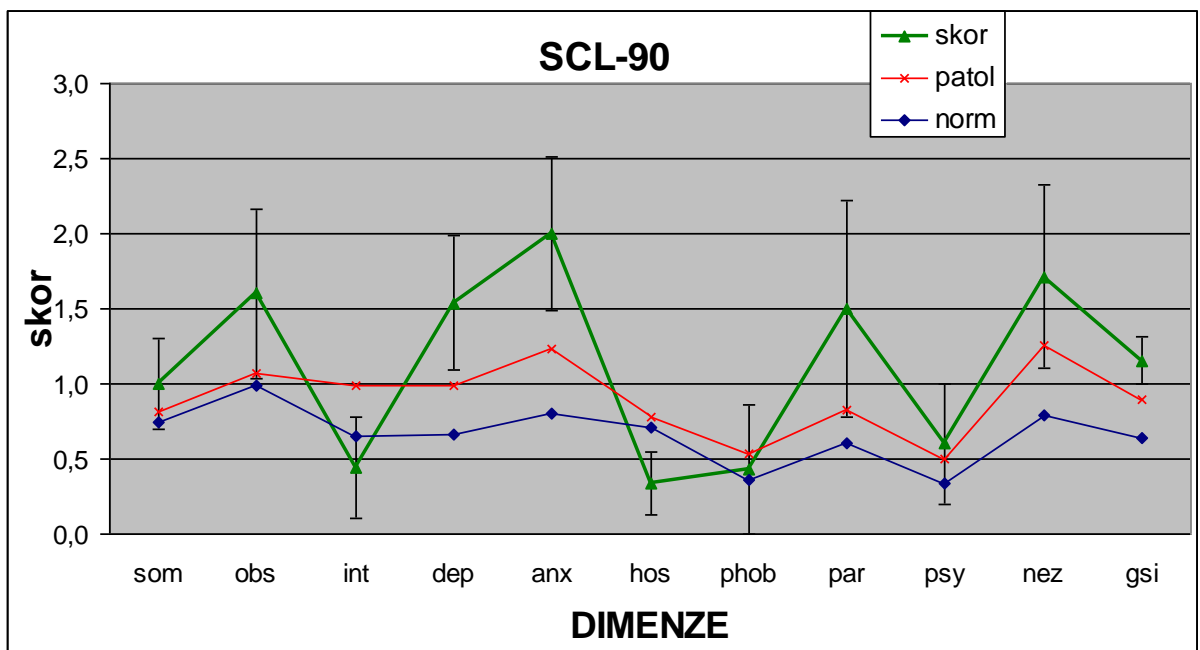
Graf zobrazující klientovu křivku před terapií:

Graf č. 14



Graf zobrazující klientovu křivku po terapii.

Graf č. 15



Zhodnocení dotazníku SCL – 90 Derogatis

Jak z grafu vyplývá, během krátkodobé podpůrné psychoterapie se nám u pacienta podařilo významně snížit hodnoty u těchto položek:

Deprese:	výchozí hodnota 3,07	hodnota po podpůrné psychoterapii 1,53
Nezařazené položky:	výchozí hodnota 2,28	hodnota po podpůrné psychoterapii 1,71

Příloha č. 2

Kasuistika č. 4

Muž 41 let, 1x soudně trestaný, obviněn z organizovaného trestného činu, kde je trestní sazba 15- 20 let. Ve vazbě je 6 měsíců. Do ordinace praktického lékaře chodí pro ranní nevolnost a nespavost. Dále pravidelně dochází na psychiatrické kontroly, kde se léčí pro deprese.

Medikace: Ranisan 150 mg 1-0-1

Deniban 50 mg 1-0-0 tbl

Stilnox 0-0-1 tbl

Vyšetření: GFS bez patologického nálezu

Klient pochází z úplné rodiny, otec je Iráčan , matka Češka. Ve třech letech se odstěhovali do Iráku, kde žil do 15-ti let., má o 10 let mladšího bratra. Když mu bylo 12 let, unesli ho prý vojáci od Husaina, byl na nějakém cvičišti s ostatními chlapci, kde je učili střílet a bojovat. Nebál se, věřil, že ho odtud otec dostane. Po 14-ti dnech si ho opravdu odvezl domů. Otec studoval v Praze dvě VŠ, je prý velmi vzdělaný, klidný a rozvážený, vždy zastával významné politické postavení. V 15- ti letech ho matka odvezla zpátky do Čech, kde se o něj starala babička. Matka za ním dojížděla 2x v roce a posílala mu peníze. V Praze měl velké potíže s dětmi, z důvodu jiné barvy pleti,připadal si, že nikam nepatří. Byl zvyklý na to, že si vše musí vyřešit pěstmi. Na ZŠ se učil „ normálně“, většinou měl trojky. Po ukončení ZŠ nastoupil na SOU opravář strojů, nedoučil se, po dvou letech odešel. Začal „vekslovat“, vykrádal byty a užíval si po diskotékách.

Když mu v 18-ti letech přišel povolávací rozkaz na vojnu, emigroval do Ameriky. Tam, údajně proto, že měli azylové domy plné, skončil ve federálním vězení, kde se seznámil s jedním Italem, který mu dal své číslo, aby se po propuštění ozval, klient nevěděl, kdo to je.Po propuštění mu Ital nabídl práci i bydlení..Nejdříve jezdil limuzínou a pak prodával kokain, na kterým se časem stal sám závislým, Ital byl v Americe velmi známým mafiánem.

V roce 1990 začala Amerika bombardovat Irák, měl velký strach o svou rodinu. Matka mu zavolala a řekla název bunkru, ve kterém se budou ukrývat. Druhý den na CNN viděl televizní záznamy o vybombardování právě tohoto bunkru, kde se celá jeho rodina měla

nacházet. Myslel si, že o všechny členy rodiny přišel, od té doby trpí depresi, které trvají až do dnes. Rodina se mu zhruba za šest měsíců ozvala, všichni byli v pořádku.

Připadal si osamělý, seznámil se s Češkou, která studovala v Americe medicínu a vzal si jí za ženu. Nemiloval ji, ale byl rád, že není sám. Po šesti letech se rozvedli, klient vše prodal a vrátil se do Čech. Zde si koupil diskotéku a autobazar a začal podnikat, stýkal se také s pražským podsvětím, kde se stal, jak sám říká „Kmotrem“.

Seznámil se s přítelkyní, kterou prý jako jedinou ženu ve svém životě miloval. Charakterizuje ji jako velmi krásnou, trochu hloupou, ale to mu nevadí, nemá rád vzdělané ženy. Jejich vztah byl plný hádek a usmiřování. Nemá potíže s tím uhodit ženu, neví, co je na tom špatného. Bavilo ho to vzrušení ve vztahu.

Uvěznění snáší dobře, má samostatnou celu, s dozorcí i vězni vychází bez konfliktů, jak sám udává, dokáže si zjednat autoritu i ve vězení. Před dvěma měsíci dostal dopis od kamaráda, že jeho přítelkyně začala žít s jiným mužem, velmi bohatým, také z podsvětí. To ho velmi rozzuřilo, protože se nemůže bránit. Jak mi vysvětlil, nejde až tak o přítelkyni jako o to, že si člověk, který zná pravidla mafie, dovolí „přebrat“ mu partnerku. Přesně ví, co musí po propuštění udělat, aby ho mafie opět uznala jako krále – zabít ho. Od té doby, co tento dopis dostal, má ranní nevolnosti a nespavost.

V terapii šlo především o to snížit intenzitu zraňujících prvků a tím i agresivitu klienta. Pacient má také depresivní stavy, ale toto nebylo předmětem krátkodobé psychoterapie prováděné sestrou. Z psychorelaxačních technik jsme použili především autogenní trénink, nácvik správného dýchání, muzikoterapii a rozhovor.

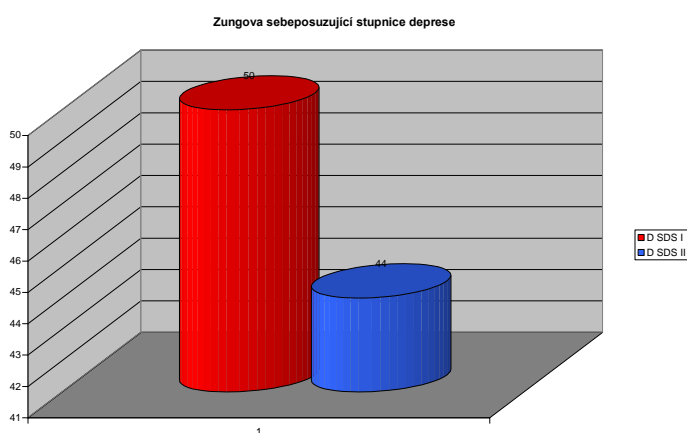
Hodnocení:

S klientem se mi podařilo navázat kvalitní terapeutický vztah, i když jsem si byla vědoma toho, že to byl vztah „z nouze“. Kdyby byl pacient na svobodě, rozhodně by na sebe nenechal působit ženu. Na počátku terapie chtěl spíše udělat dojem, byl rád, že o něm vyšla kniha, vyprávěl mi o jiném životě, který před uvězněním vedl. Po druhém sezení se již začal otevírat a hovořil o svých pocitech nejen ve vězení, ale také z dětství. Překvapilo mě, jak reagoval na autogenní trénink, dokázal se dobře uvolnit a aplikoval tuto techniku i sám, před usnutím. Myslím, že velmi důležité pro klienta bylo, že se může někomu otevřít a nemusí být „tvrdý muž“. Tato terapie trvala pouze 4 týdny, protože pacienta čekala série soudních jednání a musel odjet do jiné věznice, nicméně ranní nevolnost úplně ustoupila a díky autogennímu tréninku klient usínal bez hypnotik.

Analýza dotazníků:

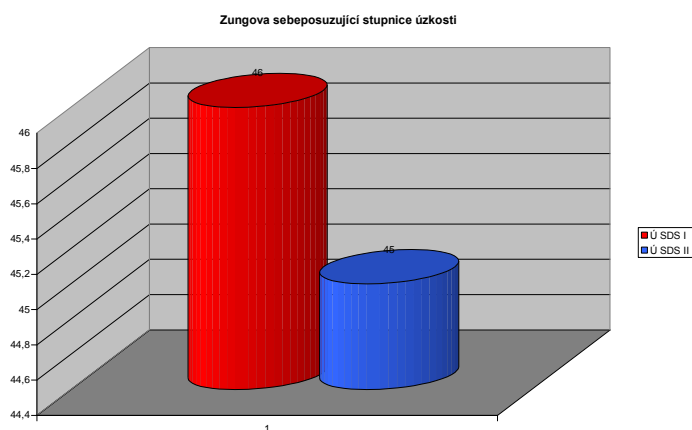
Zungova sebeposuzující stupnice deprese: Graf zobrazující hodnoty před a po terapii.

Graf č. 16



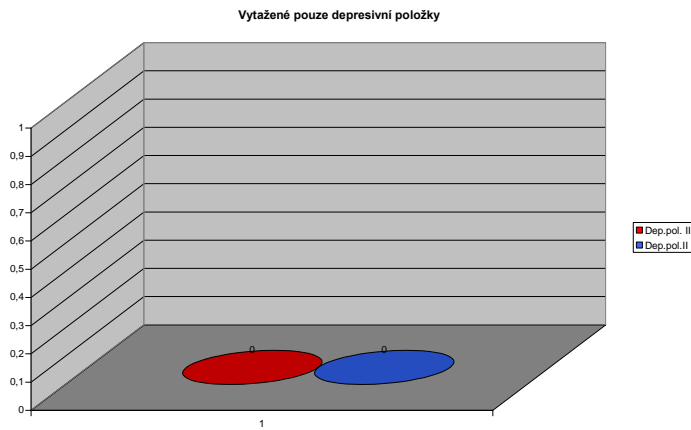
Zungova sebeposuzující stupnice úzkosti. Graf zobrazuje hodnoty před a po terapii.

Graf č. 17



Vytažené pouze depresivní položky z dotazníku SCL – 90 Derogatis. Graf zobrazující hodnoty před a po terapii.

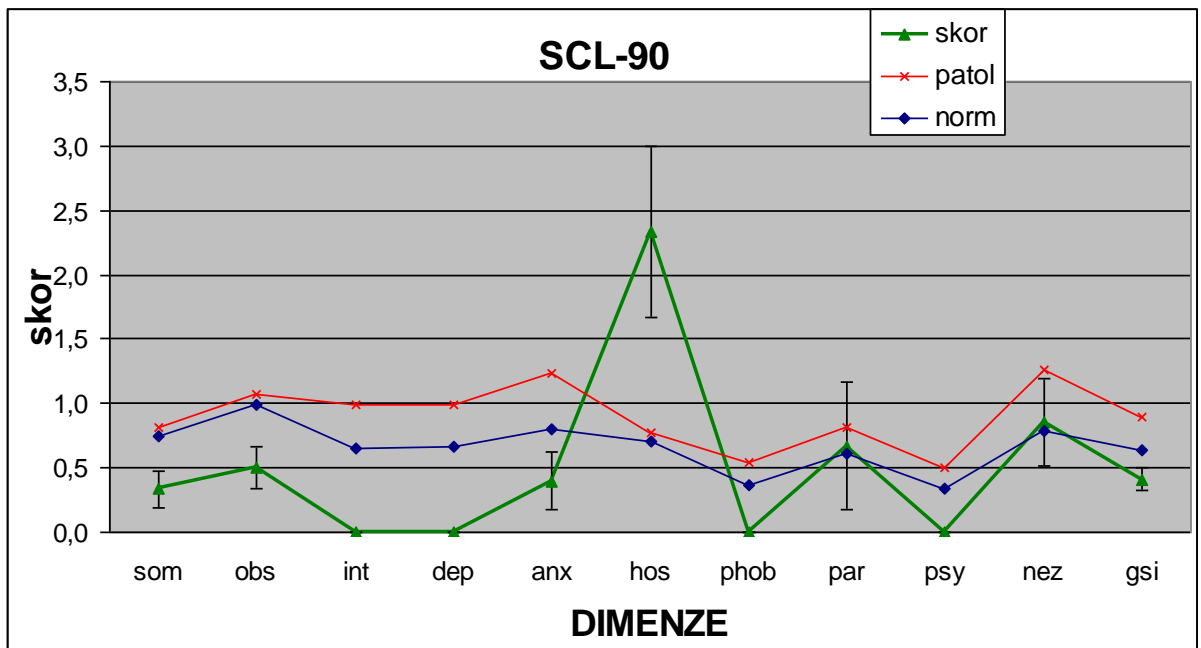
Graf č. 18



Dotazník SCL- 90 (Derogatis)

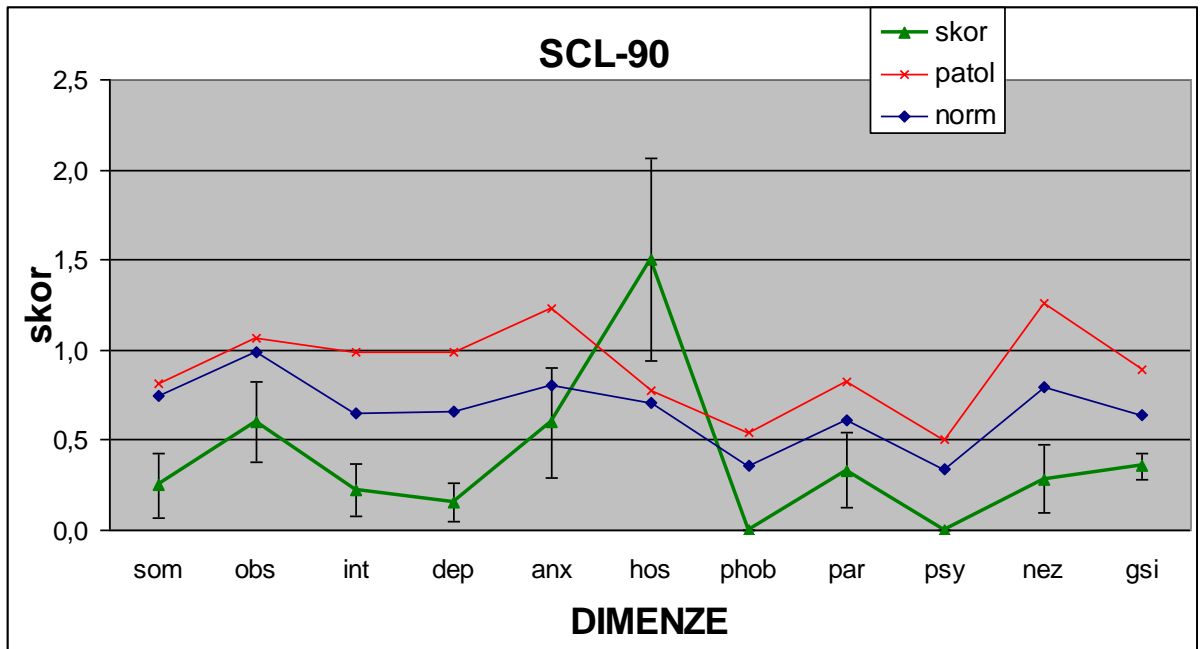
Graf zobrazující klientovu křivku před terapií.

Graf č. 19



Graf zobrazující klientovu křivku po terapii.

Graf č. 20



Zhodnocení dotazníku SCL – 90 Derogatis

Jak z grafu vyplývá, během krátkodobé podpůrné psychoterapie se nám u klienta podařilo významně snížit hodnoty u těchto položek:

Somatizace: výchozí hodnota 0,33 hodnota po podpůrné psychoterapii 0,16

Hostilita: výchozí hodnota 2,33 hodnota po podpůrné psychoterapii 1,66

Příloha č.3

Kasuistika č.5

Muž 36 let, 1x soudně trestaný, obviněn z trestného činu, kde je trestní sazba 3-5 let. Ve vazbě 4 měsíce. Pravidelně navštěvuje praktického lékaře z důvodu poruchy erekce a pro nespavost. Za dobu pobytu ve věznici se stal pro lékaře tzn. „obtížným“ pacientem.

Medikace: Hypnogen 0-0-1

Vyšetření: Opakované urologické vyšetření s negativním nálezem

SONO- bez patologických změn

Vyšetření moče- bez patologického nálezu

Klient pochází z neúplné rodiny, vyrůstal s matkou a o dva roky mladší sestrou. Matka často střídala partnery, kteří s nimi žili ve společné domácnosti. Muže své matky příliš netoleroval, protože nesnáší autority. Když mu bylo 17 let, matka odcestovala do Itálie a zůstala tam pracovat. On se snažil postarat o svou sestru, myslí si, že to zvládl dobře- pral, žehlil, nakupoval a vařil. Sestra ovšem v 16-ti letech otěhotněla a staral se o ni manžel, s kterým má 4 děti. Začala brát drogy a utekla do Francie pracovat jako prostitutka. Se sestrou rozvázal pacient veškeré kontakty, nedokáže jí odpustit, že od dětí utekla. Všechny děti nyní žijí v dětském domově, pokud byl klient na svobodě, bral si je někdy na víkendy a svátky.

Na ZŠ potíže s kamarády neměl, učil se průměrně, většinou dostával trojky. Po skončení ZŠ nastoupil na SOU obor automechanik, které nedokončil.

Poprvé se oženil ve 20 ti letech, narodila se jim dcera, v té době nastoupil výkon trestu na 3,5 roku. Manželka požádala o rozvod, s dcerou se pravidelně stýká. Po propuštění z výkonu trestu začal brát drogy, především Pervitin i.v. velmi nepravidelně, znovu se oženil a když manželka otěhotněla, přestal brát drogy úplně. Cítil prý v té době velkou zodpovědnost za ženu a dítě. Svou manželku charakterizuje jako spřízněnou duši, je to prý jediný člověk, kterému může věřit, svěřit se mu, váží si jí a to nejen proto, co s ním všechno vydržela. O jeho trestné činnosti manželka věděla, měli přesně naplánováno, co si ještě pořídí a pak chtěl s trestnou činností přestat.

Vazbu snáší dobře, vidí sám sebe jako „pohodáře“, který vyjde s každým. S dozorci ani se spoluvězni konflikty nemá. Úzkostné stavy popírá, ví přesně, co ho čeká a je s tím smířen, pouze se mu stýká po manželce a dcerce.

Klient si opakovaně stěžuje na potíže s erekcí, které začaly již měsíc před uvězněním a ve vazbě se zhoršily. Opakovaně požaduje různá vyšetření, která jsou bez patologického nálezu. Je rozrušený z výroků lékařů o původu jeho potíží, říkají, že ve vazbě nemá dostatečnou erotickou stimulaci, proto má potíže s erekcí. Toto tvrzení pacient odmítá, sám sebe dobře zná a ví, že se s ním něco děje. Velmi se snaží o to, aby byl vyšetřen na sexuologickém oddělení, což lékaři odmítají.

S klientem se mi podařilo již při prvním sezení navázat velmi dobrý vztah. Nemá potíže hovořit o svých problémech a svém životě otevřeně. Nejdůležitějším tématem je manželka a dcera. Jejich manželství popisuje jako šťastné, láskyplné a vůbec nepochybuje o tom, že by se na tom něco mělo změnit. Manželku charakterizuje jako velmi inteligentní ženu a skvělou matku. Je to prý jediný člověk na světě, kterému věří. Manželství měli i po sexuální stránce kvalitní, pohlavní styk 3-4x týdně. Měsíc před uvězněním začal mít potíže s erekcí a frekvence pohlavních styků se snížila na 1x týdně, což si vysvětluje tím, že byl ve velkém stresu a věděl, že po něm policie „jde“. O sexu a jiných intimních tématech mu nedělá potíže hovořit, říká, že je rád, že si s někým o tom může popovídat, má to prý na něj uklidňující vliv.

V terapii šlo v první řadě o naslouchání, aplikaci autogenního tréninku a muzikoterapii. Celkové uvolnění činilo pacientovi zpočátku potíže, proto jsme použili autogenní trénink s řízenou imaginací, na kterou velmi dobře reagoval. Pacient byl schopen tyto metody používat i sám. Při čtvrtém sezení se klient rozplakal a začal vyprávět o tom, jak si manželka zhruba před rokem našla milence a chtěla ho opustit. Žili odděleně 1 měsíc a toto období považuje za nejhorší ve svém životě, neuměl si svůj život bez ní a dcery představit. Po měsíci se manželka k němu vrátila a od té doby žijí opět spolu. Situaci sice se ženou probírali, ale velmi povrchně. Jako důvod, proč si našla milence žena uvedla, že často nebyl doma a neměla si s kým promluvit. Od té doby má pocit, že jako muž selhal, byl od mládí zvyklý se o ženy starat (matka, sestra). Manželka od mateřské dovolené nenastoupila do práce, z důvodu péče o jejich 7 letou dceru . Měl dobrý pocit z toho, že se o všechno dokáže postarat, nevěra a odchod ženy byl pro něj nepochopitelný a velmi bolestný zážitek. Manželka ho pravidelně navštěvuje ve vazbě i s dcerou, sdělila mu, že si našla práci a o finanční záležitosti rodiny se dokáže postarat.

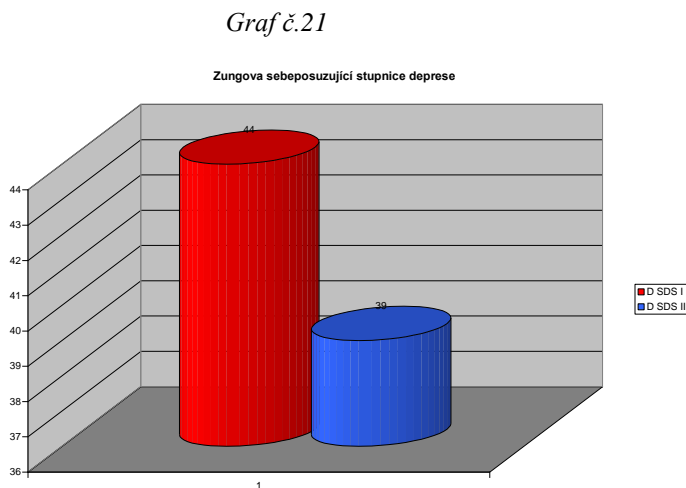
Hodnocení:

Podařilo se nám docílit toho, že klient otevřeně hovořil o svých pocitech v období nevěry nejen se mnou, ale především s manželkou. Nejprve prostřednictvím dopisů, následně při

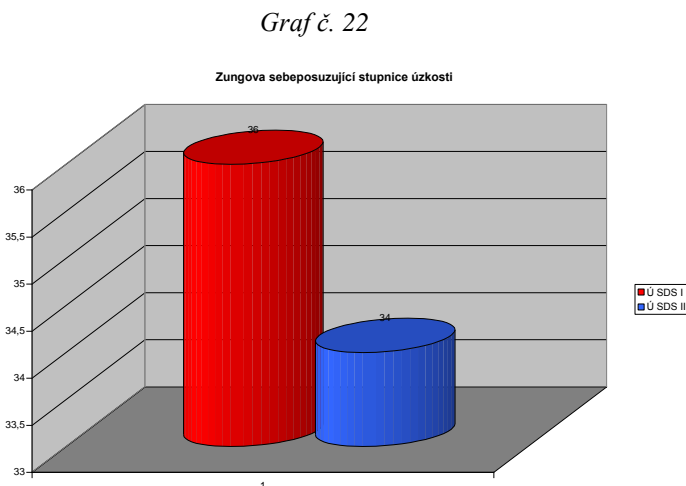
návštěvě ve věznici. Také se ženě svěřil se svými problémy s erekcí a obavami z jejich sexuálního života po propuštění. Bylo pro něj velmi úlevné, když zjistil, že je žena sdílná k otevřené diskusi o její nevěře a o pocitech, které v něm tato situace vyvolala. Na potíže s erekcí manželka reagovala tím, že to není problém a že pokud se tato situace neupraví, určitě se s tím dá žít. Při posledním sezení mi klient sdělil, že se mu začala dostavovat erekce a to především po návštěvě manželky. Pacient usíná bez medikamentů.

Analýza dotazníků:

Zungova sebeposuzující stupnice deprese. Graf zobrazující hodnoty před a po terapii.

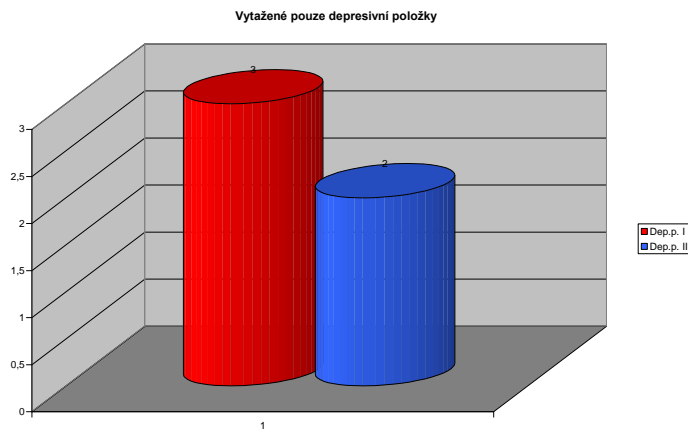


Zungova sebeposuzující stupnice úzkosti. Graf zobrazující hodnoty před a po terapii.



Vytažené pouze depresivní položky z dotazníku SCL - 90 Derogatis.. Graf zobrazující hodnoty před a po terapii.

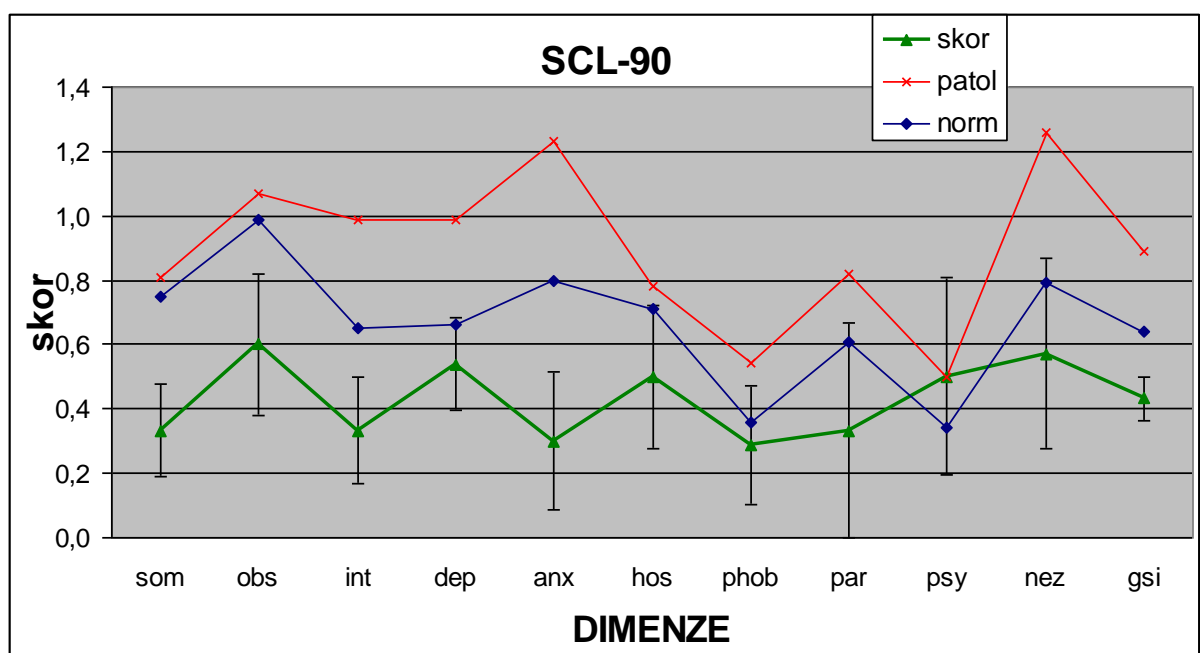
Graf č. 23



Dotazník SCL – 90 (Derogatis)

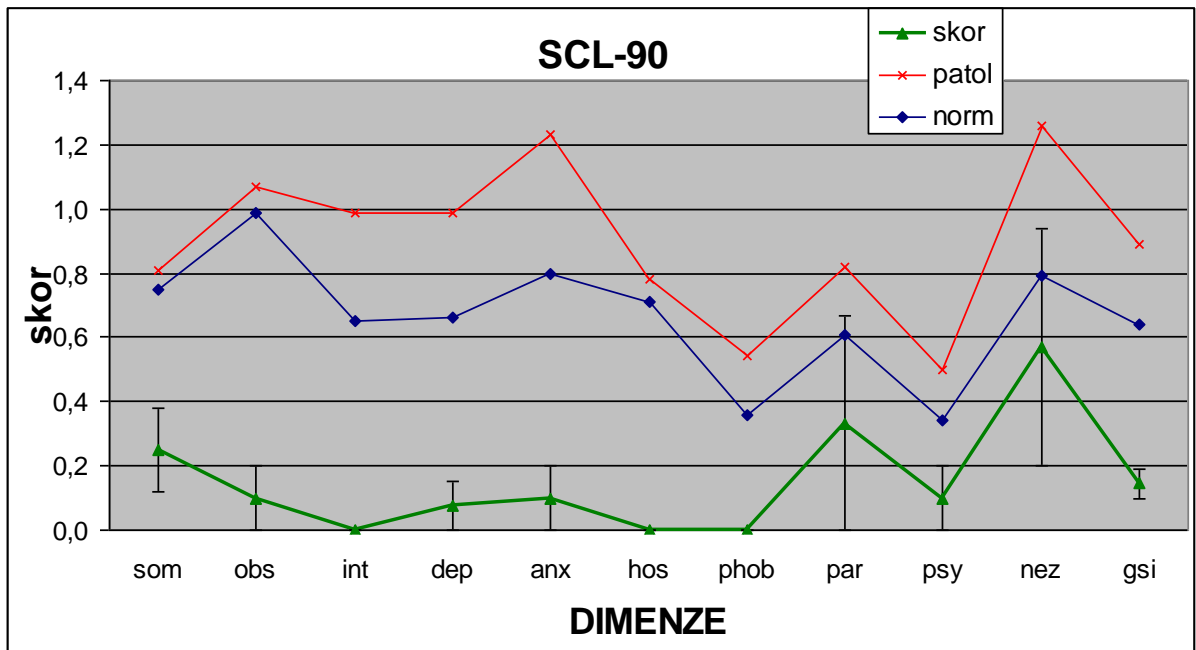
Graf zobrazující klientovu křivku před terapií:

Graf č. 24



Graf zobrazující klientovu křivku po terapii:

Graf č. 25



Zhodnocení dotazníku SCL – 90 Derogatis

Jak z grafu vyplývá, během krátkodobé podpůrné psychoterapie se nám u klienta podařilo významně snížit hodnoty u následujících položek:

Somatizace:	výchozí hodnota 0,25	hodnota po podpůrné psychoterapii 0,16
Deprese:	výchozí hodnota 0,38	hodnota po podpůrné psychoterapii 0,15
Psychoticismus:	výchozí hodnota 0,5	hodnota po podpůrné psychoterapii 0,1

Příloha č. 4

Prohlášení o souhlasu.

Prohlášení o souhlasu

Prohlašuji, že dávám souhlas

aby pro účely bakalářské práce / LFUK v Hradci Králové / byly sestrou Kateřinou Vápeníkovou sděleny všechny skutečnosti týkající se mého zdravotního stavu.

Toto prohlášení činím dobrovolně

Jméno a příjmení.....

Datum narození.....

Datum.....

Podpis.....

Dotazník SCL-90 (Derogatis)

Jméno a příjmení..... rč.:
Oddělení.....č.chor.....datum vyplnění.....

Instrukce: Zakroužkujte, do jaké míry vás v těchto dnech obtěžují, nebo se u vás vyskytují příznaky vyjádřené v dotazníku.

0-vůbec ne, 1-trochu, 2-středně, 3-silně, 4-velmi silně

1. Bolesti hlavy..... 0 1 2 3 4
2. Nervozita, vnitřní neklid, rozechvění.....0 1 2 3 4
3. Nechtěné nepříjemné myšlenky, slova nebo nápady, kterých se nemůžete zbavit...0 1 2 3 4
4. Pocity na omdlení nebo závratí.....0 1 2 3 4
5. Ztráta sexuálního zájmu nebo uspokojení.....0 1 2 3 4
6. Pocit, že vás druzí kritizují.....0 1 2 3 4
7. Pomyšlení, že někdo jiný může ovládat vaše myšlenky0 1 2 3 4
8. Pocit, že druzí mají vinu na vašich obtížích.....0 1 2 3 4
9. Strach, že si něco nezapamatujete, nebo že v případě potřeby si
na něco nevezpomenete.....0 1 2 3 4
10. Nesnášení povrchnosti, nedbalosti, nepořádnosti.....0 1 2 3 4
11. Dát se často znepokojit nebo podráždit.....0 1 2 3 4
12. Bolesti u srdce nebo na hrudníku.....0 1 2 3 4
13. Pocity strachu z otevřených prostranství (široké ulice, parky, pole).....0 1 2 3 4
14. Pocit, že máte málo energie, nebo že jste zpomalen.....0 1 2 3 4
15. Myšlenky na ukončení svého života.....0 1 2 3 4
16. Slyšení hlasů a zvuků, které jiní neslyší.....0 1 2 3 4
17. Třesavka, svalové chvění v rukách a v nohách.....0 1 2 3 4
18. Pocit, že většině lidí nelze věřit.....0 1 2 3 4
19. Špatná chuť k jídlu.....0 1 2 3 4
20. Mít blízko k pláči, snadno se rozplakat.....0 1 2 3 4
21. Cítit se plachý, stydlivý, nesvůj ve vztahu k opačnému pohlaví.....0 1 2 3 4
22. Pocit, jako byste byli chyceni do pasti, zaskočení,
přistižení při něčem nedovoleném.....0 1 2 3 4

23. Náhlé bezdůvodné stavy vyplašenosti, zděšení, paniky.....	0 1 2 3 4
24. Náhlé bezdůvodné výbuchy nálad,.....	0 1 2 3 4
25. Obavy, strach vycházet z domova.....	0 1 2 3 4
26. Sebeobviňování.....	0 1 2 3 4
27. Bolesti v kříži nebo jinde v páteři.....	0 1 2 3 4
28. Pocit, že vám něco brání ukončit práci, dostat se z místa, apod.....	0 1 2 3 4
29. Pocit osamělosti, opuštěnosti.....	0 1 2 3 4
30. Sklíčenost, skleslost, beznaděje, smutná nálada.....	0 1 2 3 4
31. Připouštět si nadměrné starosti.....	0 1 2 3 4
32. Pocit, že nemáte o nic zájem.....	0 1 2 3 4
33. Neurčité pocity úzkosti a strachu.....	0 1 2 3 4
34. Snadná ranitelnost citů.....	0 1 2 3 4
35. Pocit, že druzí čtou a znají vaše myšlenky.....	0 1 2 3 4
36. Pocit, že vám druzí nerozumí nebo s vámi necítí.....	0 1 2 3 4
37. Pocit, že jsou vám lidé nepřátelští, nebo že vás nemají rádi.....	0 1 2 3 4
38. Nutnost dělat vše pomalu pro zabezpečení správnosti.....	0 1 2 3 4
39. Bušení srdce, nebo jeho zrychlený tep.....	0 1 2 3 4
40. Návaly na zvracení, nebo nevolnost od žaludku.....	0 1 2 3 4
41. Pocity méněcennosti vůči druhým.....	0 1 2 3 4
42. Bolesti svalů.....	0 1 2 3 4
43. Pocit, že druzí koukají, sledují vás, nebo si o vás povídají.....	0 1 2 3 4
44. Potíže s usínáním.....	0 1 2 3 4
45. Potřeba kontrolovat a překontrolovávat po sobě to, co uděláte.....	0 1 2 3 4
46. Nerozhodnost, rozhodovat se s obtížemi.....	0 1 2 3 4
47. Strach z cesty autobusem, vlakem, tramvají, metrem.....	0 1 2 3 4
48. Pocit nedostatku vzduchu nebo krátkosti dechu.....	0 1 2 3 4
49. Návaly horka nebo chladu.....	0 1 2 3 4
50. Nutnost vyhnout se ze strachu určitým místům, předmětům, nebo činnostem.....	0 1 2 3 4
51. Přestává to myslet, vypovídá paměť.....	0 1 2 3 4
52. Necitlivost nebo tupý pocit některých míst těla.....	0 1 2 3 4
53. Pocit knedlíku v krku.....	0 1 2 3 4
54. Pocit beznaděje do budoucna.....	0 1 2 3 4
55. Vedlejší myšlenky brání soustředit se.....	0 1 2 3 4
56. Pocit slabosti v některých částech těla.....	0 1 2 3 4

57. Pocit napětí a vzrušenosti.....0 1 2 3 4
58. Pocity tíže v rukách nebo v nohách.....0 1 2 3 4
59. Myšlenky o smrti nebo umírání.....0 1 2 3 4
60. Přejídání se.....0 1 2 3 4
61. Cítit se nesvůj/nesvá či nejistý, když se lidé na vás dívají.....0 1 2 3 4
62. Přítomnost myšlenek, které nejsou vaše vlastní
(jakoby byly vloženy druhými, sugescí, hypnózou).....0 1 2 3 4
63. Nápady a nutkání někoho ztlouci, zranit ho, nebo mu jinak ublížit.....0 1 2 3 4
64. Probouzet se příliš brzy.....0 1 2 3 4
65. Nutkání opakovat tytéž úkony, např. doteky počítání,
mytí se a podobně.....0 1 2 3 4
66. Neklidný, nebo narušený spánek.....0 1 2 3 4
67. Touha lámat, rozbít, nebo jinak ničit věci.....0 1 2 3 4
68. Mívat nápady nebo názory, které "nejsou pro druhé".....0 1 2 3 4
69. Cítit se nesvůj, nejistý, mezi lidmi.....0 1 2 3 4
70. V návalu lidí jako ve frontě, v obchodě v kině,
se cítit nepříjemně, nejistě.....0 1 2 3 4
71. Pociťovat vše jako námahu.....0 1 2 3 4
72. Chvilky pocitů hrůzy nebo paniky.....0 1 2 3 4
73. Při jídle nebo pití nepříjemný pocit mezi lidmi.....0 1 2 3 4
74. Dostávat se do častých sporů.....0 1 2 3 4
75. Nepříjemný pocit, nervozita, jste-li osamotě.....0 1 2 3 4
76. Druzí vám nevyjadřují dostatečné uznání
za vaše úspěchy, zásluhy, apod.....0 1 2 3 4
77. Pocity osamocení i když jste mezi lidmi.....0 1 2 3 4
78. Pocity takového neklidu a nepokoje, že nemůžete ani klidně sedět.....0 1 2 3 4
79. Pocit, že za nic nestojíte, k ničemu nejste, nikam se nehodíte.....0 1 2 3 4
80. Známé věci jako by byly nějaké podivné, neskutečné.....0 1 2 3 4
81. Sklony zlostně na někoho pokřikovat, křičet,
nebo zlostně, vztekle házet a práskat věcmi.....0 1 2 3 4
82. Strach z omdlení na veřejnosti.....0 1 2 3 4
83. Myšlenky, že vás lidé zneužijí či využijí,
dáte-li jim příležitost, necháte-li se.....0 1 2 3 4
84. Mívat myšlenky sexuálního obsahu,
které silně obtěžují a znepokojují.....0 1 2 3 4

85. Myšlenky, že si zasloužíte potrestání za hříchy,
přestupky, či poklesky.....0 1 2 3 4
86. Děsivé myšlenky nebo představy.....0 1 2 3 4
87. Myšlenka, že se děje, nebo se už stalo něco vážného,
změna s vaším tělem.....0 1 2 3 4
88. Necítit se citově blízký k žádné osobě.....0 1 2 3 4
89. Pocit viny.....0 1 2 3 4
90. Dojem, že s vaším myšlením, myšlenkami, či rozumem
není něco v pořádku.....0 1 2 3 4

SCL-90

Obvyklá mezinárodní zkratka: SCL – 90

Plný název v originále: Self- Report Symptom Inventory

Plný název v češtině: nepoužívá se

Autoři: L.R. Derogatis, L.S. Lipman, L. Covi

Poznámka: Jedná se o novější rozšířenou verzi dotazníku HSCL (Hopkána Symptom Checklist).

Hodnocení populace: dospělí ambulantní pacienti psychiatričtí i nepsychiatričtí

Účel užití: sledování psychopatologických symptomů u ambulantních pacientů

Doporučený uživatel: střední zdravotnický pracovník

Zdroj dat: výpověď pacienta o jeho potížích

Technika získání dat: zaškrťování skóre pacientem ve speciálním předtištěném formuláři nebo třídění kartiček s jednotlivými položkami do třídících boxů (druhý způsob je zdouhavější při přepisování skóre do standardního formuláře, považujeme jej však za méně únavný pro pacienta a robustnější vůči vzniku „ haló efektu“)

Hodnocené období: poslední týden, včetně dne hodnocení

Transformované veličiny:

- a) celkový index příznaků (General Symptomatic Index, GSI)
- b) počet pozitivních příznaků (Positive Symptom Total, PST)
- c) průměrná závažnost příznaků (Positive Symptom Distress, PSDI)
- d) dimenzí skóry (jde o faktorové skóry)

Výpočet transformovaných skóre a sycení dimenzí:

GSI- celkový skór/ 90

PST- počet položek s nenulovými skóry

PSDI- celkový skór/ PST

Dimenze 1 (somatizace): položky 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58

Dimenze 2 (obsese- kompulze): položky 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65

Dimenze 3 (interpersonální senzitivita) : položky 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73

Dimenze 4 (deprese) : 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79

Dimenze 5 (úzkost) : položky 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86

Dimenze 6 (vztek- hostilita) : položky 11, 24, 63, 67, 74, 81

Dimenze 7 (fobie) : položky 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82

Dimenze 8 (paranoidita) : položky 8, 18, 43, 68, 76, 83

Dimenze 9 (psychoticismus) : položky 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

Nezařazené položky: 19, 44, 59, 60, 64, 66, 89

Literatura:

Derogatis,L.R.,Lipman, R.S.,Covi,L.: SCL-90:Self-Report Symptom Inventory.In:
Guy,W.:ECDEU Assesment Manual for Psychopharmacology.Rev.Ed.Rockville,DHEW
1976,s.313-331

Příloha č.7

Zungova sebeposuzující stupnice deprese- dotazník pacienta

ZUNGOVA SEBEPOSUZOVACÍ STUPNICE DEPRESE

JMÉNO.....VĚK.....

DATUM.....

1. Jsem smutný, skleslý a zkroušený
2. Ráno se cítím nejlépe
3. Jsou chvíle, kdy je mi do pláče
4. V noci mám potíže se spaním
5. Jím stejné množství jídla jako dříve
6. Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení
7. Všiml jsem si, že ubývám na váze
8. Mám potíže se zácpou
9. Srdce mi buší rychleji než obvykle
10. Unavím se i bez příčiny
11. Mám v hlavě jasno jako obvykle
12. Snadno zvládám totéž co dříve
13. Cítím nepokoj a nevydržím v klidu
14. Jsem plný naděje do budoucna
15. Jsem více podrážděný než obvykle
16. Snadno se rozhoduji
17. Cítím se užitečný a potřebný
18. Žiji plným životem
19. Cítím, že pro ostatní by bylo lépe, kdybych zemřel
20. Těší mne stejné věci jako dříve

Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z 20 položek

Nikdy

nebo zřídka

Velmi často

Někdy Dosti často nebo stále

Instrukce pro vyplnění:

Přečtěte si pečlivě každou větu. Pro každou položku zaškrtněte ve sloupcích ten kroužek, který nejlépe vyjadřuje,

jak jste se cítil/a v průběhu posledních dvou týdnů.

Dodržíte-li dietu, u položek 5 a 7 odpovídejte, jako kdybyste na dietě nebyl/a.

SDS index Globální klinický dojem (CGI)

Méně než 50

50–60 Přítomny známky minimální
nebo lehké deprese

60–69 Přítomna středně silná až zcela
zřetelně vyjádřená deprese

70 a více Přítomna těžká až extrémně
těžká deprese

Normální, nejeví známky deprese

SDS index hrubé skóre

maximální skóre 80

× 100

Příloha č. 8

Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic

SDS

Obvyklá mezinárodní zkratka: SDS

Plný název v originále: Zung's Self – Rating Depression Scale

Plný název v češtině: Zungova sebesposuzující stupnice deprese

Autor: W.W.K. Zung

Hodnocená populace: dospělí s depresivním syndromem střední a lehčí intenzity

Účel užití: hodnocení změn v průběhu terapie

Doporučený uživatel: střední zdravotnický pracovník

Zdroj dat: pacient

Technika získání dat: nejlépe tříděním kartiček s texty jednotlivých položek do třídících boxů, označených názvy skóru: doporučuje se , aby třídění pacient prováděl za přítomnosti vyšetřující osoby

Přibližné trvání jednoho hodnocení: 20 minut

Hodnocené období: uplynulý týden

Transformované veličiny: hrubý celkový skór

Upozornění: položky 2, 5, 6, 11, 12 , 14, 16, 17, 18 a 20 se započítávají do hrubého celkového skóru převráceně, tj. označí-li pacient položku skórem n, pak do celkového skóru se započítává skór 3-n: v tomto manuálu se nepoužívá originální Zungovy transformace na celkový Z- skór, což je vyjádření hodnoty celkového skóru v procentech jeho maximální hodnoty, je třeba proto vždy hovořit o hrubém celkovém skóru

Literatura:

Zung,W.W.K.: A Self- Rating Depression Scale,Arch.Gen.Psychiat.,15,1965:63-70.

Zung,W.W.K.: Factors Influencing the Self- Rating Depression Scale,Arch.Gen.Psychiat.,16,1967:543-547.

Příloha č.9

Zungova sebesuzující stupnice úzkosti- dotazník pacienta

ZUNGOVA SEBEPOSUZOVACÍ STUPNICE ÚZKOSTI

JMÉNO..... VĚK

DATUM

1. Cítím se více nervózní a úzkostný, než obvykle
2. Mám strach, a vlastně nevím z čeho
3. Snadno se rozzuřím nebo zpanikařím
4. Mám pocit, že jsem rozvrácený, rozpadlý na kusy
5. Je se mnou všechno v pořádku a neobávám se ničeho nepříjemného
6. Cítím chvění a rozklepanost v rukou a v nohou
7. Obtěžují mě bolesti hlavy, bolesti v šíji, bolesti v kříži
8. Cítím se slabý a snadno se unavím
9. Jsem klidný a mohu pokojně sedět
10. Cítím, že mi srdce tluče rychleji
11. Obtěžují mě závratě
12. Někdy je mi na omdlení
13. Volně se mi dýchá
14. Mám otupělost nebo brnění v prstech na rukou či nohou
15. Trpím bolestmi v žaludku nebo poruchami trávení
16. Mám časté nutkání močit
17. Ruce mám obvykle suché a teplé
18. Mám pocit, že rudnu v obličeji
19. Snadno usínám a dobře se vyspím
1. Cítím se více nervózní a úzkostný, než obvykle
2. Mám strach, a vlastně nevím z čeho
3. Snadno se rozzuřím nebo zpanikařím
4. Mám pocit, že jsem rozvrácený, rozpadlý na kusy
5. Je se mnou všechno v pořádku a neobávám se ničeho nepříjemného
6. Cítím chvění a rozklepanost v rukou a v nohou
7. Obtěžují mě bolesti hlavy, bolesti v šíji, bolesti v kříži
8. Cítím se slabý a snadno se unavím
9. Jsem klidný a mohu pokojně sedět
10. Cítím, že mi srdce tluče rychleji
11. Obtěžují mě závratě
12. Někdy je mi na omdlení
13. Volně se mi dýchá
14. Mám otupělost nebo brnění v prstech na rukou či nohou
15. Trpím bolestmi v žaludku nebo poruchami trávení
16. Mám časté nutkání močit
17. Ruce mám obvykle suché a teplé
18. Mám pocit, že rudnu v obličeji
19. Snadno usínám a dobře se vyspím

20. Mám noční děsy (nepříjemné sny)

Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z 20 položek

Nikdy

nebo zřídka

Velmi často

Někdy Dosti často nebo stále

Instrukce pro vyplnění:

Přečtěte si pečlivě každou větu. Pro každou položku zaškrtněte ve sloupcích ten kroužek, který nejlépe vyjadřuje, jak jste se cítil/a v průběhu posledních dvou týdnů.

SDS index Globální klinický dojem (CGI)

Méně než 50

50–60 Přítomny známky minimální
nebo lehké úzkosti

60–69 Přítomna středně silná až zcela
zřetelně vyjádřená úzkost

70 a více Přítomna těžká až extrémně
těžká úzkost

Normální, nejeví známky úzkosti

SDS index hrubé skóre

maximální skóre 80

× 100

Příloha č. 10

Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic

SAS

Obvyklá mezinárodní zkratka: SAS

Plný název v originále: Self-Rating Anxiety Scale

Plný název v češtině: Zungův dotazník úzkosti

Autor: W.W.K. Zung

Hodnocená populace: dospělé osoby trpící příznaky úzkosti

Účel užití: kvantifikace příznaků úzkosti

Doporučený uživatel: střední zdravotnický pracovník

Zdroj dat: výpověď pacienta o jeho potížích

Technika získání dat: zaškrtování skóre pacientem ve speciálně předtištěném formuláři nebo třídění kartiček s jednotlivými položkami do třídících boxů

Hodnocené období: poslední týden včetně dne hodnocení

Transformované veličiny: celkový skóre, pro všechny výpočty se položky 5, 9, 13, 17 a 19 započítávají invertovaně, tj. je-li hrubý skóre n , započítává se pro výpočet skóre $(4-n)$

Literatura:

Zung, W.W.K.: A Rating Instrument for Anxiety Disorders. Psychosomatics, 12, 1971: 371-379.

VYTAŽENÉ POUZE DEPRESIVNÍ POLOŽKY

V zájmu další úspěšné léčby vyplňte laskavě následující dotazník.

Zakroužkujte stupeň obtíží podle toho, v jaké míře je pociťujete.

Jméno:..... Datum:.....

V posledních týdnech se u mne vyskytují tyto obtíže:

Pocit, že mám málo energie, nebo pocit celkového zpomalení

vůbec ne, trochu, středně, silně, velmi silně

Ztráta sexuálního zájmu nebo uspokojení

vůbec ne, trochu, středně, silně, velmi silně

Myšlenky na ukončení života

vůbec ne, trochu, středně, silně, velmi silně

Mám blízko k pláči, snadno se rozpláču

vůbec ne, trochu, středně, silně, velmi silně

Pocit jako bych byl/a chycen/a do pastí, zaskočen/a, nebo při něčem nedovoleném přistížen/a

vůbec ne, trochu, středně, silně, velmi silně

Sebeobviňování

vůbec ne, trochu, středně, silně, velmi silně

Pocit osamělosti, opuštěnosti

vůbec ne, trochu, středně, silně, velmi silně

Skličenosť, sklесlost, beznaděj, smutná nálada

vůbec ne, trochu, středně, silně, velmi silně

Připouštím si nadměrné starosti

vůbec ne, trochu, středně, silně, velmi silně

Nemám o nic zájem

vůbec ne, trochu, středně, silně, velmi silně

Pocit beznaděje do budoucna

vůbec ne, trochu, středně, silně, velmi silně

Pocit'uji vše jako námahu

vůbec ne, trochu, středně, silně, velmi silně

Pocit, že za nic nestojím k ničemu nejsem, nikam se nehodím

vůbec ne, trochu, středně, silně, velmi silně

Děkuji vám za spolupráci

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

k zachycení a kvantifikaci depresivních příznaků u vašich pacientů vám nabízíme k využití depresivní škálu z dotazníku SCL-90 o 13 položkách. Derogatisův dotazník SCL-90 je semikvantitativní metodika, která je celosvětově používána ve výzkumu i v klinické praxi. Devadesát otázek pokrývá celkem deset psychopatologických okruhů (somatizace, obsese - kompulze, interpersonální senzitivita, deprese, úzkostnost, hostilita, fobie, paranoidní myšlení, deteriorace čili tzv. psychoticismus a obecné příznaky). Je použitelný jak pro aktuální zhodnocení, tak pro dlouhodobé sledování psychického stavu.^{1,2}

Interpretace je jednoduchá: Ke každé odpovědi je toto možné **VYHODNOCENÍ: vůbec ne = 0 bodů, trochu = 1 bod, středně = 2 body, silně = 3 body, velmi silně = 4 body. Celkový počet bodů se sečte.** Hraniční hodnoty, kdy je třeba uvažovat o depresi jsou u mužů 15 bodů, u žen 22 bodů. Závažnost deprese je přímo úměrná počtu bodů:

22 (15) - 30 ----- mírná deprese

30 - 40 -----středně závažná deprese

40 a více -----těžká deprese

¹Baštecký,J., et al.(Eds.): Psychosomatická medicína. Praha, Grada, 1993

²Honzák,R.: Deprese. Praha, Galén, 1999