

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE FILOZOFICKÁ FAKULTA**

**KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE**

**Magdalena MATULOVÁ**

**NÁZORY KLIENTŮ CENTRA KRIZOVÉ INTERVENCE**  
**V PRAZE - BOHNICÍCH NA SLUŽBY, KTERÉ**  
**ZAŘÍZENÍ POSKYTUJE**

Obor:	Sociální práce
Forma studia:	Prezenční
Akademický rok:	2006/2007
Vedoucí diplomové práce:	PhDr. Olga Havránková
Oponent diplomové práce:	PhDr. Daniela Vodáčková
Datum obhájení:	
Výsledek obhajoby:	

PROHLAŠUJI,

že tuto předloženou bakalářskou práci jsem vypracovala zcela samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze dne 25. 5. 2007

Podpis:

Chtěla bych poděkovat celému týmu Centra krizové intervence za jejich přátelský a vstřícný přístup a za nejpřínosnější praxi svého života, kterou jsem u nich absolvovala. Také bych jim ráda poděkovala za to, že mi umožnili provést výzkum v jejich zařízení. V neposlední řadě bych ráda poděkovala PhDr. Olze Havránkové za odborné vedení mé práce.

# OBSAH

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
<b>1 KRIZE.....</b>	<b>10</b>
1.1 TYPOLOGIE KRIZÍ .....	11
1.2 JAK POZNÁME ČLOVĚKA V KRIZI? .....	12
1.3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PRŮBĚH KRIZE .....	13
1.4 POMOC V KRIZI .....	14
1.4.1 <i>Neformální pomoc v krizi</i> .....	14
1.4.2 <i>Formální pomoc v krizi</i> .....	16
1.5 PŘEKONÁNÍ KRIZE.....	16
<b>2 KRIZOVÁ INTERVENCE.....</b>	<b>17</b>
2.1 FORMY KRIZOVÉ INTERVENCE.....	18
2.1.1 <i>Prezenční forma pomoci</i> .....	18
2.1.2 <i>Distanční forma pomoci</i> .....	18
2.2 SPECIFICKÉ ZNAKY KRIZOVÉ INTERVENCE .....	19
2.3 ČEHO JE DOBRÉ SE V KRIZOVÉ INTERVENCI VYVAROVAT.....	20
<b>3 KRIZOVÁ PRACOVÍŠTĚ .....</b>	<b>22</b>
3.1 DEFINICE KRIZOVÉHO CENTRA.....	22
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>23</b>
<b>4 METODOLOGIE .....</b>	<b>24</b>
4.1 CÍL VÝZKUMU, VÝZKUMNÁ OTÁZKA .....	24
4.2 VOLBA METODOLOGIE .....	24
4.2.1 <i>Definice kvalitativního výzkumu</i> .....	24
4.2.2 <i>Průběh a zásady kvalitativního výzkumu</i> .....	24
4.3 NÁSTROJE SBĚRU DAT .....	25
4.3.1 <i>Pozorování</i> .....	25
4.3.2 <i>Rozhovor</i> .....	25
4.3.3 <i>Analýza osobních dokumentů</i> .....	26
4.4 CÍLOVÁ POPULACE A VÝZKUMNÝ VZOREK.....	26
4.5 MÍSTO VÝZKUMU .....	27
4.5.1 <i>Popis Centra krizové intervence</i> .....	27
4.6 ČASOVÝ PLÁN .....	28
4.7 METODA VYHODNOCOVÁNÍ DAT.....	29
<b>5 ANALYTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>30</b>
5.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	30
5.2 VLASTNÍ ANALÝZA DAT .....	30
5.2.1 <i>Linka důvěry</i> .....	31
5.2.2 <i>Pobyt na lůžku</i> .....	31
5.2.2.1 <i>Kvalita ubytování</i> .....	31
5.2.2.2 <i>Počet osob na pokoji</i> .....	32
5.2.2.3 <i>Strava na CKI</i> .....	32

5.2.2.4	Denní program .....	32
5.2.2.5	Režim dne .....	33
5.2.2.6	Pocit, že je o klienta „dobře postaráno“ .....	33
5.2.2.7	Délka pobytu na lůžku .....	34
5.2.3	<i>Stacionář</i> .....	35
5.2.3.1	Začátek denního programu .....	35
5.2.3.2	Rozvržení programu na komunitu – relaxaci – skupinu .....	35
5.2.3.3	Délka komunity .....	36
5.2.3.4	Komunita s pracovním týmem vs. komunita pouze s terapeutem .....	37
5.2.3.5	Délka relaxace .....	38
5.2.3.6	Oblíbený typ relaxace .....	38
5.2.3.7	Oblíbená poloha při relaxaci .....	39
5.2.3.8	Práce s tělem .....	39
5.2.3.9	Délka jednotlivého sezení skupinové psychoterapie .....	40
5.2.3.10	Počet osob na skupině .....	41
5.2.3.11	Verbální vs. neverbální techniky .....	41
5.2.3.12	Nejoblíbenější terapeut .....	42
5.2.3.13	Nejméně oblíbený terapeut .....	44
5.2.3.14	Střídání terapeutů .....	47
5.2.3.15	Individuální konzultace s lékařem .....	48
5.2.3.16	Spokojenost s individuálními konzultacemi s lékařem .....	49
5.2.3.17	Nejvíce a nejméně přínosná aktivita stacionáře .....	50
5.2.3.18	Celková délka stacionáře .....	52
5.2.4	<i>Kontakty na následnou péči</i> .....	52
5.2.5	<i>Přístup personálu</i> .....	53
5.2.6	<i>Finanční otázky</i> .....	53
5.2.7	<i>Silné a slabé stránky CKI</i> .....	54
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>56</b>
	<b>KRITICKÁ REFLEXE</b> .....	<b>60</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>61</b>
	<b>PŘÍLOHA - SCÉNÁŘ ROZHOVORU</b> .....	<b>62</b>

Motto:

„Duševní krize není choroba, ale součást života. Bezkrizový život není štěstím, ale sérií úhybných manévrů.“

Jana Kubů

## ÚVOD

Tématem mojí bakalářské práce jsou **názory klientů Centra krizové intervence v Praze - Bohnicích na služby, které zařízení poskytuje**. V tomto zařízení jsem absolvovala dlouhodobou praxi, během níž jsem se důkladně seznámila se všemi službami, které Centrum krizové intervence (dále jen CKI) nabízí. Během praxe mi bylo umožněno provést rozhovory s klienty a zjistit tímto způsobem jejich názory na služby CKI.

Svoji práci bych ráda koncipovala tak, aby měla praktické využití – a to jak pro osoby, které se cítí být ohroženy krizí (pro ně může být moje práce zdrojem informací o krizi, o jejím zvládnutí apod.), tak pro CKI. Věřím, že výsledky rozhovorů s klienty mohou být pro pracovníky CKI velmi zajímavé a mohou podle nich provést určité změny ve svých službách.

Přestože se o tématu krize v dnešní době hodně mluví, domnívám se, že je krize často vnímána jako něco výhradně negativního. Mnoho lidí si neuvědomuje, že s krizí přichází také nové příležitosti, nové šance. Šance ke změně, příležitost začít něco nového, příležitost začít znovu a lépe. I z těch nejbolestivějších životních krizí lze získat něco pozitivního. Člověk se díky nim může stát psychicky odolnějším, vyzrálejší, moudřejším. Když se člověk ocitne v krizi, na kterou již nestačí vlastními silami, je dobré dokázat si říct o pomoc. Požádat o pomoc není projevem slabosti, ba naopak je to důkazem odvahy, odhodlanosti, síly. Ne vždy na tuto pomoc stačí přátelé, proto jsem ráda, že existují zařízení jako je CKI, kde se člověku dostane odborné pomoci a citlivého, lidského přístupu. Největším rizikem krizového stavu je možnost sebevraždy, a proto si myslím, že by životní krize neměly být podceňovány, měly by se řešit a mělo by se člověku dostat pomoci, kterou v tu chvíli potřebuje a kterou si není schopen poskytnout sám.

Svoji práci člením do dvou částí – teoretické a praktické. V **teoretické části** se nejdříve zaměřím na téma krize, dále na krizovou intervenci a krizová pracoviště. V kapitole o krizi budu definovat pojem krize, uvedu některé typologie krizí, budu se zabývat tím, jak poznáme, že je člověk v krizi, dále se budu zabývat faktory, které ovlivňují průběh krize, formami pomoci a zvládnutím krize. V kapitole o krizové intervenci vysvětlím, jaké formy krizové intervence existují, jaké má specifické znaky a kterým způsobům jednání je dobré

se v krizové intervenci vyhnout. V kapitole o krizových pracovištích budu definovat jaká zařízení v České republice poskytují pomoc v krizi a zaměřím se především na krizová centra.

Pro **praktickou část** svojí práce jsem si vybrala **kvalitativní výzkum**, který mi umožní proniknout do hloubky zkoumané problematiky. Prostřednictvím rozhovorů s klienty CKI se pokusím dosáhnout cíle své práce, kterým je **zjistit, jaké jsou názory klientů Centra krizové intervence v Praze - Bohnicích na služby, které zařízení poskytuje.**

Výzkumná otázka tedy zní: **Jak klienti Centra krizové intervence hodnotí služby, které toto centrum poskytuje?**



# **TEORETICKÁ ČÁST**

**KRIZE** Krizi můžeme definovat jako reakci na situaci, kterou jedinec nemůže snadno řešit v rámci obvyklých strategií, jakými je zvyklý zvládat zátěž (Špatenková, 2004a).

Krizi lze také chápat jako subjektivně ohrožující situaci s velkým dynamickým nábojem, potenciálem změny. Bez ní by nebylo možné dosáhnout životního posunu, zrání. Krize je tedy zároveň nebezpečím i příležitostí. (Vodáčková, 2002).

V psychiatrii, psychologii a psychoterapii se výraz krize používá pro extrémní psychickou zátěž, nebezpečný stav, životní událost, rozhodný obrat v léčbě (Hartl, 1993).

Tobiášová (2002) vyzdvihuje individuálnost prožívání krize. Krize je dle autorky stavem ryze subjektivním. Svůj vnitřní svět i své okolí vnímá každý jedinec naprosto odlišně - věci, události a ostatní lidé mají pro každého člověka jiný význam. To, co pro jednoho může znamenat bezvýznamnou životní epizodu, může pro jiného znamenat příčinu dezintegrace osobnosti. Každý člověk disponuje různě silnými obrannými a adaptačními mechanismy a mírou frustrační tolerance.

Dle Špatenkové (2004a) přichází krize tehdy, jestliže jedinec vyhodnotí situaci jako velmi nebezpečnou a jestliže nenachází způsob, jak se s ní vyrovnat. Špatenková stejně jako Tobiášová vyzdvihuje subjektivnost vnímání krize: „Krizí je taková situace, kterou klient za krizi považuje.“ (Špatenková, 2004a, s. 21).

Eis (1994) upozorňuje na to, že krizi nemůžeme označit jen za něco záporného. Každá krize nás totiž očišťuje a skrze prožitou bolest nás posouvá na vyšší stupeň ve vztazích k našemu okolí – tj. k lidem a současně nás posouvá na vyšší stupeň mravní. Autor v krizi také spatřuje příležitost - příležitost vyzkoušet sebe sama, prověřit své možnosti a meze. V tomto smyslu je krize, přestože ji nezdědka doprovázejí stavy a prožitky bolesti, něčím ozdravujícím, protože často brání člověku ustrnout na dosažené úrovni.

Poslední definice, kterou bych ráda uvedla, je z knihy Duševní krize a psychoterapie: „Do krize se dostáváme, střetneme-li se s překážkou, kterou nejsme schopni vlastními silami,

eventuelně za pomoci nám blízkých lidí zvládnout v přijatelném čase a navyklým způsobem.“ (Vymětal, 1995, s. 13). Autor krizi považuje za přirozený jev, který k člověku neodmyslitelně patří. Její pozitivní význam spatřuje v tom, že přispívá k osobnostnímu růstu a zrání lidského jedince – to je ale podmíněno včasným rozpoznáním a překonáním krize. V opačném případě, pokud krize sama neodezní, ústí v psychickou labilitu a poruchy zdraví, přičemž vždy snižuje kvalitu života člověka. Vymětal dále upozorňuje na to, že individuální růst a zrání se uskutečňuje ve společenství a spolu s druhými lidmi – a s ohledem na ně. Proto i k účelnému překonání krizového stavu je obvykle nutná přítomnost druhých a přijetí jejich nabízené pomocné ruky.

## **TYPOLOGIE KRIZÍ**

Typologie krizí se liší dle jednotlivých autorů. Mnohé jsou si ale v základu podobné. Ráda bych se podrobněji zabývala typologií, kterou uvádí Vymětal (1995). Krize dělí do šesti skupin.

**1. Krize vývojové** – jsou „normální“ v tom smyslu, že postihují každého člověka. Vyskytují se v určitých etapách života – např. v dospívání, klimakteriu apod. Patří sem i významné události rodinného života jako je narození dítěte, odchod dětí z rodiny, odchod do důchodu, úmrtí jednoho z partnerů atd.

**2. Krize traumatické** – jsou pro duševní zdraví zvláště nebezpečné a jsou důsledkem událostí, které přicházejí náhle, „jako blesk z čistého nebe“. Traumatická krize může nastat jako následek nečekaného úmrtí někoho velmi blízkého, po zjištění nevěry, při náhlé ztrátě zdraví, při ztrátě zaměstnání. Tento typ krize se promítá i do funkce imunitního systému a může se významně podílet na propuknutí nemoci – psychosomatické poruchy, nádorová onemocnění aj.

**3. Krize zjevné** – jedná se o ty krize, které si jedinec uvědomuje a připouští. Jedná se především o skutečnosti, které jsou v rozporu s jeho sebeobrazem, tedy tím, jak se vnímá, hodnotí, charakterizuje, nebo jde o skutečnosti, které „nelze nevidět“ – např. vážné somatické onemocnění nebo rozpad manželství.

**4. Krize latentní** – jsou člověku utajené, jejich význam a dopad si člověk neuvědomuje. Mnohdy je to proto, že si je jedinec vlastně nechce připustit. Tato forma krize se nejběžněji projevuje nepřímo ve vedení méně hodnotného a jednostranného způsobu života: např. „útěk“ do pracovní aktivity jako následek manželského nesouladu. Latentní krize se také může projevovat skrze zdravotní obtíže – např. nadměrná únava, stěhovavé bolesti nejasného původu atd.

**5. Krize akutní** – bývají velmi nápadné, bouřlivé, mívají jasně ohraničený začátek i konec. Lidé v akutní krizi bývají častými klienty krizových center a manželských poraden. Pokud akutní krize není skutečně vyřešena, může přejít v chronickou krizi.

**6. Krize chronické** – jsou svým začátkem i průběhem poměrně nenápadné, zato trvají a zatěžují jedince dlouhodobě (řádově i roky). Nejčastěji se týkají meziosobních vztahů, a jestliže vrcholí, stávají se akutními. Tento typ krize se často projevuje tělesnými zdravotními obtížemi (bolestmi hlavy, zad apod.).

## **JAK POZNÁME ČLOVĚKA V KRIZI?**

V souvislosti s krizí dojde u člověka k narušení či ztrátě duševní rovnováhy. Psychické a zdravotní obtíže související s nevyřešenou krizí jsou nejčastěji depresivní a úzkostné stavy. Z tělesných příznaků pak bolesti hlavy či různých jiných orgánů bez objektivního nálezu, případně funkční poruchy (např. zácpa, průjem). Krize bývá také provázena poruchami spánku, pocitem ztráty jistoty a bezpečí, nastupuje subjektivně prožívané ohrožení, bezradnost, „zmatek v hlavě“ a dojem, že je člověk na všechno sám. V tuto chvíli začíná být osobnost ohrožena ve své integritě, člověk se dostává do stavu napětí, jež přechází v úzkost nebo „únavu ze života“, kterou signalizuje depresivní nálada a prožívání (Vymětal, 1995).

„Za upozornění stojí, že stále častěji se subjektivní a vztahové problémy lidí somatizují, čili v jejich důsledku je psychická odezva minimální, zato však si stěžují na somatické obtíže, jež jsou pro lékaře obtížně zařaditelné do určitého klinického obrazu poruchy či onemocnění.“ (Vymětal, 1995, s. 33).

## FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PRŮBĚH KRIZE

Kdy a proč krize začne, jaký bude mít průběh a kdy a s jakými následky skončí, záleží na celé řadě okolností. Přestože je prožívání krize vysoce individuální záležitostí, je podle Špatenkové (2004a) možné identifikovat určité společné determinanty, které ovlivňují reakci na krizi. Například:

**1. Věk** – určuje psychologickou problematiku typickou pro danou vývojovou etapu, individuální i společenská očekávání ve vztahu k sociálním rolím, někdy také rizika pojící se k určitým krizím (např. riziko sebevražedného pokusu je vyšší u dětí a dospívajících, ale také třeba u osamělých seniorů).

**2. Pohlaví** – ženy, na rozdíl od mužů, vyhledávají častěji institucionalizované formy psychosociální pomoci. Obecně se předpokládá, že ženy jsou emotivnější, sdílnější, že potřebují ventilovat své problémy, zatímco muži jsou v tomto ohledu uzavřenější a hledají útěchu spíše v alkoholu, práci (hyperaktivitě) nebo v sexualitě.

**3. Životní situace** – je soubor faktorů zahrnující: materiální situaci, pracovní situaci (zaměstnání), bydliště, rodinnou situaci apod.

**4. Zdravotní stav** – rozumí se jím psychický i fyzický stav klienta. Jedinec oslabený nemocí nebo dlouhodobým strádáním (v důsledku nedostatku spánku, jídla nebo odpočinku) je méně odolný vůči ohrožení psychické rovnováhy a rozvoji symptomů krize.

**5. Osobnostní faktory** – především charakter, temperament, emoční stabilita (nebo naopak labilita), extroverze (či introverze), adaptabilita a s tím související odolnost vůči zátěži apod.

**6. Schopnost zvládat náročné životní situace** – zde hrají hlavní roli především obranné mechanismy a mechanismy zvládnání zátěžových situací (coping).

**7. Dřívější nevyřešené krize** – v minulosti prožité krize, které se jedinci nepodařilo překonat, oslabují jeho schopnost řešit další krize.

**8. Spolupůsobící krize** – sekundární krize, které přicházejí v citlivém období, kdy je již v důsledku primární krize psychická, fyzická a sociální pohoda klienta narušena, mohou průběh a projevy krize prohlubovat, prodlužovat, komplikovat nebo chronifikovat.

**9. Naděje** – je důležitou silou, která pomáhá v překonávání krize.

**10. Náboženské přesvědčení** – může být významným zdrojem víry a naděje a zdrojem podpory v krizi.

**11. Sociální opora** – je důležitým faktorem, který napomáhá úspěšnému zvládnutí krize.

Na závěr bych ještě ráda doplnila faktory, které mají pozitivní vliv na vyrovnání se s krizí (Špatenková, 2004a). Jsou to zejména:

- již výše zmíněná sociální opora,
- možnost ventilace emocí,
- schopnost nalézt v krizi nějaký smysl,
- dřívější zkušenost s krizí.

## **POMOC V KRIZI**

Krize a její zvládnání představuje významnou „prověrku“ nejen vlastních adaptačních možností daného jedince, ale také adaptačních možností jeho přirozeného sociálního okolí – nejbližší rodiny, příbuzných, přátel atd. Sociální okolí a jeho podpora představuje významný potenciál pomoci lidem v krizi – v tomto případě hovoříme o neformální pomoci v krizi, zatímco institucionalizovanou odbornou pomoc označujeme jako formální.

### **Neformální pomoc v krizi**

Neformální pomoc v krizi zahrnuje především **svépomoc** a **vzájemnou pomoc**.

#### **Svépomoc**

V souvislosti se svépomocí můžeme hovořit především o funkci tzv. obranných mechanismů<sup>1</sup>. Obrannými mechanismy rozumíme stabilní dispozice jedince reagovat určitým způsobem na náročné životní situace (Vágnerová, 1999). Mezi obranné mechanismy dle Špatenkové (2004a) například patří:

**Útok** – je častou reakcí na náročnou životní situaci, může se projevat verbální atakou, výhrůžnou gestikulací a mimikou, ale také fyzickým útokem.

**Únik** – může být faktický (útěk z místa tragédie), symbolický (zakrytí obličeje rukama), fantazijní (představy typu „jaké by to bylo, kdyby...“), do nemoci, do alkoholu nebo drog, ale také únik ze života (sebevražda).

**Represe** – je vytěsnění toho, co se ve skutečnosti děje (nebo se již stalo) z vědomí mimo vědomí (např. týrané dítě si „nedokáže vzpomenout“ na tresty rodičů, přepadená žena si nedokáže vybavit útočníka apod.).

**Regrese** – je návrat k vývojově nižším stádiím, osoba tím obvykle vyjadřuje zvýšenou potřebu péče a podpory ze strany svého okolí.

Autorka uvádí další pojem, který se v psychologické literatuře používá pro zvládání náročných životních situací – jedná se o anglickým termín **coping**. Na rozdíl od obranných mechanismů, které skutečnosti falzifikují, coping realitu respektuje. Lazarus a Folkmanová (1984) coping vymezují jako behaviorální, kognitivní nebo sociální reakce jedince, jejichž cílem je regulace vnitřních nebo vnějších tlaků pramenících z interakce jedince s prostředím.

### **Vzájemná pomoc**

Vzájemnou pomocí je myšleno obdržení pomoci od blízkých osob (příbuzných, přátel, známých a dalších). Sociální opora má přímý vliv na snížení stresu - jinými slovy - působí jako nárazník tlumící vliv krizové situace. Pokud systém sociální opory chybí, vede to ke snížení psychické odolnosti jedince a možnosti si s krizí poradit (Špatenková, 2004a).

---

<sup>1</sup> Svépomoc nezahrnuje jen funkci obranných mechanismů, v podstatě zahrnuje všechny postupy a strategie, kterými se jedinec snaží pomoci sám sobě (Špatenková, 2004a).

## **Formální pomoc v krizi**

Formální pomocí v krizi rozumíme obvykle institucionalizovanou pomoc osobám v krizi, která bývá označována jako krizová intervence. Krizovou intervencí se budu podrobně zabývat v samostatné kapitole.

## **PŘEKONÁNÍ KRIZE**

Téma krize bych ráda uzavřela částí o jejím překonání. „Krizová intervence v sobě nese důležité poselství: krizi je možné překonat, zvládnout, „dostat se z toho“, „uzdravit se z ní“. Tuto naději může klient zcela zahlcený krizí pomalu, ale jistě ztrácet. Proto je nezbytné v rámci krizové intervence u klienta posílit, případně obnovit naději na změnu a zprostředkovaně tak posílit jeho kompetenci krizi vyřešit.“ (Špatenková, 2004a, s. 47).

Co tedy znamená překonání krize? Dle výše zmíněné autorky zvládnutí krize **znamená**:

- znovuzískání energie potřebné k běžnému, „normálnímu“ fungování,
- obnovení vztahů a vazeb k ostatním lidem,
- opětovná schopnost cítit uspokojení,
- někdy i radost, že potíže nejsou stálé nebo nekonečné (člověk, který překonal krizi si ale uvědomuje, že potíže se mohou čas od času znovu aktivizovat, vrátit – např. při výročí, náhodné poznámce apod.).

Je dobré dodat, co autorka za zvládnutí, překonání krize **nepovažuje**:

- zapomenutí na to, co se stalo - někdy to není ani účelné, ani možné (např. smrt milovaného člověka)
- vytvoření si představy, že život bude stejný jako před tím – klient i jeho život se po překonané krizi často mění.



**KRIZOVÁ INTERVENCE** Pojem krizová intervence v sobě zahrnuje dvě základní sdělení – jde o určitý druh odborné práce s člověkem, který se ocitl v krizi. Přístup ze strany krizového pracovníka je aktivní, spočívá z hlediska času v rychlém až okamžitém zásahu (intervenci). Předpokládá se, že v krizi se může ocitnout každý člověk, to znamená zdravý, bez vážnější poruchy duševního či tělesného zdraví, či člověk, jehož krize má přímý či nepřímý vztah k jeho onemocnění. Krizová intervence má významný preventivní potenciál (Vodáčková, 2002).

Krizovou intervencí můžeme vymezit jako specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v krizi (Matoušek, 2003). Tvoří ji různé formy pomoci, které mají za úkol vrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu, narušenou kritickou životní událostí.

Špatenková (2004b) uvádí, že krizová intervence zahrnuje především pomoc:

- psychologickou
- lékařskou
- sociální
- právní.

**Psychologická pomoc** spočívá v časově omezeném terapeutické kontaktu zaměřenému na problém, který krizi vyvolal.

**Lékařská pomoc** zahrnuje především intervenci psychiatrickou a v případě potřeby také medikaci a krátkodobou hospitalizaci.

**Sociální pomoc** je v rámci krizové intervence chápána jako činnost směřující k okamžitému sociálnímu zásahu zaměřenému na osoby, které se ocitly v akutní krizové situaci.

**Právní pomoc** spadá především do kompetence právníků, ale v omezeném rozsahu může být poskytnuta také sociálním pracovníkem.

Krizová intervence tedy představuje komplexní, intenzivní pomoc.

## FORMY KRIZOVÉ INTERVENCE

Formy odborné pomoci v krizi můžeme klasifikovat podle různých kritérií, Špatenková (2004b) klasifikuje formy krizové intervence podle typu kontaktu krizového intervenanta s klientem na **prezenční** a **distanční** formu pomoci.

### Prezenční forma pomoci

Prezenční pomoc zahrnuje ambulantní formu pomoci, hospitalizaci, terénní a mobilní služby.

**Ambulantní pomoc** je poskytována klientům, kteří se osobně dostaví do ambulance nějaké instituce, která je primárně určena k poskytování pomoci lidem v krizi (ambulance krizového centra), případně instituce, v jejíž kompetenci je poskytování krizové intervence sekundární (např. ambulance psychoterapeutických pracovišť, psychiatrické ordinace, rodinná poradna apod.).

**Hospitalizace** je krátkodobé umístění klienta na tzv. krizové lůžko v krizovém centru. K hospitalizaci se přistupuje v tom případě, je-li klientův stav takový, že mu neumožňuje setrvání v domácím prostředí a poskytování jiných forem pomoci. Hospitalizace eliminuje rizikové faktory (např. nachází-li se klient v prostředí, ve kterém je ohrožen jeho život nebo bezpečnost – týrané děti nebo ženy; je-li třeba sledovat psychický stav klienta – v případě suicidální hrozby apod.).

**Terénní a mobilní služby** spočívají v přenesení procesu krizové intervence na místo, kde se nachází osoba (případně osoby) v krizi – může to být domov, škola, nemocnice, ulice nebo místo, kde došlo k neštěstí nebo katastrofě.

### Distanční forma pomoci

Distanční forma pomoci představuje proces krizové intervence, kdy je krizový intervenant prostorově vzdálen od klienta. Distanční forma pomoci zahrnuje především telefonický nebo internetový kontakt s klientem (Špatenková, 2004b).

**Telefonická pomoc** nabízí osobám v krizi pomoc a podporu skrze telefon. Tato pomoc je obvykle zajišťována linkami důvěry. Linky důvěry mohou být úzce specializovány na určitou klientelu nebo mohou poskytovat služby širokému spektru volajících.

**Internetová pomoc** je nejnovější formou krizové intervence. Vzhledem ke stále rostoucímu počtu uživatelů internetu a k velkým komunikačním možnostem tohoto média lze očekávat, že zájem o tento typ pomoci bude stoupat.

„Telefon nebo internet představují nástroje, které přibližují pomoc řadě klientů, kteří nejsou schopni si o ni říct jiným způsobem nebo ji jiným způsobem obdržet. Může se jednat např. o pacienty v ebrietě<sup>2</sup>, intoxikaci, panice, při započatém sebevražedném pokusu, ale také o devianty, potenciální nebo skutečné pachatele trestných činů. Distanční formy pomoci jsou vhodné také např. pro klienty, kteří z nejrůznějších důvodů nemohou do poradny nebo ambulance přijít sami – malé děti, staří lidé, nemocní, imobilní. Pro ně může telefonický nebo internetový kontakt znamenat téměř jedinou možnost pomoci v tísní nebo osamělosti.“ (Špatenková, 2004b, s. 25).

## **SPECIFICKÉ ZNAKY KRIZOVÉ INTERVENCE**

Špatenková (2004b) spatřuje specifické znaky krizové intervence v následujících bodech.

Krizový stav vyžaduje **okamžitou pomoc** – poskytnutí pomoci by mělo být tak rychlé, jak jen je to možné.

Během krize je nutné **redukovat ohrožení** – např. utvářením emocionální podpory, zajištěním pocitu bezpečí a také pomocí materiální (zajištění přístřeší, jídla apod.).

V krizové intervenci je **koncentrace na problém „tady a teď“** – analýza historie krize a historie klienta je potřebná pro porozumění podstaty a hloubky krizových reakcí, ale krizová intervence jako taková se zaměřuje na aktuální situaci a aktuální problém.

Krizová intervence je **časově omezená** – obvykle se jedná o 6 až 10 setkání, v případě krátkodobé hospitalizace nepřevyšuje pobyt na lůžku 6 až 10 dní, resp. nocí.

---

<sup>2</sup> Ebrieta neboli opilost (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Ebrieta>, 2007-05-03).

Krizový intervent je s klientem v **intenzivním kontaktu** – četnost kontaktů může být relativně vysoká, např. i každodenní.

Krizový intervent má vůči klientům **strukturovaný, aktivní, někdy i direktivní přístup** – od trpělivého, empatického naslouchání až po direktivní zásah v situaci ohrožení zdraví či života klienta.

**Individuální přístup** ke klientovi – krize je subjektivní záležitost, proto mohou různí lidé reagovat na stejné krizové situace různými způsoby a za daných okolností mohou potřebovat „něco jiného“.

Vodáčková (2002) charakterizuje specifické znaky krizové intervence obdobně jako Špatenková a navíc doplňuje následující body.

V krizové intervenci tvoří hlavní **těžiště práce s klientem řešení problému**.

Jedním z cílů krizové intervence je **posílit klientovu kompetenci** natolik, aby v řešení své krizové situace zvládl co možná nejvíce svým vlastním přičiněním.

Odborná práce v krizové intervenci je **eklektická** – je šitá na míru člověka a jeho situaci.

V krizové práci je vhodné se zaměřit na celý **system** – v krizi se totiž jedinec většinou neocitne osamoceně, jeho situace se týká přímo či nepřímo celého vztahového systému.

Člověk v krizi přichází jako celek – se svou duší, tělem a vztahy – krizová intervence by proto měla zaujímat celý **prostor bio-psycho-sociálně-duchovní**.

Krizová intervence má mít tam, kde je to indikováno, **návaznost** v další odborné práci s klientem.

V práci s krizovými stavy by měli mít krizoví pracovníci za sebou **zázemí týmu**, který vytváří důležitou základnu pro pocit bezpečí pracovníků i klientů.

## **ČEHO JE DOBRÉ SE V KRIZOVÉ INTERVENCI VYVAROVAT**

Odborníci, kteří pracují s lidmi v krizi by se měli vyvarovat určitých neefektivních způsobů jednání s klienty. Dle Špatenkové (2004b) mezi ně patří:

- utěšování, přesvědčování, dávání „dobrých“ rad,
- tlumení emocionálních reakcí (místo „Přestaňte už plakat!“ raději „Zde se můžete vyplakat.“),
- vynucování rychlých rozhodnutí,

- bagatelizování intenzivních projevů krizové reakce (např. problémů s přijímáním potravy, poruch spánku, abúzu alkoholu a jiných drog apod.),
- příliš časnému podávání uklidňujících léků.

**KRIZOVÁ PRACOVIŠTĚ** V rámci své práce se omezím na současně fungující pracoviště v České republice. Téma vývoje krizových pracovišť v zahraničí a u nás je značně obsáhlé a domnívám se, že vzhledem k tématu mé práce ho není třeba rozebírat.

Vodáčková (2002) uvádí tyto podoby krizových pracovišť:

1. Krizové centrum s ambulantním a lůžkovým programem.
2. Krizové centrum ambulantního typu.
3. Pracoviště (jinak zaměřené) s krizovým programem.
4. Linka důvěry jako jeden z programů krizového centra.
5. Linka důvěry jako součást pracoviště s krizovým programem.
6. Linka důvěry jako samostatné pracoviště v regionu.

Tento výčet pracovišť je stále značně obsáhlý na důkladnější popis, a proto se zaměřím pouze na krizová centra, jelikož praktická část mé práce se týká právě tohoto typu zařízení.

## **DEFINICE KRIZOVÉHO CENTRA**

Krizové centrum představuje jednu z forem prezenční formy pomoci v krizi. V krizovém centru působí multidisciplinární tým, jehož členy jsou zpravidla psychologové, psychiatři, sociální pracovníci, lékaři a zdravotní sestry. Tým může úzce spolupracovat s dalšími odborníky – jako např. s právníky, duchovními, sexuology apod. Dále může tým spolupracovat s dobrovolníky a školenými laiky (studenti oborů pomáhajících profesí).

„Krizová centra disponují krizovými lůžky a obvykle také poskytují ambulantní služby. Mohou případně též provozovat linku důvěry. Krizová centra kromě diagnostické funkce mohou plnit i funkci terapeutickou. Mimoto může krizové centrum představovat pro klienta v krizi (případně také pro jeho rodinu) důležitý systém sociální opory, pokud přirozené zdroje sociální opory nefungují nebo absentují. To je důležité zejména v případě osamělých klientů nebo rodin v sociální izolaci.“ (Špatenková, 2004b, s. 24).

# **PRAKTICKÁ ČÁST**

## **METODOLOGIE CÍL VÝZKUMU, VÝZKUMNÁ OTÁZKA**

Cílem mého výzkumu je **zjistit, jaké jsou názory klientů Centra krizové intervence v Praze - Bohnicích na služby, které zařízení poskytuje.**

Výzkumná otázka tedy zní: **Jak klienti Centra krizové intervence hodnotí služby, které toto centrum poskytuje?**

### **VOLBA METODOLOGIE**

Pro téma svojí práce jsem si zvolila **kvalitativní metodologii**, protože umožňuje získat o tématu detailní informace, které se kvantitativními metodami obtížně dosahují. Tento typ výzkumu jsem si vybrala také proto, že umožňuje odhalení a porozumění problematice, o níž toho ještě moc nevíme – jinými slovy kvalitativní výzkum umožňuje prozkoumat doposud nepříliš probádaná témata a nalézt nové teorie, nové porozumění problematice.

#### **Definice kvalitativního výzkumu**

„Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů.“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 10).

Hendl (1999) uvádí, že kvalitativní výzkum se snaží o skutečné porozumění tomu, co zkoumáme.

#### **Průběh a zásady kvalitativního výzkumu**

Na začátku výzkumného procesu je pozorování, sběr dat. Pak následuje fáze, kdy se zjišťují pravidelnosti, které existují v těchto datech, stanovují se předběžné závěry a výsledkem může být nově formulovaná hypotéza nebo nová teorie (Disman, 2000).



Dále autor uvádí zásady, které platí pro kvalitativní výzkum:

- kvalitativní výzkum sbírá co nejvíce informací o málo jednotkách, znamená to tedy, že silně redukuje počet sledovaných jedinců
- výzkumník neví, kolik jedinců bude potřebovat pro získání informací, pokračuje tedy v získávání informací, dokud nedosáhne tzv. teoretické saturace – tj. stav, kdy již výzkumník od komunikačních partnerů nezískává žádné nové informace
- získaná data jsou individuální - tzn., že generalizace neboli zobecnění na populaci je problematické a někdy i nemožné
- kvalitativní výzkum má vysokou validitu<sup>3</sup> a nízkou reliabilitu<sup>4</sup>

## NÁSTROJE SBĚRU DAT

Disman (2000) uvádí, že v kvalitativním výzkumu se nejběžněji používají tyto nástroje sběru dat:

- pozorování
- rozhovor
- analýza osobních dokumentů

### **Pozorování**

Hendl (1999) rozlišuje pozorování neparticipantní a participantní.

**Pozorování neparticipantní** – pozorovatel při něm minimalizuje interakci s pozorovanými subjekty a snaží se získat úplný záznam chování ve skupině.

**Pozorování participantní** – zahrnuje přímou účast pozorovatele na dění.

### **Rozhovor**

Hendl (1999) uvádí toto rozdělení rozhovorů:

- strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami

---

<sup>3</sup> „Validní měření je takové měření, které měří skutečně to, co jsme zamýšleli měřit“ (Disman, 2000, s. 62).

<sup>4</sup> „Reliabilní měření je takové měření, které nám při opakované aplikaci dává shodné výsledky, pokud se ovšem stav pozorovaného objektu nezměnil.“ (Disman, 2000, s. 62).

- rozhovor pomocí návodu
- neformální rozhovor
- etnografický rozhovor
- narativní rozhovor
- episodický rozhovor
- skupinová diskuse, skupinové interview a vyprávění

Vzhledem k šíři různých variant rozhovorů se budu podrobněji zabývat pouze strukturovaným rozhovorem s otevřenými otázkami, který jsem použila při rozhovorech s klienty CKI (přesnou strukturu rozhovoru uvádím v příloze své práce na s. 62).

**Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami** – sestává se z řady pečlivě formulovaných otázek, na které mají komunikační partneři odpovědět. Tento typ rozhovoru jsem si zvolila, protože je vhodný v těch případech, kdy máme možnost provést rozhovor jen jednou. Dalším důvodem pro volbu tohoto typu rozhovoru byla jeho schopnost redukovat pravděpodobnost, že se rozsah získaných dat bude mezi jednotlivými rozhovory značně lišit. Základním účelem strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami je minimalizovat efekt tazatele na kvalitu rozhovoru. Data takového rozhovoru se snadněji analyzují, protože jednotlivá témata se lehce lokalizují, mají své jasně dané místo ve struktuře otázek (Hendl, 1999).

### **Analýza osobních dokumentů**

Analýza osobních dokumentů je analýza takových dokumentů, které nebyly vytvořeny pro účely prováděného výzkumu. Záznamem mohou být psané dokumenty nebo jakékoliv materiální stopy lidského jednání (Disman, 2000).

## **CÍLOVÁ POPULACE A VÝZKUMNÝ VZOREK**

**Cílovou populaci** v mém výzkumu představují všichni klienti CKI – původně jsem chtěla omezit cílovou populaci pouze na ty klienty, kteří v CKI absolvovali lůžkový pobyt a následně denní skupinový psychoterapeutický program – tzv. stacionář. Toto omezení ale

nebylo možné dodržet, protože v době, kdy jsem prováděla výzkum, nebyl k dispozici dostatečný počet klientů, kteří absolvovali oba výše zmíněné programy. **Výzkumný vzorek** tvoří 8 klientů, z nichž 5 využilo možnosti pobytu na lůžku i následného stacionáře a 3 klienti absolvovali pouze stacionář.

Výběr klientů, kteří tvoří výzkumný vzorek, probíhal tak, že jsem oslovovala klienty, kteří ukončovali stacionář s dotazem, zda by byli ochotni se mnou udělat rozhovor o jejich pobytu na CKI. Nikdo z oslovených klientů neodmítl účast na rozhovoru, což pro mě bylo příjemné a urychlilo to sběr dat. Neodmítnutí přičítám tomu, že mě všichni klienti dobře znali, protože jsem s nimi 2x týdně jako stážistka absolvovala program dopoledního stacionáře a důležitou roli dle mého názoru sehrál i fakt, že se nejednalo o choulostivé, intimní otázky.

## **MÍSTO VÝZKUMU**

Výzkum jsem prováděla v CKI v Praze – Bohnicích.

### **Popis Centra krizové intervence**

Celý název zařízení zní: **Centrum krizové intervence Psychiatrické léčebny Bohnice**. Adresa zařízení je: Ústavní 91, Praha 8, 181 02. Centrum se definuje jako „zařízení pro psychosociální pomoc lidem v krizi“.

CKI poskytuje tyto **formy pomoci**:

- linka důvěry
- osobní kontakt:
  - ambulantní konzultace
  - lůžkový pobyt
  - denní skupinový psychoterapeutický program

**Linka důvěry** – krizová intervence po telefonu, kontakty na psychiatrické, psychologické, poradenské a sociální služby v regionu, podpurný kontakt pro osamělé lidi.

**Ambulantní konzultace** – může mít podobu krizové intervence psychiatra či psychologa, dále podobu krátkodobé psychoterapie, může se jednat o nasazení medikace v indikovaných případech nebo o pomoc s vyhledáním návazných nebo specializovaných služeb. Frekvence kontaktu je závislá na povaze problému.

**Lůžkový pobyt** – je nabízen v indikovaných případech, a to maximálně na dobu 5 dnů. Součástí pobytu je skupinová i individuální psychoterapie.

**Denní skupinový psychotherapeutický program, tzv. stacionář** – probíhá každý všední den dopoledne. Program tvoří: komunita, relaxace a skupinová psychoterapie.<sup>5</sup> Zařazení do tohoto programu indikuje psychiatr/psycholog pracovního týmu. Program trvá 3, resp. 4 týdny. Je nutná každodenní docházka.

Pomoc CKI je určena:

- lidem s partnerskými, osobními a rodinnými problémy,
- lidem s úzkostmi, depresivními stavy, sebevražednými úvahami,
- lidem vyrovnávajícím se se ztrátou blízké osoby,
- obětem trestných činů a domácího násilí,
- lidem s akutním zhoršením stávající psychické poruchy,
- lidem, u nichž se poprvé v životě objevily příznaky duševní poruchy.

Péče CKI je plně hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Klienti mají možnost zůstat v anonymitě, v tom případě je nutné péči uhradit v hotovosti.

**Terapeutický tým** tvoří: 2 psychiatři, 1 psycholog, několik psychotherapeuticky vzdělaných zdravotních sester/bratrů a sociální pracovnice.

## **ČASOVÝ PLÁN**

Rozhovory jsem prováděla od února do dubna 2007. Jednotlivé rozhovory trvaly 30 až 45 minut.

---

<sup>5</sup> Stejný program mají i klienti, kteří jsou na CKI na lůžku – tzn., že pro klienty stacionáře i pro klienty na lůžku je jeden a tentýž program. Klienti na lůžku mají navíc pouze odpolední komunitu.

## **METODA VYHODNOCOVÁNÍ DAT**

Rozhovory jsem nahrávala na magnetofon. Takto získané informace jsem zpracovala pomocí doslovné transkripce – což je převod mluveného projevu z rozhovoru do písemné podoby (Hendl, 1999). Jedná se o velmi časově náročnou proceduru. Pro podrobné vyhodnocení je však transkripce podmínkou. Následné vyhodnocování dat je možné metodou počítačového programu ATLAS nebo její manuální obdobu, která spočívá v podtrhávání důležitých míst, opatřování určitých míst komentářem na kraji stránky, nebo vytváření seznamů a srovnávání jednotlivých míst textu. Tímto se dosáhne zúžení velkého množství materiálu na podstatné informace – vyhledávají se pravidelnosti v textech, logické řetězce mezi informacemi, důležitá témata atd. Pro svoji práci jsem si zvolila manuální metodu vyhodnocování dat.

# **ANALYTICKÁ ČÁSTCHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU**

Výzkumný vzorek tvoří 8 klientů CKI - 3 muži a 5 žen. Tyto komunikační partnery (takto kvalitativní výzkum označuje osoby, se kterými výzkumník vede rozhovor) jsem vybrala z toho důvodu, že v době, kdy jsem sbírala výzkumná data, ukončovali svůj pobyt na CKI, a tudíž byli vhodnými adepty na zodpovězení mých otázek týkajících se absolvovaného pobytu.

Rozhovory s komunikačními partnery jsem prováděla anonymně, proto budou v mé práci vystupovat pod přezdívkami.

## **VLASTNÍ ANALÝZA DAT**

V této kapitole se již budu zabývat konkrétními výsledky, které vyplynuly z rozhovorů s klienty CKI. Nejdříve uvedu okruhy témat, o kterých jsem s klienty hovořila (celý scénář rozhovoru je v příloze na s. 62)

### **1. názory klientů na služby, které CKI poskytuje**

- linka důvěry
- pobyt na lůžku
- stacionář
  - komunita
  - relaxace
  - práce s tělem
  - skupinová psychoterapie
  - individuální konzultace s lékařem
- kontakty na následnou péči

### **2. jiné názory klientů CKI**

- přístup personálu
- finanční otázky
- silné a slabé stránky CKI

## **Linka důvěry**

Linku důvěry – tedy možnost probrat svůj problém s pracovníkem CKI po telefonu využila pouze 1 klientka - Petra. Ostatní klienti linku důvěry nikdy nevyužili. Petra hodnotí tuto službu pozitivně.

## **Pobyt na lůžku**

Tato kapitola bude pojednávat o názorech 5 klientů, kteří absolvovali jak pobyt na lůžku, tak stacionář. Pro úplnost uvedu důvody, které vedly 3 zbývajících klienty k tomu, že nevyužili možnosti pobytu na lůžku, přestože jim byla nabídnuta.

*„Pobyt na lůžku mi byl nabídnut, důvod proč jsem ho nevyužil je jednoduchý: jsem velice pohodlný člověk, jsem navyknutý na určitou dávku komfortu a obávám se, že CKI zminěný komfort nenabízí. Je to ale čistě můj osobní názor a možná trochu má rozmazlenost. Nebo je možné že jsem zas tak v p... nebyl a tudíž jsem možnosti pobytu nevyužil.“*

Dominik

*„Neměla jsem tu potřebu, spíš jsem potřebovala být doma, být v tom svém klidným prostředí. Asi by mi pobyt tady v tom stavu, ve kterém jsem byla, moc nepřidal. Necítila bych se tady úplně pohodlně – že to nejsou moje věci, přece jenom doma – jsou tam všude ty známé věci kolem.“*

Darja

*„Měla jsem doma psa, takže jsem sem nemohla, ale kdybych ho neměla, tak bych sem asi šla.“*

Stela

## **Kvalita ubytování**

Klientů, kteří absolvovali pobyt na lůžku, jsem se ptala na jejich názor na kvalitu ubytování na CKI. Všem klientům ubytování vyhovovalo, byli spokojeni – některé dokonce „*uchvátilo*“, „*příjemně překvapilo*“. Ladě, Petře i Hance se líbilo, že byl jejich pokoj barevný – působilo to na ně dobře a útulně.

*„Mě to překvapilo. Byl tady za mnou kamarád a říkal, že se mám jak na hotelu. Přišlo mi to tady výborný.“*

Hynek

## Počet osob na pokoji

Dále mě zajímalo, jak na klienty působilo, že pokoj je pro 4 osoby. Domnívala jsem se, že klientům bude vadit, že je pokoj pro tolik lidí. Opak byl však pravdou. Většina klientů čekala, že pokoj bude dokonce pro víc lidí. Téměř všichni klienti ocenili, že mohli se svými spolubydlícími mluvit, že měli společnost. Pouze Marek uvedl, že pro něj někdy bylo příjemné, že sdílí pokoj s dalšími klienty a někdy z toho naopak měl nepříjemný, stísněný pocit, raději by byl sám.

*„No, překvapilo mě, že tak málo. Já jsem myslela, že je to tady větší, že to má větší kapacitu, ta krizovka, tak mě to překvapilo. ...Ze začátku jsem z toho byla vytřeštěná, protože jsem vůbec nechodila mezi lidi, ...jsem se toho bála, byla jsem z toho nervózní, ale pak jsem to uvítala, protože bejt sama, tak se tam člověk utrápí.“*

Helena

## Strava na CKI

Stravování hodnotili klienti vesměs pozitivně, což mě vzhledem k všeobecně známé pověsti nemocniční stravy překvapilo. Pouze Lada a Helena ohodnotily jídlo jako „někdy dobré, někdy ne“. Ostatním klientům strava chutnala, byli spokojeni.

## Denní program

Dále jsem se klientů ptala, jak jim vyhovovalo rozvržení aktivit během dne. Snažila jsem se především zjistit, zda jim vyhovuje volnější rozvržení odpoledního programu.

**Program dne klienta na lůžku** vypadá následovně:

8:45 – 9:00 – komunita

9:15 – 9:45 – relaxace

10:00 – 11:30 – skupinová psychoterapie (dále již jen skupina)

odpoledne – individuální konzultace s lékařem (jednou nebo dvakrát týdně)

17:00 – komunita

V otázce spokojenosti s rozvržením programu se klienti rozdělili na 2 části, a to na muže a ženy. Muži (Hynek a Marek) by uvítali, kdyby odpoledne byly nějaké aktivity. Na druhou



stranu ale oba uvedli, že jim někdy vyhovovalo, že mohli dělat, na co zrovna měli chuť. Pro tyto klienty by bylo možným řešením, kdyby odpolední aktivity probíhaly, ale klienti by se jich mohli zúčastnit nebo nezúčastnit podle své aktuální nálady, podle svého stavu.

Ženy byly oproti tomu rády, že měly odpoledne volno – všechny chodily do přilehlého parku a vyhovovalo jim, že mohou na chvíli ven, že nemusí být stále v budově. Lada a Helena také dodaly, že volná odpoledne často trávily se svými rodinami, které za nimi chodily na návštěvy.

Domnívám se, že malý zájem o více odpoledních aktivit, byl způsoben tím, že jsem rozhovory s klienty dělala na jaře, kdy bylo venku opravdu krásně. Jsem si jistá, že kdybych dělala rozhovory v zimě, bylo by více zájemců o odpolední aktivity.

*„Mně to, protože bylo krásný počasí, tak mi to vyhovovalo tak, jak to bylo - že jsem mohla bejt furt venku a hlavně za mnou chodil manžel, rodiče, takže ty vycházky mi pomohly víc, než kdybych tady někde něco kreslila.“*

Helena

Domnívám se, že odpolední aktivity (na nichž by byla dobrovolná účast) by byly pro klienty vhodné a že by je uvítali. Na druhou stranu si uvědomuji, že by to pro CKI znamenalo nutnost přijmout dalšího pracovníka, což nevím, jestli je ve finančních možnostech centra.

## **Režim dne**

V této části rozhovoru mě zajímalo, jak klienti vnímali režim na CKI – tzn., kdy se vstává, kdy je oběd, kdy je večerka apod. Všem klientům režim dne vyhovoval a shodovali se v tom, že je hodně podobný režimu jejich běžných dnů, takže pro ně nepředstavoval žádnou velkou změnu. Helena navíc vyzdvihla, že jí režim na CKI dal určitý řád dne, za který je ráda.

## **Pocit, že je o klienta „dobře postaráno“**

Další otázkou bylo, zda klienti měli pocit, že o ně bylo „dobře postaráno“. Zde jsem neměla na mysli zabezpečení jejich potřeb po technické stránce, ale citové zázemí, „pěči o

duši“, ochotu a čas pracovníků apod. V tomto bodě se opět všichni klienti shodli, že o ně bylo dobře postaráno, což je velmi dobrým hodnocením pro CKI.

*„Myslím, že jo, nikdy jsem tohle nezažila a hrozně mi pomohlo, že tady se mnou furt někdo mluvil – ráno třeba dvakrát, pak ještě odpoledne, večer, když byl jakýkoliv problém – stačilo zaťukat na dveře, jít pokecat. To mi hodně pomohlo. Cítila jsem se tady hodně v bezpečí.“*

Helena

### **Délka pobytu na lůžku**

Všech 5 klientů, kteří absolvovali pobyt na lůžku, využilo maximální možnou délku pobytu – tzn. 5 dní. Zajímalo mě, jestli se jim tato doba zdála dostačující. Čtyři z nich považovali pobyt na lůžku za příliš krátký. Měli pocit, že ještě nejsou připraveni odejít domů, zpět do „reálného“ života. Zajímavé je, že se většina z nich shodla na tom, že optimální délka by byla 7 dní.

*„Mně to nestačilo, měla jsem pocit, že bych chtěla víc, nechtělo se mi tady odsud. Ale opravdu – ten první den pro mě byl těžkej – že jsem najednou zase musela zvládat ty věci doma - ty děti, i ten manžel...tak ten první den byl hodně takovej těžkej, tak si myslím, že by mělo být aspoň 10 dní. Že si myslím, že těch 5 dní je opravdu málo – že jako pomohli mi strašně moc, ale myslím si, že minimální ta doba by měla být dvakrát tak dlouhá nebo aspoň tejdén – aspoň o ty dva dny víc, protože tam to opravdu bylo utnutý jak sekerou a přišlo mi to krátký...“*

Petra

Pro doplnění uvedu, jaký názor měl 5. klient – Marek. Marek měl ohledně konce pobytu rozporuplné pocity – cítil, že je dobře, že už odchází a přitom současně cítil, že by ještě rád zůstal.

Vodáčková (2002) k délce pobytu ve své knize Krizová intervence říká, že hospitalizace v případě krize se osvědčuje v délce pěti po sobě jdoucích dnů. Během této doby se dle autorky dá bezpečným způsobem zpracovat i poměrně těžký příběh do stadia řešitelnosti. Hospitalizace má člověku dát šanci, aby si mohl věci bezpečným způsobem uspořádat a přestát nejtěžší krizové období v chráněném prostředí. Autorka ale upozorňuje, že ukončením hospitalizace by kontakt klienta s krizovým zařízením neměl skončit. Klient by měl dostat nabídku ambulantních návštěv, případně stacionární péče nebo by měl obdržet

kontakt na jiné zařízení. Toto doporučení CKI dodržuje a velká část klientů pokračuje po pobytu na lůžku ve stacionární péči zařízení.

## **Stacionář**

V této kapitole se budu zabývat otázkami týkajícími se stacionáře. Následující otázky již zodpovídali všichni klienti, protože stacionář absolvovalo všech 8 komunikačních partnerů.

### **Začátek denního programu**

Během mé stáže na CKI došlo ke změně času začátku stacionáře – a to z 9:00 na 8:45. Ptala jsem se tedy klientů, zda-li jim tento čas vyhovuje. Většině, tzn. 6 klientům, vyhovuje, nemají s tím problém. Pouze Darja a Stela navrhují, že by se mohlo začínat v 9:00. Domnívám se tedy, že změna začátku programu byla klienty dobře přijata a nedělá jim potíže.

### **Rozvržení programu na komunitu – relaxaci – skupinu**

Dopolední program stacionáře má jasně danou strukturu a aktivity vždy probíhají ve stejném pořadí (viz. struktura dne s. 32). Zajímalo mne, zda toto pořadí klientům vyhovuje a zda jim nějaká aktivita v programu chyběla.

Klienti se v této otázce rozdělili na dvě poloviny – jedna polovina je spokojena, druhá polovina má připomínky a navrhuje, jak by se mohl program změnit, upravit. Např. Hynek by zavedl dvě relaxace.

*„Pro mě bylo vždycky po ránu zvláštní říkat nějaké ty pocity, jako třeba jak jsem se vyspal,... Bylo to hodně nárazový. Já bych řekl, že bych začal tou relaxací. Jako by se zklidnit – i když vím, že tím by se zkreslil ten pocit, jak se po ránu cítím, ale pocitově bych řekl....že by možná ty relaxace mohly být dvě. Já mám problém se soustředěním a roztěkaností, takže já bych uvítal ty dvě – že v tý první se člověk tak nějak jako zklidní, třeba i z tý cesty sem. Potom by mohla být komunita a pak další relaxace.“*

Stela by zase raději relaxaci umístila až na konec programu.

*„Já bych to udělala tak, že by byla komunita, pak skupina a relaxace až na závěr. Protože, když ráno říkáme, jak se cítíme nebo někdo mi dá nějaký podnět a já se do toho vžiju a začne mi být špatně, tak už se nemůžu dočkat, až o tom budu moct mluvit.“*

Darja by uvítala, kdyby bylo v programu více neverbálních technik a kdyby relaxace byla někdy střídána s jógou. Petra upozorňuje na dodržování přestávek mezi jednotlivými aktivitami.

*„... Že by ty přestávky měly být 10 minut – určitě každá, někdy to bylo jen 5 minut, jindy zas 15. Že by bylo optimální ty přestávky nějak stabilizovat, aby jedna byla 10 a ta druhá 15, aby ti lidi měli čas vydechnout z těch svých myšlenek, napít se, ...“*

Myslím si, že tyto názory mohou být zajímavé pro pracovníky CKI a že mohou být podnětem pro změny v programu.

### **Délka komunity**

Komunita má trvat 15 minut. Realita je ale taková, že délka komunity je přímo úměrná počtu klientů – což znamená, že se většinou protáhne. To má za následek, že se hned od začátku dne posune čas všech dalších aktivit nebo se začne s další aktivitou včas, ale na úkor délky přestávky.

S délkou komunity je spokojeno 5 klientů. 2 klienti by komunitu protáhli (na 30 minut) a 1 klientka - Petra si myslí, že by bylo dobré, aby se délka komunity vždy přizpůsobila počtu klientů - a to tak, aby na každého vyšly zhruba 2 minuty.

Myslím si, že návrh Petry je reálný a že by délka programu mohla být pohyblivá – mohla by se měnit dle počtu klientů (v případě většího počtu klientů by se celý program prodloužil o 15 minut). Během praxe jsem si všimla, že se často nepodařilo uhlídat, aby program trval stejně dlouho při počtu 4 i 10 osob, proto si myslím, že je zbytečné se snažit dodržet daný čas. Při větším počtu klientů bych navrhovala všechny aktivity přímo úměrně prodloužit – a to např. pouze s tím omezením, aby se nekončilo později než v 11:45 (regulární konec programu je v 11:30), protože ve 12:00 mají klienti, kteří jsou na lůžku oběd.

## **Komunita s pracovním týmem vs. komunita pouze s terapeutem**

Toto byla další změna, kterou tým CKI uskutečnil během mé stáže. Původně se komunity účastnil pouze pracovník, který vedl celý dopolední program. Změna spočívala v tom, že ranní komunity se bude účastnit celý pracovní tým, a to třikrát týdně, ve zbylých dvou dnech bude probíhat komunita pouze s terapeutem, který vede dopolední program.

Klienti se v této otázce rozdělili na 3 skupiny. Pro Marka, Darju a Ladu není rozdíl mezi komunitou s pracovním týmem a bez něj.

Pro Petru, Helenu a Hynka je přítomnost celého týmu pozitivní. Petra vyzdvihuje skutečnost, že je tam pro ni více lidí, kteří jí mohou pomoci a také, že se hned při komunitě její lékař může dozvědět, co je s ní nového a nemusí mu to potom znovu opakovat. S tímto se ztotožňuje i Helena, pro kterou je také důležité, že lékaři mohou během komunity sami vidět, jak klientům je a podle toho se s nimi mohou ihned domluvit na odpolední individuální konzultaci. Pro Hynka je přítomnost týmu projevem zájmu, hodnotí jeho přítomnost pozitivně, ale vyhovuje mu, že tým není přítomen na komunitě každý den.

Stela a Dominik spatřují na účasti týmu při komunitě něco negativního. Stela má pocit, že je takto víc kontrolována, že je pod dohledem. Dominikovi vadí, když sedí všichni členové týmu vedle sebe proti klientům.

*„Rozdíl mezi komunitou s pracovním týmem a bez něj samozřejmě vnímám, některé dny jsem to vnímal fakt jako v blázinci. Obzvláště když pracovní tým sedí v řadě u zdi na jedné straně místnosti a klienti jsou v podobě vějíře před nimi. Připadalo mi to jako tribunál pozorující zvláštní druh, který je podrobně pozorován. To by se dalo vyřešit promícháním se s klienty.“*

Myslím si, že celkově byla tato změna klienty přijata dobře. Podle Dominikova návrhu by se dalo zlepšit, aby pracovní tým neseděl pohromadě a nepůsobil jako porota. V tomto s Dominikem souhlasím a dovedu si představit, že to pro klienty může být nepříjemné. Se Stelinou námitkou, že jí vadí, když ji pozoruje (kontroluje) tolik lidí, tým bohužel asi nic nezmůže.

## **Délka relaxace**

Nyní se dostávám k tématu relaxace, které je mi hodně blízké, protože jsem během své stáže často relaxace vedla. Když relaxace končila a já se ptala klientů, jak se jim líbila, často jsem slýchávala, že relaxace byla moc příjemná, ale krátká, proto jsem se v rozhovorech klientů ptala, zda jim vyhovuje délka relaxace.

Marek, Darja a Dominik by si přáli, aby byla relaxace delší.

*„Chtěla bych delší relaxaci. Chtěla bych, aby trvala minimálně půl hodiny, třeba až tři čtvrtě hodiny. Když se dostanu do toho stavu – ty těžký ruce a tak a najednou ten rychlej návrat, to mi vždycky dělá problém. To se pak cítím, jak kdyby mě někdo bouchl po hlavě.“*

Darja

Hynkovi, Stele a Ladě délka relaxace vyhovuje jen někdy – záleží na jejich náladě, na jejich rozpoložení a také na typu relaxace, který se zrovna provádí. Podle toho jim pak přijde relaxace příliš dlouhá či příliš krátká.

Petře a Heleně vyhovuje délka relaxace. Obě se shodují, že pokud by byla relaxace delší, usnuly by.

Tento výsledek mne docela překvapil, protože jsem se domnívala, že většina klientů bude mít zájem o delší relaxaci. Vzhledem k tomu, že odpovědi jsou skoro vyvážené, nejsem schopná říct, zda by relaxace měly být delší či naopak kratší.

## **Oblíbený typ relaxace**

Na CKI se praktikují dva typy relaxace – autogenní trénink (AT) a relaxace dle Jacobsona. V rozhovorech jsem zjišťovala, který typ relaxace mají klienti raději.

Klienti se rozdělili na téměř 2 stejné poloviny co se oblíbenosti týče – 4 klienti mají raději AT, 3 relaxaci dle Jacobsona a Helena má ráda oba typy relaxace stejně. Z tohoto usuzuji, že je dobře, že CKI praktikuje oba typy relaxace, neboť jak AT tak relaxaci dle Jacobsona mají klienti rádi.

## **Oblíbená poloha při relaxaci**

Dále mne zajímalo, zda klienti preferují provádění relaxace vsedě či vleže.

Většina klientů (5) upřednostňuje relaxaci, při níž mohou ležet. Darji ještě navíc vyhovuje, když k relaxaci vleže hraje hudba. Stele postupem času začala více vyhovovat relaxace na zemi, ale střídá se to. Petře vyhovuje, když se poloha relaxace střídá – navrhovala by střídání poloh každý den, má ráda změnu. Jediná Lada dává přednost pozici vsedě. Hynkovi na poloze při relaxaci nezáleží.

Zde se mi ověřil můj předpoklad, že klienti mají raději relaxaci vleže.

## **Práce s tělem**

Místo relaxace bývá jednou nebo dvakrát týdně práce s tělem, kterou vede terapeut, jenž má na tuto techniku odborný výcvik. Ptala jsem se klientů, jak hodnotí tuto aktivitu programu.

Většinou klientů se práce s tělem líbí, hodnotí ji pozitivně, je to pro ně příjemné, účinné.

*„Já myslím, že je to fakt účinný, já jsem nikdy nic podobného necvičila, takže jsem překvapená, jak moc to může pomoci. Protože jsem ráno přišla s nějakým napětím, úzkostí a úplně to ze mě spadlo.“*

Petra

Stela si práci s tělem nevybavuje, a proto nemůže říct, jak ji hodnotí. Hynkovi a Heleně práce s tělem nevyhovovala, každému z jiného důvodu. Helenu tato aktivita „*ne bavila*“, Hynek upřednostňuje „*intenzivnější*“ cvičení.

*„Já s tím mám trošku potíž, mně to moc nevyhovovalo. Víc mi vyhovuje se pořádně fyzicky vybit – jako třeba na kole nebo v posilovně. Mně to tak nedalo, protože jsem z toho necítil žádnou intenzitu.“*

Hynek

Myslím si, že přestože Hynkovi a Heleně práce s tělem nevyhovuje, je dobře, že je na CKI praktikována. Věřím, že je to dobré obohacení programu a že práce s tělem má pro osoby v krizi velký význam. Během cvičení jsem si často všimla, že klientům dělá problém

uvědomovat si svoje tělo, že je pro ně problematické správně dýchat, stát nohama pevně na zemi apod. Práce s tělem může ve výše jmenovaných problémech hodně pomoci, a proto si myslím, že má na CKI oprávněně svoje místo.

### **Délka jednotlivého sezení skupinové psychoterapie**

V průběhu mojí stáže na CKI se často stávalo, že se během skupiny nestihlo probrat vše, co bylo potřeba nebo že klient začal mluvit 10 minut před koncem. V obou případech se musela práce ukončit neuzavřená. Zajímalo mne proto, jak klienti vnímají délku skupiny.

Darji a Stele délka skupiny vyhovuje. Dominikovi a Ladě délka skupiny také vyhovuje, ale mají k tomu připomínky. Dominikovi se zdá, že hodina a půl, což je oficiální délka skupiny, je vyhovující za předpokladu, že se jí účastní asi 6 klientů. Je-li klientů víc, nedostane se již na všechny dostatek času.

Lada upozorňuje, že když na důležitý problém „*vyjde málo času a utne se*“, tak další den hrozí, že se k němu jeho protagonista již nebude chtít vrátit. Proto navrhuje, aby se skupiny prodloužily v případech, kdy se probírá něco hodně důležitého. Prodloužení by podle Lady nemělo přesáhnout 30 minut.

Hynkovi délka skupiny nevyhovuje – navrhuje, že by měla být o půl hodiny delší. Na můj dotaz, zda by tedy měla trvat dvě hodiny, mi Hynek odpověděl, že ne, že hodina a půl by stačila. Tím jsme se dostali k problému, který jsem již zmínila u otázek ohledně komunity – a to, že se někdy protáhnou předchozí aktivity a na skupinu potom vyjde třeba jen hodina místo hodiny a půl.

Marek, Petra a Helena nemají vyhraněný názor na délku skupiny. Někdy jim připadá příliš dlouhá a někdy příliš krátká – závisí to na probíraném tématu.

Souhlasím s Hynkem, který upozorňuje na nedodržování správné délky skupiny. Myslím si, že je v pořádku, že skupina má trvat hodinu a půl a že by tato délka měla být dodržována. Co se týče návrhu Lady, domnívám se, že není dobré skupiny prodlužovat. Jsem totiž přesvědčena, že umět si říct o dostatek prostoru pro řešení svého problému (ne 10 minut před koncem) je důležitou součástí skupinové psychoterapie a právě díky



dodržování časového rámce se může klient naučit, že si musí říct o svůj prostor včas. Zastávám názor, že pokud se nestihne celý problém vyřešit na skupině, není to na závadu. Považuji za přirozené, že si klient „odnáší“ něco ze skupiny s sebou domů. Myslím si, že v mnoha případech to klientovi dokonce umožní o dané věci déle přemýšlet a získat na ni nový pohled. Také si ale uvědomuji, že někdy klientovi časový odstup nepomůže a přemýšlení o nedořešeném problému ho značně zúzkostní a zhorší jeho stav. Proto považuji za důležité, že klienti mají možnost se k nedořešenému problému vrátit další den na skupině nebo se odpoledne (po stacionáři) obrátit na CKI – ať již osobně či telefonicky.

### **Počet osob na skupině**

Během své praxe jsem zažila velké rozdíly v počtu členů na skupině – od 3 klientů až po 12 klientů. V rozhovorech jsem se snažila zjistit, jaký počet osob je klientům na skupině nejpříjemnější.

Všichni klienti, kromě Stely, se shodli na počtu v rozmezí od 5 do 8 lidí – to je pro ně optimální počet osob na skupině.

Jediná Stela uvedla výrazně jiný počet – a to 3 osoby. Odůvodnila to tím, že to jsou její nejoblíbenější členové skupiny, které považuje za chytré a uznává jejich názory, a proto by jí na skupině stačili jen tito 3 členové.

Musím dodat, že jsem si při vyhodnocování odpovědí uvědomila, že jsem otázku při rozhovorech neformulovala přesně, jelikož z odpovědí klientů není zřejmé, zda do počtu zahrnují i terapeuta nebo ne. Přesto si myslím, že odpovědi mohou být pro CKI přínosné. Domnívám se totiž, že odpovědi naznačují, v jakém počtu je klientům skupinová psychoterapie příjemná, a tudíž v jakém počtu by bylo dobré skupinu praktikovat.

### **Verbální vs. neverbální techniky**

Skupinová psychoterapie může využívat verbálních a neverbálních technik práce s klienty. Dle Vymětala (1995) mají verbální techniky těžší vlivu převážně ve slovech, tedy v řeči v běžném slova smyslu (povídání). Neverbální techniky jsou oproti tomu takové techniky, kde se vlastní ovlivňování děje mimo oblast slovního vlivu, i když bez určitého slovního působení se také neobejdou, např. při podávání instrukce pro určité cvičení – jedná se např.

o kreslení, práci s plastelínou, koláž apod. CKI využívá ve většině případů verbální techniky. Nepravidelně bývají tyto verbální techniky střídány technikami neverbálními. Zajímalo mne, jaké techniky klienti upřednostňují.

Marek a Stela mají rádi verbální i neverbální techniky, nemají žádnou ve větší oblibě. Hynek a Dominik mají jednoznačně raději verbální techniky. Darja má raději neverbální techniky – lépe se jí skrze ně vyjadřuje i chápe ostatní.

*„Já mám právě problém – vyjádřit to, co cítím a líp to jde malováním nebo takovýmahle věcma – že něco vyrábím a tak... A funguje to u mě, tak i u druhých, že to spíš líp pochopím, než když mi to někdo řekne takhle do očí. Třeba u Hynka – první týden jsem ho vůbec nechápala, nevěděla jsem, co je to za člověka a i když mluvil, tak jsem nevěděla. Pak jsem viděla tu jeho koláž a měla jsem jasno. Když jsem mu k té koláži něco řekla – že z toho mám takovej a takovej pocit, tak říkal: „No jo, máš úplně pravdu“. No, ty neverbální prostředky mi tady docela chyběly. Že jich bylo málo, že jsme třeba nekreslili.“*

Darja, Petra a Helena mluvily o tom, že za celou dobu docházení na CKI dělaly jen jednu nějakou neverbální techniku a že by byly rády, kdyby jich bylo bývalo více. Neverbální techniky je bavily, byly příjemnou změnou.

*„Dělali jsme vizitky – tak to mi přišlo takový konstruktivnější, člověk začne tvořit a nemusí mluvit, že je to zase něco jinýho a myslím, že by se to taky mělo střídat – že nejenom to povídání, ale třeba i to malování. Jinou techniku jsme tady neprovozovali. Určitě bych byla ráda, kdyby se to střídalo. Třeba jednou za týden by se mohlo něco tvořit.“*

Petra

Lada se necítila být schopna posoudit, co upřednostňuje, protože neverbální techniku dělala jen jednou, a to hned po příchodu na CKI.

Myslím si, že z odpovědí klientů vyplývá, že mají rádi neverbální techniky a že by uvítali, kdyby byly do programu zařazovány častěji.

### **Nejoblíbenější terapeut**

V rozhovorech jsem se ptala klientů, který terapeut jim nejvíce vyhovoval a čím to bylo - co z něj dělá dobrého terapeuta. Na vedení dopoledního programu se na CKI během mé praxe střídalo 5 terapeutů. V této části nechci jmenovat jednotlivé terapeuty a pořadí jejich

oblíbenosti, chci se spíše zaměřit na charakteristiky, které o nich klienti uvedli a vyčíst z nich, co z terapeuta dělá dobrého terapeuta, co klienti na terapeutovi oceňují.

*„On byl takovej pozitivně naladěnej, takovej optimista, byla s ním docela sranda. Na skupině byl takovej vtipnej, měl takový zvláštní myšlení – docela mě to oslovilo, zaujal mě jako člověk. Docela mě to bavilo ty jeho skupiny.“*

Darja

O prvním oblíbeném terapeutovi:

*„Mám trochu dojem, jakoby patřil mezi nás – že je takový trochu nervózní a tak. ... Možná i tím věkem – že je nám bližší, že je ironický občas – to mi taky přijde celkem vtipné.“*

O druhém oblíbeném terapeutovi:

*„Ty skupiny vede. Je vidět, že ji to zajímá. Má u ní člověk pocit, že dokáže člověka nějak nasměrovat – nenápadně, ale nasměruje. Mám dojem, že se do toho fakt vžívá.“*

Stela

*„Je aktivní, pokud diskuse začne sklouzávat směrem od problému, vždy do toho vstoupí a jasně vrátí téma diskuse na kolej, kde má být vedena. Je mi naprosto jasné a kolikrát i nepříjemné, že se toto děje, ale kolikrát jsou to věci, o kterých se ne zrovna jednoduše diskutuje. A konkrétně v mém případě jsem velice rád, že to tak dělá, protože se o problémech má hovořit a ne sklouzávat do méně citlivých oblastí.“*

Dominik

*„Mám pocit, že o nás jeví zájem, že je zajímavé. Že se mi zdá, že tu práci dělají rádi nebo že je baví - mám z nich ten pocit.“*

Petra

*„Má úžasnej hlas, že se i usměje, ta je mi nejsympatičtější, že poslouchá a je na ní vidět, že je máma, takže je mi bližší.“*

Helena

*„Cítil jsem s ním nějakou podobnost. Cítil jsem jeho přístup jako příjemnej.“*

Hynek

Co tedy z terapeuta dělá oblíbeného terapeuta? Z odpovědí klientů vyplývá, že významnou roli hraje určitá podobnost mezi klientem a terapeutem, důležitý je také otevřeně projevovaný zájem o klienty. Dále klienti oceňují, když je terapeut vtipný, když naslouchá

tomu, co klienti říkají, když se je snaží chápat, když dokáže vést skupinu a udržovat ji ve „správných kolejích“ a v neposlední řadě, když je na něm vidět, že ho jeho práce baví.

Toto jsou učebnicové charakteristiky dobrého terapeuta a je výbornou vizitkou pro CKI, že jeho terapeuti mají tyto, klienty oceňované, vlastnosti.

### **Nejméně oblíbený terapeut**

V této části se pokusím zjistit, co klientům na terapeutech nevyhovovalo, který terapeut jim „nesedl“ a proč.

Jediný Marek neuvedl žádného terapeuta. Většina klientů se shodla na jedné terapeutce. Pouze Helena měla tuto nejméně oblíbenou terapeutku za nejoblíbenější a nejméně oblíbenou terapeutkou pro ni byl někdo jiný. To, co Heleně vadilo na terapeutech bylo, že *„se nedokáže dívat lidem do očí, že má tiky a že byla stále vysmátá“* – toto vše způsobovalo, že Helena terapeutce nedokázala věřit.

Ostatní klienti se shodli na jedné nejméně oblíbené terapeutce. Vadilo jim, že skupiny málo vedla, že z ní necítili zájem, někteří z ní dokonce měli pocit, že ji skupina nebaví a že už by si přála, aby skončila.

*„Že dělá takové psycho v tom kruhu, nevede tu terapii – nechává to na nás a když něco řekne, tak jí nerozumím – co tím chtěla říct. Je pro mě nesrozumitelná. Má příjemný hlas, ale jen tady sedí a ..... Občas mám pocit, že jí lezeme na nervy, když je to tam velmi depresivní, že už se nemůže dočkat, až bude konec – že dává ty pocity najevo i nám, že už konec – už skončete. .... Když chce nějaký hovor překazit, tak prostě zastaví a něco řekne.....stále mluví o tom hrníčku, o vaření a hlouposti, ale vůbec jí nerozumím – co tím chce říct. Takže pro mě je jen člověk, který tam sedí. Dokonce mi přijde, že ona je takový bod, který mi vadí. Kdyby tam nebyla, tak si myslím, že by to bylo lepší. Že by tam vůbec nemusela být, že by se to mohlo nahrávat například a že by to úplně stačilo, že by to mohlo být i lepší.“*

Stela

*„Pořád chce, abysme „vařili“ v tom šíleném kotli. Zdá se mi, že ráda poslouchá a kouká se do toho kotle, místo aby se ptala a trošku to z nás dolovala. Mám za to, že spíš vyčkává, co tam kdo hodí a co se s tím samo stane. Kolikrát se stávalo, že bylo několikaminutové mlčení, což na mne nepůsobí dobře...“*

Dominik

*„Mám pocit, že je moc jemná. Není tak energická nebo..... Její pohled je takovej moc fádni, bez zaujetí,... není tam ten zájem, mám někdy i pocit, že ji to možná i někdy nudí nebo že už to chce skončit, což se třeba nevidím, já bych toho teda měla taky plný zuby, já bych to dělat nechtěla, ale někdy jsem prostě měla ten pocit, tak proto to říkám.“*

Petra

Tato terapeutka má psychoanalytický výcvik a její vedení skupiny bylo opravdu hodně nedirektivní, jak popisují klienti. Snažila se přimět klienty, aby pracovali sami, „protože v životě na to budou také sami“, snažila se, aby skupina pracovala díky skupinové dynamice, aby si klienti uvědomili, že obdobnou roli, kterou zaujímají na skupině, zaujímají i ve svém životě. Přístup této terapeutky byl hodně odlišný od přístupu ostatních terapeutů a vzhledem k velkému počtu klientů, kteří se shodli na její nejmenší oblibě, jsem se rozhodla oslovit PhDr. Havránkovou a zeptat se jí na její názor na tuto problematiku. PhDr. Havránková pracovala na CKI, na Katedře sociální práce FFUK přednáší Krizovou intervenci a také pracuje jako supervizorka.

PhDr. Havránková v rozhovoru uvedla, že žádný psychoterapeutický přístup nemůže být v krizové intervenci používán ve své „čisté“, nezměněné podobě. Každý přístup musí být přizpůsoben tomu, že terapeut pracuje s lidmi v krizi. Dále PhDr. Havránková uvedla, že lidé v krizi mohou mít pocit, že jejich trápení, bolest, pocit ohrožení, strach jsou bez limitu, že jsou nekonečné. Důležitou součástí krizové intervence je tedy dávat lidem limity, ohraničovat jim jejich prostor a pokud terapeut dává klientům velkou volnost, nijak neomezuje jejich prostor, pak se klienti mohou cítit ztraceni. Toto ale nijak nesouvisí s mentální úrovní člověka, tato skutečnost souvisí s tím, že člověk, pokud je v krizi, a někdo mu dá velký, neohraničený prostor, tak ho nic nenapadne – je to důsledek jeho krizového stavu. Výsledkem příliš velké volnosti je pouze to, že se lidé budou cítit trapně a zodpovědně za to, že je nic nenapadá, budou se cítit špatně za to, že nespolupracují, že neodvádějí tu práci, kterou po nich terapeut vyžaduje. Ale tak to v krizové intervenci být nemá. Terapeut má klientům pomáhat hledat témata, má nabízet techniky, díky kterým by se klientům o jejich problémech snáze hovořilo. Terapeut má také klientům dávat jasně najevo, co mohou, ale také co nemusejí dělat – že mají právo na skupině nemluvit, že mohou na skupině jen „být“ a nezapojovat se.

PhDr. Havránková dále uvedla, že si myslí, že psychoanalytický přístup pro lidi v krizi není vhodný, protože lidé v krizi potřebují odezvu (což v klasické psychoanalýze není),

potřebují „normální“ komunikaci (která plyne oběma směry, ne jen od klientů k terapeutovi) a také potřebují, aby o ně bylo postaráno (ne aby se oni sami starali o fungování skupiny). Terapeut by měl klientům dávat jasně najevo, že on je tam pro ně, že má pro ně vyhrazený čas, kdy se jim bude aktivně věnovat a bude skupinu vést, že se na něho mohou spolehnout, že je v tom nenechá „samotné“.

PhDr. Havránková také upozornila na to, že když s klienty pracuje terapeut, který jim nedává to, co potřebují (ohraničení, zájem, péči, strukturovanost), tak že se dá očekávat zhoršení stavu klientů. Klienti v krizi potřebují verbálně i neverbálně cítit, že terapeut o ně má zájem, že si pamatuje, co říkali, že jim dává zpětnou vazbu k tomu, o čem právě vyprávějí. Terapeut se musí klienta ptát, zjišťovat, co ho trápí, co by chtěl změnit, co mu chybí, co má rád, čemu by se chtěl věnovat apod. Pro klienty je důležité, aby se cítili bezpečně, když o něčem vypráví. To klade na terapeuta nároky – musí vyprávění „hlídat“, aby se např. klient nezdekompenzoval<sup>6</sup>. Klient musí mít jistotu, že když něco řekne, tak že od terapeuta uslyší odezvu a bude mu poskytnuta pomoc (o což se má hlavně postarat terapeut, nemá tuto zodpovědnost přenášet na klienty). Terapeut by měl klienta vyzvat k mluvení a zároveň by ho měl umět zastavit, když vidí, že klient již na další vyprávění nemá sílu, je to pro něho příliš náročné, bolestivé apod.

Terapeut by měl zahájit skupinu tím, že se klientů zeptá, co je nového, zda by někdo rád o něčem hovořil, měl by nabídnout techniky, které má pro skupinu připravené. Měl by zkrátka klientům pomoci v hledání náplně skupiny, rozhodně by tuto svou funkci neměl přenechávat klientům, neměl by v nich vyvolávat dojem, že to jsou oni, kdo se mají postarat o skupinu, že je to „jejich práce“ - což výše zmíněná terapeutka dělala.

PhDr. Havránková uvedla, že kdyby supervidovala práci na CKI, tak že by takovéto psychoanalytické vedení skupiny nepodporovala. Používání určitých prvků z psychoanalýzy je vhodné, ale nelze používat psychoanalytický přístup bez přizpůsobení skutečnosti, že terapeut pracuje s lidmi v krizi, kteří se od „běžných“ klientů, kteří vyhledávají terapii, značně liší.

Přístup terapeutky, která říká, že o vedení, náplň skupiny se mají postarat sami klienti, považuje PhDr. Havránková za zcela nevhodný. Člověk v krizi přichází na krizové

---

<sup>6</sup> Dekompenzace je zhoršení psychického (příp. i fyzického) stavu klienta.

centrum ne proto, aby se sám o sebe staral, ale aby se o něj postarali druzí a teprve potom - když má zážitek této dobré péče - se může začít starat sám.

Když jsem PhDr. Havránkové řekla, že jsem ze skupin dané terapeutky neměla pocit, že by to vůbec nefungovalo, ba naopak, že někteří klienti se zapojovali a snažili se vytvářet program skupiny, tak mi PhDr. Havránková odpověděla paralelou na příkladu rodiny. Když v rodině nefungují rodiče, starší děti převzou jejich zodpovědnost a starají se o mladší sourozence – takto to zafungovalo i na CKI (klienti, kteří byli ve stacionáři již delší dobu se snažili tvořit obsah skupiny). Toto je ale nouzové řešení, které je pro „starší“ klienty náročné a v danou chvíli zcela nevhodné, protože oni sami potřebují pomoc a v centru krizové intervence by měli klienti pomoc dostávat a ne ji dávat (místo terapeuta) ostatním klientům.

Z této kapitoly pro mne plyne ponaučení, že ať již má terapeut jakýkoliv psychoterapeutický výcvik, musí svoje znalosti a dovednosti vždy přizpůsobit stavu a možnostem daného klienta. Nelze aplikovat svůj přístup na všechny klienty stejným způsobem. Terapeut musí být citlivý k aktuálním možnostem klienta a podle nich s ním spolupracovat. Jednou naučený přístup se nedá neměnně používat za všech okolností a na všechny klienty. Je třeba s ním pracovat, modifikovat ho a využívat i jiné přístupy – to vše tak, aby to co nejvíce odpovídalo klientovým potřebám.

### **Střídání terapeutů**

Jedna z prvních věcí, které mě hodně zaujaly, když jsem přišla na CKI byla skutečnost, že se terapeuti, kteří vedou dopolední program, střídají téměř každý den. Když jsem si představila, že bych byla v roli klienta, věděla jsem, že by mi to nebylo příjemné. Proto jsem chtěla vědět, jak toto střídání vnímají samotní klienti.

Markovi, Ladě a Petře to nevadilo. Marka to ani nepřekvapilo. Ladě se zdálo, že terapeutů není moc a je na střídání zvyklá z práce (pracuje v nemocnici). Petra vzala střídání jako něco, co tak má být – nezná žádné podobné pracoviště a tak ani nepřemýšlela o tom, že by to mohlo být jinak. Dokonce střídání terapeutů vnímala pozitivně – jako možnost poznat víc lidí.

Jediný Dominik vnímal střídání terapeutů vyloženě jako pozitivum.

*„Střídání terapeutů vnímám kladně, mám rád jejich rozdílnost. ... Dovolil bych si to přirovnat k ročním obdobím. Stejně tak jako se těším na jaro, a je to krásný pocit, když jaro přijde, tak by ten pocit nebyl tak krásný, kdyby tady nebyla ta zima.“*

Ostatní klienti – Hynek, Darja, Stela a Helena měli problém se střídáním terapeutů a museli se s tím nějakým způsobem vyrovnávat. Většinou se s tím vyrovnávali tak, že když mluvili před novým terapeutem o něčem, co probírali s jiným terapeutem, tak mu to ve stručnosti znovu zopakovali. Někteří to také řešili tím způsobem, že si každý den skupinu symbolicky uzavřeli a další den se k ní již (s novým terapeutem) nevraceli.

Stela uvedla, že by pro ni by bylo dostačující, kdyby jí na začátku někdo z týmu seznámil s tím, jak často se terapeuti střídají. Byla by na to připravená a nepřekvapilo by ji to tolik. Pro Stelu by toto vysvětlení bylo dostatečným řešením častého střídání terapeutů.

Hynek a Darja navrhuje, že by bylo dobré, kdyby se terapeuti střídali po 2 dnech – aby mohla být mezi skupinami návaznost, aby se mohlo dořešit něco, co se nestihlo předchozí den. Toto vnímám jako dobrý nápad a myslím, že by tuto myšlenku mohlo CKI využít a uvést v praxi.

### **Individuální konzultace s lékařem**

Na CKI má každý klient „svého“ psychiatra nebo psychologa (člena týmu CKI), ke kterému chodí na individuální konzultace a na kterého se může obrátit, když má nějaký problém. V rozhovorech jsem se klientů ptala, jak jim vyhovovala častost těchto individuálních konzultací.

Odpovědi klientů mě překvapily. Myslela jsem si, že čím častěji se bude klient s lékařem setkávat, tím bude spokojenější. Výsledky ale tento můj předpoklad nepotvrdily. Častost setkávání s lékařem se mezi jednotlivými klienty značně lišila – od setkávání jednou týdně až po setkávání třikrát týdně.

Lada, Petra a Helena se vídaly s lékařem jednou týdně a byly s touto frekvencí spokojeny. Lada i Helena dodaly, že ví, že kdyby se něco dělo, tak že se mohou na lékaře obrátit i častěji, čehož Lada i využila. Jediná Darja, která se také s lékařem vídala jednou týdně, nebyla spokojena.



*„No určitě by mohly být častěji. Mívám tak jednou týdně. A docela jsou krátký – že když začnu něco rozebírat, tak už je konec. Takže si myslím, že by mohly být delší a třeba i dvakrát týdně. Tak hodina dvakrát týdně.“*

Hynek, Stela a Dominik se s lékařem setkávali dvakrát týdně a byli s touto frekvencí spokojeni. Marek si nemohl vzpomenout, kolikrát týdně se s lékařem vídal.

Většina klientů je s častostí kontaktů s lékařem spokojena, vyhovuje jim.

### **Spokojenost s individuálními konzultacemi s lékařem**

Dále jsem se klientů ptala, jak hodnotili individuální konzultace jako celek, jak s nimi byli spokojeni. Téměř všichni klienti hodnotili tyto konzultace kladně. Byly pro ně přínosné, ukázaly jim, jak o sobě a o svých problémech přemýšlet jinak, pomohly jim v hlubším pochopení těchto svých problémů a také v lepším poznání sebe sama.

*„Individuální sezení hodnotím kladně. Osobně se mi lépe hovoří před jednou osobou, než v kolektivu. Je to pro mne nová zkušenost, naučil jsem se více svěřovat, než bylo pro mne doposud zvykem.“*

Dominik

*„Tak já jsem chodila k paní doktorce X a ta mi sedla od první chvíle, protože to byl první člověk, který mě po dvaceti letech pochopil – první doktor, který chápal, co se děje, což mi dělalo strašně dobře, že někdo mě chápe - kromě rodičů. ... Loni, když jsem byla u psychiatra, tak mi řekl, že jsem simulant a tím to skončilo – tím skončily moje návštěvy na psychiatrii, takže jsem nevěřila doktorům potom.“*

Lada

*„Na těch pohovorech jsem zjistila, že můj problém je úplně jinde, než jsem si myslela, že je. Šlo to víc do hloubky, než co řeknete na tý skupině..... V podstatě tady otevírám samu sebe, protože jsem to sama se sebou nějak neřešila. Pomohlo mi to, že se tady víc najdu. Na těch individuálkách jsou ty věci nazvány pravým jménem.“*

Helena

Pouze Stela hodnotí individuální sezení jako „hrozná“, ale z celé odpovědi Stely mám spíše dojem, že ji ohromilo, jak silná, hluboká a intenzivní individuální sezení mohou být, než že by byla nespokojená s konzultacemi jako takovými či s přístupem lékaře.

*„Bylo to hrozný, protože člověk mluví, pak odejde a všechno mu to dojde a je to takové to drásání duše, přijde úplně rozhozený, protože myslel na to, na to, na to... Je to takové odkrývání,.... to jsem nevěděla, že to tak funguje. Já jsem myslela, že si člověk jen popovídá a to je všechno a že to bude v pohodě. To jsem netušila, že to bude takovýhle.“*

Z odpovědí klientů vyplývá, že individuální konzultace s lékařem pro ně byly velmi přínosné a smysluplné. Myslím si, že to je dobrým hodnocením pro lékaře CKI.

### **Nejvíce a nejméně přínosná aktivita stacionáře**

Poté, co jsem s klienty mluvila o všech aktivitách stacionáře, mne zajímalo, kterou z těchto aktivit považují za nejpřínosnější a kterou naopak za nejméně přínosnou. Ze seznamu aktivit jsem vyřadila komunitu, při které klient pouze krátce vypráví o tom, jak se aktuálně cítí a co se stalo předchozí den. Na seznamu tedy zůstaly tři aktivity: relaxace, skupina a individuální konzultace.

Marek, Hynek a Helena považují za nejpřínosnější aktivitu individuální konzultace s lékařem a za nejméně přínosnou aktivitu relaxaci. Pro Hynka byly individuální konzultace nejpřínosnější z toho důvodu, že při nich *„cítí větší intenzitu, byl nucen mluvit víc než na skupině“*. Pro Helenu mají individuální konzultace největší význam kvůli jejich využitelnosti v každodenním životě.

*„Mně, když je ouvej, tak s tím individuálem můžu pracovat každý den, že si vzpomínám, co mi tady bylo řečeno, nějak si to poskládám a ta relaxace – když jsem unavená, tak si jdu lehnout, když se mi blbě dechá, tak se stejně rozdechávám po svém – že už vím, jak na to sama v sobě....že by to bylo nepříjemný, to ne, ba naopak je to příjemný, ale když jdu řešit něco do práce, tak se tam těžko můžu rozrelaxovat. ....Že se to nedá používat v běžném životě.“*

Helena

Nejmenší přínos z relaxace vysvětluje Marek neschopností uvolnit se, Hynek tím, že relaxace může praktikovat i doma a Helena nepoužitelností relaxace v běžném životě.

Oproti tomu pro Darju a Stelu byly relaxace nejpřínosnější aktivitou stacionáře. Obě ocenily, že jim relaxace pomohly jak po fyzické, tak po psychické stránce. Pro Darju byla nejméně přínosnou aktivitou skupina. Bylo to z toho důvodu, že měla často pocit, že na skupině není prostor pro to, aby mohla mluvit – a to z těchto důvodů: že chtěla dát

přednost někomu jinému, kdo to podle ní potřeboval víc nebo nechtěla někomu „skákat do řeči“ – že by přerušila jeho téma a začala se svým.

Stela považovala za nejméně přínosnou aktivitu individuální pohovory s lékařem. A to z toho důvodu, že se mezi ní a lékařkou nevytvořil vztah, Stela lékařce nevěřila a bylo pro ni, obzvláště ze začátku, těžké mluvit o svých problémech. Také měla pocit, že ji lékařka nedokázala „nějak posunout“, že tam nedocházelo k odhalování příčin jejích problémů, že nešly „do hloubky“.

Pro Ladu byla nejvíce přínosnou aktivitou skupina. Pomáhalo jí, když poslouchala problémy ostatních, uvědomovala si díky tomu, že jiní na tom mohou být hůř než ona. Také pro ni bylo velice důležité, že si díky skupině uvědomovala, že „v tom není sama“. Nejméně přínosnou aktivitu Lada nevybrala, protože „nejméně přínosné pro ni nic nebylo, všechno jí něco dalo“.

Petra považuje za nejvíce přínosné dvě aktivity – individuální konzultace a relaxace. Obě tyto aktivity považuje za využitelné v dalším životě. U individuálních konzultací vyzdvihuje to, že jsou „šité na míru“, lékař se věnuje pouze jedné osobě – je tam jen pro klienta (oproti skupině). Skupinu považuje Petra za nejméně přínosnou aktivitu z důvodu její nevyužitelnosti v dalším životě.

Dominik nedokázal posoudit, která aktivita pro něj měla největší či nejmenší význam, protože „koktejl všech aktivit pro něj měl největší přínos“. Dokázal ale určit nejpříjemnější aktivitu, a tou pro něj byla relaxace.

Z odpovědí klientů se nedá vyvodit nejvíce a nejméně přínosná aktivita, na které by se všichni nebo většina shodli. Z odpovědí ale vyplývá, že důležitou roli pro ně hraje využitelnost aktivity v jejich každodenním životě.

Musím dodat, že mne překvapilo, pro kolik klientů hraje relaxace tak důležitou roli. Osobně jsem se totiž domnívala, že relaxace bude nejméně přínosnou aktivitou pro většinu klientů.

## **Celková délka stacionáře**

Délka stacionáře se pro klienty CKI liší dle toho, zda absolvovali pobyt na lůžku – v tom případě činí maximální délka stacionáře 3 týdny. Pokud klient nebyl na lůžku má nárok na maximálně 4 týdny stacionáře. Téměř všichni klienti, se kterými jsem dělala rozhovor, využili maximální možnou délku stacionáře. Zajímalo mne, zda se klientům tato délka zdála dostačující, příp. jaká by byla ideální délka.

Zajímavé je, že hodně klientů začalo svou odpověď tím, že délka nebyla dostačující, že se jim z CKI „ještě nechce“, ale zároveň dodali, že kdyby zde ještě zůstali, tak by si „moc zvykli a už by se jim odsud nechtělo nikdy“. Myslím si, že toto je obvyklý postoj klientů opouštějících zařízení, kde se jim dostalo dobré, kvalitní pomoci, a tudíž je pochopitelné, že se jim takové zařízení těžko opouští. Dobrým signálem ale je, že si klienti současně uvědomují, že už nastal „jejich čas“, že je správné odejít a „zkusit to sami“.

*„Moc se mi odsud nechce – je tady dobrá parta lidí, možná až moc dobrá... Já myslím, že na odchod připravený jsem – duševně. Já myslím, že to je dobrý, že to není dýl, protože člověk je nucen se opřít sám o sebe zase, prostě tak trošku tady neusnout.“*

Hynek

Z odpovědí usuzuji, že délka stacionáře je vhodně zvolena a že samotní klienti si uvědomují, že pokud by byla delší, byl by pro ně odchod z CKI ještě těžší.

## **Kontakty na následnou péči**

Jednou z dalších služeb, které CKI poskytuje, je předání kontaktů na následnou péči<sup>7</sup> pro klienty končící stacionář nebo pobyt na lůžku. Ptala jsem se klientů, zda tuto službu využili a pokud ano, jak byli s předáním kontaktů spokojeni.

Marek, Lada a Helena využili možnosti získat kontakt na následnou péči od CKI a byli spokojeni s předáním kontaktů. Hynek, Stela a Dominik této možnosti nevyužili, protože měli vlastní kontakt. Darja a Petra v době konání rozhovoru ještě nevyužily této možnosti, ale Darja plánuje využití této služby.

---

<sup>7</sup> Následnou péčí se rozumí péče psychologa, psychiatra, rodinného terapeuta apod. Klient si zvolí lokalitu, kam by chtěl na následnou péči docházet a podle tohoto určení mu pracovník CKI vybere vhodné odborníky.

*„Dostala jsem kontakty, ale všude bylo obsazeno, tak mi dali další kontakty. Byla jsem spokojená – že nad tím každéj nemávně rukou, ať si to zařídíte sama.“*

Helena

### **Přístup personálu**

Když jsem klientům položila otázku, jak hodnotí přístup lékařů, terapeutů a sester, dostala jsem samé pozitivní odpovědi, což považuji za skvělé hodnocení pro celý tým CKI.

Hodnocení sester

*„Bylo to všechno hodně příjemný. Myslím, že to prostě bylo v pořádku. Vyšly vstříc se vším... Byly hodně citlivý, myslím, že dokážou odhadnout lidi, ..... že jsem tady cejtil i takovej domov trošku, bylo to příjemný.“*

Hynek

*„Já myslím, že super, že celkově jsou tady takový milí, hodní lidi. Nikdy jsem nebyla u psychologa nebo psychiatra, takže toto byla taková moje první zkušenost, takže jsem z toho měla nejdřív obavu, ale příjemně mě to překvapilo.“*

Darja

### **Finanční otázky**

Péče poskytovaná CKI je pro klienty zdarma, resp. je hrazena z jejich zdravotního pojištění. Zajímalo mne ale, zda by klienti byli ochotni za tuto péči platit a příp. kolik by byli ochotni zaplatit za den péče.

Nejdříve jsem se klientů dotazovala, zda pro ně bylo při rozhodování, zda se na CKI obrátit či ne, důležité, že jsou služby hrazeny pojišťovnou. Pouze pro Darju a Stelu hrála finanční otázka důležitou roli. Pro ostatní klienty to důležité nebylo, často se vyjádřili tak, že jim v době, kdy se obrátili na CKI, bylo *„tak špatně, že by dali cokoliv, aby jim někdo pomohl“*.

Dále jsem se klientů ptala, zda by služeb CKI využili, i kdyby byly zpoplatněny. Na tuto otázku odpověděli, až na Darju, všichni kladně. Stela a Lada dodaly, že by samozřejmě záleželo na tom, kolik by se za službu platilo. Darja byla v době příchodu na CKI ve špatné finanční situaci, proto by si nemohla dovolit platit za služby.

Na závěr jsem se snažila zjistit, kolik by byli klienti ochotni (a schopni) zaplatit za den péče na CKI. Stela, Petra a Helena se shodly na částce 500,- Kč. Hynek by byl schopen platit 200,- Kč. Dominik 350,- Kč, s tím, že pobyt na lůžku by podle něj měl zůstat zdarma. Lada uvedla, že by byla ochotna zaplatit i 2.000,- Kč za den - bylo by to s finanční podporou rodičů, sama by si to dovolit nemohla. Darja by kvůli svým finančním problémům nebyla schopna zaplatit nic.

*„Nic, protože jsem byla na mizině. Kdyby se tady třeba platily dvě stovky na den, tak bych sem mohla docházet třeba týden.....a pravděpodobně bych sem ani nešla, protože bych neměla za co jíst. Pokud bych nějaký ty finance měla, nějakou úsporu třeba, tak by mi nebylo líto to sem dát.“*

Myslím si, že poslední věta Darji svědčí o tom, jak vysoce oceňuje péči CKI.

Jediný Marek nedokázal odhadnout, kolik by byl ochoten zaplatit za den péče. Bylo pro něj těžké představit si, „*jak by se tato práce měla zhodnotit penězi*“.

Myslím si, že ochota většiny klientů za služby CKI platit (a někdy i hodně vysoké částky), vypovídá o dobré kvalitě péče na CKI a věřím, že to může být zajímavou informací pro pracovníky CKI a především pro vedení léčebny, protože krizová péče je velice nákladná a vzhledem k ochotě klientů platit za tuto péči, by se možná dalo uvažovat o finanční účasti klientů na této službě.

### **Silné a slabé stránky CKI**

V závěru rozhovorů jsem se klientů ptala, co si myslí, že dělá CKI opravdu dobře a na čem by bylo dobré ještě zapracovat.

Hynek ocenil nízkoprahovost centra – že je otevřeno široké škále klientů. Také ale dodal, že tato nízkoprahovost může být někdy problémem – zvláště, když do stacionáře přijde někdo s psychózou. Pro Hynka bylo náročné rozumět si s klienty s touto diagnózou. Pozitivně Hynek zhodnotil řád stacionáře. Je pro něj totiž důležité, aby měl jasně strukturovaný den, jinak by podle svých slov „*zdivočel*“. V závěru svého hodnocení Hynek dodal, že se na stacionář každý den těšil, což podle mne vypovídá o jeho velké spokojenosti s péčí CKI.

Darja hodně oceňovala dobrý přístup pracovníků CKI a také se stejně jako Hynek na stacionář každý den těšila. Jediné, co jí vadilo, bylo časté střídání terapeutů a brzký začátek stacionáře. Stela ocenila profesionalitu a milý přístup terapeutů. Jediné, co by na CKI změnila, je interiér – aby byl útulnější.

*„Aby to tu bylo útulnější, ... aby tady bylo vidět péči – co se týče úklidu a takových věcí, protože když sem člověk přijde, tak je to tady takový neútulný, že by si měli dát záležet na detailech, které by člověka zaujaly. .... Zbytek funguje. Ti terapeuti mají možná na sesterně taky nějaký jiný věci, který musí řešit, ale vždycky když k nám přijdou, tak umí vypnout a fakt se věnovat nám. Mám pocit, že tady mají strašnou honičku, obdivuju, že se dokážou zastavit a věnovat se nám. A že umí být úplně v klidu, až si říkám, jestli oni nejsou na antidepresivech (smích), že to je obdivuhodné a že dokážou dělat tu práci, která se mi zdá hodně zajímavá.“*

Helena ocenila, že zařízení tohoto typu vůbec existuje. Než CKI navštívila, nevěděla, že něco takového existuje. Stejně jako Hynek považuje za pozitivní otevřenost centra široké škále klientů a jeho 24hodinový provoz. Se Stelou se Helena shodla v doporučení, aby centrum zapracovalo na interiéru, a to především v čekárně, která by podle ní měla být barevnější a také by mohla být vybavena polohovacím křeslem – pro případy, kdy klient musí delší dobu čekat na lékaře. Dominik ocenil milý, přátelský přístup všech pracovníků CKI. Změnu navrhuje v počtu klientů na skupině – podle něj by počet klientů neměl být vyšší jak sedm. Lada byla spokojena s přístupem personálu, jako profesionální zdravotník ocenila, že lékaři a sestry jsou na CKI „dobře sebraní“. Nenapadlo ji nic, co by mělo CKI změnit. Podle Petry dělá centrum vše dobře a jediné, co by bylo dobré zlepšit, je zvýšení bezpečnosti na CKI. Během Petřina pobytu totiž došlo na pokoji ke krádeži, proto Petra navrhuje oddělení pokojů od ambulantní části budovy. Marek nedokázal říct, co by mělo centrum zlepšit či v čem jsou jeho silné stránky.

Podle mého názoru je hodnocení centra klienty velmi pozitivní a já se k nim mohu jen přidat. Myslím si, že pracovníci centra odvádějí velice dobrou, profesionální práci a dokáží vytvořit prostředí, kde je člověku dobře, kde se dokáže otevřít a kde najde pomoc.

## **ZÁVĚR**

Moje bakalářská práce pojednává o **názorech klientů Centra krizové intervence v Praze - Bohnicích na služby, které zařízení poskytuje**. Svoji práci jsem rozdělila do dvou částí – na teoretickou a praktickou.

V **teoretické části** jsem se zabývala třemi kapitolami, které považuji za důležité k pochopení problematiky krizové intervence. V první kapitole vysvětluji pojem **krize**. Také se zabývám typologií krizí. Krize lze dělit na vývojové, traumatické, zjevné, latentní, akutní a chronické. Dále jsem se zabývala obtížemi a příznaky, podle kterých lze usoudit, že se člověk nachází v krizi. Také jsem se zajímala o faktory, které ovlivňují průběh krize. Patří mezi ně: věk, pohlaví, životní situace, zdravotní stav, osobnostní faktory, schopnost zvládat náročné životní situace, dřívější nevyřešené krize, spolupůsobící krize, naděje, náboženské přesvědčení, sociální opora a další. Také jsem se zabývala možnostmi pomoci v krizi. Pomoc můžeme dělit na formální a neformální. Mezi neformální formy pomoci patří svépomoc a pomoc od blízkých osob (přátel, známých, příbuzných apod.). Formální pomoci v krizi rozumíme obvykle institucionalizovanou pomoc, která bývá označována jako krizová intervence. V závěru kapitoly se zabývám úspěšným a neúspěšným překonáním krize.

V druhé kapitole vysvětluji pojem **krizová intervence** a zabývám se formami krizové intervence. Práci s klientem v krizi můžeme rozdělit na prezenční a distanční formu. Prezenční pomoc zahrnuje ambulantní formu pomoci, hospitalizaci, terénní a mobilní služby. Distanční forma pomoci je představována především telefonickým a internetovým kontaktem s klientem. V závěru kapitoly vyjmenovávám specifické znaky krizové intervence a upozorňuji na to, čeho je dobré se v krizové intervenci vyvarovat.

Ve třetí kapitole mapuji, která **zařízení v České republice poskytují krizovou intervenci**. Patří mezi ně: krizová centra s ambulantním a lůžkovým programem, krizová centra ambulantního typu, pracoviště (jinak zaměřená) s krizovým programem a linky důvěry.

**Praktickou část** své práce jsem rozdělila na dva hlavní oddíly – metodologii a analýzu dat. V metodologické části se zabývám volbou metodologie, stanovením výzkumného cíle



a výzkumné otázky, volbou nástroje sběru dat, výběrem výzkumného vzorku, místem výzkumu a časovým plánem. V závěru metodologické části jsem si jako metodu pro vyhodnocování dat zvolila metodu manuální.

V analytické části jsem se snažila dosáhnout cíle práce - tzn. **zjistit, jaké jsou názory klientů Centra krizové intervence v Praze - Bohnicích na služby, které zařízení poskytuje.**

Nyní bych ráda shrnula výsledky **kvalitativního výzkumu**, který jsem v zařízení provedla. Nejdříve se zaměřím na **pobyt na lůžku**. S kvalitou ubytování byli všichni klienti spokojeni, některé dokonce příjemně překvapila. Kvalitu stravy hodnotili klienti také pozitivně. Zajímavé je, že klientům nevadí, že pokoje na CKI jsou pro 4 osoby, ba naopak to mnozí klienti uvítali. Denní program klientů na lůžku zhodnotila většina dotázaných jako vyhovující. Někteří by ale uvítali, kdyby i odpoledne byly nějaké aktivity, které by nebyly povinné, na nichž by byla dobrovolná účast. Režim dne vyhovoval všem klientům. Shodli se na tom, že je hodně podobný režimu jejich běžných dnů, proto pro ně nepředstavoval žádnou velkou změnu a lehce ho přijali. Dále jsem zjišťovala, zda měli klienti pocit, že o ně bylo „dobře postaráno“. V tomto bodě se opět všichni shodli, že o ně bylo dobře postaráno, což je velmi dobrým hodnocením pro CKI. Délku pobytu na lůžku považuje většina klientů za nedostačující, za příliš krátkou. Optimální délka by podle nich byla 7 dní.

Další otázky, které jsem klientům kladla, se týkaly **stacionáře**. Začátek stacionáře v 8:45 vyhovuje většině klientů a nedělá jim potíže. V rozvržení programu stacionáře na komunitu, relaxaci a skupinu by někteří klienti uvítali změny. Změny se týkají relaxace – např. zavedení dvou relaxací místo stávající jedné, posunutí relaxace až na konec programu a občasné střídání relaxace s jógou. Dále klienti apelují na dodržování přestávek mezi jednotlivými aktivitami stacionáře.

S délkou **komunity** je většina klientů spokojena. Změna v podobě účasti celého týmu na ranních komunitách byla klienty přijata dobře. V otázce spokojenosti s délkou **relaxace** měli klienti tak rozdílné názory, že nebylo možné vyvodit závěr, zda by relaxace měly být delší či naopak kratší. Na otázku, který typ relaxace mají klienti raději – zda autogenní trénink či relaxaci dle Jacobsona – se klienti rozdělili na dvě stejné poloviny. Z toho

usuzuji, že je dobře, že CKI praktikuje oba typy relaxace, protože oba typy mají klienti rádi. Většina klientů upřednostňuje relaxaci, při níž mohou ležet. **Práci s tělem** hodnotí většina klientů pozitivně, je to pro ně příjemné a účinné cvičení. V otázce spokojenosti s délkou sezení **skupinové psychoterapie** se klienti výrazně lišili v názorech, takže se nedá jednoznačně určit, zda jsou či nejsou spokojeni s touto délkou. Vyplynulo ale, že se často nedodržuje čas, který je pro skupinovou psychoterapii vymezen a že by toto mělo být napraveno. Téměř všichni klienti se shodli, že optimální počet osob na skupině je pro ně v rozmezí od 5 do 8 osob. Z odpovědí klientů dále vyplynulo, že mají rádi neverbální techniky a že by uvítali, kdyby byly do programu zařazovány častěji. Dále jsem se snažila zjistit, co dělá z terapeuta oblíbeného terapeuta. Významnou roli hraje určitá podobnost mezi klientem a terapeutem, důležitý je také otevřeně projevovaný zájem o klienty, smysl pro humor, schopnost naslouchat klientům, snaha pochopit klienty, dobré vedení skupiny a její udržování ve „správných kolejích“. V neposlední řadě klienti oceňují, když je na terapeutovi vidět, že ho jeho práce baví. Také jsem se klientů ptala, co jim na terapeutech naopak vadí. Klienti negativně vnímají, když se terapeut nedokáže dívat lidem do očí, když z něj necítí zájem a když z něj mají pocit, že ho skupina nebaví. S každodenním střídáním terapeutů měla problém polovina klientů. V této oblasti vyplynulo, že by klientům vyhovovalo, kdyby se terapeuti střídali po dvou dnech, aby byla zajištěna návaznost alespoň mezi dvěma po sobě následujícími skupinami.

V rozhovorech jsem se klientů dále ptala, jak jim vyhovovala častost **individuálních konzultací s lékařem**. Odpovědi klientů mě překvapily, protože jsem se domnívala, že čím častěji se bude klient s lékařem setkávat, tím bude spokojenější. Výsledky ale tento můj předpoklad nepotvrdily, spokojenost není přímo úměrná častosti setkávání. Frekvence kontaktů s lékařem většině klientů vyhovuje. Dále jsem se klientů ptala, jak hodnotili individuální konzultace jako celek, jak s nimi byli spokojeni. Téměř všichni klienti hodnotili tyto konzultace kladně. Byly pro ně přínosné, ukázaly jim, jak o sobě a svých problémech přemýšlet jinak, pomohly jim v hlubším pochopení těchto svých problémů a také v lepším poznání sebe sama. V rozhovorech jsem se také snažila zjistit, která aktivita stacionáře byla pro klienty nejvíce a nejméně přínosná. Odpovědi se však tak různily, že nebylo možné vybrat nejméně a nejvíce přínosnou aktivitu. Důležitou roli pro klienty hraje využitelnost aktivity v jejich každodenním životě.

Celková délka stacionáře je dle odpovědí klientů zvolena vhodně a klienti si uvědomují, že pokud by byla delší, byl by pro ně odchod z CKI velmi těžký. Možnost získat od CKI **kontakty na následnou péči** využilo jen několik klientů. S předáním kontaktů byli spokojeni. Když jsem klientům položila otázku, jak hodnotí **přístup lékařů, terapeutů a sester**, dostala jsem samé pozitivní odpovědi, což považuji za skvělé hodnocení pro celý tým CKI. V závěru rozhovorů jsem se klientů dotazovala, zda by byli ochotni za péči na CKI **platit**. Téměř všichni klienti by byli ochotni za služby zaplatit (někdy i hodně vysoké částky). Tato skutečnost dle mého názoru vypovídá o dobré kvalitě péče na CKI a věřím, že to může být zajímavou informací pro pracovníky CKI a především pro vedení léčebny, protože krizová péče je velice nákladná a vzhledem k ochotě klientů za péči platit, by se možná dalo uvažovat o finanční účasti klientů na této službě.

Poslední otázkou rozhovorů jsem se snažila zjistit,  **které činnosti CKI hodnotí klienti pozitivně a na čem by podle nich bylo dobré ještě zapracovat**. Klienti často oceňovali milý, přátelský přístup personálu, profesionalitu pracovníků, jejich zájem o klienty a nízkoprahovost zařízení. Návrhy na změny se týkaly úprav interiéru, zvýšení bezpečnosti na CKI, omezení počtu osob na skupině a častého střídání terapeutů.

**Linku důvěry** využila pouze jedna klientka, a proto se mi nepodařilo získat dostatečný počet hodnocení této služby. V případě ostatních služeb CKI se mi to dle mého názoru podařilo. Proto **považuji cíl své práce za splněný**.

Je mi líto, že musím svoji práci ukončit pro mne opravdu smutnou zprávou. Nedávno jsem se totiž dozvěděla, že CKI bude v nejbližších dnech značně omezeno ve svém provozu a možná bude úplně uzavřeno. Připadá mi to značně ironické – poté, co jsem napsala práci, ve které klienti zařízení velice chválí a jsou rádi, že taková pomoc pro lidi v krizi existuje. Toto rozhodnutí vedení léčebny je pro mne nepochopitelné. Můj názor na CKI se totiž shoduje s názory klientů. Myslím si, že pracovní tým odvádí velice dobrou, profesionální a především potřebnou práci. Za svou praxi jsem viděla mnoho klientů, kterým CKI pomohlo a možná i zachránilo život. Není podle mne správné, aby toto zařízení přestalo fungovat, ba naopak si myslím, že by obdobných zařízení v České republice mělo být více.

## **KRITICKÁ REFLEXE**

Uvědomuji si, že závěry, které jsem ze získaných dat vyvodila, mohou být nepřesné, což mohlo být způsobeno nedorozuměními při rozhovorech a také mojí nedostatečnou zkušeností s prováděním kvalitativního výzkumu.

Výzkum byl omezen nejen hranicemi mých možností a schopností, ale také byl omezen rozsahově, časově, finančně a především mým jednostranným pohledem, který nemohl být konzultován v týmové spolupráci. Z těchto důvodů je možné, že jsem nedosáhla teoretické saturace.

Práci tohoto rozsahu jsem prováděla poprvé v životě a tudíž v ní mohly vzniknout nepřesnosti a nedostatky plynoucí z mé nezkušenosti. Domnívám se však, že i přes tyto nedostatky je moje práce přínosná a může být zajímavým zhodnocením práce týmu Centra krizové intervence a také může být zdrojem návrhů na změny ve službách, které centrum poskytuje.

## **SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2000.
- EIS, Z. *Krize všedního dne*. Praha: Grada, 1994.
- HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha: Budka, 1993.
- HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 1999.
- KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní : typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Praha: Portál, 2000.
- KUBŮ, J. *Krizová intervence a krátkodobá psychoterapie*. Diplomová práce, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, Praha 1996.
- LAZARUS, R. S., FOLKMAN, S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984.
- MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003.
- STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Nakladatelství Albert Boskovic, 1999.
- ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004b.
- ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004a.
- TOBIÁŠOVÁ, D. *Telefonická krizová intervence*. Ročníková práce, Filozofická fakulta Univerzity Palackého, Olomouc 2002.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999.
- VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002.
- VYMĚTAL, J. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995.

## **INTERNETOVÉ ZDROJE**

Internetové stránky Otevřené encyklopedie Wikipedie - <http://cs.wikipedia.org>.

## **PŘÍLOHA - SCÉNÁŘ ROZHOVORU**

### **□ LINKA DŮVĚRY**

Využil/a jste někdy linky důvěry krizového centra (CKI)?  
Jak hodnotíte tuto službu? Jak jste s ní byl/a spokojen/a?

### **□ POBYT NA LŮŽKU**

Jaký máte názor na kvalitu ubytování na CKI?  
Jak se díváte na to, že pokoj je pro 4 osoby?  
Jak hodnotíte kvalitu stravování?  
Jak hodnotíte program během pobytu na lůžku – dostatek x nedostatek aktivit během dne?  
Jak Vám vyhovoval denní režim – tzn. doba vstávání, nočního klidu, jídla, ...?  
Máte pocit, že o Vás bylo dobře postaráno?  
Jaký máte názor na celkovou délku pobytu na lůžku?

### **□ STACIONÁŘ**

Vyhovuje Vám čas začátku programu nebo byste uvítal/a nějakou změnu?  
Jaký máte názor na rozvržení programu na komunitu – relaxaci – skupinu? Vyhovuje Vám toto rozvržení nebo byste chtěl/a, aby program vypadal jinak?

#### **Komunita**

Vyhovuje Vám její délka nebo byste uvítal/a nějakou změnu?  
Jak vnímáte rozdíl mezi komunitou s pracovním týmem a bez něj?

#### **Relaxace**

Vyhovuje Vám délka relaxace nebo byste uvítal/a nějakou změnu?  
Který typ relaxace máte raději?  
Vyhovuje Vám více, když je relaxace prováděna na zemi nebo vsedě?

#### **Práce s tělem**

Jak hodnotíte aktivitu práci s tělem?

#### **Skupinová psychoterapie**

Jak Vám vyhovuje délka jednotlivého sezení?  
Jaký počet osob je Vám při sezení nejpříjemnější?  
Který terapeut Vám nejvíc vyhovuje?  
Proč?  
Který terapeut Vám nejméně vyhovuje?  
Proč?  
Jak vnímáte střídání terapeutů?  
Jak se s tím vyrovnáváte?  
Vyhovují Vám více neverbální nebo verbální techniky?  
Pokud neverbální - která?

### **Individuální konzultace s lékařem**

Vyhovuje Vám častost sezení nebo byste uvítal/a nějakou změnu?

Jak hodnotíte individuální sezení?

Která z výše uvedených aktivit (relaxace – skupina – individuální konzultace) je pro Vás nejvíce přínosná a která nejméně?

Proč?

Jaký máte názor na celkovou délku stacionáře? Vyhovuje Vám jeho délka?

### **Následná péče**

Využil/a jste možnosti získat kontakty na následnou péči od CKI?

Pokud ano, jak jste byl/a spokojen/a s předáním kontaktů?

### **□ PŘÍSTUP PERSONÁLU**

Jak hodnotíte přístup, chování lékařů k Vaší osobě?

Jak hodnotíte přístup, chování terapeutů k Vaší osobě?

Jak hodnotíte přístup, chování sestřiček k Vaší osobě?

### **□ FINANCE**

Hrál pro Vás fakt, že služby CKI jsou poskytovány zdarma (resp. že jsou hrazeny pojišťovnou), důležitou roli při rozhodování, zda se na CKI obrátit či ne?

Kdyby byly služby zpoplatněny, využil/a byste jich také?

Kolik byste byl/a ochoten/na zaplatit za den péče?

Co si myslíte, že dělá CKI opravdu dobře a na čem by bylo dobré ještě zapracovat, co by bylo dobré změnit?

# RESUMÉ

Název práce:

Názory klientů Centra krizové intervence v Praze - Bohnicích na služby, které zařízení poskytuje.

Jméno a příjmení autora práce:

Magdalena Matulová

Studijní obor:

Sociální práce

Vedoucí práce:

PhDr. Olga Havránková

Oponent:

PhDr. Daniela Vodáčková

Klíčová slova:

Krize, krizová intervence, krizová pracoviště v České republice, kvalitativní výzkum, Centrum krizové intervence v Praze – Bohnicích.

Cíl práce:

Zjistit, jaké jsou názory klientů Centra krizové intervence v Praze - Bohnicích na služby, které zařízení poskytuje.

Použité metody:

Kvalitativní výzkum, strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami.

Výsledky výzkumu:

Z rozhovorů s klienty vyplynulo, že jsou ve většině případů se službami krizového centra spokojeni. Nejvíce klienti oceňovali milý, přátelský přístup personálu, profesionalitu pracovníků, jejich zájem o klienty a nízkoprahovost zařízení.

Návrhy na změny, které by mělo krizové centrum uskutečnit, se týkaly úprav interiéru, zvýšení bezpečnosti na CKI, omezení počtu osob na skupině a častého střídání terapeutů.

Použitelnost výsledků v praxi:

Vzhledem k tomu, že výsledky jsou praktického rázu, může je všechny krizové centrum uvést v praxi, může podle nich upravit svoje služby.