

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**Pedagogická fakulta**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2011**

**Vendula SKŘIVANOVÁ**

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Role NNO při zvyšování kvality života lidí  
s duševním onemocněním na území  
hl. m. Prahy

Autor: Vendula Skřivanová

Vedoucí práce: PhDr. Monika Mužáková, PhD.

Praha 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala pod vedením PhDr. Moniky Mužákové,  
PhD. samostatně s použitím uvedené literatury.

Praha, 23. června 2011

podpis

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Monice Mužákové, PhD. za trpělivé a ochotné vedení mé bakalářské práce a za poskytnutí nejen cenných rad a kritických připomínek, ale i za podporu při jejím zpracování. Také bych chtěla vyjádřit poděkování dotazované klientce za poskytnuté informace a za ochotu hovořit o svém životě. Mé díky patří i lidem, kteří mě podporovali i v jiných oblastech života, na základě čehož jsem mohla tuto práci začít psát i dopsat.

## Obsah

1	Úvod.....	7
2	Kvalita života u lidí s duševním onemocněním.....	9
2.1	Vymezení pojmu kvalita života.....	9
2.2	Kvalita života – pojetí a přístupy, rozsah pojetí.....	9
2.3	Dimenze kvality života .....	10
2.4	Měření kvality života .....	11
2.5	Duševní onemocnění.....	11
2.6	Kvalita života u lidí s duševním onemocněním .....	12
2.7	Stigmatizace, předsudky a mýty vůči lidem s duševním onemocněním.....	14
2.8	Destigmatizace.....	15
3	Poruchy osobnosti .....	16
3.1	Osobnost versus porucha osobnosti.....	16
3.2	Poruchy osobnosti.....	17
3.3	Specifické poruchy osobnosti a jejich klasifikace .....	18
3.4	Hraniční porucha osobnosti.....	18
3.4.1	Vymezení HPO.....	19
3.4.2	Etiologie a prevalence.....	19
3.4.3	HPO a její specifické obranné mechanismy.....	20
3.4.4	Diagnostika a komorbidita .....	21
3.4.5	Symptomatika HPO – vnější projevy a vnitřní obraz.....	21
3.4.6	Terapie a léčba.....	28
4	Organizace poskytující podporu lidem s duševní poruchou na území hl. m. Praha – o. s. Kaleidoskop.....	30
4.1	Možnosti intervencí u člověka s HPO v rámci NNO.....	30
4.1.1	Výběr nestátní neziskové organizace.....	30
4.1.2	Charakteristika, poslání, historie a současnost o. s. Kaleidoskop .....	31
4.1.3	Cíle a principy .....	32
4.1.4	Poskytované služby .....	32
4.1.5	Klienti terapeutické komunity aneb komu je TK určena .....	34
4.1.6	Terapeutická komunita – fáze a průběh pobytu .....	34
4.1.7	Program, pracovní povinnosti, posty a funkce v komunitě.....	35
4.1.8	Pravidla a režim v TK.....	36

5	Metodologické šetření .....	37
5.1	Výzkumná strategie .....	37
5.2	Výzkumné otázky a cíle .....	38
5.3	Výběr vzorku a výzkumné metody .....	39
5.4	Etické aspekty a průběh výzkumného šetření .....	40
5.5	Případová studie – výzkumná zpráva .....	42
5.5.1	Dětství a rodina.....	42
5.5.2	Období docházky do školy.....	42
5.5.3	Vztahy v rodině, se spolužáky, s kamarády .....	43
5.5.4	Vztahy partnerské a navozování nových vztahů .....	45
5.5.5	Zájmy a koníčky .....	46
5.5.6	Začátek problémů a jejich další průběh .....	46
5.5.7	Průběh pobytu v TK Kaleidoskop a jeho zhodnocení samotnou klientkou .....	52
5.5.8	Plány do budoucnosti.....	55
5.6	Diskuse .....	56
5.6.1	Role NNO při zvyšování kvality života aneb, „jak mi Kaleidoskop pomohl?“ .	58
5.6.2	Role NNO při zvyšování kvality života mýma vlastníma očima aneb, jak Kaleidoskop pomáhá podle mého názoru?.....	58
6	Závěr.....	62
	Použitá literatura.....	65
	Seznam příloh .....	68
	Příloha č. 1 – Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro specifickou poruchu osobnosti (F60).....	68
	Příloha č. 2 – Klasifikace poruch osobnosti podle MKN-10 a DSM-IV .....	69
	Příloha č. 3 – Diagnostická kritéria pro HPO podle MKN-10 a DSM-IV .....	70
	Příloha č. 4 – Druhy a význam jednotlivých aktivit .....	72
	Příloha č. 5 – Druhy, průběh a význam sankčních období.....	75

# 1 Úvod

V bakalářské práci, a ještě více v její teoretické části, bych se chtěla zaměřit na dva nejzásadnější jevy, prostupující celou práci, kterými jsou hraniční porucha osobnosti (dále jen HPO) a fenomén kvalita života a jejich vzájemné působení a ovlivňování. Doufám, že se mi podaří vnést více porozumění a vhledu nejen do problematiky HPO, dílčí diagnóze ze spektra specifických poruch osobnosti, stejně jako života s ní, ale v neposlední řadě i snahou občanského sdružení Kaleidoskop podílet se na zvyšování kvality života u vybrané klientky. O. s. Kaleidoskop je první nestátní neziskovou organizací v ČR, která poskytuje sociální služby výlučně lidem s poruchou osobnosti, jejich rodinám a blízkým. V souvislosti s charakteristikou, posláním, chodem a nabízenými službami vybraného občanského sdružení a na základě subjektivních zkušeností, postojů, názorů, postřehů, pocitů i informací oslovené klientky seskupené do případové studie, se pokusím ještě více přiblížit a prohloubit zpracované teoretické informace a poznatky. V této věcně zaměřené části bude mým cílem odpovědět na ústřední otázku celé práce: **Jakou roli hraje (jak nestátní nezisková organizace ovlivňuje) v rámci svých nabízených služeb kvalitu života u lidí s duševním onemocněním respektive s hraniční poruchou osobnosti?**

Důvodem výběru tématu práce byla z části skutečnost, že, podle mého názoru, je poruchám osobnosti věnováno stále málo pozornosti, přestože jejich prevalence se pohybuje kolem 3 % (Praško, 2003a). Dalším důvodem byl také fakt, že v rámci speciální pedagogiky chybí, podle mého názoru, intervence (resp. není jí dostatek) ve vztahu k lidem s duševním onemocněním, přestože se tito lidé řadí, společně s lidmi s mentálním postižením, do jedné z hlavních oblastí zájmu speciální pedagogiky, kterou je psychopedie. Samozřejmě, že obě skupiny mají svá specifika a zvláštnosti, ale i podobnosti – není mým cílem se tímto zabývat, spíše na skutečnost nedostatečné intervence upozornit.

Dále je mi problematika lidí s duševním onemocněním osobně poměrně blízká a velmi mě zajímá. Účast a pozornost u mě pramení nejen z hlediska zájmu a tendencí dozvědět se více informací o této, často stále tabuizované a stigmatizované oblasti, ale i z hlediska subjektivního, protože sama mám s duševní poruchou už dlouholeté zkušenosti, které se mi snad při psaní podaří využít. Doufám, že tato vlastní zkušenost, která byla jedním z podnětů pro výběr tématu, mi bude i jakýmsi průvodcem při psaní práce a dovolí mi na různá fakta názírat nejen z hlediska objektivního a kritického, ale i z hlediska subjektivního a empatického s připojením několika vlastních pohledů a názorů na probíraná témata

a otázky. Přála bych si, aby se moje zkušenosti (negativní, ale i pozitivní) a přítomnost duševní poruchy mohly stát na okamžik také předností.

Významným pojmem v hodnocení života se stává jeho kvalita a snaha o její zvyšování, což je téma, kterému je v současnosti věnováno stále více pozornosti v různých oblastech. Já se ho pokusím uchopit hlavně ve vztahu k lidem s duševním onemocněním i lidem s HPO v kontextu o. s. Kaleidoskop.

Domnívám se, že přítomnost jakékoli duševní poruchy ovlivňuje řadu psychických funkcí, pracovní i sociální výkonnost – každá nemoc (somatická i psychická) člověka omezuje, přináší s sebou zátěž a nepříznivě ovlivňuje kvalitu života. U každé nemoci duše se vyskytuje řada příznaků a projevů, které ztěžují, znepříjemňují či omezují fungování v osobním i společenském životě. Z těchto důvodů je více než jasné, nebo alespoň velmi pravděpodobné, že přítomnost jakékoli duševní poruchy se bude podílet a ovlivňovat život svého nositele, tedy kvalitu jeho života, téměř ve všech základních oblastech, kterými jsou fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální postavení jedince a jeho vztahy s druhými lidmi.



## **2 Kvalita života u lidí s duševním onemocněním**

### ***2.1 Vymezení pojmu kvalita života***

Významným pojmem v hodnocení života se stává jeho kvalita, což je téma, kterému je v současnosti věnováno stále více pozornosti a věnují se mu odborníci z mnoha vědních oborů. A jak se shodují různí autoři (Možný, 2002; Křivohlavý, 2002), pojem lze jen velmi obtížně vymezit a uchopit.

Lidé se o otázku kvality života zajímali odedávna, přičemž hladina zájmu o toto téma se zvedla v polovině 20. století v souvislosti s vydáním jedné z prvních publikací věnující se kvalitě života. Zpočátku byla věnována největší pozornost kvalitě života z pohledu medicínského, ale stejně jako nelze oddělit tělo od duše, k medicínské problematice se postupně připojovaly i otázky z širšího pojetí lidské existence jako např. psychologické, sociálně-psychologické či otázky sociální péče (Křivohlavý, 2002).

S rostoucím zájmem o danou problematiku souvisí také fakt, že ve 40. letech 20. století Světová zdravotnická organizace (WHO) rozšířila definici zdraví na „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby...“ a na základě toho WHO vymezuje kvalitu života jako „jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí“ (Mühlpachr, Vaňurová in Pipeková ed. 2006, s. 87).

### ***2.2 Kvalita života – pojetí a přístupy, rozsah pojetí***

Protože kvalita života je pojem multifaktoriální, pokusy o definice jsou rozdílné, přičemž záleží, z jakých aspektů či z jakého vědního oboru na ni nahlížíme a přistupujeme. Na základě zmiňované definice zdraví dle WHO je jasné, že pojetí kvality života je mnohem širší než klasické pojetí zdravotního stavu.

Z psychologického hlediska se při definování kvality života často setkáváme s pojmem spokojenost – Možný (2002) uvádí anglický ekvivalent „*well-being*“. Ehteld (in Křivohlavý, 2002, s. 169-170) kvalitu života podle pojetí životní spokojenosti vidí jako „prožívání životního uspokojení a kladného emocionálního afektu při absenci negativního

afektu“ a také říká, že „kvalitně žije ten, kdo je se svým životem spokojen a daří se mu dosahovat cílů, které si předsevzal“.

Míra spokojenosti je úzce propojena s osobním pojetím kvality života, kdy jí Calman (in Křivohlavý, 2002, s. 171) rozumí jako „rozdíl mezi nadějemi a očekáváními tohoto člověka a současným stavem jeho života“.

Engel a Bergsma (in Křivohlavý, 2006) rozlišují tři základní sféry kvality života podle toho, jaký rozsah chceme pojmout, tj. neomezují se pouze na jedince, ale jde o problematiku z pohledu velkých společenských celků (makro – rovina), malých sociálních skupin (mezo – rovina), ale i z pohledu jedince (osobní – personální rovina).

### ***2.3 Dimenze kvality života***

K vymezení konceptu kvality života můžeme přistupovat ze dvou hledisek – objektivního a subjektivního. Přikláním se k názoru řady odborníků (Křivohlavý, 2002; Možný, 2002; Mühlpachr, Vaňurová in Pipeková ed. 2006), kteří považují subjektivní hodnocení vlastního života za důležitější než hodnocení objektivní, při kterém často výsledky nemusí být v souladu s tím, jak kvalitu života hodnotí sám konkrétní člověk.

**Objektivní kvalitu života** můžeme vymežit souhrnem ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují náš život. Do těchto podmínek můžeme zařadit např. sociální status, materiální zabezpečení či fyzické zdraví.

**Subjektivní kvalita života** se týká toho, jak člověk vnímá své postavení ve společnosti v kontextu své kultury a hodnotového systému, přičemž výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech (Mühlpachr, Vaňurová in Pipeková ed. 2006).

Na kvalitu života mají vliv i vnější a vnitřní činitele, které Jesenský (in Mühlpachr, Vaňurová in Pipeková ed. 2006) dělí na 2 základní skupiny:

- 1) **vnitřní činitele** – řadí se sem aspekty mající vliv na rozvoj a integritu osobnosti, tj. somatická a psychická stránka
- 2) **vnější činitele** – odpovídají objektivní kvalitě života, tj. podmínky, které ovlivňují život jedince (ekonomické, sociální, výchovně – vzdělávací, pracovní, ekologické aj.)

WHO rozlišuje za účelem měření, na základě své definice kvality života (viz výše), 4 základní dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum či postižení:

- 1) **fyzické zdraví a úroveň samostatnosti** – bolest, mobilita, energie, odpočinek, schopnost pracovat aj.
- 2) **psychické zdraví a duchovní stránka** – myšlení, paměť, učení, koncentrace, vyznání, víra, spiritualita, sebehodnocení, sebepojetí aj.
- 3) **sociální vztahy** – sociální podpora, osobní vztahy, sexuální aktivita aj.
- 4) **prostředí** – svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, finanční zdroje, domácí prostředí, fyzikální prostředí (Mühlpachr, Vaňurová in Pipeková ed. 2006).

## ***2.4 Měření kvality života***

Metod, použitelných pro změření kvality života, je velké množství – Křivohlavý (2002) je dělí na 3 základní skupiny:

- 1) **metody, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba**
- 2) **metody, kde hodnotitelem je sama daná osoba**
- 3) **metody smíšené, vzniklé kombinací předchozích dvou metod**

Způsoby hodnocení kvality života druhými lidmi mají svá pozitiva především ve své objektivitě, ale mají i řadu nedostatků zvláště v tom, že výsledky nemusí odpovídat tomu, jak kvalitu života hodnotí sama daná osoba. Jak už jsem uvedla, považuji (jako řada odborníků) subjektivní hodnocení vlastního života za důležitější a přínosnější než hodnocení objektivní.

## ***2.5 Duševní onemocnění***

Psychické poruchy ovlivňují život i jeho dílčí části jako například studium, práci, schopnost navazovat mezilidské vztahy, a tím znesnadňují fungování ve společnosti.

Studiem, diagnózou, prevencí a léčbou duševních poruch se zabývá lékařský obor psychiatrie. MKN-10 nahradila dříve užívaný termín „duševní nemoc“ pojmem „duševní porucha“, kterou definuje jako klinicky rozpoznatelný soubor příznaků nebo chování, které jsou ve většině případů spojené s pocitem tísně a narušením funkcí (Malá, 2002).

Psychologický slovník (Hartl, 2000, s. 424) vymezuje duševní poruchu jako „změnu některých psychických procesů projevujících se v myšlení, pocitech a chování člověka, znesnadňující jeho adaptaci a interakci se sociálním okolím“.

Mnoho lidí si určitě položilo otázku, jak taková duševní porucha vůbec vznikne? Příčina duševních poruch je multifaktoriální, kdy jde o interakci mezi několika rizikovými faktory. Praško (2003b) mluví o biopsychosociálním modelu, kdy se na rozvoji, průběhu, udržování i léčbě podílejí faktory biologické (faktory genetické a vrozené, úrazy hlavy, intoxikace apod.), psychologické (charakterové rysy apod.) a sociální (vliv rodiny, kultury, školní třídy, pracovního kolektivu apod.). Tyto a jiné podobné dispozice samy o sobě ještě neústí ke vzniku psychické poruchy, ale kombinací těchto vlivů se člověk stává zranitelným, díky čemuž se pak v období zátěže (stresoru, spouštěče), na kterou se nedokáže adaptovat, rozvíjí diagnostikovatelná duševní porucha.

Je více než jasné, že přítomnost duševní poruchy se bude podílet a ovlivňovat život svého nositele, tedy kvalitu jeho života téměř ve všech základních oblastech.

## ***2.6 Kvalita života u lidí s duševním onemocněním***

Jak už bylo uvedeno, kvalita života je multidimenzionální pojem. U lidí s duševní poruchou bývají narušeny všechny hlavní kategorie, kterými jsou fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální postavení jedince a jeho vztahy s druhými lidmi.

Každá nemoc (somatická i psychická) člověka omezuje, přináší s sebou zátěž a nepříznivě ovlivňuje kvalitu života. Je téměř jisté, že zdraví a kvalita života spolu úzce souvisí, dalo by se říci, že jsou i ve vzájemné interakci a neoddělitelné.

V souvislosti se zdravím a nemocí se často hovoří o kvalitě života „se zdravím související“ nebo ke „zdraví vztážené“ (*health related quality of life*) (Payne, 2005).

Protože nemoc, popřípadě její léčba, má vliv na tělesný i psychický stav a na celkové fungování člověka ve společnosti, je pravděpodobné, že se, v důsledku různých nepříznivých symptomů, děletrvajících příznaků a projevů, dříve nebo později sníží kvalita života.

Kvalitu života lidí s duševním onemocněním ovlivňuje nejen přítomnost nemoci nebo poruchy, ale i různé nepříjemné a nečekané životní události, které mohou být spouštěčem psychických obtíží vedoucích k duševní poruše. Ukazuje se, že „změna životní situace způsobená například nemocí, se projeví výrazně ve změně kvality života“ (Křivohlavý, 2002, s. 173). Mění se jednak bezprostřední aktuální prožívání kvality života, kdy vlivem nemoci, změn či negativních aspektů vznikají pocity úzkosti, neklidu, deprese, strachu, dochází k poruchám spánku, nesoustředěnosti, stigmatizaci či sociální izolaci, a jednak je ovlivňována i dlouhodobá kvalita života – cíle do budoucna a jejich naplňování, smysl života, směřování jedince, uspokojování potřeb aj. (Payne, 2005).

Každá duševní nemoc sebou nese řadu příznaků a projevů, které znepríjemňují, ztěžují i omezují fungování v osobním i společenském životě. Kvalita života u lidí s duševním onemocněním bývá snížena nejčastěji v souvislosti s omezenou schopností fungovat ve společnosti, sníženou pracovní a sociální adaptací, narušením mezilidských vztahů a komunikace, snížením sebeúcty a sebevědomí, ztrátou motivace a naděje nebo změnami chování, sociální izolací a v neposlední řadě negativními postoji společnosti. Přítomnost duševní poruchy také spoluurčuje společenské postavení respektive jeho změnu.

Zaměříme-li se konkrétně na emočně nestabilní poruchu osobnosti hraničního typu, Smolík (2002) uvádí, že lidé s touto diagnózou často selhávají v sociálních a pracovních funkcích a dosahují nižší kvality života.

Taktéž tito lidé bojují s omezenou schopností zvládat různé sociální role, emoční nestálostí, mají problémy se sociální adaptací zejména v oblasti mezilidských vztahů, zhoršené sebehodnocení a pocity méněcennosti. Protože mezi její časté příznaky patří také například suicidální chování, sebepoškozování, psychotické epizody, úzkosti, deprese nebo zneužívání návykových látek, je zřejmé, že tyto příznaky a projevy nemoci v menší či větší míře ovlivňují a jsou zodpovědné za zhoršenou kvalitu života svého nositele. Podle mého názoru a zkušenosti záleží z velké části na tom, do jaké míry je konkrétní jedinec sám se sebou, se svou poruchou i s reakcemi okolí vyrovnaný a také jak ji přijímá. Vágnerová (2008, s. 76) k tomu dodává, že „nemoc je tím méně subjektivně přijatelná, čím více zhoršuje kvalitu života nemocného, jeho osobní komfort a omezuje soběstačnost“.

Kvalita života u lidí s duševním onemocněním, podle mého názoru, souvisí také se smysluplností života, kterou se rozumí „poznávání řádu, soudržnosti a účelu vlastní existence, hledání a realizace hodnotných cílů a to vše doprovázené pocitem naplnění“ (Reker, Wong in Křivohlavý, 2006, s. 50). Wong (in Křivohlavý, 2006, s. 81) říká, že „smysluplnost hraje velkou roli v udržování pozitivního duševního zdraví“.

Nejen samotná duševní nemoc a z ní pramenící problémy v osobním, pracovním i společenském životě nepříznivě ovlivňují a zhoršují kvalitu života, ale i negativní reakce a postoje společnosti se na tomto podílejí ve značné míře.

## ***2.7 Stigmatizace, předsudky a mýty vůči lidem s duševním onemocněním***

Kvalita života lidí s duševním onemocněním je, podle mého názoru, úzce spjata s předsudky a stigmatizací, ke které dochází kvůli negativnímu vnímání duševní nemoci veřejností. Dalo by se říci, že stigmatizace snižuje kvalitu života. Přestože žijeme v hektické době plné stresu, je pro mnohé pojem psychiatrie pod tíhou předsudků stále tabu. Protože si myslím, že kvalita života lidí s duševním onemocněním je ve značné míře ovlivňována stigmatizací a předsudky, považuji za důležité se na tomto místě zmínit o těchto fenoménech. Höschl (in Marková, 2006, s. 19) stigma charakterizuje jako „znamení domnělé méněcennosti, které vede k odmítání jeho nositele okolím a jehož zdrojem může být viditelná i neviditelná vlastnost“. Vágnerová (2008) se domnívá, že důvodem vzniku odmítavého postoje jsou neznalost a neporozumění podstatě nemoci.

Pod tíhou předsudků a postojů veřejnosti k duševně nemocným často dochází podle Jarolímka (in Mahrová, 2008) k tzv. selfstigmatizaci, kdy se člověk s diagnózou duševní nemoci cítí méněcenný, s tendencí se podceňovat a s pocitem, že se nehodí do okolního světa.

Při pohledu na lidi s duševním onemocněním se projevuje tendence k zobecňování (generalizaci) – sklon posuzovat všechny stejně bez ohledu na individuální odlišnosti jedince. Tyto individuální vlastnosti a kvality ustupují pod tíhou „nálepky“ do pozadí a stávají se druhořadými. Intaktní (majoritní) společnost má tendenci se k člověku s postižením chovat na jedné straně sice ohleduplněji, ale na druhé straně má tendenci ho podceňovat – nemá k němu stejná očekávání (Vágnerová, 2008).

Stigmatizaci duševně nemocných také, podle mého názoru, umocňují a udržují média, která často zdůrazňují odlišnost duševně nemocných od běžné populace. Praško (2005) se přiklání k názoru, že stigmatizace vzniká pravděpodobně z pocitů ohrožení odlišností a říká, „že bychom neměli zatajovat skutečný stav věci, pouze je potřebné neříkat věci jednostranně“ (tamtéž, s. 102), což se v médiích kvůli dosažení senzace často děje. Se stigmatizací se duševně nemocní setkávají v mnoha oblastech života a mohou se díky ní snadno dostat do sociální izolace. Důsledkem stigmatizace je také diskriminace v různých oblastech života.

## 2.8 Destigmatizace

Z důvodu, že byla problematika psychiatrie a duševních chorob dlouhou dobu tabuizována, stala se ještě větším stigmatem, stejně jako nositelé duševní nemoci. Lidé s duševním onemocněním jsou v současné době ve velké nevýhodě, protože za tu dobu si veřejnost vytvořila díky nedostatečné či zkreslené informovanosti řadu realitě neodpovídajících představ a předsudků, které jsou hluboce zakořeněny, a tudíž se obtížně vyvracejí. Na základě těchto emočně zkreslených, nepřesných, obtížně ovlivnitelných, laických a nesprávných hodnocení také vznikala a vzniká řada mýtů o duševních nemocech, které ale nemají s realitou pranic společného.

Nedostatek informací o duševních nemocech, a s tím spojených předsudků, řeší naštěstí několik organizací, jejichž cílem je mimo jiné právě proces destigmatizace, jehož snahou je proměna postojů k duševně nemocným – zbavování negativní „nálepky“. Jako příklad mohu uvést nestátní neziskovou organizaci **Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví** (CRPZD), jejímž posláním je zlepšovat péči o osoby s duševním onemocněním v České republice (CRPZD, 2011). Centrum v dubnu roku 2004 zahájilo osvětový projekt s názvem Změna, který je zaměřen na boj proti předsudkům, stigmatizaci a diskriminaci z důvodu psychiatrického onemocnění a zlepšení péče o duševně nemocné v ČR. Mezi dvě základní snahy tohoto projektu patří proces destigmatizace = osvěta o duševních poruchách a transformace = přeměna systému psychiatrie v ČR. Aktivity v rámci tohoto projektu jsou tedy směřovány na pozitivní změny ve vnímání duševních chorob a psychiatrického oboru ze strany veřejnosti a státní správy (Stopstigma, 2011).

## 3 Poruchy osobnosti

### 3.1 *Osobnost versus porucha osobnosti*

Osobnost se dá jednoduše vymezit jako jedinečnost, neopakovatelnost, individuálnost, odlišnost od jiných či specifičnost. Je to jedinečnost každého člověka v souvislosti s jeho vnitřním i vnějším světem a utváří se vzájemnou interakcí vrozených vlivů a vlivů prostředí, které na nás působí.

Fromm (in Drapela, 2003, s. 65) říká, že osobnost je „celek zděděných a získaných duševních vlastností, které jsou pro jedince příznačné a činí ho jedinečným“. Podle Dollarda a Millera (in Drapela, 2003) není osobnost vrozená, nýbrž si ji osvojujeme v dětství prostřednictvím procesu učení a skládá se z návyků charakteristických pro chování daného člověka. Allport (in Drapela, 2003, s. 104) uvádí, že „osobnost je něco a dělá něco“, čímž považuje osobnost za něco, co v lidech skutečně existuje a odmítá osobnost vyvozovat jen z chování jedince.

Vágnerová na základě definice „osobnost člověka funguje jako integrovaný celek, který je individuálně typický a ve svých charakteristických rysech i relativně stabilní“ (2008, s. 511) vysvětluje, že i lidé s poruchou osobnosti mají individuálně typický a relativně stabilní celek, jen tento celek je typický jiným způsobem. Rozdíl je hlavně v odlišném způsobu prožívání, chování, uvažování a vytváření a fungování ve vztazích. V těchto oblastech lidé s poruchou osobnosti reagují svým (pro ostatní neobvyklým) způsobem a tyto reakce a jiné projevy způsobují člověku s poruchou osobnosti objektivní a subjektivní obtíže a znesnadňují normální fungování ve společnosti.

Někteří lidé se v určitých oblastech výrazně odlišují od většiny ostatních, což ještě neznamená, že by měli poruchu osobnosti. Každý z nás se jistě setkal s člověkem, který na nás podle prvního dojmu působil podivínsky, neobvykle, choval se neadekvátně situaci či „nenormálně“. Za odlišným chováním takového člověka mohla být schována například jeho nadměrná podezíravost, vztahovačnost, impulzivita, úzkostnost nebo jen nadměrná pečlivost, čímž chci říct, že je zapotřebí rozlišovat od poruch osobnosti jakési zaměření osobnosti, kdy je právě výrazněji vyvinut určitý osobnostní rys, který je pro jedince ještě přijatelný a nevzdaluje se příliš od normy. Raboch (2006, s. 77) v této souvislosti hovoří o anomální osobnosti a tento termín používá pro „označení osob s nepříliš významnými povahovými odchylkami, které však těmto jedincům ani okolí nepřinášejí větší obtíže“.



## 3.2 *Poruchy osobnosti*

Poruchy osobnosti patří mezi psychiatrická onemocnění a jsou definovány a zakotveny jak v 10. mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) vydané v roce 1992, tak i v Diagnostickém a statistickém manuálu vydávaném Americkou psychiatrickou asociací, kdy v současnosti platí verze DSM-IV-TR z roku 2000. Pro poruchy osobnosti byl dříve používán pojem psychopatie, od kterého se upouští až v MKN-10.

DSM-IV poruchu osobnosti charakterizuje jako „přetrvávající vzorec prožívání a chování, který se významně odlišuje od očekávání v kultuře, ve které jedinec žije, je rozsáhlý a nepružný, má počátek v adolescenci nebo raném dětství, je stabilní v průběhu času a způsobuje utrpení nebo poškození“ (Praško, 2003a, s. 16).

Podle MKN-10 se jedná o „extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště utváří vztahy s druhými“ (Praško, 2003a, s. 16).

Raboch (2006) uvádí, že poruchy osobnosti zahrnují narušení prakticky všech psychických funkcí – vnímání, myšlení, chování a zasahují i do interpersonálních vztahů jedince. Podobně je vymezuje i Vágnerová (2008, s. 70): „Poruchy osobnosti zahrnují odchylky různých psychických funkcí, jejich koordinace a integrace, které vedou k odlišnému způsobu prožívání, uvažování i chování“.

Osobně u poruch osobnosti spatřuji jako nejvýraznější charakteristiku zmiňovanou odlišnost od normy, resp. standardu a očekávání dané společnosti a neobvyklé reakce na různé podněty a problémy v životě projevující se dlouhodobými maladaptivními<sup>1</sup> vzorci chování.

Do kategorie Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60 – F69) kromě skupiny Specifické poruchy osobnosti (F60), kam patří i Emočně nestabilní porucha osobnosti (F60.31), kterou se budu zabývat níže, dále mezi poruchy osobnosti MKN-10 řadí další skupiny diagnóz, kterými jsou například nutkavé a impulzivní poruchy (F63), zastoupené diagnózami jako patologické zakládání požárů, patologické hráčství nebo kradení, dále poruchy pohlavní identity (F64) či poruchy sexuální preference (F65).

---

<sup>1</sup> Nepřizpůsobivé, sociálně nežádoucí chování.

### ***3.3 Specifické poruchy osobnosti a jejich klasifikace***

HPO se spolu s dalšími poruchami osobnosti řadí podle MKN-10 mezi Specifické poruchy osobnosti (F60) – obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro specifickou poruchu osobnosti jsou uvedena v Příloze č. 1.

Jak se shodují mnozí odborníci (Faldyna, 2000; Smolík, 2002; Praško, 2003a), diagnostika specifických poruch osobnosti je nelehká, problematická, roztržitá a patří mezi nejobtížnější části diagnostiky v psychiatrii, na čemž se podílí také fakt, že specifické poruchy osobnosti jsou vysoce komorbidní s poruchami na Ose I dle DSM-IV, čímž může být správná diagnostika a klasifikace značně ztížena.

Správná diagnostika a klasifikace nabývá na velkém významu, vezmeme-li v úvahu, že poruchy osobnosti jsou v populaci zastoupeny v 6 – 9 % (Smolík, 1996 in Praško, 2003a) a někteří autoři uvádějí i vyšší prevalenci 10 – 15 % (Clarkin, 1998 in Praško, 2003a) a podle Koenigsberga a kol. (1985) se 30 – 50 % osob s poruchou osobnosti vyskytuje mezi ambulantními psychiatrickými pacienty (Praško, 2003a).

Podle převažujících nápadností, lze poruchy osobnosti rozdělit do několika kategorií. Porucha osobnosti prostupující celou práci se v MKN-10 označuje jako **Emočně nestabilní porucha osobnosti** (rozdělená na impulzivní a hraniční typ). DSM-IV ji uvádí pod názvem **Hraniční porucha osobnosti**. Kompletní přehled všech poruch osobnosti podle dvou nejpoužívanějších klasifikací v psychiatrii je uveden v Příloze č. 2.

Přestože diagnostika a klasifikace specifických poruch osobnosti má svá úskalí, je více než jasné, že správnost a přesnost v těchto oblastech budou mít podstatný vliv na budoucí volbu adekvátní a vhodné léčby, terapie i přístupu.

### ***3.4 Hraniční porucha osobnosti***

Na základě dvou, v psychiatrické praxi uznávaných, klasifikací už víme, že obě evidují tu samou diagnózu pod jinými názvy. MKN-10 ji označuje jako Emočně nestabilní poruchu osobnosti – hraniční typ a DSM-IV jako Hraniční poruchu osobnosti. V zahraničních publikacích se setkáme s pojmem „Borderline personality disorder“. Protože ve většině monografií a článků jsem se setkala spíše s termínem Hraniční porucha osobnosti (dále HPO), budu i já v dalším textu používat spíše tento termín.

O vymezení hraniční poruchy se jako první pokusil Adolf Stern roku 1938. Termín hraniční byl původně chápán jako „hranice“ („borderline“) mezi neurózou a psychózou

a jedinci s HPO byli původně zařazováni pod atypickou formu schizofrenie. Diagnóza HPO se do DSM-III zařadila v roce 1980 a MKN-10 v roce 1992 převzala ve velké míře diagnostická kritéria této poruchy, ale HPO přiřadila pod zmiňovanou emočně nestabilní poruchu osobnosti společně s impulzivním typem (Praško, 2003a; Bohus, 2005).

Protože se HPO vyskytuje v psychiatrické praxi stále častěji, mluví se o zvyšujícím se počtu jedinců s touto diagnózou, jehož příčina může souviset s globálními kulturními a sociálními změnami (Faldyna, 2000).

### **3.4.1 Vymezení HPO**

Emočně nestabilní porucha osobnosti (dle MKN-10) se dělí podle převažujících znaků na typ hraniční a typ impulzivní, v praxi se setkáme spíše s jedinci s hraničním typem.

Pro HPO a její nositele je charakteristická emoční nestálost, chronické pocity prázdnoty, nestálé, neuspokojivé, ale intenzivní vztahy podporované přehnanou snahou vyhnout se odmítnutí. Představy o sobě, o svých cílech a preferencích mívají nejasné, nevyhraněné nebo narušené – často mluví o tom, že nevědí, kým ve skutečnosti jsou, ani jak se cítí (Praško, 2003a).

Je jasné, že tyto charakteristiky se budou odrážet jak v chování, tak v mezilidských vztazích člověka s HPO. Praško (2003a, s. 246) k tomu dodává: „Pro hraniční poruchu osobnosti je typické selhávání v sociálních i pracovních vztazích a nižší kvalita života“.

### **3.4.2 Etiologie a prevalence**

HPO je v populaci zastoupena asi ve 2-3 %, bývá dvakrát častější u žen než u mužů a řadí se mezi nejčastější poruchu osobnosti, se kterou psychiatři přicházejí do kontaktu – v rámci poruch osobnosti patří HPO v psychiatrické praxi k nejčastěji diagnostikovaným a léčeným (Praško, 2003a).

Etiologie HPO, stejně jako většiny duševních nemocí, není přesně určena. Na vzniku se mohou podílet různé faktory. Autoři se ve svých dílech shodují (Praško, 2003a; Faldyna, 2000; Vágnerová, 2008), že mezi tyto faktory, působící ve vzájemné interakci, patří především biologické a genetické faktory a dispozice (např. nižší práh aktivace limbických struktur, dysfunkce serotoninergního systému, perinatální poranění mozku) a vlivy prostředí, kde se na vzniku může podílet především sexuální zneužívání, citová deprivace, týrání dítěte, hyperprotektivita nebo naopak odmítání, devalvace schopností a dovedností.

Judith Hermanová (1997 in Faldyna, 2000) se zmiňuje o tom, že HPO může vzniknout v souvislosti s posttraumatickou stresovou poruchou. Vyskytly se i názory, v souvislosti se sexuálním zneužíváním v rámci anamnestických údajů, že HPO je ve skutečnosti chronickou formou posttraumatické stresové poruchy. Protože zkušenost se sexuálním zneužíváním či znásilněním není jedinou ani nutnou podmínkou rozvoje HPO, přesto tyto anamnestické údaje mohou upozornit na možný narušený osobnostní vývoj (Faldyna, 2000).

Kernberg (in Praško, 2003a) v souvislosti se vznikem HPO uvádí, že tato raná porucha vzniká jako důsledek zárazu ega a objektivních vztahů v 6 – 8 měsíci věku dítěte a dodává, že tyto osoby mají sice vytvořené hranice ega, ale jednotlivé obrazy sebe a druhých („dobré“ versus „špatné“) jsou rozštěpeny, a tím nedochází k jejich integraci, přičemž pokusy o jejich spojení vyvolávají v jedincích neúnosné pocity úzkosti a vedou k zapojení primitivních obranných mechanismů.

### **3.4.3 HPO a její specifické obranné mechanismy**

Většina lidí zná a používá obranné mechanismy, které slouží k udržení celistvosti a uchování integrace osobnosti i duševní rovnováhy. Jejich používáním bráníme své ego a také nás chrání před úzkostmi, afekty nebo pocity viny.

Některé druhy obranných mechanismů jsou vývojově zralejší, jiné primitivnější. Každá specifická porucha osobnosti upřednostňuje svoje obranné mechanismy. Pro HPO je charakteristické právě používání primitivních obranných mechanismů, mezi které patří hlavně štěpení (splitting) a dále projektivní identifikace, primitivní idealizace, devalvace a popření, které odpovídají procesům štěpení (Praško, 2003a).

Tento primitivní mechanismus štěpení se označuje jako „černobílé vidění“. Díky němu vidí jedinec sám sebe nebo druhé jako buď zcela zlé, nebo naopak úplně dobré, tzn., není schopen integrovat kladné a záporné aspekty sebe a druhých do souvislých obrazů (Kotasová, 2000).

Toto černobílé vidění se podle Praška (2003a) může objevit v projevech jedince s HPO například střídáním zcela protikladných způsobů chování a postojů, aniž by mu to připadalo divné nebo současnou přítomností protichůdných představ o sobě, které se rychle mění i rozčleněním všech blízkých osob na „špatné“ a „dobré“ s tendencí oscilace.

Hraniční pacienti jsou také například náchylnější k hostilním reakcím okolí a chybění empatie, což odpovídá jejich typickým obranným mechanismům (Faldyna, 2000).

### 3.4.4 Diagnostika a komorbidita

I diagnostika HPO, stejně jako většiny ostatních specifických poruch osobnosti, je poměrně problematická a nelehká, a to z několika důvodů: HPO, jako diagnóza II. osy v DSM-IV, má symptomy, které odpovídají onemocněním na I. ose a které mohou HPO překrýt. Další nesnází je, že hraniční symptomy může vykazovat i jedinec, který ale HPO ve skutečnosti netrpí a také, že více specifických poruch osobnosti má podobná kritéria (Faldyna, 2000).

Pastucha (2003, s. 221) zaujímá podobný názor, že „diagnostika HPO je částečně ztížena ne zcela ostrým vymezením vůči ostatním poruchám osobnosti a častou komorbiditou s jinými duševními onemocněními“.

Správná diagnostika je přes tyto ztěžující faktory velmi významná, například z důvodu správného výběru adekvátní a vhodné léčby, terapie i přístupu k lidem s HPO.

Nejrozšířenější pomůckou pro diagnostiku HPO jsou kritéria MKN-10 a DSM-IV, která jsou uváděna v Příloze č. 3. Přestože diagnostická kritéria jsou vodítkem a závazným ukazatelem, přikláním se k názoru Faldyny (2005a), že ani sebelépe definovaná porucha nám však téměř nic, o jedinci jako nositeli poruchy, neřekne, proto je v současnosti upřednostňována diagnostika na základě určení kognitivních schémat<sup>2</sup> a dynamiky osobnosti a také je důležité zmapovat základní obranné mechanismy a projevené vývojové potřeby.

Jednou z komplikací nejen v diagnostice, ale i v léčbě a terapii je především komorbidita, tedy současný výskyt dalších duševních poruch.

Velmi běžná je přítomnost komorbidních úzkostných poruch (častý je výskyt posttraumatické stresové poruchy), poruch nálady, depersonalizačních, derealizačních a krátkých psychotických epizod. V neposlední řadě se často vyskytují disociační či somatoformní poruchy, poruchy příjmu potravy, sebepoškozování a suicidální pokusy a škodlivé užívání návykových látek (Faldyna, 2000).

### 3.4.5 Symptomatika HPO – vnější projevy a vnitřní obraz

Protože, podle mého názoru i zkušenosti, za stěžejní faktory zodpovědné za snížení a zhoršení kvality života<sup>3</sup> považuji projevy a symptomy HPO, budu se v následující části více zabývat touto problematikou.

---

<sup>2</sup> Zásadní přesvědčení, na jehož základě si člověk organizuje svůj pohled na sebe, na svět a na budoucnost (Svoboda, 2006, s. 257).

<sup>3</sup> Viz kap. 1.

Jak bylo už uvedeno, lidé s poruchou osobnosti se liší od normy a očekávání v dané společnosti svým prožíváním a chováním a tato odlišnost musí být patrná alespoň ve dvou z celkových čtyř oblastí. Těmito posuzovanými oblastmi jsou poznávání (způsoby vnímání, interpretování či utváření postojů a představ), emotivita, uspokojování potřeb a zvládání impulzů a poslední oblastí jsou odlišnosti v sociálním chování.

Počátky a první projevy poruchy osobnosti se dají většinou vystopovat už v dětství, ale u dětí ještě nemluvíme o poruše osobnosti, ale spíše o abnormálním chování a prožívání. Hanuš (2000) uvádí, že specifickou poruchu osobnosti nelze vzhledem k dynamice vývoje lidské osobnosti diagnostikovat před věkem 16 až 17 let. Zvláštnosti osobnosti typické pro poruchu osobnosti se začínají výrazněji projevovat v období prepubescence a pubescence a přetrvávají prakticky po celý život. V dospělosti má HPO kolísavý průběh, některé projevy a vystupňované rysy osobnosti se s procesem stárnutí zmírňují, ale některé se naopak i zvyrazňují. Relativně stabilní a přijatelný stav nazýváme kompenzací a zhoršení projevů dekompenzací osobnosti, která může přechodně vyústit do psychotických rozměrů (Kotasová, 2000; Praško, 2003a). Na vzniku dekompenzací se mohou podílet různé vnější vlivy jako například změna prostředí, stres, větší pracovní či studijní nároky a úkoly, nový partnerský vztah aj.

I když jsem si vědoma, že projevy a symptomy hraniční poruchy osobnosti, které se chystám podrobněji popsat včetně vlastního pohledu na ně při jejich prožívání, zachycují lidi s HPO z té „horší“ stránky, a tím zastiňují jejich klady a přednosti, které stoprocentně mají, považuji přesto za důležité se o těchto fenoménech konkrétněji zmínit, protože jsou to z velké části právě ony (jak už bylo řečeno), které se podílejí na snižování a zhoršování kvality jejich života.

Jako nejadekvátnější a nejtrefnější se mi jeví rozdělení symptomů a projevů hraniční poruchy osobnosti do pěti problémových oblastí, které vymezuje ve svém díle Bohus (2005) takto:

#### **3.4.5.1 Oblast regulace afektů**

V této oblasti jde o odlišné a narušené emoční prožívání a sníženou schopnost kognitivního zpracování emocí.

Pro jedince je charakteristický nízký práh dráždivosti pro vyvolání emocí jako i vysoký stupeň vzrušivosti, což vede k vyvolání velmi silných (často velmi rozličných a protichůdných) pocitů a emocí, které se velmi pomalu navrací na předchozí úroveň. Hovoří

se o „zaplavujících emocích“ nebo „emočním zmatku“ (Bohus, 2005). Typické jsou také chronické pocity prázdnoty – označované jako epizody „emocionální tuposti“, při kterých se úplně vytrácí vnímání jakýchkoli pocitů. Citové prožívání je nestabilní, díky čemuž jedinci v této oblasti zažívají i několikrát denně silné a nepříjemné stavy napětí. Po marném boji, ale i při snaze napětí zvládnou, se mohou rozvinout disociační symptomy i dysfunkční a maladaptivní vzory chování jako například sebepoškozování – s tím souvisí i neschopnost odložit emoční impulz, který sice přinese úlevu, ale jen krátkodobě.

### **3.4.5.2 Oblast obrazu o sobě**

V souvislosti s touto oblastí můžeme mluvit o odlišnosti v uvažování – o nejasné a narušené představě o sobě, o nejistotě v sebevymezení a sebepojetí.

„Neschopnost integrovat pozitivní a negativní představy o sobě samém vede k hlubokému zmatku ohledně své identity“ (Praško, 2003a, s. 254). Autor k tomu ještě dodává, že u člověka s HPO je přítomna difuze identity a chabě vytvořené hranice ega, takže tito lidé nejsou schopni říci, kdo a kým jsou, jaké mají vlastnosti, přání a prožitky, což je činí citlivými vůči vlivu okolí – chybí jim pocit vnitřní konzistence.

Spolu s narušenou a nejistou představou o sobě samém je také narušeno hodnocení obrazu svého těla, které je velmi negativní, tak i postoj k vlastní tělesnosti, který je rovněž záporný (Bohus, 2005). Tito lidé mají množství negativních, odsuzujících a znehodnocujících myšlenek a přesvědčení o sobě, která jim zabraňují „bojovat“ sama se sebou i se světem.

### **3.4.5.3 Oblast psychosociální integrace**

V této oblasti dominuje strach a úzkost z opuštění střídající se se strachem a úzkostí s přiblížením se někomu. Tato protismyslná kombinace se může někomu zdát zdánlivě nemožná, ale lidé s HPO takovéto protikladné pocity prožívají velmi často.

Protože si v dětství nevytvořili pocit stálosti objektu, jsou přesvědčeni, že blízká osoba, která zmizí z dohledu, také přestane existovat, proto při separaci a opuštění někým blízkým prožívají intenzivní pocity strachu a úzkosti spojené s vlastní dezintegrací (Praško, 2003a).

Lidé s HPO mají těžkosti s regulováním blízkosti a odstupu. Díky velké úzkosti z opuštění dochází k zaměňování pojmů nepřítomnost druhého s opravdovým opuštěním, proto se snaží na sebe vázat pro ně důležité vztahy. Pocity, které vyvolává strach z opuštění, jsou velmi podobné i při pokusech o přiblížení se někomu – strach z blízkosti je spojený

s výraznou úzkostí, proviněním a studem a následkem jsou dlouhotrvající a náročné vztahy s častými procesy odlučování a znovupřiblížování (Bohus, 2005).

To, že lidé s HPO mají strach z blízkosti, ale zároveň po ní touží se zdá objektivně asi nelogické, ale protože můj pohled a moje pocity jsou v těchto situacích takřka totožné, musím říct, že tyto pro mnohé protichůdné a ambivalentní pocity jsou velmi zraňující a sebedestruktivní. Mnohokrát jsem se snažila odpovědět na otázku, proč je tak těžké přijmout něčí blízkost, ale k uspokojující odpovědi jsem se nikdy nedobrala: možná je to strach z odmítnutí, možná naopak strach z přijetí.

#### ***3.4.5.4 Oblast schopnosti kognitivního fungování***

Tento problémový okruh projevů a symptomů HPO ukazuje na těžkosti s kognitivním zpracováním emocí a z toho vydělováním se kognitivním zpracováním reality, které bývá právě pod tíhou nedostatečného zpracování narušeno výskytem disociací, flashbacků či epizod připomínajících psychózu.

Disociace lze vnímat jako obranné reakce v náročných situacích, které člověk není schopen v danou chvíli zvládnout či jako „odpojení“ od vlastních emocí, vzpomínek, myšlenek a celého svého já. Podle Praška (2003a, s. 256) disociace „umožňují dočasné odpojení od situace, která je příliš bolestná, než aby se s ní člověk mohl vyrovnat. Představuje hrubé narušení integračních mechanismů v psychice a může vést k závažným změnám chování“.

Flashbacky jsou pocity, že nějaká nepříjemná a většinou traumatická událost z minulosti, probíhá znovu právě teď a opět ji prožíváte, detail po detailu. V průběhu máte velmi intenzivní dojem, že jste nad sebou, pod tíhou bolestného znovuprožívání, ztratili kontrolu, přestože někde v koutku duše víte, že o opakování situace nejde a ani jít nemůže. Ale poněvadž jsou tyto pohlcující pocity velmi živé, včetně všech podrobností, pravá skutečnost a racionalita ustupují do pozadí a vy jen s hrůzou čekáte, kdy už to skončí, ale konec je v nedohlednu.

Bohus (2005) uvádí, že disociační symptomatika se rozvíjí asi u 60 % lidí s HPO, a to v podobě somatoformních disociačních fenoménů, které zahrnují sensorické změny vnímání, ale hlavně ve formě depersonalizace a derealizace, pro které je charakteristické nedostatečné vnímání vlastních emocí, pocit odcizení, narušené vnímání prostoru a času a především ztráta kontroly nad realitou. Při depersonalizaci hovoříme o zvláštní změně vnímání a prožívání sama sebe, svých prožitků a hlavně vlastního těla a máme zdání neskutečnosti, neexistence,



vzdálenosti a odcizení sebe sama. Při změně ve vnímání a prožívání sama sebe, svých prožitků a hlavně okolí mluvíme o derealizaci, kdy se nám prostředí zdá neskutečné, umělé či jako za sklem (Malá, 2002). Nedokážete stoprocentně přemýšlet a reagovat v situaci tady a teď – jako byste nebyli tam, kde právě jste. Nejste si jisti, zda to, co se s vámi a kolem vás děje, je nebo není skutečné.

Další problémovou oblastí je častý výskyt pseudohalucinací<sup>4</sup> nebo akustických a optických iluzí<sup>5</sup> – Bohus (2005) uvádí, že tyto příznaky se vyskytují až u 26 % lidí s HPO a téměř stoprocentní je přítomnost magického<sup>6</sup> či paranoidního myšlení a přehnaná podezřívavost. Praško (2003a, s. 256) doplňuje, že „skutečná realita bývá, pod tíhou nerealistických přesvědčení a představám sloužících jako obrana před neúnosnými prožitky, zkreslena a člověk s HPO prožívá časté mikropsychotické epizody“. Takováto etapa dekompenzace může svými projevy připomínat schizofrenii, ale rozdíl je v tom, že toto nepříjemné období trvá u HPO obvykle krátkodobě, zpravidla několik dnů. Relativní krátkost tohoto nepříznivého stadia je způsobena především tím, že člověk s HPO, na rozdíl od osoby se schizofrenií, má zachován náhled a dokáže lépe diferencovat, takže ví, že jde o subjektivní prožívání, které je přechodného charakteru. Přesto jsou tyto stavy velmi matoucí a náročné na zvládnání.

Všechny tyto specifické a pro lidi s HPO charakteristické pocity a stavy jsou často tak neúnosné, nepříjemné, zúzkostňující a zatěžující, že v souvislosti s nimi často přemýšlíte o své „normálnosti“ – tedy spíše „nenormálnosti“.

Přestože různé případy, příčiny či spouštěče, vedoucí k popisovaným disociacím, depersonalizaci, derealizaci, flashbackům, magickému myšlení i mikropsychotickým epizodám, můžete mít předem několikrát objektivně a racionálně zpracované, vyhodnocené a vysvětlitelné, osobní prožívání si jako naschvál dělá, co chce, je dysfunkční a nespolupracuje s vámi, a tudíž si lze objektivitu, pod tíhou vyhrávajícího osobního nazírání, těžko připustit. Subjektivně vás to tak pohltí, že objektivita a realita nedostane šanci. Ale má to i své výhody – někteří lidé si kvůli navození podobných stavů obstarávají návykové látky, lidé s HPO mívají takové zážitky téměř „zadarmo“. Z vlastní zkušenosti i při setkání s jinými lidmi s diagnózou HPO jsem se vícekrát setkala s názorem, že právě díky těmto svízelným a netradičním projevům diagnózy objevili svůj „skrytý talent“ v psaní poezie, prózy,

---

<sup>4</sup> Tzv. nepravé halucinace. Jde o klamný vjem či smyslový přelud, při kterém si je člověk na rozdíl od pravých halucinací vědom, že jde o zážitek neodpovídající vnější realitě (Praško, 2003b).

<sup>5</sup> Vjemy, při kterých není objektivní skutečnost správně vnímána nebo zobrazena (Praško, 2003b).

<sup>6</sup> Člověk přikládá jevům zvláštní symbolický význam (Malá, 2002).

výtvarném či jiném uměleckém vyjádření, ve kterém mohou, obrazně řečeno, přenést na papír to, co je bolestně sužuje a trápí, a tím se alespoň trochu osvobodit od trýznivých a svazujících pocitů.

### 3.4.5.5 *Oblast chování*

Podle Vágnerové (2008) bývá chování lidí s HPO značně výkyvové, impulzivní s cílem zbavit se nepříjemných pocitů, dále je nápadná nepředvídatelnost reagování a omezená schopnost sebekontroly.

Cítíte hlubokou nedůvěru sami k sobě, a proto také máte často pocit, že nevíte, co od sebe čekat – nedokážete odhadnout, jak budete v daný okamžik reagovat.

Odlišnosti v chování se s jistotou projeví těžkostmi v sociální oblasti. Dalo by se říci, že používají velmi úzké spektrum způsobů chování, i když vědí, že je takové chování v dané situaci nevhodné a pak si to vyčítají. Narušení prakticky všech psychických funkcí – vnímání, myšlení i chování, zasahuje značně hlavně do mezilidských vztahů jedince.

„Vnímání druhých může oscilovat mezi rychle se měnící idealizací a devalvací, což je pro osoby, které jsou s nimi ve vztahu, velmi zatěžující“ (Praško, 2003a, s. 254). Vztahy s druhými bývají nestálé a neuspokojivé a vzhledem k problémům s nevyjasněnou identitou je pro ně těžké vytvořit jakýkoli trvalejší vztah, zejména intimního charakteru (Vágnerová, 2008).

Nápadným vzorcem chování je také velmi rizikové jednání v podobě balancování na vysokých domech, zábradlích či mostech, rychlé jízdy autem nebo sezení na kolejích, dokud není vlak velmi blízko. Tímto nebezpečným vystupováním usilují o kompenzaci a regulaci pocitů bezmocnosti (Bohus, 2005).

Myšlenky o nezvladatelnosti zátěžové situace, pocity selhání, vzrůstající napětí, pocity viny a provinění, kritika druhými, pocity prázdnoty, impulzivita, pocity derealizace a depersonalizace, pocit zaslouženíhodného potrestání, negativní sebehodnocení, odmítání, ale naopak i blízkost druhých – to je výčet jen několika z mnoha myšlenek, pocitů a spouštěčů, které mohou vést, a obvykle u hraničních osobností vedou, k opakujícím se suicidálním a parasuicidálním<sup>7</sup> činům a k sebepoškozování. Takže k jizvám na duši přibývají i jizvy na těle. Favazza (1999 in Kriegelová, 2008, s. 19) definuje záměrné sebepoškozování jako „přímou a záměrnou destrukci nebo poškození vlastních tělesných tkání bez vědomého suicidálního záměru“.

---

<sup>7</sup> Sebepoškozující jednání nebo suicidální pokusy, při kterých není, nebo je jen malá touha zemřít (Faldyna, 2000).

Bohus (2005) uvádí, že sebepoškozování se vyskytuje u 70 – 80 % lidí s HPO. Formami tohoto autodestruktivního fenoménu mohou být například povrchová řezná poranění situovaná většinou na předloktích, ale i s tendencí se rozšiřovat na jiné části těla. Příznačné je i bytí hlavou nebo končetinou o zeď, pálení se cigaretou nebo žehličkou. Méně se vyskytující je poleptání a opaření se či škracení se a působení si bodných ran. Při aktu sebepoškození není většinou pociťována bolest, naopak se dostavuje pocit uvolnění, pokoje a jistoty. Vnímání bolesti se obnoví až po několika minutách. Autor ještě dodává, že sebedestruktivní aktivita se projevuje i ve zneužívání návykových látek nebo v poruchách příjmu potravy včetně přejídání se. Také vnímání vlastní sexuální touhy aktivuje masivní automutilační potřeby – jejich přirozená touha po intimitě je zároveň spojená s pocity hrůzy, úzkosti a strachu, tudíž si tuto přirozenou potřebu kompenzují ublížením sobě.

Lze naprosto souhlasit s Bohusovým (2005) tvrzením či názorem, že na popisované vzorce chování lze nahlížet z hlediska teorie učení jako jednak na metody snižování averzivních stavů napětí, tak těžkých disociačních fenoménů.

Co se týká snižování nepříjemných stavů napětí, tak když to neuděláte, když si neublížíte, máte často pocit, že zešílíte. Snažíte se jen fyzickou bolestí vyrovnat tu převažující psychickou. Pomůže vám to vyrovnat se s obtížnými emocemi, které nezvládáte jiným způsobem. Ale po několika minutách od uvolnění napětí se dostaví šířající myšlenky a přepadnou vás silné pocity viny a vzteku nad tím, že jste svou nutkavou potřebu nedokázala zase ovládnout, regulovat a vůbec ji neprovést. Nenávidíte a odsuzujete se za to. Uvědomujete si, že se tak pořád dokola točíte v začarovaném a bludném kruhu, ale nevíte, jak z něho vykročit, protože jde o naučené a velmi hluboko zakořeněné chování.

V souvislosti s vymaněním se ze spárů disociačních fenoménů – když vás naplňuje všudypřítomný pocit prázdnoty, odpojenosti od sebe i od světa, cizosti – máte intenzivní dojem, že neexistujete, nic necítíte – považujete za lepší cítit bolest než necítit vůbec nic. Ublížením si neřešíte až tak téměř vždy primární potřebu si ulevit či snížit napětí, ale protože máte myšlenky a prožívání tak pomotané, nereálné, odpojené a odcizené, chcete a potřebujete si ověřit, že ještě existujete, že jste.

Kromě výskytu sebepoškozování za účelem snižování averzivních stavů napětí a těžkých disociačních stavů, lze na tomto místě uvést ještě jeden další důvod, proč se lidé s HPO obracejí k tomuto maladaptivnímu chování. Je jím problematický vztah k vlastnímu tělu, jenž pociťují hlavně hraniční jedinci, kteří mají v minulosti negativní zážitek s pohlavním zneužíváním, znásilněním či nějakou formou týrání (Fischer, 2009). Pod tíhou takového odsouzeníhodného zážitku vnímají své tělo jako nečisté, poskvřené a mají tendenci

ho odmítat, nepřijímat a sebepoškozování se stává aktem trestu pro znehodnocené tělo. Autor poukazuje na skutečnost, že tato zranění bývají zvláště krutá a situovaná na místa, která mají úzkou spojitost s předešlým traumatem (prsa, stehna i genitálie).

### 3.4.6 Terapie a léčba

Léčba lidí s HPO je většinou dlouhodobá a náročná a neexistuje při ní jednoznačný postup. Terapie je u každého velmi individuální a vyžaduje dostatek zkušeností (Praško, 2003a), přičemž Vágnerová (2008, s. 542) dodává, že „musí být komplexní, dlouhodobá a musí brát v úvahu individuální rysy jedince. Jejím cílem je dosažení přijatelné úrovně subjektivní pohody a alespoň minimální sociální adaptace“.

K vyhledání odborné pomoci a následně terapie vedou většinou krátkodobé afektivní dekompenzace, rozvoj aktuální komorbidní poruchy nebo dlouhodobé potíže s fungováním ve společnosti, kdy se může jednat například o vyhýbavé či izolující chování, agresivitu, impulzivitu či neschopnost navázat nebo udržet vztah. V první řadě je proto třeba léčit přidružené, současně se vyskytující duševní poruchy a potíže (depresivní epizoda, úzkostné a fobické poruchy, přechodné psychotické epizody, závislost na alkoholu, poruchy spánku aj.), jejichž léčba bývá ale zdlohavější a obtížnější, než u pacientů bez poruchy osobnosti (Praško, 2003a). V tomto případě se jedná o podpůrnou psychoterapii, která je součástí komplexní léčby.

Praško (2001a) říká, že cíle léčby mohou být postaveny různě a uvádí následující 3 druhy:

- 1) **krizová intervence** – při suicidálních tendencích, sebepoškozování nebo agresivní dekompenzaci
- 2) **krátkodobá léčba akutní komorbidní poruchy** – úzkostná nebo fobická porucha, depresivní epizoda atd.
- 3) **dlouhodobá léčba poruchy osobnosti**

Jak bylo řečeno, k léčbě lidí s HPO je potřeba většinou delší doba, ale také využití širšího spektra léčebných postupů z různých terapeutických okruhů. A jak připomíná Faldyna (2000, s. 7), „ne všechny psychoterapeutické přístupy jsou pro lidi s HPO vhodné a únosné“.

Budeme-li se zabývat otázkou farmakoterapie, Praško (2003a, s. 251) upozorňuje, že „zatím neexistují specifické léky pro HPO. Přitom 90 % pacientů léky vzhledem ke specifické komorbidní poruše dostává“. Volba léku závisí tedy na převládající symptomatologii

a přidružené komorbidní poruše a léčba je v takovém případě zacílena na ovlivnění projevů, které narušují stabilitu jedince – na ovlivnění afektivity, impulzivity nebo přechodných psychotických příznaků (Faldyna, 2000).

Léky vnímám jako pomocníky ke zmírnění a redukci úzkosti, zlepšení nálady, k překonání nebo k usnadnění zvládnání nepříjemných stavů i myšlenek. Ale léky samy o sobě poruchu osobnosti nevyлéčí, přesto je farmakoterapie důležitou, ale nikoli vše řešící, součástí komplexní léčby a přístupu k HPO.

V léčbě HPO hraje nezastupitelnou roli psychoterapie. „Za nejefektivnější terapii HPO je považována dlouhodobá psychoterapie“ (Faldyna, 2000, s. 31). „Cílem terapie je vedení k nezávislosti a vlastní síle“ (Praško, 2003a, s. 250).

Podle Vágnerové (2008, s. 542) je psychoterapie u lidí s HPO „zaměřena na dosažení náhledu na své problémy, porozumění příčině svých potíží, jejich souvislosti s vlastním uvažováním a jednáním, na změnu postojů a názorů, myšlenek a chování“.

Pro dlouhotrvající a někdy velmi intenzivní a náročnou práci na sobě je nutná velká motivace jedince, bez které jakýkoli psychoterapeutický přístup postrádá smysl.

Jak také upozorňuje Praško (2003a), na konci léčby může její účastník, na základě výše zmiňovaného nevytvořeného pocitu stálosti objektu, znovu prožívat strach z opuštění. V souvislosti s tím má jedinec s HPO sklon k relapsu (návratu) příznaků a potíží jako např. zkratkové jednání, impulzivita nebo suicidální a sebepoškozující tendence. Základní prevenční strategií, jak této „separační“ dekompenzaci předejít, je probrání možného relapsu jedince předem s terapeutem – prodlužuje se interval mezi sezeními a po ukončení léčby jsou naplánována podpůrná sezení.

Palčivou otázkou jsou také názory na hospitalizace lidí s HPO. Praško (2003a) poukazuje na fakt, že k hospitalizaci nutí např. sebepoškozující chování nebo riziko možného suicidia, jenže, jak autor dodává, na druhé straně může pobyt v léčebně nebo na psychiatrickém oddělení posílit maladaptivní chování. Léčba v podmínkách klasické hospitalizace není dostatečně dlouhá na vyléčení HPO, a aby nedocházelo k posilování nežádoucího chování, měly by se nadměrné hospitalizace u většiny osob s HPO omezit na minimum – na detoxifikaci, odvrácení sebevražedných tendencí nebo pro léčbu těžké deprese či úzkostné poruchy.

Cílem léčby je naučit vnímat a přemýšlet o svých reálných prožitcích a vnitřním světě. Zkoumání, uvědomování, pracování se svými myšlenkami, pocity, chováním pomáhá integrovat psychické procesy a zlepšovat celkovou adaptaci nutnou pro kvalitnější fungování člověka s HPO ve společnosti (Praško, 2003a).

## **4 Organizace poskytující podporu lidem s duševní poruchou na území hl. m. Praha – o. s. Kaleidoskop**

### ***4.1 Možnosti intervencí u člověka s HPO v rámci NNO***

Přestože přítomnost duševní poruchy a jejích projevů ztěžuje, znepríjemňuje i omezuje fungování člověka v osobním i společenském životě, existují možnosti, jak lidem s „nemocnou duší“ pomoci. Jednou z nich je zřizování nestátních neziskových organizací – nezdravotnických zařízení, jejichž hlavním cílem je především resocializace člověka s duševním onemocněním. V souvislosti s hraničními (i jinými) poruchami osobnosti je touto organizací už zmiňované občanské sdružení Kaleidoskop, jehož hlavním posláním je podpora lidí s poruchou osobnosti v plnohodnotném začlenění do společnosti a zlepšení kvality jejich života.

Lidé s duševním onemocněním se, podle mého názoru, často ocitají na okraji zájmu většinové společnosti, která o nositelích duševních poruch a nemocí mívá zkreslené a nepřesné informace, díky kterým jsou tito jedinci stigmatizováni. Proto mým jedním z dílčích cílů bude také ukázat, že tito lidé nejsou „blázní“ a že většina z nich dokáže za určité podpory a pomoci žít dříve nebo později dostatečně plnohodnotný a kvalitní život jako ostatní. Přála bych si, aby se mi také podařilo vyzdvihnout, že žádný člověk si nezaslouží být vnímán a posuzován za méně hodnotného jen kvůli přítomnosti duševní nemoci nebo poruchy.

#### **4.1.1 Výběr nestátní neziskové organizace**

Protože ústřední duševní poruchou prostupující celou práci jsou poruchy osobnosti a zvláště pak jedna z nich – hraniční porucha osobnosti, s výběrem nestátní neziskové organizace věnující se lidem s těmito diagnózami, reagujícími na problémy v životě dlouhodobými maladaptivními vzorci chování, jsem to neměla vůbec složité. Jednoduchost volby zapříčinil obzvláště fakt, že v Praze, ale i v celé České republice existuje pouze jedna nestátní nezisková organizace poskytující podporu výhradně lidem s poruchou osobnosti. Touto organizací je pražské občanské sdružení (o. s.) Kaleidoskop, které poskytuje jednak sociální poradenství v Ambulanci Kaleidoskop, ale hlavně dlouhodobou pobytovou službu v Terapeutické komunitě (TK) Kaleidoskop.

Na základě exkurze v zařízení, rozhovorů s terapeutkou, zúčastněného pozorování i v kontextu poskytnutých informací od klientky terapeutické komunity, která se stala klíčovou postavou v praktické části uváděné případové studie, jsem se dozvěděla mnoho informací o chodu zařízení a nabízených službách. Dále jsem měla možnost prohlédnout si prostory terapeutické komunity a na základě zmiňovaných metod jsem získala cenné informace nejen o chodu a službách sdružení, ale i o historii, cílech, principech nebo metodách práce s klienty v rámci poskytované služby terapeutické komunity Kaleidoskop, se kterými bych vás chtěla blíže seznámit. Kromě vlastních poznatků jsem získané informace místy doplnila informacemi dostupnými na internetových stránkách o. s. Kaleidoskop.

#### **4.1.2 Charakteristika, poslání, historie a současnost o. s. Kaleidoskop**

Občanské sdružení Kaleidoskop je první nestátní neziskovou organizací v ČR založenou v roce 2005, která poskytuje sociální služby výlučně lidem s poruchou osobnosti, jejich rodinám a blízkým. Nabízí jednak službu ambulantního odborného sociálního poradenství v Ambulanci Kaleidoskop, tak dlouhodobou pobytovou službu v Terapeutické komunitě Kaleidoskop. V ČR sice existuje několik terapeutických komunit, ty se však zabývají převážně léčbou lidí závislých na návykových látkách nebo ve středu zájmu stojí lidé s psychotickými onemocněními. Pro lidi s poruchou osobnosti je v rámci neziskového sektoru jedinou možností o. s. Kaleidoskop.

Posláním je podpora lidí v plnohodnotném začlenění do společnosti a zlepšení kvality jejich života.

V práci a činnosti se zakladatelé inspirovali zahraničním modelem používaným ve Velké Británii, konkrétně v Henderson Hospital, kde byl komunitní princip léčby lidí s poruchou osobnosti úspěšně využíván přes 60 let.

Uváděnou komunitu založil v padesátých letech 20. století britský psychiatr Maxwell Jones, přičemž pozornost byla původně věnována veteránům z druhé světové války, v důsledku které trpěli posttraumatickou stresovou poruchou. Postupem času, zejména v době hospodářské krize a vzrůstu nezaměstnanosti, se ukázalo, že komunitní terapie je účinná i pro lidi s poruchou osobnosti a že terapeutická komunita, jinými slovy ozdravné společenství, funguje samo o sobě léčivě (Kaleidoskop, 2001).

Pomyslné dveře TK Kaleidoskop se otevřely 13. listopadu 2006. V tento den také každoročně probíhá Den otevřených dveří. V nynějších prostorech, které jsem měla možnost

navštívit, sídlí TK od podzimu 2009. TK je situována do pražských Stodůlek a sídlí v pronajatém domě se zahradou. Kromě několika klientských pokojů je součástí domu kuchyň, jídelna, společenská místnost, ve které probíhá denní program a slouží i k trávení volného času, dále tam jsou místnosti terapeutů a půdní prostory, ve kterých probíhají relaxace a jiné skupinové aktivity nebo zde klienti mohou trávit volný čas.

### **4.1.3 Cíle a principy**

Základním cílem sdružení je pomoci lidem s poruchou osobnosti opětovně se začlenit do života. Plnohodnotné začlenění do společnosti stojí na 4 hlavních pilířích: najít si samostatné bydlení, najít si práci nebo dokončit vzdělání, navazovat a dodržovat uspokojivé vztahy a plánování a smysluplné trávení volného času.

### **4.1.4 Poskytované služby**

#### ***4.1.4.1 Ambulance Kaleidoskop***

Ambulance Kaleidoskop je služba sociálního poradenství poskytovaná lidem s poruchou osobnosti a jejich rodinám, blízkým i veřejnosti formou osobní, telefonické nebo elektronické komunikace.

Co se týká lidí s poruchou osobnosti, Ambulance Kaleidoskop jim poskytuje informace o problematice spojené s jejich diagnózou, pomáhá cílové skupině vyhledat způsob řešení jejich problémů, ujasnit si své potřeby a formulovat osobní cíle, orientovat se na trhu práce, v oblasti vzdělávání nebo v sociálně-právních záležitostech. Dále je pro zájemce vstupní branou a přípravou na vstup do TK nebo pomáhá člověku s poruchou osobnosti najít jinou vhodnou službu např. denní stacionář, skupinovou nebo individuální psychoterapii aj. Také pro klienty zajišťuje následnou péči po odchodu z komunity formou individuálního i skupinového poradenství. Klienti se také mohou na Ambulanci obracet v krizových situacích.

Dílejší cílovou skupinou jsou i rodinní příslušníci, blízcí a kamarádi lidí s poruchou osobnosti, se kterými Ambulance pracuje např. formou individuálního poradenství, psychoedukace nebo pro ně organizuje skupiny rodičů a blízkých.



#### 4.1.4.2 *Terapeutická komunita*

TK Kaleidoskop je pobytová služba koncipovaná pro 14 klientů, nabízející 12 až 18 měsíční rezidenční (dlouhodobý pobyt s ubytováním), terapeutický a rehabilitační program, který je postaven na bázi komunitního principu léčby.

Jedná se o demokratickou TK, to znamená, že velká část různých rozhodnutí probíhá demokratickým hlasováním, přičemž každý má jeden hlas – klient i terapeut. Snahou je vytvořit co nejrovnocennější přístup mezi terapeuty a klienty.

TK a její fungování i každodenní život je založen na spolupráci, spoluúčasti, motivaci a aktivním přístupu všech členů k terapii. Prostředí a zázemí v TK je tvořeno společně, komunita je společným dílem všech členů, zodpovědnost za chod je sdílena terapeuty i klienty.

Komunita je místo, kde si lidé vytvářejí blízké vztahy, učí se v nich fungovat, učí se důvěřovat i zvládat konflikty a krize, přičemž nejvíce se klienti učí jeden od druhého tím, že získávají pochopení od lidí se stejným problémem, podporu, ocenění i zpětnou vazbu. Na základě každodenního života v komunitě, společných aktivit a soužití jsou jim nabízeny interakce, získávají zkušenosti a zpětnou vazbu, ze kterých lze jednak nabýt a vytěžit porozumění současným potížím, ale i vyzkoušet si nové způsoby chování, komunikace a řešení problémů. Snahou je budovat atmosféru bezpečí, zájmu o druhého, ale zároveň upřímnosti, vytvářet prostor pro sdílení problémů, pocitů, zkušeností a zážitků, za účelem následného zpracování a umožnění pochopení sebe i druhých. Čím více klient do komunity vnáší, tím více může také získat (Kaleidoskop, 2011).

Kromě služeb poskytovaných klientům s poruchami osobnosti v TK a jejich rodinám a blízkým v Ambulanci, umožňuje sdružení zájemců z řad studentů, odborníků i běžné veřejnosti možnost stáže nebo exkurze v zařízení. Mimo to Kaleidoskop pořádá přednášky ve školách nebo v informačních centrech o problematice poruch osobnosti, jejich léčbě, terapii, přístupu, metodách atd. Svoji činnost prezentují veřejnosti také na různých akcích a festivalech.

#### 4.1.5 Klienti terapeutické komunity aneb komu je TK určena

Komunita je určena lidem s diagnostikovanou poruchou osobnosti a věkem od 18 let motivovaným ke změně a k aktivní práci na sobě, odhodlaným věnovat delší čas své léčbě a účasti na intenzivním programu a ochotným měnit své navyklé způsoby chování. V současné době je nejmladší klientce 19 let a nejstaršímu klientovi 40 let. Nejčastěji se ale jedná o klienty mezi 20 – 30 lety a nejvíce zastoupenou poruchou osobnosti je hraniční porucha osobnosti.

Nejlepší šanci na zlepšení svého stavu mají klienti, kteří do TK přicházejí s alespoň částečnou motivací pojmenovat své problémy a chtějí se zapojit do skupinového života celé komunity. Ti, kteří vydrží v TK 9 měsíců a déle, dosáhne významného zlepšení 71 % (o. s. Kaleidoskop – Informační brožura, 2007).

V současné době existuje pro vstup do TK dokonce čekací listina, kdy klienti, kteří by chtěli do TK nastoupit, musí čekat i 6 měsíců než se uvolní místo, což souvisí s kapacitou zařízení, která je 14 klientů.

#### 4.1.6 Terapeutická komunita – fáze a průběh pobytu

Pobyt a program v TK Kaleidoskop může trvat maximálně 18 měsíců s tím, že první rok klienti bydlí společně v komunitě, která je otevřena 365 dní v roce, 24 hodin denně, což znamená, že klienti jsou tady i přes Vánoce a jiné svátky, ale mohou se uvolnit z programu, když je chtějí například strávit s rodinou. Po roce terapeutické fáze může následovat ještě 6-ti měsíční fáze přechodná, jejíž hlavním cílem je příprava na samostatný život mimo komunitu. Roční pobyt je rozdělen na 4 fáze:

- 1) Cílem **první fáze** je začlenění a zapadnutí do komunity, pochopení pravidel. Ve zkušební době si klient ujasňuje, jestli je pro něj TK vhodná, začíná budovat vztahy, osvojuje si fungování v rámci komunity, účastní se programu. Každý klient v této úvodní měsíční fázi začíná také sepisovat svůj životopis, který je důležitý pro něj i pro terapeuty.
- 2) **Druhá fáze** pobytu je zaměřena na mapování klientova chování a prožívání a jeho problémů. Cílem je tyto problémové oblasti nejen zmapovat, ale i na ně získat náhled. Období od druhé fáze je určeno pro aktivní práci klienta na sobě a hledání cest k řešení a zpracování jeho nesnází a potíží.
- 3) **Třetí fáze** se týká konkrétních změn. Na základě zmapovaných problémových oblastí se klienti za pomoci a podpory učí své chování a prožívání změnit.

- 4) Poslední **čtvrtá fáze** ročního setrvání v TK, začínající přibližně desátým měsícem pobytu, je věnována přípravě na přechod z TK do běžného života, přípravě na život mimo komunitu – trénink a budování specifických dovedností (sociální, osobní, pracovní...), vyhledávání zaměstnání a samostatného bydlení.

Na roční intenzivní terapeutický program může a nemusí navazovat přechodná – tzv. sociální nebo integrační fáze v délce trvání až 6 měsíců. Mají-li klienti zájem, mohou (ale nemusí) v komunitě nadále bydlet (většinou klienti této možnosti využívají), ale už nechodí na program nebo se účastní jen některých aktivit. V centru jeho zájmu stojí nalezení práce a samostatného bydlení, má-li už zaměstnání zajištěné, odchází do něj přímo z komunity. Cílem navazující fáze je naučit se fungovat v méně chráněném prostředí, připravit se na život mimo komunitu, začlenit se do běžného života a připravit se na samostatný život.

Každá fáze je doprovázena určitými slavnostními rituály a tradicemi, zvláště pak slavnostní rituál při odchodu klienta z komunity. Po ročním až rok a půl trvajícím pobytu v TK může klient ještě následně docházet do ambulantních programů.

#### **4.1.7 Program, pracovní povinnosti, posty a funkce v komunitě**

TK Kaleidoskop nabízí poměrně intenzivní denní program, který usiluje o zmapování klientova chování a prožívání a jeho problémů, vytvoření náhledu na své obtíže a svou diagnózu, podporu samostatnosti, změnu chování a prožívání a budování znalostí a dovedností, které budou potřeba při opouštění komunity a následném začleňování do společnosti. Pro účast v déletrvajícím a náročném programu je potřeba, aby na straně klienta byly přítomny atributy jako silná motivace, vytrvalost, odhodlání a chuť se změnit doplněná aktivní přístupem.

Program v komunitě probíhá každý všední den od 7:00 do 19:00, v sobotu je celodenní výlet a v neděli do 15:30 je volno. Další osobní volno mají klienti také každou středu od 9:00 do 13:30. Aktivity kromě individuální terapie probíhají skupinově. Každé ráno se začíná společnou rozcvičkou a následují přibližně čtyři další aktivity, které se během týdne střídají. Program v TK dokresluje podrobněji Příloha č. 4 – Druhy a význam jednotlivých aktivit.

Fungování komunity je závislé na aktivitě všech jejích členů. Také kvůli snaze o podporu samostatnosti a získání praktických dovedností klienti zastávají různé posty a funkce. Volby do nich se konají hlasováním každý měsíc a zastávání funkce trvá také měsíc. Během ročního pobytu si každý klient může vyzkoušet postupně všechny funkce.

Kromě pracovních skupin, zaměřených na úkoly jako vaření, nakupování nebo úklid a hospodaření s penězi, zastávají klienti například tyto funkce: Volnočasové aktivity plánuje tzv. šoumen, práci a úkoly v rámci pracovních skupin rozděluje i přiděluje tzv. ministr práce, o nováčky se stará a poskytuje jim podporu a vedení tzv. delegát a jakýmsi vztyčnými body a prostředníky mezi skupinou a terapeuty jsou tzv. topi, což jsou klienti, kteří jsou v TK už delší dobu a mají největší zkušenosti s chodem komunity a jejími pravidly – od terapeutů dostávají největší důvěru a sdělují, co se ve skupině děje, jestli je někdo v krizi a něco potřebuje, vedou ranní komunity.

Za každou vykonávanou funkci jsou poskytovány určité úlevy neboli benefity – např. top nemusí pracovat na pracovních skupinách, šoumen může více chodit na internet...).

#### **4.1.8 Pravidla a režim v TK**

Jestliže chceme, aby bylo možné v komunitě žít a vyžívat ji k léčbě, je nutné, aby se v ní všichni cítili bezpečně, a proto zde platí určitá pravidla. Prohřešky proti důležitým pravidlům mohou vést k ohrožení, případně i k ukončení pobytu v komunitě. Při řešení přestupků TK vychází z principu, že „když něco děláme, obvykle je to z nějakého důvodu. A zároveň naše chování nějak působí na nás samotné i ostatní“. Klient, který porušil pravidlo, má prostor svůj přestupek vysvětlit a poté všichni členové komunity společně rozhodují o tom, jaké budou důsledky, které se odvíjejí např. od míry ohrožení bezpečí klienta nebo ostatních. O případném vyloučení nebo o setrvání klienta v TK se rozhoduje na základě hlasování celé komunity (o. s. Kaleidoskop – Informační brožura, 2007).

Režim v komunitě je pevný, rigidní a mohlo by se zdát, že až přísný, ale ze zkušeností se ukazuje, že takovýto pevný a nekompromisní systém funguje – jednak nepodporuje patologické a maladaptivní chování (sebepoškozování, agresivita...), ale i z toho důvodu, že lidé s poruchou osobnosti hranice potřebují. Důraz je kladen na proces, ne na konečný stav.

V TK Kaleidoskop existují tři tzv. **sankční období**, která na první pohled mohou vypadat jako tresty, ale ve skutečnosti se jedná o podchycení vznikajících problémů nebo o podporu růstu klienta. Chovají-li se klienti nějakým způsobem patologicky, dostanou se do některého ze sankčních období, ze kterého by se měli určitým způsobem poučit – nedojde-li k tomu, hrozí klientovi i vyloučení z komunity. Jedná se o podmíněčné vyloučení a chce-li se z něj klient vymanit a vyhnout se tak vyloučení, musí prokázat přiměřený důvod, lítost nebo dobré úmysly do budoucna, které je komunita schopna akceptovat. Popis a průběh tří hlavních sankčních období je pro dokreslení uveden v Příloze č. 5.

## 5 Metodologické šetření

Praktická část si klade za cíl odhalit odpověď na otázku patrnou už z názvu bakalářské práce, stejně jako zřejmou a prostupující celou zpracovávanou teoretickou částí. Na základě získaných informací a jejich porovnáváním s teorií se pokusím co nejdůležitěji odvětit na níže uvedené a položené výzkumné otázky.

Výsledků nebudu dosahovat pomocí statistických procedur ani jiných způsobů kvantifikace, ale protože podstata zkoumaného problému se týká života konkrétního člověka, jeho příběhu, chování, fungování ve společnosti a zkušeností s určitými konkrétními jevy v interakci a v souvislosti s chodem a podporou neziskové organizace, zvolila jsem metodu kvalitativního výzkumu.

Už pouze na základě uváděných cílů a poslání vybraného o. s. Kaleidoskop je patrné, že snaha ovlivňovat resp. zvyšovat kvalitu života klientů je více než velká. To, zdali je to tak i ve skutečnosti, čemuž věřím hodně už nyní, by nám měla potvrdit právě níže uváděná případová studie. Tuto formu jsem si vybrala z toho důvodu, protože věřím, že na základě subjektivních výpovědí samotné klientky se mi podaří na zmiňované klíčové otázky odpovědět nejpříjemněji a nejdostatečněji.

### 5.1 Výzkumná strategie

Jako strategii, druh či typ výzkumného šetření v rámci vybraného kvalitativního výzkumu<sup>8</sup> jsem zvolila případovou studii, a to za účelem porozumění případu a interpretování událostí přidružených ke zkoumanému objektu.

Případová studie patří ve společenských disciplínách k základním výzkumným designům (Švaříček, 2007). Průcha (2003, s. 188) ji ve svém pedagogickém slovníku definuje jako „výzkumnou metodu v empirickém pedagogickém výzkumu, při níž je zkoumání podroben jednotlivý případ, který je detailně popsán a vysvětlován, takže se dochází k takovému typu objasnění, jehož při zkoumání těchto objektů v hromadném souboru nelze dosáhnout. Výhodou metody je možnost hlubokého poznání podstaty případu, nevýhodou omezenost zobecnitelnosti výsledků“.

---

<sup>8</sup> Druh pedagogického výzkumu, rozvíjený od 60. let 20. století, aplikující jiné metodologické principy (jiné paradigma) než klasický kvantitativní výzkum. Je nazýván též „postpozitivistický“, „naturalistický“. Hlavní znaky: Je založen na fenomenologické filozofii; zdrojem dat jsou přirozená prostředí; důraz je kladen na výklad zkoumaných jevů očima samotných aktérů; produktem je detailní popis často jednotlivých případů (Průcha, 2003, s. 111).

Hartlův psychologický slovník (2000, s. 253) ji vymezuje jako „popis jednotlivých případů, např. vznik, průběh a vyléčení duševní choroby či odstranění povahové vlastnosti; slouží jako pomoc a srovnání pro podobné případy; často se sestavuje prostřednictvím rekonstrukce životopisu sledované osoby“.

Objekt výzkumu se pokusím zachytit ve své komplexnosti. Podstatné vždy je, jak uvádí Švaříček (2007), že v mnou zvolené strategii kvalitativního výzkumu badatel usiluje o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí. Případovou studii autor vnímá jako empirickou metodu, jejímž smyslem je velmi podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika málo případů, přičemž toto detailní zkoumání a studium je tradičně považováno za jeden z možných způsobů, jak porozumět složitým sociálním jevům a že rozkrýváním vztahů mezi jednotlivými oblastmi dochází k vysvětlování podstaty případu.

## **5.2 Výzkumné otázky a cíle**

Cílem předkládané případové studie bude, na základě poskytnutých informací a subjektivních zkušeností, názorů, postojů, myšlenek i pocitů respondentky, přiblížit a prohloubit výše zpracované teoretické informace a poznatky o dvou hlavních fenoménech celé práce – o hraniční poruše osobnosti a životě s touto diagnózou a kvalitě života a jejich vzájemné interakci a ovlivňování. To vše ve spojení s o. s. Kaleidoskop a jeho snahou podílet se na zvyšování kvality života u své klientky s HPO.

V této věcně zaměřené části se pokusím odpovědět na ústřední otázku celé práce: **Jakou roli hraje (jak nestátní nezisková organizace ovlivňuje) v rámci svých nabízených služeb kvalitu života u lidí s duševním onemocněním respektive s hraniční poruchou osobnosti? Také mě bude zajímat: Nastala při pobytu v terapeutické komunitě o. s. Kaleidoskop nějaká změna, která se odrazila na osobním a společenském životě? = Přispělo o. s. Kaleidoskop ke zvýšení kvality života své klientky?**

Jedná se mi o co nejširší a dostatečně hluboké zpracování různých oblastí bytí a fungování s HPO (např. příznaky HPO a jejich prožívání, pozitivní a negativní stránky života s HPO, vliv HPO na kvalitu života a fungování ve společnosti, vliv NNO na kvalitu života...), které by mohly být a jsou zodpovědné za sníženou kvalitu života a také, jak je možné s těmito problémovými oblastmi pracovat v rámci o. s. Kaleidoskop, a tím ovlivňovat a pravděpodobně přispívat ke zvyšování kvality života.

### 5.3 *Výběr vzorku a výzkumné metody*

Dostatečná pozornost by měla být podle Švaříčka (2007) věnována správnému výběru případu, který je jedním ze zásadních kroků celého výzkumu. Dále autor doplňuje, že případová studie v rámci kvalitativního přístupu nemůže nikdy spoléhat na náhodný výběr, nýbrž se musí jednat o volbu záměrnou, která je důležitá z toho důvodu, aby vybraný objekt měl ty vlastnosti, které chceme sledovat.

Svoji pozornost jsem směřovala na jednu konkrétní klientku o. s. Kaleidoskop pobývajících v současné době v terapeutické komunitě, která se mi z vlastní vůle ozvala na inzerát, který jsem měla možnost v zařízení vyvěsit.

Jak uvádí Švaříček (2007), pro získání relevantních údajů jsou využívány dostupné zdroje i metody sběru dat – „metody sběru dat jsou specifické postupy poznávání určitých jevů, které badatel užívá s cílem rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé interpretují a vytvářejí sociální realitu“ (Švaříček, 2007, s. 142).

Pro sepsání případové studie, pro nalezení odpovědí na položené výzkumné otázky a pro získání základních i doplňujících, obsáhlejších, detailnějších a prohlubujících informací jsem využila metodu rozhovoru, kde se respondentka mohla subjektivně vyjádřit k základním i odvozeným tématům a otázkám, které vplynuly z teoretické části. Rozhovor Švaříček (2007, s. 159) charakterizuje jako „nejčastěji používanou metodu sběru dat v kvalitativním výzkumu“ a dále ho definuje jako „nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek“ (tamtéž, s. 159). „Rozhovor je výzkumný prostředek používaný při dotazování, spočívající v přímé ústní komunikaci výzkumného pracovníka s respondentem“ (Průcha, 2003, s. 203).

Data pro výzkumnou zprávu mi poskytl konkrétněji rozhovor polostrukturovaný, který vycházel z předem připravených témat a otázek. Abych mohla co nejjednoznačněji a nejpřesněji odpovědět na výzkumné otázky, v polostrukturovaném rozhovoru jsem se dotazovala např. na to, jak HPO ovlivňovala a ovlivňuje život respondentky, jaké jsou pozitivní a negativní stránky života s poruchou, dopad problémů plynoucích z duševní poruchy na existenci respondentky ve společnosti. Samozřejmostí byly i otázky na projevy HPO, jejich vnímání, prožívání i chování. Probrány byly i otázky a záležitosti citlivější – směřující např. na sebepoškozování, intimitu, vnímání vlastního těla. To vše účastnice výzkumu popisovala a posuzovala prostřednictvím vlastní subjektivní zkušenosti.

Rozhovor měl úvodní, hlavní i ukončovací fázi s předem připravenými ústředními otázkami a pro získání hloubky a detailů jsem použila ještě otázky navazující, doplňující a osvětlující. Na diktafon zaznamenaný rozhovor jsem po získání potřebných dat přepisovala, označovala (např. podle podobných tematických okruhů) a následně kódovala a analyzovala. Hendl (2005, s. 114) se k tomu vyjadřuje následovně – „výzkumník zkoumá data a hledá propojení mezi nimi a výzkumnými otázkami“.

Velmi obecně se dá shrnout, že pokládané otázky byly směřovány k minulosti, přítomnosti a budoucnosti. V centru mého zájmu a zkoumání byly různé více či méně problémové oblasti života dotazované, o kterých jsem se na základě poznatků a studia odborné literatury i podle vlastních zkušeností domnívala, že by mohly být zodpovědné za sníženou kvalitu jejího života. Celkový obraz jsem se snažila zachytit komplexně, v co nejširších souvislostech.

#### ***5.4 Etické aspekty a průběh výzkumného šetření***

Prakticky v každém výzkumu je třeba řešit určité etické otázky – ještě více tehdy, jedná-li se o výzkum kvalitativní, který zkoumá člověka a jeho působení. Etické zásady výzkumu jsou formulovány v obecné rovině, tj. v rovině principů, která mají obecná nikoli přesná pravidla. Pečlivé zvažování všech etických aspektů výzkumu zůstává tedy na každém výzkumníkovi (Švaříček, 2007).

V kontextu etických aspektů výzkumu jsem se řídila především principy důvěrnosti, ochrany soukromí a osobních údajů, anonymity a principem poučeného (informovaného) souhlasu. „Při kvalitativním rozhovoru je mnoho příležitostí, kdy se účastník musí vyjádřit k emočně citlivé záležitosti, proto je nezbytné vytvořit co největší emoční bezpečí“ (Hendl, 2005, s. 156).

Na začátku rozhovoru jsem respondentku znovu ujistila o anonymitě a důvěrnosti informací v tom smyslu, že veškerá získaná data budou použita pouze pro účely této práce. Dotazovaná mi vyjádřila opětovný souhlas s účastí na výzkumu a svolení s nahráváním rozhovoru na diktafon. Protože některá témata a z nich pramenící otázky měly velmi citlivý charakter, snažila jsem se vytvořit atmosféru a vztah vzájemné důvěry, porozumění, empatie, vstřícnosti, zájmu a pochopení. Citlivé otázky jsem nekladla bez přechodu a přípravy. Mým hlavním cílem i přáním v této citlivé oblasti bylo, aby u dotazované nedošlo k psychické, fyzické ani jiné újmě, což se, myslím, podařilo.



Abych mohla odpovědět na položené základní i odvozené výzkumné otázky ve své komplexnosti a integritě, veškeré získané údaje, data a informace, pomocí zmiňovaných metod, jsem musela podrobit zevrubné analýze a interpretaci.

„Při kvalitativní analýze a interpretaci jde o systematické nenumerické organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, datové konfigurace, formy, kvality a vztahy“ (Hendl, 2005, s. 223). Autor dále uvádí, že „výzkumník se snaží dát smysl shromážděným údajům“ (tamtéž, s. 226), a že „kvalitativní analýza je uměním zpracovat data smysluplným a užitečným způsobem a nalézt odpověď na položenou výzkumnou otázku“ (tamtéž, s. 223). Interpretací se potom rozumí „systematický rozbor toho, co kategorizovaná data a nalezená spojení vlastně znamenají“ (Švaříček, 2007, s. 244).

Basse (1999 in Švaříček, 2007, s. 98) přidává a dále osvětluje, že „výsledky ze všech použitých metod interpretujeme dohromady, neboť naším cílem je vyložit případ jako integrovaný systém, a ne upozornit na jeho dílčí části“. „Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoli informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek, provádí deduktivní a induktivní závěry“ (Hendl, 2005, s. 50).

Jak uvádí Švaříček (2007), pro případové studie nejsou vyvinuty čistě specifické analytické procedury. Proto jsem si, na základě cílů výzkumu, výzkumné otázky a kontextu výzkumu, za nejvhodnější a nejvyhovující metody analýzy dat, zvolila systematické porovnávání, hledání pravidelností, vzájemností a vztahů, kategorizování a otevřené kódování, tj. rozdělení získaného materiálu na jednotky – kódy.

Rozsáhlejší a nestrukturovaná data jsem průběžně zkoumala, organizovala, zpracovávala, rozřazovala, třídila a hledala mezi nimi a výzkumnou otázkou propojení, přičemž jsem se snažila vyvarovat se subjektivním faktorům a nadměrné interpretaci, které by negativně ovlivnily analytický proces.

Analýzou a interpretací různých druhů dat a informací jsem postupně docházela k výsledkům a závěrům, které jsem se pokusila sumarizovat a následně zachytit a prezentovat ve výsledné výzkumné zprávě.

## 5.5 Případová studie – výzkumná zpráva

### 5.5.1 Dětství a rodina

Klientka se narodila v roce 1987 v osmém měsíci těhotenství jako třetí a poslední dítě do rodiny. Má dva starší bratry (nyní 32 a 30 let). „*Byla jsem taková vymodlená holčička.*“ Vyrůstala v rodinném domě s bratry, rodiči a dědou (otec otce). Prostřední bratr se osamostatnil a odešel od rodiny v 17 letech, nejstarší bratr bydlel později sice ve stejném domě, ale v přízemí, ve vlastní domácnosti se svojí rodinou. „*Určitým způsobem jsem vyrůstala jako jedináček.*“ Vztah s bratry popisuje klientka jako láskyplný, ale na druhou stranu se zmiňuje o nedostatku sdílení emocí a pocitů, ale zároveň dodává, že kdyby se něco dělo, může se o ně opřít, více než o rodiče. Co se jich týká, více si rozuměla s otcem než s matkou. „*Nejvíce jsem tedy byla doma s rodiči a s dědou já, takže všechno jsem s nimi prožívala taky já.*“

Z raného věku si moc nepamatuje. Vzpomínky na útlé dětství si vybavuje až v souvislosti s problémy se spánkem. „*Měla jsem strašné problémy spát sama v pokoji.*“ Často před spánkem vyhledávala přítomnost rodičů, aby mohla spát u nich v posteli. Měla hrůzu z představy usínat o samotě, kterou ani nyní ještě nedokáže vysvětlit – „*potřebovala jsem prostě někoho, aby byl vedle mě. Nevím přesně, jak to vysvětlit – mám dojem, že jsem měla nějakou paniku, že mě rodiče opustí a nechají mě být. Nevím, možná bych to přirovnala k tomu, že jsem potřebovala prostě něčí přítomnost, nějakou blízkost, nějakou intenzitu blízkosti.*“ V souvislosti s tím vzpomíná na časté otázky kladené rodičům ohledně ujišťování se: „*Vím, že jsem se v dětství strašně ujišťovala, jestli mě mají rodiče rádi nebo jestli jim pomáhám.*“

Rodiče se kvůli potížím s usínáním obrátili na dětskou psycholožku. „*Ze začátku jsem ani nevěděla, že chodím k nějaké psycholožce, to až později.*“ Potíže se spaním o samotě podle klientky trvaly asi do 10 let – „*asi to chtělo čas, s postupem času jsem už dokázala spát sama.*“

### 5.5.2 Období docházky do školy

Povinnou školní docházku začala v běžném věku šesti let. Na prvním stupni byla psycholožkou, ke které rodiče docházeli s klientkou už v předškolním věku s problémy se spánkem, u dívky diagnostikována lehká mozková dysfunkce, dyslexie, dysgrafie,

dysortografie. Obdobné potíže měl ve škole i její nejstarší bratr. „*Vím, že se do školy několikrát přišli na mě podívat, jak mi to jde a jestli náhodou nepatřím do nějaké zvláštní školy.*“ Projevy specifických poruch učení přetrvávaly a byly nejvýraznější v období docházky na základní školu, méně výrazné (až nevýrazné) potom na škole střední. V kontextu se SPU vzpomíná na dobrou třídní učitelku v ZŠ, která se jí věnovala, také v rámci psychologických vyšetření a konzultací byla prováděna cvičení se snahou o reedukaci specifických poruch učení.

Téměř od začátku ZŠ až po její ukončení zažívala od spolužáků psychickou šikanu, nejčastěji v podobě sprostých nadávek a pokřiků, se kterou se nikomu nesvěřila: „*Nikdo to nevěděl, nikomu jsem to neřekla – ani nevím proč, myslela jsem, že to tak má být. Pořád jsem tam chodila, a tak jsem si dokola říkala: nesmíš se zhroutit, nesmíš se zhroutit... a prostě jsem snášela to, co mi dělali, vydržela a přetrpěla jsem to.*“

V předmětech, kde se nejvíce projevovaly obtíže kvůli SPU, byla klientka hodnocena ústně. „*Co se týká prospěchu na ZŠ, myslím, že jsem byla takový průměr – převažovaly dvojky a trojky.*“ Poslední 3 roky povinné školní docházky se její známky zlepšily a s přechodem na střední zdravotnickou školu se to podle jejích slov ještě více zlomilo. „*Na střední jsem začala excelovat – taky možná z toho důvodu, že mě to tam strašně bavilo, stala jsem se premiantkou a měla jsem skoro samé jedničky.*“ Se zlepšením známek souvisel také fakt, že se u klientky začal projevovat perfekcionismus a preciznost: „*Všechno jsem musela mít pintlich: třeba jsem si nedovolila mít trojku, takže jsem se naučila buď všechno, nebo nic, což se ale stalo málokdy.*“ Spolužáci na ní kvůli perfekcionismu byli občas nepříjemní, ale s psychickou šikanou, kterou zažívala na ZŠ, se to nedalo srovnávat. Při pocíťování potřeby umět vše perfektně a precizně, se u klientky začaly objevovat projevy obsedantně kompulzivní poruchy: „*Musela jsem se hodně biflovat, a tím se začaly projevovat takové obsese a kompulze, že jsem si nějaké učivo musela neustále opakovat, třeba i dvacetkrát nebo třicetkrát za den a ještě v určitém pořadí, přestože už jsem to uměla.*“ Cítila neovladatelné nutkání si učivo stále opakovat.

### **5.5.3 Vztahy v rodině, se spolužáky, s kamarády**

Když bylo klientce asi 10 let, u matky se začaly projevovat první příznaky duševního onemocnění. Nato byla matce diagnostikována bipolární afektivní porucha (dřívějším označením maniodepresivní psychóza). S onemocněním matky vzpomíná na chvíle, kdy matka „*nebyla schopna fungovat*“, což se projevovalo například zamykáním se v pokoji

a nereagováním. Klientka popisuje i období, kdy matka například odešla na 2 měsíce z domova, a šla bydlet jinam, a dceři řekla, ať se o vše postará. *„Řekla mi, ať se starám, tak jsem se starala – nároky byly vyšší a já jsem se toho chopila, protože jsem viděla, že je to potřebné.“* V souvislosti se zvyšujícími se nároky si klientka uvědomuje, že strašně rychle dospěla a dodává: *„Vždycky jsem si říkala, že bych měla doma pomáhat – když mamka nemůže, tak ji musím zastoupit. Vnímala jsem, že by to tak prostě mělo být.“*

Jak klientka vzpomíná na toto těžké období, přiklání se k názoru, že už v té době začal vznikat k rodičům jakýsi narušený vztah, ze kterého se postupně ztrácela důvěra: *„Doma jsem nebyla moc šťastná. Neměla jsem potřebu se matce svěřovat.“* O něco lepší vztah měla s otcem, více si s ním rozuměla – říká: *„Byl pohodovější.“* Při problémech kontaktovala spíše jeho, nechtěla, aby matka „začala hysterčín.“ Vzpomíná, že často byla naštvaná na matku z důvodu jejího přetvařování, za které matku někdy až nesnášela. *„Byly chvíle, kdy jsem ji opravdu nesnášela, a kdy jsem se za ní třeba i styděla za různé její hysterické výlevy a trapasy a za její přetvařování.“* Dále popisuje časté hádky ze strany matky, vztahující se podle klientky k problémům, vyplývajícím ze soužití matky s tchánem – *„matka neměla ráda a byla špatná z toho, když někdo zasahoval do rodiny.“* Z toho vznikaly časté hádky – *„občas litaly i talíře a výhrůžky typu, že matka toho dědka zabije.“* V rodině byla patrná nestabilita, permanentní stres a nejisté prostředí: *„Když jsem se vracela domů, nevěděla jsem, jakou mámu doma najdu, jestli bude hodná nebo zlá... Nevěděla jsem, s čím mám počítat.“*

Velká míra zodpovědnosti, nejistota, stres, hádky, nestabilita i určitá nedůvěra a nestabilita rodinného prostředí se odrážela i ve vztazích mimo rodinu – ve vztazích se spolužáky, kamarády i při pokusech navozovat nové kontakty ve společnosti. *„Odmala jsem se v porovnání s vrstevníky chovala jinak než oni, často jsem byla až přehnaně zodpovědná. Bylo mi třeba 13, ale chovala jsem se, jakoby mi bylo o 10 let víc.“* Na ZŠ moc kamarádů a kamarádek neměla, na SŠ jich několik bylo. *„Na základce i na střední jsem si vždy přála, aby tam byl někdo, kdo na mě bude čekat, abych se ujistila, že tam patřím.“* Celkově uvádí, že se kamarádila spíše s klukama, se kterými hrála fotbal, florbal, basket... *„Taky jsem chodila do skautu, se kterým jsem jezdila na tábory, kde mě bavily takové ty klučičí aktivity jako brození se řekou, válení se v bahně, než ty aktivity s dívčí tematikou.“* Mimo kamarádů opačného pohlaví si rozuměla spíše se staršími dívkami, u kterých podle svých slov hledala mámu nebo starší sestru. *„Tím, že jsem se kamarádila spíše se staršíma, kteří už byli na jiné úrovni, ani jsem si moc neprošla v pubertě nějakým bojkotem, drzostí, děláním problémů – to mě nějak minulo.“*

#### 5.5.4 Vztahy partnerské a navozování nových vztahů

Ve společnosti, kde je více lidí, se necítí velmi dobře, raději má menší kolektivy, ale zároveň dodává: *„I když ty lidi znám, tak třeba cítím úzkost, jsem nesvá, nevím, o čem si s nimi mám povídat, mám dojem, že se na mě všichni dívají. I když jsem mezi lidmi, připadám si jako v bublině, jakože jsem sama – je to divný a nepříjemný pocit.“* Do aktivit s druhými lidmi se musí často nutit, ale současně přidává, že aby se to naučila, často do takových situací záměrně jde a zkusí si to. Při vztazích a do vztahů s druhými lidmi se klientce často projevuje minulost, myslí si, že to bude stejné jako třeba na ZŠ. *„Těžko se mi navazují vztahy“*, shrnuje klientka.

Téma partnerských vztahů je pro klientku značně osobní a citlivé: *„Co se týká partnerských vztahů, tak mám jednoduchou odpověď – žádné nebyly.“* Po chvíli váhání jsem se mohla dozvědět i přesnější, osobnější a důvěrnější informace ohledně tohoto ožehavého tématu, které klientka označila za velmi aktuální v současné době: *„Tohle je téma, které v posledních měsících hodně řeším – takovou tu sexualitu a intimitu.“* Zmiňuje se, že kdysi nechtěla být ženou: *„Chtěla jsem být jako kluk, mít chlapeckou postavu... žádná prsa... žádné boky... Chtěla jsem být nenápadná a asexuální.“*

*„Když jsem byla v pubertě, tak jsem na to neměla čas – mým tehdejším úkolem bylo přežít – neměla jsem čas na nějaký bojkot v pubertě, na lásky, na vztahy, prostě nic.“* Upozorňuje na určitou vyspělost (spíše v rovině rozumové) v pubertě díky velké míře zodpovědnosti, kterou na ni matka kladla. Naproti tomu staví fakt, že nyní je vyspělá a dospělá i věkem, ale partnerské vztahy tomu neodpovídají: *„Jak jsem byla tehdy strašně vyspělá, tak teď jsem jakoby v něčem pozadu, takže je pro mě v této oblasti skoro všechno nové a musím hodně věcí objevovat.“*

Při vyprávění a zamýšlení se, dává následující slova: *„Je pro mě těžké přijmout to, že jsem žena, že mám nějakou sexualitu a že jsem sexuální bytost“*, do souvislosti se skutečností s negativním zážitkem z jedné dovolené u moře, během které v 17 letech získala negativní a neplánovaný zážitek sexuálního obtěžování. *„Tím, jak jsem měla posunuté hranice, nevěděla jsem ještě, co si kdo může ke mně dovolit a kam až si toho člověka můžu pustit. Ten chlap mě začal osahávat a já jsem nevěděla, co mám dělat, byla jsem úplně zkoprnělá...“* Sice naštěstí zůstalo „jen“ u osahávání, které ale klientku určitým způsobem do budoucna poznamenalo: *„Tehdy jsem si jakože potvrdila, že všichni chlapi to mají takhle, že je nezajímá moje osobnost, ale spíše moje tělo.“*

### 5.5.5 Zájmy a koníčky

*„Vždycky jsem tíhla ke sportu – in-line brusle, běh, kolo, plavání, snowboard, turistika, florbal i adrenalinovější sporty... prostě cokoli, co se týká sportu.“* Zálibu ve sportu vnímá také jako dobré odreagování od tíživých problémů. Někdy jí sport pomáhá hodně, jindy se dokáže odreagovat a uvolnit jenom u sportů kolektivních, při kterých se nemusí soustředit na různé myšlenky, které ji napadají při individuálním sportování. Od dětských let jí vydržela náklonnost ke kreslení: *„Když mi bylo blbě, často jsem se z toho vypisovala nebo vykreslovala a často to byly dost depresivní obrázky.“*

### 5.5.6 Začátek problémů a jejich další průběh

Za první příznaky, které mohly přispět ke vzniku a následnému diagnostikování hraniční poruchy osobnosti, si klientka uvědomuje určitou souvislost s negativními zkušenostmi v důsledku šikany na ZŠ a ne zcela stabilní situaci v rodině: *„Hodně mě poznamenala ta šikana a taky ta situace doma nebyla moc příjemná.“*

Na vzniku HPO se postupně podílely i další faktory. Na konci 1. ročníku na SŠ (školní rok 2003/2004) začala klientka experimentovat s jídlem. *„Chtěla jsem být dokonalá nejen přes to studium, ale i tělesně.“* Tyto experimenty se postupem času přesunuly do poruchy příjmu potravy (dále PPP) v podobě mentální anorexie. *„Strašně jsem sportovala a nechtěla jsem jíst.“* S odpíráním jídla se dají vyzorovat první známky jakéhosi trestání sebe sama, které se s postupem času transformovaly i do jiných forem sebeubližování a sebepoškozování.

V sedmnácti letech (v roce 2004) ve 3. ročníku na SŠ se klientka začala sebepoškozovat. Protože to bylo v období zimních měsíců a klientka nosila dlouhé rukávy, dlouhou dobu si toho nikdo nevšiml. Ve spojení s tímto maladaptivním chováním si klientka vzpomíná, že už v dětství si lila horký vosk ze svíčky na ruku nebo se pravítkem „pleskala“ do ruky, aby jí „natekla“. *„Ani nevím, proč jsem to tehdy dělala.“*

Takovou první „opravdovou“ zkušenost se sebepoškozováním získala právě v 17 letech. Důvodem bylo patrně nepravdivé obvinění klientky blízkými kamarády. Dalo by se to označit za období zklamání a nedůvěry. *„Začala jsem se řezat plastovým nožem. Prostě jsem se jen tak řízla a byla jsem fascinovaná, když se trošku objevila krev a přišlo mi to, že jsem našla něco neskutečného, že jsem objevila něco úžasného.“* Plastový nůž byl při dalších momentech zoufalství a úzkosti nahrazen nožem kuchyňským a poté žiletkou. Nyní s odstupem času už s úsměvem či lehkou ironií dodává: *„Mým favoritem byla žiletka, ale*

*i cokoli ostrýho – někdy bylo úplně jedno, jestli to byl hřebík nebo sklo, klíče, nebo cokoli jsem našla. Ale většinou to byly žiletky.*“ Mezi nejčastější místa na těle, na kterých se drobné i větší řezné rány objevovaly, patřila zápěstí, nohy a občas břicho.

Klientka cítila, že se s ní „něco děje“, ať už se to týkalo problémů s jídlem nebo sebepoškození, tak si z vlastního popudu vyhledala kontakt na občanské sdružení Anabell<sup>9</sup>, kde získala informace o PPP a také kontakt na psychologku i psychiatra, za kterými začala docházet. Rodiče o těchto návštěvách zatím nevěděli a jizvy jim klientka ze začátku vysvětlovala jako pozůstatek po poškrábání kočkami, které doma měli. Jednou však matka objevila v odpadcích plno zkrvavených kapesníčků: *„Musela jsem s pravdou ven. Rodiče to ale vůbec nepochopili.“*

V 18 letech na konci 3. ročníku došlo k prvnímu umístění klientky na psychiatrické oddělení v místě bydliště. Hlavním důvodem hospitalizace bylo právě sebepoškození. *„Moc jsem nevěděla, co mám z téma doktorama řešit, bylo to takové nic moc. Označili mě jako nepřizpůsobivou v adolescenci.“* V té době si klientka vytvořila blízký vztah se svou třídní učitelkou. *„Na střední jsem měla jako největší kamarádku třídní učitelku, která za mě neskutečně bojovala v obdobích, když mi bylo blbě, když mi začaly ty problémy. Psaly jsme si, několikrát mě navštívila v nemocnici. Věděla toho o mně víc, než rodiče. Hodně se mi věnovala, pomáhala mi, kopala za mě. Dá se říci, že mi nahrazovala mámu, kamarádku, všechno...“*

V září roku 2005 nastoupila klientka do posledního ročníku SŠ, přičemž na období listopad – prosinec téhož roku měla domluvený pobyt v psychiatrické léčebně na specializovaném oddělení, věnující se lidem (především dívkám a ženám) s PPP. Než k tomuto dohodnutému pobytu mohlo dojít, klientka prožívala nepříjemné období, jehož výsledkem bylo sebepoškození a neustávající myšlenky na sebevraždu, se kterými se svěřila třídní učitelce, která jí zařídila pohovor s psychiatrem, na jehož základě byla klientka hospitalizována v psychiatrické léčebně. *„Tehdy jsem se zatím jenom řezala a nechtěla jsem jíst.“* Klientka si už nevzpomíná, kdy přesně jí byla HPO diagnostikována: *„Myslím, že při těch prvních hospitalizacích teprve hledali, co a jak, kam by mě zařadili. Vím, že tam házeli různé diagnózy.“*

---

<sup>9</sup> Občanské sdružení Anabell vzniklo v roce 2002 a poskytuje sociální a zdravotnické služby ve svých Kontaktních centrech a nabízí pomoc a podporu jedincům, postiženým i ohroženým poruchami příjmu potravy, hledat a nalézat východiska k řešení problémů, které jsou spojené s neplohodnotným nebo nevhodným stravováním (<http://www.anabell.cz/>).

V tomto období (před a v průběhu uváděné hospitalizace) začala intenzivně pociťovat odpor a nenávist k vlastnímu tělu a k ženskosti: „Úplně jsem se nesnášela a začaly se projevovat takové ty stavy prázdnoty, zoufalé potřeby je něčím zaplnit, samoty.“ Ohledně nenávisti a nepřijímání vlastního těla kontaktovala i různé lékaře se snahou zjistit různé informace: „Chtěla jsem vědět, zda neexistují nějaké operace, že nechci být ženou, že bych chtěla zmenšit prsa, mít chlapeckou postavu, odřezat, co se dá.“ V určitém období přemýšlela nad otázkou, která se týkala změny pohlaví a transsexualismu: „Nějakou dobu jsem myslela, jestli nejsem nějaká divná, a tak jsem podstoupila i sexodiagnostiku na Karláku.“

Nadále byly přítomny četné případy záměrného sebepoškozování, přičemž důvody těchto aktů byly různé: „Když jsem se řezala, tak to bylo z různých důvodů. Ty základní byly jednak, že jsem ventilovala a obracela agresi, která patřila ven, a já ji obracela dovnitř, abych se potrestala. Dále jsem potřebovala zoufale něco cítit a zaplnit prázdnotu. Někdy jsem se řezala třeba i z nudy – jen tak, nebo abych si ulevila od úzkosti a napětí.“ Klientka k tomu dodává, že si na tomto maladaptivním chování vypěstovala závislost: „Prostě jsem to potřebovala k životu a jinak jsem v té době ty problémy ještě řešit neuměla.“ V souvislosti s tímto druhým pobytem na uzavřeném oddělení v psychiatrické léčebně, který trval asi 2 týdny, si klientka stále pamatuje na několik negativních zážitků a vzpomínek, které jí dodnes nahánějí hrůzu: „Tehdy jsem byla na uzavřeném oddělení poprvé a bylo to neuvěřitelné – taková dlouhá nevzhledná chodba, po které jsme chodili sem a tam. Nic se tam s náma nedělalo. Několikrát jsem byla i přikurtovaná k posteli a nadopovaná léky, že jsem kolikrát ani o sobě pořádně nevěděla.“

Po dvoutýdenním pobytu na popisovaném oddělení strávila klientka několik dní doma. Nato byla převezena na zmiňované specializované oddělení pro osoby s PPP, kam měla už dříve nastoupit. Protože došlo k určitým průtahům, včetně neplánovaného umístění klientky na uzavřené oddělení kvůli sebepoškozování a myšlenkám na sebevraždu, nezačala léčbu na specializovaném oddělení jako ostatní, ale se zpožděním asi tří týdnů. „Najela jsem asi do poloviny léčby, takže jsem s těma holkama nechodila na ty společný skupiny a aktivity, ale měla jsem takový svůj program.“ Těsně před propuštěním podnikla klientka, podle svých slov, další exces: „Utekla jsem do areálu, kde jsem se hodně pořezala.“ Na základě toho byla umístěna na uzavřené oddělení, ze kterého ale na revers odešla. V období leden – únor roku 2006 absolvovala předchozí (tehdy jen částečný) pobyt na oddělení pro PPP znovu, ale nyní už celý. K opakovanému pobytu dodává: „Moc jsem si s těma holkama nesesdla a vnímala jsem to, jakože jsem znovu na základní škole, kde se mi smějou a jsou na mě nepříjemné.“ K průběhu hospitalizace v souvislosti s PPP se vyjadřuje následovně: „Hlídali nás tam, takže



*jsem tam jako jedla“ a dále uvádí, že období úplného odpírání jídla a následné extrémní vyhublosti ani neměla, spíše se zmiňuje o problémech s magickým myšlením: „Viděla jsem se úplně jinak, než jsem byla ve skutečnosti. Byla jsem v úplně jiném světě. Neměla jsem adekvátní obraz sebe samé.“*

Po dvouměsíční hospitalizaci se vrátila zpět ke studiu, přičemž ve škole byla z celkových deseti měsíců přítomna pouze tři. Kvůli déletrvajícím nepřítomnostem v posledním ročníku studia jí byl vypracován individuálně vzdělávací plán, během kterého doháněla zameškané učivo. *„Po návratu jsem spadla do několikaměsíční deprese, žila jsem ze dne na den, abych to přežila, abych se všechno naučila.“* Přestože měla možnost složit maturitu až v pozdějším zářijovém termínu, dohnala nejen zameškané učivo 4. ročníku, ale připravila se i na zkoušky z dospělosti: *„Když jsem se vrátila, začala jsem šíleně makat, abych udělala maturitu – kromě tří otázek jsem se naučila téměř každou větu a odmaturovala jsem se samými jedničkami. Dále na vysokou jsem to nezkoušela, protože by mě ty obsese ohledně učení zničily – musela bych se naučit všechno a na to bych fakt neměla.“* Myslela a doufala, že po maturitě přijde nějaké uvolnění a úleva, ale vůbec nic se nedostavilo. *„V tomto období jsem byla na pokraji všech sil a neviděla jsem žádný smysl života – vůbec nic. Nikam jsem nechodila, s nikým jsem se nebavila. Mým jediným cílem byla maturita – už ani nevím, jak jsem to udělala.“*

Vrátíme-li se k sebepoškozování, k „pouhému“ řezání se začaly přidávat i jiné formy tohoto sebedestruktivního chování. *„Začala jsem si propíchnout žíly, sama jsem si odebírala krev...“* S novými způsoby ubližování a trestání sama sobe hovoří klientka o jakési tvořivosti a až přehnané fantazii v této oblasti: *„Také jsem si polévala ruce vařící vodou, řezala jsem se do jazyka a do dutiny ústní, abych nemohla jíst, jedla jsem zkažené věci a potraviny, aby mi bylo blbě. Několikrát – asi dvakrát – jsem spolykala prášky a zapila je alkoholem, ale ne z toho důvodu, že bych se chtěla zabít, ale abych nemusela vnímat tu tíživou realitu.“* S všudypřítomnou a všeprostupující nenávistí a odporem k vlastnímu tělu se klientka vyjadřuje: *„Úplně jsem chtěla to tělo odrovnat, sebepoškovala jsem se taky proto, abych to tělo zničila, abych ho znetvořila.“*

Matka byla nadále podle slov klientky nadmíru starostlivá, pečující a často se přetvařovala. *„Hlavně z důvodů, že člověk nevěděl, co může čekat, to bylo doma docela peklo – ale musela jsem to prostě nějak přežít.“* Klientka uvádí, že: *„Rodiče jsou na druhou stranu milí, se vším mi pomůžou“*, ale problémové situace s matkou se prohlubovaly a klientka je podle svých slov nemohla už vystát. Také si čím dál více uvědomovala, že časté negativní

styky a prožitky s matkou jí nedělají dobře a jsou pro ni stresující. Jakmile to šlo, klientka se po ukončení střední školy přestěhovala do jiného města, kde si našla zaměstnání a k rodičům dojížděla například už jen o víkendech. *„Dá se říci, že u rodičů už od roku 2006 nebydlím, spíše k nim dojíždím na návštěvu.“*

V místě nového bydliště si klientka našla i zaměstnání – se složenou maturitou na střední zdravotní škole začala pracovat v místní nemocnici, přičemž bydlela na blízké ubytovně. *„Kolegyně byly sice fajn, ale ta práce mě moc nebavila, nenaplňovala mě. Ale měla jsem tam dobrou šéfovou, se kterou jsem si byla dost blízko – taková další máma.“* V této době začala klientka „používat“ další – novou formu sebepoškozování. Tímto aktem bylo leptání si rukou kyselinou, kterou si obstarala při výkonu zaměstnání v nemocnici: *„Byla to strašně silná kyselina, na které mě upoutal obrázek lebky. Několikrát jsem si ji natpřela na ruku, až jsem z toho potom měla poleptání třetího stupně.“* Celkově si řezné rány ani místa po poleptání žádným způsobem nikdy moc nedezinfikovala a nestarala se o ně, protože chtěla, aby se jí do ran dostala infekce a aby to bylo ještě horší. *„Leptala jsem si ruce, pak i jazyk a pusou – to abych nemohla jíst... Někdy mě ale strašně dožíralo, že se mi jakoby nikdy nestalo nic vážnějšího.“*

V tomto období – v období prvního zaměstnání, které klientku ale příliš nenaplňovalo – došlo k dalšímu, slovy klientky: „excesu“. Klientka měla mít nadcházející den v práci volno, ale neunesla představu být v „tíživé realitě“, plné prázdnoty a samoty. Kvůli deprimujícím představám a myšlenkám záměrně spolykala a předávkovala se prášky, které zapila alkoholem. Naštěstí ji ještě včas na ubytovně našly kolegyně, ale stav klientky byl přece jen vážnější, a tak několik dní strávila na jednotce intenzivní péče. *„Protože jsem se opravdu nechtěla zabít, jen jsem se chtěla vyhnout té tíživé realitě, takže mě ani neodvezli na psychiatrii.“* Přesto postupem času v této popisované době (tj. v roce 2007) absolvovala další 2 pobyty na otevřeném oddělení v psychiatrické léčebně, kde se jí podle vlastních slov docela dost věnovali: *„Během těchto skoro navazujících hospitalizací jsem ušla docela velké kusy cesty – hlavně co se týkalo vztahu k mému tělu.“* Klientka se vyjadřuje, že asi přibližně v této době jí byla diagnostikována právě HPO. Od lékařů na oddělení získává také první informace o občanském sdružení Kaleidoskop: *„Říkali mi, že je nějaký Kaleidoskop, ale já jsem tomu nějak moc nevěnovala pozornost.“*

Po poměrně úspěšných pobytech v léčebně nastoupila v září 2007 znovu do předchozí práce, ale krátce na to, o měsíc později, podala výpověď. *„Tím, jak mě to tam moc nebavilo, už jsem tam nemohla fungovat a potřebovala jsem změnit prostředí.“* V této době si našla

psychiatricku, která se zabývá i poruchami osobnosti: „*Ona se mi hodně věnovala, psaly jsme si smsky i maily...*“ Doktoru navštěvuje dodnes.

Po podané výpovědi odjela klientka na 2 roky do zahraničního evropského státu ke známým, kde se jednak učila jazyk a chodila na různé brigády. Během pobytu v zahraničí se u klientky nadále objevovalo sebepoškozování. „*I tam jsem se ještě sebepoškozovala – jednak jsem se řezala, a jednou jsem si tam koupila kyselinu fluorovodíkovou, která se používá na čištění rzi z oděvů, a zase jsem se s ní leptala.*“ S kyselinou prováděla i další experimenty: „*Leptala jsem se s ní na kůži na ruce a jednou jsem si jí píchla i injekční stříkačkou pod kůži.*“ Jak už bylo uvedeno, klientka se o „pozůstatky“ po aktech sebedestruktivního chování moc nestarala a nechávala je napospas. Tato „lhostejnost“ nebo spíše touha po zhoršení stavu si vybrala svou daň v podobě hospitalizace na plastické chirurgii v místě zahraničního pobytu. „*Doktora jsem vyhledala asi až po 14 dnech. Museli mi udělat plastiku toho poleptaného místa na ruce, protože jsem v něm měla značnou nekrózu.*“ S odstupem času a se získaným nadhledem, nejen v oblasti sebepoškozování, v současné době klientka dodává: „*Naštěstí ta ruka dopadla dobře, i nervy mám v pořádku. Říkám si, že kdybych píchla jen o kousek vedle, tak asi...*“ nedokončí větu klientka. Na základě této, podle mého názoru, už značně ohrožující zkušenosti, klientka zpětně hodnotí: „*Kolikrát jsem u toho sebepoškozování viděla jen ten prvotní efekt, že dostanu úlevu, ale už jsem neviděla ty následky, co se může stát, absolutně ne.*“ „*Kolikrát stačilo, abych něco slyšela, že se dá něčím otrávit nebo ublížit... Místo toho, aby mě to odradilo, tak jsem měla potřebu a touhu to vyzkoušet.*“ Dřívější a dá se říci, že v určitých ohledech, stále se vyskytující problémy s příjmem jídla se ale během pobytu v zahraničí dosti zlepšily.

Ze zahraničí se vrátila v prosinci 2009. Krátce po návratu pociťovala opět jakousi nepohodu: „*Začalo mi být zase blbě, tak jsem si domluvila další pobyt v léčebně*“, který trval od ledna do poloviny března 2010. Během této hospitalizace se lékaři opět zmínili o o. s. Kaleidoskop, přičemž klientka už nyní těmto informacím věnovala větší pozornost: „*Říkala jsem si – tak co, tak to tedy zkusím. Třeba tam budu dva nebo tři měsíce a můžu přece kdykoli odejít...*“ Dvanáctého dubna po předchozích pohovorech klientka nastoupila do terapeutické komunity o. s. Kaleidoskop, kde je dodnes.

### 5.5.7 Průběh pobytu v TK Kaleidoskop a jeho zhodnocení samotnou klientkou

*„Vnímala jsem, že hospitalizace v léčebně mě na chvílku spraví a stabilizují, ale co z toho – pořád jsem nebyla schopná pracovat, fungovat mezi lidma, být s nima, mluvit, mít vztahy... prostě nic.“* V kontextu toho přiznává: *„Jsem moc ráda, že něco jako Kaleidoskop vůbec je.“* Tuto jedinou nestátní neziskovou organizaci v celé ČR věnující se výhradně lidem s poruchami osobnosti, vnímá jako poslední pomoc lidem, u kterých už všechno ostatní selhalo: *„Ten program, prostor, který je ti věnován, ta intenzita – to je něco, co se nedá například s léčebnami srovnávat.“*

S nástupem do TK (12. 4. 2010) měla klientka obavy, že nezapadne do kolektivu, bude sama a zároveň si plánovala nebo měla představu, že jí bude stačit nějaký krátkodobější pobyt: *„Myslela jsem, že mi budou stačit tak dva tři měsíce, a pak odejdu a budu úplně uzdravená.“*

Za velmi těžké období označuje první měsíc: *„Člověk nemá telefon a tak... Nechápe, proč to tak je, má obavy z kolektivu...“* Postupně si klientka k ostatním cestu našla, do kolektivu zapadla a je zde nadmíru spokojená a říká: *„Kaleidoskop se stal mojí druhou rodinou. Vlastně se tam cítím líp, než kdekoli jinde.“*

Klientka má v současné době za sebou 14 měsíců pobytu v TK. Z toho 12 měsíců trvala intenzivní psychoterapeutická fáze: *„Myslím, že jsem na sobě hodně dřela.“* Z tohoto i z následujících tvrzení je viditelná určitá míra zodpovědnosti a určité stále se objevující míry perfekcionismu: *„Vyhýbala jsem se sbírání trestných bodů, takže jsem chodila všude včas. Nechtěla jsem se dostat do žádného sankčního období například za sebepoškození nebo tak.“* Roční období pravidelného programu označuje za velmi intenzivní a dosti náročné: *„Furt o sobě mluvíš, hrabeš se v sobě na skupinách i v rámci individuální terapie – ale má to své výsledky.“* Dvanáctiměsíční pobyt v terapeutické komunitě shrnuje slovy: *„Jakoby sis hrála na archeologa – hodně pátráš v minulosti, hodně to prožíváš a řešíš teď a tady a také, jak změnit své chování...“*

Dřívější potíže v oblasti PPP se v průběhu pobytu v TK a v současné době mají následovně: *„Ty problémy se rozhodně zlepšily. Ze začátku to bylo, jakože tohle jo, to můžu, tohle ne, to nemůžu. Tohle můžu za odměnu, tohle zase nemůžu vůbec. Byla jsem sice otrokem sebe sama, ale už to nebylo takové, že by mě to nějak ohrožovalo.“* Dále klientka doplňuje, že v současné době záleží hodně na tom, jak se má, jak se zrovna cítí: *„Když mi je blbě, tak se*

*vidím prostě úplně jinak.*“ Na základě toho se například některým jídlům vyhýbá nebo v obdobích psychické nepohody trpí nechutenstvím: „*V těchto chvílích se někdy i těším, že to tělo bude trpět.*“ Shrnuje, že si s tělem v rámci přijímání potravy určitým způsobem pohrává a někdy se i těší z toho, že nemá chuť k jídlu, ale už tím není tak svázaná jako kdysi. Zároveň dodává velmi důležitou věc: „*V komunitě se až tak neřeší aktuální projev, ale spíše, co je za tím.*“

Zaměříme-li se na oblast a projevy sebepoškozování, můžeme říci, že k bizarním nebo více či méně extrémním „útokům“ vůči vlastnímu tělu z různých příčin a důvodů už nedochází. Klientka se k tomu vyjadřuje, že posledním případem záměrného sebepoškození bylo poleptání kyselinou při zahraničním pobytu v roce 2009, po kterém následovala zmiňovaná plastická operace: „*Od té doby jsem si viditelně neublížila*“, což dává do souvislosti také s uvědoměním si jakési nepatřičnosti a neadekvátnosti v rámci pobytu v TK, kde je záměrné sebepoškození značně odsuzováno, nepřijímáno a sankcionováno, a pokud dotyčný klient nebo klientka neprokáže přiměřený důvod, lítost nebo dobré úmysly do budoucna, které je komunita schopna akceptovat, může následovat i vyloučení z komunity. Mohli jsme si všimnout, že klientka se vyjádřila slovy, že *viditelně* už se nesebepoškozuje, což je samozřejmě obrovská změna, kvůli které klientka určitě musela podniknout mnohé kroky, za které si zaslouží moje uznání. Zároveň však doplňuje: „*Viditelně už se nesebepoškozuju, ale hodně se sebepoškozuju jakoby v myšlenkách a v chování. Teď už to sice tolik není, ale dřív jsem si hodně nadávala – mluvila jsem o sobě jako o té největší kurvě a největší nule a hovnu na světě.*“ Kromě nadávek také občas bouchala hlavou do zdi. Doplňuje, že pobytem v komunitě se tato forma určité degradace a ponižování sama sebe omezila takřka na minimum: „*Když je mi ale špatně, občas do těch nadávek ještě spadnu, ale za nedlouho z toho zase vyjedu.*“ Mluví také o určitých metodách a postupech, které se v Kaleidoskopu naučila, jak tyto nepříjemné myšlenky zastavit. K tomu ještě dodává velmi nadějně a obdivuhodně zamyšlení: „*Asi se ty myšlenky budou stále vracet, ale pro mě je důležitý, že jsem nad nimi pánem, že záleží na mně, jestli si je nechám rozjet. Hlavní je, že už to umím zvládnout jinak, než si ublížit, než se pořezat.*“

V současné době se klientka v rámci programu nachází už dva měsíce ve fázi sociální, která je věnována přípravě na přechod z TK do běžného života, tj. přípravě na život mimo komunitu. Klientka stále bydlí v komunitě, ale už nechodí na program nebo se účastní jen některých aktivit. Se svou terapeutkou má vypracován individuální plán s určitými cíli,

kterých se snaží postupně dosáhnout: „*Ted' musím jít z kůží na trh, chodím ven a zkouším venku – v přirozeně rizikových prostředích – prodat to, co jsem se naučila.*“ Její plán je zaměřen především na nalezení zaměstnání a bydlení, na navozování vztahů, na plánování volnočasových aktivit a na trénování a budování specifických dovedností důležitých pro budoucí samostatný život: „*Většinu dne jsem pryč, dělám si a chodím na kurz Pracovník v sociálních službách, podnikám různé volnočasové aktivity a snažím se chodit do vztahů, které se nesou spíše v duchu jakože pokus – omyl.*“ Zmiňuje se, že často se do Kaleidoskopu vrací se zklamáním, načež s terapeutky rozebírá své každodenní působení mimo komunitu: „*Přijdu jakoby domů s pláčem, tam to s terapeutky rozebereme, a pak jdu zase z hnízda ven zkoušet ty věci znovu.*“ Současné období pociťuje klientka jako nejtěžší za celou dobu strávenou v komunitě: „*Nikdy to nebylo těžší.*“

V sociální fázi se často stává, že se klient nebo klientka vrací zpětně na začátek a objevují se jakési známky nedůvěry v sebe a podceňování. Klientka sice mluví o tom, že nynější období je pro ni velmi těžké a psychicky náročné, ale zároveň si uvědomuje, že vyvstálé problémové situace a oblasti lze řešit jinak, než například ublížením si, tj. strategií, kterou v minulosti volila nejčastěji: „*Vím, co bych měla dělat, jak postupovat, abych si neublížila, jak to řešit, jak říkat své potřeby... Umím spoustu věcí, ale kolikrát je těžké je použít.*“ Ve vyprávění je u klientky viditelný a patrný nadhled nejen na své chování a prožívání, ale i na celou HPO. V této souvislosti vyslovuje velmi obdivuhodnou a uznáníhodnou myšlenku: „*Člověk by chtěl nejradši to nejjednodušší, co zná – tj. ten nefunkční mechanismus si ublížit – sice by přišla úleva, ale nikam to nevede.*“

K rodičům klientka během pobytu v TK jezdí tak jednou za měsíc, přičemž dodává, že jedno období se jí sice rodinné vztahy zdály už lepší, ale přesto nemá potřebu být s rodiči v častějším kontaktu například z důvodu, že konverzace s matkou jí občas ještě připomínají minulost: „*Moc tam ted' nechci jezdit, nechci s nimi moc sdílet.*“ V současné době prožívá spíše takovou etapu, kdy má dojem nebo spíše tendenci a chuť jim vracet všechno za minulost. K tomu doplňuje, že se sice snaží při komunikaci a při kontaktu s rodiči používat nový naučený způsob chování, jinak se vyjadřovat, ale podle svého názoru se příliš nesetkává s adekvátní odezvou: „*Snažím se chovat jinak, oni na to ale vůbec nereagují. Třeba jim říkám, co je mi nepříjemné a oni mi řeknou, že jsem přecitlivělá. Je to taková jednostranná terapie, takže se s tím moc nedá dělat.*“ Vztah k rodičům shrnuje slovy: „*Já se měním, jinak se chovám a oni se bohužel nemění, což je těžké.*“ Tím, jak si klientka za rok terapie vytvořila nadhled na svou poruchu i na život, dodává: „*Vnímám to tak, že mě to doma strašně ničilo,*

*a tak se k tomu už moc nechci vracet... a tím, jak tomu možná teď víc rozumím, tak mám možná i větší zlost na rodiče.*“ I přes tyto nesnáze a potíže se vyjadřuje, že se musí na vztahy k rodičům ještě v Kaleidoskopu trochu více zaměřit.

Jejími dalšími hlavními cíli, v rámci terapie v TK, byly a jsou především přijetí svého těla, své ženskosti: *„Snažím se naučit přijímat své tělo, svou ženskost a všechno, co k tomu patří.“* S úsměvem dodává: *„Také se hodně ptám, jak a co se dělá, ale všichni mi říkají, že si mám počkat, až budu s někým chodit, že se to nedá naprogramovat.“* Při představě vztahu s mužem pociťovala vždy určitou nejistotu, nedůvěru, úzkost, strach: *„Bojím se vztahů, nevím proč, ale mám v sobě zabudovanou nějakou představu, že chlapi chtějí jenom sex, že nebudou chtít mě, že se jim na mně nebude nic líbit...“*

Popisuje, že se nachází v jakémsi období poznávání sama sebe: *„Hodně se vyptávám, různé situace si osahávám a seznamuju se s nimi.“* Dále přidává, že někdy už se jí začíná líbit to, že je žena: *„Už na žádnou operaci nechci.“*

Ve spojení s problematickou oblastí obrazu o sobě, tj. nejisté a narušené představě o sobě i neadekvátní a nepřesné vnímání a hodnocení vlastního těla, uvádí následující pokroky: *„Dřív jsem vůbec nemohla nosit sukně a šaty, takže jsem si koupila sukni i šaty a teď je už i nosím. Někdy se taky líčím a snažím se i radovat z toho, že se sobě líbím nebo si třeba chodím i za klukama z komunity pro pochvalu, jestli mi to sluší.“*

Na začátku pobytu v TK si jakousi potřebu a touhu být s někým opačného pohlaví v interakci a bližším kontaktu příliš (nebo spíše vůbec) nepřipouštěla. Postupem času začala zjišťovat, že tamější kluci a to, jak se chovají, je jí příjemné: *„Jsem otevřená tomu, že ráda půjdu do vztahu, když se nějaký naskytne.“* Budoucí vztah neodmítá: *„Když to přijde, tak to přijde – jsem tomu otevřená.“*

### **5.5.8 Plány do budoucnosti**

Klientka má před sebou ještě 4 měsíce sociální fáze, kdy může v TK ještě bydlet, ale jak už bylo uvedeno, na program už víceméně nedochází, ale největším úkolem je naučit se fungovat v méně chráněném prostředí, a tím se připravit na život mimo komunitu. Po opuštění komunity plánuje docházet do Kaleidoskopu ještě na individuální terapie, jejichž hlavním cílem je podpora a jakési udržování relativně stabilního stavu a samostatného života mimo komunitu.

Ráda by úspěšně dokončila započatý kurz Pracovník v sociálních službách, na jehož základě by si chtěla najít zaměstnání v podobné oblasti: „*Chtěla bych pracovat s lidmi nebo dětmi s mentálním nebo s tělesným postižením.*“

K dalším nejbližším i vzdálenějším cílům řadí nalezení podnájmů v Praze, věnování se volnočasovým aktivitám, navozování nových kamarádkých vztahů, přičemž nezapomíná i na možný vztah partnerský.

Klientka se nezapomene vyjádřit k doporučení o. s. Kaleidoskop i dalším lidem s poruchami osobnosti, kterým není jejich život lhostejný, a chtějí ho změnit. Sama pobyt v komunitě vnímala jako poslední šanci, které si nyní moc váží a je za ni vděčná. S odstupem času občas trochu lituje, že do TK nenastoupila už dříve: „*Nemusely mi zabírat čas léčebny a nyní už jsem mohla být někde jinde.*“ Shrnuje však: „*Pobyt v komunitě bych rozhodně doporučila. Rozhodně jo.*“

## **5.6 Diskuse**

Na tomto místě bych se ráda vrátila k primárním poznatkům a informacím z teoretické části a uvedla je do souvislosti nynějšího novějšího poznání.

Jsem si vědoma, že výsledky mého výzkumného šetření jsou, kvůli práci s omezeným počtem jedinců, částečnému vlivu subjektivních dojmů a jiných, méně zobecnitelné, ale na druhou stranu si trůfám tvrdit, že na hodnověrnosti výzkum získává díky popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti i díky hloubkovému a subjektivnímu popisu případu, na základě kterého můžeme porozumět podobným případům v dílčích vztazích i v globálních souvislostech.

Případová studie ilustruje velmi dobře některé obecné zákonitosti doprovázející HPO včetně jejich symptomů a projevů, na jejichž základě, i v kontextu negativních zážitků a zkušeností během dětství a dospívání, odrážejícími se na klientčině dalším chování a prožívání, docházelo k postupnému snižování kvality života. V kontextu případové studie jde především o potvrzení těchto skutečností:

První projevy poruchy můžeme vystopovat v dětství a ještě více v období dospívání. Vývoj HPO u klientky měl značně kolísavý průběh, jehož příčinou byla častá období dekompenzací, na kterých se podílel např. stres, zvýšené pracovní nebo studijní nároky, změna prostředí, vztahy s lidmi aj. Rizikovými nebo komplikujícími faktory, které poruchu prohlubovaly, se staly komorbidní porucha příjmu potravy, šikana, zážitek sexuálního



obtěžování, úzkosti nebo porucha nálady. Často také docházelo k opakovaným problémům se sebeпоškozováním nebo k jinému sebedestruktivnímu chování. V obdobích dekompenzací docházelo i k pokusům suicidálním včetně pokusů tzv. „demonstračních“ i k opakovaným pobytům v psychiatrických léčebnách nebo odděleních.

Odlišnost klientčinych projevů, vystupňovaných rysů, chování a prožívání od normy a očekávání v dané společnosti byla patrná a měla vliv především na oblast emotivity, na sociální chování, na zvládání impulzů a na oblast poznávání – tj. na způsoby vnímání, interpretování či utváření postojů a představ.

Tyto a další skutečnosti, typické pro HPO a vyskytující se i u klientky o. s. Kaleidoskop – emoční nestálost, zvýšená citlivost, snížená schopnost kognitivního zpracování emocí i reality, chronické pocity prázdnoty, používání primitivních obranných mechanismů typických pro HPO, impulzivní a zkratkovité jednání, stigmatizace, nestálé, neuspokojivé nebo naopak intenzivní vztahy, dysfunkční a maladaptivní vzory chování, nejasná a narušená představa o sobě, o svém těle, o svých cílech a preferencích – se samozřejmě odrážely v jejím osobním, pracovním i společenském životě, v chování i v mezilidských vztazích.

Zastávám názor, že chce-li se člověk opravdu změnit, tak to, když ne sám, za určité pomoci a podpory dokáže. Změnit svůj život, svoje maladaptivní chování a prožívání chtěla po letech a po několika víceméně neúspěšných pokusech i dotazovaná. Tuto šanci a podporu jí, i ostatním lidem s poruchami osobnosti, nabídlo jediné zařízení tohoto druhu v ČR – občanské sdružení Kaleidoskop, které jí díky své existenci a svým nabízeným službám poskytlo podporu do co nejvíce plnohodnotného zapojení se do společnosti a do života, čímž značně přispělo a stále přispívá ke zvyšování její kvality života.

Jak NNO ovlivňuje v rámci svých nabízených služeb kvalitu života u lidí s HPO? Nastala při pobytu v TK Kaleidoskop nějaká změna, která se odrazila na osobním a společenském životě? Přispělo o. s. Kaleidoskop ke zvýšení kvality života své klientky? – Toto byly mé stěžejní výzkumné otázky před začátkem celé práce. Na tomto místě se na ně pokusím odpovědět dvěma způsoby: očima klientky a vlastním reflektujícím a zhodnocujícím pohledem a názorem.

### **5.6.1 Role NNO při zvyšování kvality života aneb, „jak mi Kaleidoskop pomohl?“**

*„Kaleidoskop mi pomohl najít sebe sama, pomohl mi, že chci být ženou – nechci být ničím jiným.“*

*Pomohl mi najít pocit důležitosti nejen pro sebe, ale i pro ostatní – jakože jsem důležitá i pro jiné.“*

*„Tím, jak je ten pobyt intenzivní, měla jsem možnost si různé problémové situace řešit třeba i několikrát denně, a tím si je osahávat, takže i víc rozumím sama sobě.“*

*„Pomohl mi najít vlastní cenu a hodnotu.“*

*„Naučil mě, říkat si o své potřeby, říkat stop, určovat si svoje hranice – co chci a co nechci, postavit se za sebe.“*

*„Pomohl mi zjistit, co bych chtěla... Pomohl mi vytvořit si nový obraz sebe sama, najít svoje hodnoty i orientaci v sobě i ve světě – už nevidím jen smrt, ale vítá mě náruč života.“*

*Pomohl mi najít, jak jít do vztahů... Ukázal mi, že jsem jedinečná, že tady mám své místo, že tady mám být, a že jsem důležitá – nejen pro sebe, ale i pro ostatní lidi kolem mě... Více si věřím, mám větší sebevědomí.“*

*„Kaleidoskop kvalitu života rozhodně zlepšuje a zvyšuje – protože když si myslíš, že nemá cenu, abys žila, máš myšlenky na sebevraždu, že tady jsi navíc, že sem nepatříš, že je omyl, že jsi na světě... a najednou po roce a půl odcházíš s tím, že tady máš místo, že je fajn, že jsi na světě, že tě lidi mají a mohou mít rádi, že jsi člověk, který má hodnotu, máš přátele a vztahy... To je něco neuvěřitelného.“ – „Nelituju toho, a i když to stálo a stojí mnoho sil, nikdy toho litovat nebudu.“*

*„Nic lepšího mě potkat nemohlo.“ „Kdybych nebyla v Kaleidoskopu, nevím, kde bych teď byla? Jestli bych vůbec byla?... Spíš bych asi už nebyla!“*

### **5.6.2 Role NNO při zvyšování kvality života mýma vlastníma očima aneb, jak Kaleidoskop pomáhá podle mého názoru?**

Ve vyprávění a na jeho základě zpracované případové studii je u klientky viditelný a patrný nadhled a náhled nejen na své chování a prožívání, ale i na celou HPO, díky kterému se jí podařilo nahlížet na svou situaci, na své potíže a problémy objektivněji, racionálněji a méně zaujatě. Přemýšlí o všech věcech jinak, přestože jejich podstata je úplně stejná, jak

vždy byla a bude. Ale na některé věci už se dokáže dívat s odstupem a vytvořeným nadhledem. Jako když budete číst text jinak než poprvé, přestože slova budou stejná.

Jak moje, tak vaše i klientčina životní historie v nás zanechává nesmazatelné stopy – ještě více, jedná-li se o negativní zážitky a zkušenosti. Z vlastní zkušenosti vím, že na tyto niterní stopy nejde v žádném případě zapomenout, ale jde se s nimi naučit žít. Obdobný dojem na mně zanechal i příběh klientky, která už se neohlíží a nenechá zaskočit minulostí, ale její směřování se upíná do budoucnosti. Ale ta doba, než se s těmi všemi nepříjemnostmi naučíme žít, je dlouhá, bolestivá, mnohdy beznadějná. Ale když se to povede, a vy dorazíte do cíle jako vítěz úporného maratonu, můžete si bezesporu gratulovat a být na sebe pyšní. Je to velmi krásný a osvobozující pocit.

Protože se ukazuje, že krátkodobější program, např. hospitalizace v psychiatrické léčebně, je pro změnu osobnosti a jejího maladaptivního a hluboce zakořeněného chování nedostatečný, tak účinnější dlouhodobý program, zaměřující se přímo a výhradně na poruchy osobnosti, nejen na léčbu a terapii komorbidních poruch vyskytujících se při HPO, je u nás takřka vzácností. Přestože léčba a terapie HPO i jiných poruch osobnosti je dlouhodobá, individuální a náročná, občas stagnující nebo regresivní, pro terapeutky namáhavá, popisované pokroky, nastalá změna osobnosti i jejího chování a prožívání jsou, podle mého názoru, v předkládané případové studii dosti patrné a viditelné, takže si neodpustím řečnickou otázku: Proč neexistuje takovýchto zařízení jako o. s. Kaleidoskop více?

Terapeutická komunita Kaleidoskop se stala klientčiným druhým domovem, ve kterém se mohla cítit bezpečně a přijímaná. Skupinová psychoterapie v TK jí poskytla korektivní emoční zkušenost<sup>10</sup>, na jejímž základě se naučila prožívat i emoce, které v sobě dlouho dusila a potlačovala nebo je naopak vyjadřovala sebepoškozováním. Za příznivějších okolností byla vystavena emočním podnětům, které v minulosti nezvládala, naučila se v emočně náročných situacích orientovat i adekvátně a adaptivně reagovat – ne před nimi, obrazně i doslova, s žiletkou v ruce utíkat. Uvědomila si, že vyvstálé problémové situace a oblasti lze řešit jinak, než například ublížením si. Pochopila, že impulzivita v podobě sebepoškozování není jedinou možnou strategií, jak „vyřešit“ své napětí, úzkost, strach, nenávisť k tělu nebo pocity odcizení od sebe i od světa.

Tento osobnostní vývoj a změna prostřednictvím nových vztahových zkušeností byla pro ni, myslím, jako pro ženu s HPO, zvláště významná. Tuto novou „napravující“ zkušenost získala hlavně v důležitých situacích souvisejících se vztahy k druhým a s druhými lidmi

---

<sup>10</sup> „Silně emočně podbarvené prožití vztahu či situace, které opravuje nesprávnou generalizaci, vyvolanou minulými traumatickými zážitky“ (Kratochvíl in Kalina, 2008, s. 142).

a ještě více se vztahem k sobě samé. Protože se jako člověk s HPO typicky hodnotila a vnímala nejistě a zkresleně se spoustou znehodnocujících myšlenek a negativních přesvědčení o sobě, korektivní emoční zkušenost jí pomohla změnit sebepojetí a uvažování o sobě. I v jiných souvislostech se díky tomuto jevu pozměnilo její celkové vnímání, prožívání i jednání v důležitých (ale doposud problémových) oblastech života.

Dále díky skupinové psychoterapii a na základě interakcí a vzájemného působení se jí při jejím „boji“ dostávalo od ostatních podpory, pochopení, druzí ji akceptovali, neodsuzovali a přijímali se všemi pozitivními, ale i negativními stránkami, vzorci chování i vlastnostmi, které k ní patřily. Přestala se cítit jako „mimozemšťan“.

Účinným faktorem skupinové i individuální psychoterapie se stala také zpětná vazba od skupiny, tvořené spoluklienty a terapeuty, díky které si mohla uvědomit a pochopit dopady svého chování na pocity druhých, nepřiměřenost očekávání nebo zbrklé a impulzivní reagování. Naučila se více tolerovat frustraci, ovládat impulzy a snášet bolestné stavy.

Nedílnou součástí léčby se staly i další druhy terapeutických aktivit (pracovní terapie, arteterapie, psychoedukace, relaxace aj.), které byly specificky zaměřené na zvládání potíží, typických pro lidi s poruchou osobnosti.

V souvislosti s poskytovanou hlubokou podporou se postupně naučila pracovat se svými veskrze negativními myšlenkami s dopadem na chování i prožívání, čímž se zlepšilo její dichotomní (černobílé) vidění. Nacházela cesty, jak opustit bludné a začarované kruhy, ve kterých se doposud dlouho trápila a ztrácela. Pochopila vlastní maladaptivní vzorce chování a postupně je měnila, akomodovala a nacvičovala vhodnější = adaptivní formy chování, přičemž pozornost byla věnována především dovednostem sociálním a dovednostem systematickým způsobem řešit problémy i plánovat si čas.

Učením se od druhých, skupinovou i individuální zkušeností porozuměla druhým, ale hlavně sama sobě, což také přispělo k jasnější a méně narušené představě o sobě samé včetně vlastního těla. Uvědomila si svá citlivá a bolestivá místa a konfrontovala se s vlastními nejdůležitějšími „emočními traumaty“. Došlo ke zlepšení klientčiny emoční stability, naučila se zvládat svoje emoční stavy, čímž se její reakce a chování staly předpověditelnější.

Myslím, že po intenzivní a náročné léčbě dosáhla schopnosti vlastní reflexe a sebepoznání, porozuměla sama sobě a získala tolik potřebný náhled na svou situaci, respektive poruchu osobnosti. Za poskytované podpory a pomoci se jí podařilo najít vlastní cenu, vlastní hodnotu. Intenzivní, dlouhodobý a náročný pobyt v TK Kaleidoskop pomohl

klientce najít sebe sama a orientaci v sobě i ve světě. Získala sebedůvěru, větší sebevědomí, radost do života a snad i touhu po budoucím partnerském nebo rodinném soužití.

Věřím, že dotazovaná je na velmi dobré cestě, přestože se ještě občas objeví určité problémy, potíže a útrapy, které někdy připomínají boj s větrnými mlýny, ale myslím, že klientka je velká bojovnice, která má velkou naději nad objevujícími se těžkostmi a projevy HPO dále vyhrávat a následně i zvítězit. Nevzdá-li svůj vnitřní boj, má, podle mého názoru, obrovskou šanci žít plnohodnotný a kvalitní život i s hraniční poruchou osobnosti.

## 6 Závěr

Každý z nás se při své cestě životem setkáváme s nepříznivými vnějšími a vnitřními faktory – např. problémy v práci, při studiu, v partnerském vztahu, kritická věková období, ztráta blízkého nebo jiná traumata, závažná onemocnění. Způsoby řešení těchto problémových situací či období, a nejen jich, jsou u každého člověka jiná, rozdílná a individuální. Ale co se týká přizpůsobení se společnosti, jejím normám a zvyklostem, u převážné většiny populace se setkáme s adaptivními formami chování. Rozdíl u lidí s HPO je v tom, že u nich dochází k určitým výkyvům a nápadnostem, které se svými projevy, odrážejícími se v chování, prožívání i myšlení, někdy i výrazně odlišují od většinové společnosti.

V teoretické části jsem se věnovala fenoménu kvalita života a snahou vybrané NNO tuto kvalitu v rámci svých poskytovaných služeb u svých klientů zvyšovat. Kvalitu života jsem se snažila uchopit hlavně ve vztahu k lidem s duševním onemocněním a ještě více k lidem s HPO v kontextu o. s. Kaleidoskop.

V teoreticky zaměřené části jsem také věnovala pozornost příznakům a projevům HPO, o kterých jsem se domnívala, že jsou z velké části odpovědné za sníženou kvalitu života u svých nositelů. Narušený postoj k posuzované realitě, neschopnost přiměřeného posuzování, člověk není schopen říci, kým ve skutečnosti je, jaké má vlastnosti, přání, potřeby a hodnotu. Pohled na svět je typický nejistotou, osciluje mezi dvěma krajnostmi – buď je černý, nebo bílý. V pohledu na sebe dominuje nejasná a narušená představa o vlastní identitě. To jsou jen některé typické vlastnosti a modely vnímání lidí s HPO. Ve snaze kompenzovat uváděné „nedostatky“ a za účelem vyhnout se nepříjemné úzkosti reagují na problémy v životě dlouhodobými maladaptivními vzorci chování – zmítají se od extrému k extrému.

Mohli jste se dozvědět, že HPO sebou přináší i další nápadnosti projevující se například v chování (sebepoškozování, rizikové a suicidální jednání aj.). Jelikož se tyto nepřiměřené a většinové společnosti neodpovídající reakce mohou zdát nezaangažovanému a neznalému člověku nepochopitelné a zvláštní, zabývala jsem se v práci částečně i otázkou předsudků, mýtů a stigmatizace, ke které dochází kvůli negativnímu vnímání duševních nemocí veřejností a která se také podílí na snížené kvalitě života, i následnou destigmatizací.

Je patrné, že čím více duševní nemoc ovlivňuje a narušuje život člověka a jeho fungování ve společnosti, tím více se zhoršuje jeho celková kvalita života. Aby tito lidé dosáhli představované kvality života, je zapotřebí intenzivní podpory a pomoci. Naštěstí v současnosti existuje už řada forem pomoci, jak nemocí zasažené oblasti zlepšit, a tím dospět k pomoci dosáhnout kvalitnějšího života i s duševním onemocněním.

Přestože v zahraničí je působení terapeutických komunit při léčbě a podpoře lidí s poruchou osobnosti běžnou záležitostí, v České republice existuje v neziskovém sektoru pouze jedno zařízení. Tímto zařízením je občanské sdružení Kaleidoskop, jehož cílům, poslání, nabízeným službám, nebo průběhu pobytu a programu v terapeutické komunitě, byla v práci věnována samostatná kapitola.

Protože podstata zkoumaného problému se týkala života konkrétního člověka, jeho příběhu, chování, prožívání, fungování ve společnosti a také zkušeností s podporou od NNO, zvolila jsem metodu kvalitativního výzkumu. Rozhovorem s klientkou o. s. Kaleidoskop jsem získala poměrně hluboký vhled do jejího subjektivního světa a jejího životního příběhu, na jehož základě jsem zpracovala případovou studii. Doufám, že se mi, v souvislosti se snahou o co nejvýstižnější odpovědi na výzkumné otázky, podařilo hlouběji poznat a zprostředkovat podstatu případu a komplexněji mu porozumět včetně mého vlastního pohledu i pohledu samotné klientky.

Podpora od o. s. Kaleidoskop umožnila klientce v rámci pobytu v terapeutické komunitě hlavně si zmapovat své dosavadní, ve velké míře maladaptivní, chování a prožívání a z něho vyplývající problémy v osobním i společenském životě. Na základě zmapovaných problémových oblastí se klientka učila své chování a prožívání postupně měnit, a tím si osvojovat jeho adaptivní formy. Na svou situaci, na svou poruchu si vytvořila náhled a aktivní a intenzivní práci na sobě hledala cesty k řešení a zpracování jejích nesnází a potíží, trénovala a budovala specifické dovednosti, díky čemuž má nyní možnost věnovat se přípravě na přechod z TK do běžného života.

O. s. Kaleidoskop naučil klientku, jak „znovu žít“, nést odpovědnost za vlastní život, navazovat a udržovat trvalé a uspokojivé mezilidské vztahy, nalézt adaptivní formy chování, zbořit nejistou a narušenou představu o sobě, umožnil a umožňuje jí návrat do běžného života a optimální fungování v něm, učí ji samostatnosti. Získáním těchto nových dovedností Kaleidoskop umožňuje získat větší schopnost obstát v osobním, pracovním i společenském životě a vztazích. Nabízí možnost naučit se kvalitně a plnohodnotně žít i se svými problémy – se svou poruchou osobnosti.

Podle mého názoru klientka (znovu)nalezla smysluplnost života, směřování někam, jsou u ní přítomny cíle i jejich postupná realizace, což jsou charakteristiky, které se považují za podstatné aspekty kvalitně prožívaného života i v kontextu uváděné definice v teoretické části: „Kvalitně žije ten, kdo je se svým životem spokojen a daří se mu dosahovat cílů, které si předsevzal“ (Echteld in Křivohlavý, 2002, s. 170).

Troufám si tvrdit, že díky existenci o. s. Kaleidoskop, jeho podpoře i nově nabytým schopnostem, dovednostem a zkušenostem může klientka žít plnohodnotnější, spokojenější a hlavně kvalitnější život.

Vlastní zkušenost s duševní poruchou mi byla nejen podnětem, ale i jakýmsi průvodcem při psaní práce. Mým dílčím (a ještě více osobním) cílem této práce byla také skutečnost, aby se moje vlastní zkušenosti staly na chvíli výhodou. Přestože se v průběhu objevovaly určité potíže, se kterými jsem počítala, vyplývající z podobných zážitků a zkušeností popisovaných v práci, jsem nyní moc ráda, že jsem si toto téma nakonec vybrala a následně zpracovala. Na tomto místě celou práci vnímám jako určitý druh terapie, kdy jsem si mohla dokázat i na dalším případě poznat, že postaví-li se člověku do cesty duševní porucha, je možné se s ní naučit žít plnohodnotný a kvalitní život, ba dokonce se v tom dají najít pozitiva nebo obohacující zkušenosti.

Jestliže se mi podařilo popsat a pochopit život člověka s HPO, jejími příznaky a projevy včetně každodenního boje s touto poruchou; vnést do této problematiky více vhledu a porozumění; nalézt odpovědi na výzkumné otázky týkající se role NNO při zvyšování kvality života u člověka s HPO; alespoň trochu změnit postoj veřejnosti k lidem s duševním onemocněním; zbořit nějaké předsudky a mýty, které veřejnost o „nemocech duše“ má, přispět k uvědomění, že přítomnost duševní poruchy není znakem hanby, pak tato práce splnila svůj cíl a měla smysl.



## Použitá literatura

- BOHUS, Martin. *Borderline porucha osobnosti*. Přel. Natália Kaščáková. Trenčín : Vydavateľstvo F, 2005. 152 s. Přel. z.: Borderline – Störung. ISBN 80-88952-23-9
- DRAPELA, Victor, J. *Přehled teorií osobnosti*. Přel. Karel Balcar. 4. vyd. Praha : Portál, 2003. 175 s. Přel. z.: A review of personality theories. ISBN 80-7178-766-3
- FALDYNA, Z. *Hraniční porucha osobnosti*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. 42 s. ISBN 80-85121-56-5
- FALDYNA, Z. *Specifické poruchy osobnosti, část I. : diagnostika. Psychiatrie pro praxi*. 2005a, roč. 5, č. 1, s. 48-51. ISSN - 1213-0508
- FISCHER, S.; ŠKODA, J. *Sociální patologie : analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha : Grada, 2009. 218 s. ISBN 978-80-247-2781-3
- HANUŠ, H. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha : Karolinum, 2000. 331 s. ISBN 80-7184-873-5
- HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. Praha : Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2
- KALINA, K. *Terapeutická komunita : obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha : Grada, 2008. 394 s. ISBN 978-80-247-2449-2
- KOTASOVÁ, J. *Vybrané kapitoly z patopsychologie*. Olomouc : Hanex, 2000. ISBN 80-85783-30-4
- KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha : Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2333-4
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence : otázky na vrcholu života*. Praha : Grada, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5
- MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha : Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5

- MALÁ, E.; PAVLOVSKÝ P. *Psychiatrie : učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha : Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0
- MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha : Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- MOŽNÝ, Ivo. *Česká společnost : nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha : Portál, 2002. 208 s. ISBN 80-7178-624-1
- MÜHLPACHR, P., VAĐUROVÁ, H. Vymezení, dimenze a měření kvality života. In PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšř. a přeprac. vyd. Brno : Paido, 2006. s. 85 – 93. ISBN 80-7315-120-0
- PASTUCHA, P. Terapie hraniční poruchy osobnosti : dialekticko behaviorální terapie. *Psychiatrie pro praxi*. 2003, roč. 3, č. 5, s. 221-222. ISSN - 1213-0508
- PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0
- PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy : klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha : Portál, 2005. 413 s. ISBN 80-7178-997-6
- PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Praha : Portál, 2003a. 360 s. ISBN 80-7178-737-X
- PRAŠKO, Ján a kol. *Psychiatrie*. Praha : Informatorium, 2003b. 192 s. ISBN 80-7333-002-4
- PRAŠKO, J.; KOSOVÁ, J. Léčba poruch osobnosti I. *Psychiatrie pro praxi*. 2001, roč. 1, č. 1, s. 25-29. ISSN - 1213-0508
- PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8
- RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ, P.; JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. 4. rozšř. vyd. Praha : Triton, 2006. 211 s. ISBN 80-7254-746-1
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy : průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2. revidované vyd. Praha : Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18-X
- SVOBODA, M. (ed.); ČEŠKOVÁ E.; KUČEROVÁ H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha : Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9
- ŠVARÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách : pravidla hry*. Praha : Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha : Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4
- Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [online]. [cit. 2011-02-12]. Dostupné na WWW:<<http://www.cmhcd.cz/index.php>>

- Kaleidoskop : Občanské sdružení pro lidi s poruchou osobnosti [online]. [cit. 2011-05-22]. Dostupné na WWW:< <http://www.kaleidoskop-os.cz/uvod.html>>
- *Změna : Stopstigma*. Projekt zaměřený proti předsudkům a diskriminaci z důvodu psychiatrického onemocnění [online]. [cit. 2011-02-12]. Dostupné na WWW:<<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/index.php>>

## Seznam příloh

### **Příloha č. 1 – Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro specifickou poruchu osobnosti (F60)**

- 1) Je průkazné, že charakteristická a trvalá vnitřní struktura a projevy chování jedince jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného přijatelného průměru chování dané společnosti (nebo od „normy“). Tato odchylka se musí projevovat více než v jedné z následujících oblastí:
  - a) poznávání, tj. způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí, formování přístupů k sobě a ostatním a představ o sobě a ostatních
  - b) emotivita (rozsah, intenzita a přiměřenost emočního vznětu a odpovědi)
  - c) ovládání svých impulzů a uspokojování potřeb
  - d) způsob chování k ostatním a zvládnutí interpersonálních situací
- 2) Odchylka se musí projevovat jako výrazně nepřizpůsobivé, maladaptivní nebo jiným způsobem dysfunkční chování v rámci širšího okruhu osobních a sociálních situací, tj. není omezena pouze na specifický spouštěcí moment či specifickou situaci.
- 3) Způsob chování podle kritéria 2 je příčinou osobních obtíží nebo má nepříznivý dopad na sociální prostředí nebo má oba důsledky.
- 4) Musí být průkazné, že odchylka je stálá nebo dlouhotrvající a že začala ve věku pozdního dětství nebo adolescence.
- 5) Odchylku nelze vysvětlit jako projev nebo důsledek jiné duševní poruchy dospělého věku, i když současně s odchylkou se mohou vyskytovat nebo na ni nasedat epizodické nebo chronické stavy z oddílů F00-F59 nebo F70-F79.
- 6) Jako možná příčina odchylky musí být vyloučeno organické onemocnění, úraz nebo dysfunkce mozku (Smolík, 2002).

## **Příloha č. 2 – Klasifikace poruch osobnosti podle MKN-10 a DSM-IV**

### **1) Klasifikace podle MKN-10**

F 60 – Specifické poruchy osobnosti

- F 60.0 Paranoidní porucha osobnosti
- F 60.1 Schizoidní porucha osobnosti
- F 60.2 Disociální porucha osobnosti
- F 60.3 ***Emočně nestabilní porucha osobnosti***
  - F 60.30 Impulzivní typ
  - F 60.31 ***Hraniční typ***
- F 60.4 Histriónská porucha osobnosti
- F 60.5 Anankastická porucha osobnosti
- F 60.6 Úzkostná (vyhýbavá) porucha osobnosti
- F 60.7 Závislá porucha osobnosti
- F 60.8 Jiné specifické poruchy osobnosti (Narcistická porucha osobnosti, Pasivně-agresivní porucha osobnosti)
- F 60.9 Porucha osobnosti nspecifikovaná (Smolík, 2002).

### **2) Klasifikace podle DSM-IV**

Psychiatrická klasifikace duševních poruch podle DSM-IV obsahuje celkem pět os, přičemž poruchy osobnosti (včetně mentální retardace) jsou zařazeny do osy II a do hlavních diagnóz této osy patří:

- Mentální retardace
- Paranoidní porucha osobnosti
- Schizoidní porucha osobnosti
- Schizotypní porucha osobnosti
- Asociální porucha osobnosti
- ***Hraniční porucha osobnosti***
- Histriónská porucha osobnosti
- Narcistická porucha osobnosti
- Vyhýbavá porucha osobnosti
- Závislá porucha osobnosti
- Obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti
- Porucha osobnosti dále nspecifikovaná (Smolík, 2002).

## **Příloha č. 3 – Diagnostická kritéria pro HPO podle MKN-10 a DSM-IV**

### **1) Diagnostická kritéria MKN-10 pro Emočně nestabilní poruchu osobnosti – hraniční typ (F 60.31):**

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti (F 60).
- B. Musí být splněny nejméně tři příznaky z kritérií pro Emočně nestabilní poruchu osobnosti – impulzivní typ (F 60.30):
- 1) zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení důsledků
  - 2) zřetelná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, obzvláště když je impulzivní konání někým přerušeno nebo kritizováno
  - 3) sklon k výbuchům nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování
  - 4) obtíže se setrváním u jakékoli činnosti, která nenabízí okamžitý zisk
  - 5) nestálá a nevypočitatelná nálada.
- C. Musí být splněny alespoň dva z následujících příznaků:
- 1) narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích (včetně sexuálních)
  - 2) sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím
  - 3) přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí
  - 4) opakované nebezpečí nebo realizace sebepoškození
  - 5) chronické pocity prázdnoty (Smolík, 2002; Praško, 2003a).

### **2) Diagnostická kritéria DSM-IV pro Hraniční poruchu osobnosti**

Manuál vymezuje HPO jako trvalé a nápadné projevy nestability v interpersonálních vztazích, v sebehodnocení, emocích a kontrole impulsů s podmínkou začátku těchto projevů v časně dospělosti a objevujících se v různých souvislostech, přičemž porucha je vymezena nejméně pěti z následujících příznaků:

- horečné úsilí vyhnout se reálnému nebo domnělému odmítnutí
- nestálé a intenzivní meziosobní vztahy, které jsou charakteristické střídáním nadměrné idealizace a devalvace
- poruchy identity – trvalé a zřetelně narušené, převrácené či nestálé sebehodnocení nebo mínění o sobě

- impulzivita nejméně ve dvou potenciálně sebepoškozujících oblastech (např. utrácení, sexualita, abúzus látek, bezohledné řízení vozidla, přejíždání...)
- opakované sebevražedné tendence, pokusy, hrozby nebo sebepoškozující jednání
- emoční nestabilita vlivem výrazně reaktivní nálady trvající obvykle několik hodin, výjimečně i několik dnů
- chronické pocity prázdnoty
- zbytečně intenzivní rozhněvanost nebo ztráta kontroly nad hněvem (např. časté projevy zlosti, opakované rvačky...)
- přechodné a se stresem související vztahovačné představy nebo těžké disociační příznaky (Smolík, 2002).

## Příloha č. 4 – Druhy a význam jednotlivých aktivit

- Každý den se začíná rozcvičkou, po které následuje výdej léků, které klienti nesmí mít u sebe a společná snídaně. V komunitě se při každém jídle dbá na určité rituály – např. zbytečné neodcházení od stolu, společné stravování třikrát denně, které se tak stává příjemnou aktivitou.
- Od úterý do pátku probíhají různé 40 minutové skupiny:
  - **Kreativní skupina** – „kreativka“ – jedná se především o arteterapii, při které se využívá výtvarného projevu jako prostředku k sebevyjádření a práci s emocemi. V rámci této terapie klienti také vyrábějí kaleidoskopy, které se prodávají na různých akcích nebo festivalech.
  - **Vztahová skupina** – „vztahovka“ – klienti na skupinu přinášejí vztahy zvenčí, i když mají nějaký konflikt uvnitř komunity. V rámci této skupiny dále klienti čtou své sepsané životopisy, kdy se skupině otevrou tím, že vyprávějí, co je v životě potkalo, co zažili. Kromě životopisů sepisují klienti v průběhu pobytu (po 3, po 7 a po 10 měsících) tzv. review neboli „ohlédnutí se“, ve kterém se jedná o zhodnocení dosavadního pobytu, jejich fungování a dosažení osobních úspěchů, přičemž ostatní klienti se k tomu vyjadřují nebo poskytují zpětné vazby.
  - **Tematická skupina** – zde se probírají různá pravidla TK, problematika poruch osobnosti, prevence relapsu, edukace na témata spojená s poruchou osobnosti aj.
- Rovněž každý den je na programu **komunita** – setkání všech klientů a terapeutů, která je rozdělena do několika částí, ve kterých se probírají různé záležitosti – řešení praktických věcí, zodpovídají se otázky, vnášejí se připomínky. Klienti si vyřikávají své konflikty, dávají si zpětné vazby, vyjadřují si podporu nebo poděkování, mluví se o programu dne, v případě potřeby zde probíhá hlasování.
- Dvakrát denně probíhá **pracovní skupina**, která zahrnuje přípravu oběda a večeře a s pracovními činnostmi spojenými s provozem a fungováním komunity – klienti jsou rozděleni do třech skupin, ve kterých se postupně střídají. Jedna skupina vaří oběd nebo večeři, které jsou společné pro všechny členy komunity, druhá skupina chodí nakupovat na druhý den a třetí se stará o úklid a pořádek v komunitě. Cílem pracovních skupin je naučit se reálně a samostatně fungovat, hospodařit s penězi. Pobytovou službu v TK si klienti platí ve výši 5910 Kč měsíčně a z toho 2010 Kč je určeno na stravu, přičemž je pouze na klientech, jak s danými finančními prostředky naloží – terapeuti do toho nijak



nezasahují. Je v režii klientů, co se nakoupí, co se uvaří, stejně tak jsou zodpovědní za hospodaření s určenými penězi.

- Několikrát týdně je na programu **skupinová terapie** zaměřená na řešení osobních obtíží ve skupině lidí, kteří sdílejí podobný problém. Aby se dostalo na každého klienta, skupiny jsou nově rozděleny na poloviny.
  - Skupiny „nováčků“ a „starochů“.
  - Skupina pro ženy a skupina pro muže – výhodou takto rozdělených skupin je hlavně fakt, že klientky a klienti mohou probírat citlivější témata, která by se například báli nebo styděli říci opačnému pohlaví.
  - Reflektovací skupina – každý klient kromě skupinové terapie má i individuální terapii, kdy má přiděleného jednoho z terapeutů, se kterým si stanovuje na každý týden, měsíc a rok nějaký cíl a snahou je těchto cílů v co nejvyšší míře dosáhnou. Na této skupině se reflektuje, zda se klientovi podařilo daného týdenního cíle dosáhnout nebo nikoli a od komunity k tomu dostává ještě zpětnou vazbu.
- **Individuální terapie** probíhá jednou týdně. Kromě skupinového programu spolupracuje každý klient se svým individuálním garantem (terapeutem). Ve spolupráci s ním se snaží, jak už bylo řečeno, stanovovat a dosahovat individuálních týdenních, měsíčních a ročních cílů, a dále za jeho pomoci a podpory dochází ke zvyšování náhledu, řešení aktuálních i dlouhodobých potíží atd.

Jedná-li se o tým TK Kaleidoskop, tak ten tvoří 6 terapeutů – 3 muži a 3 ženy, každý z nich má vystudovanou jinou vysokou školu a absolvoval jiný psychoterapeutický výcvik. Nabízejí sice klientům péči a podporu a stanovují pevné hranice, ale podstatou je celá terapeutická komunita. Všichni si mezi sebou tykají a terapeuti se snaží být na stejné nebo jen málo nadřazené úrovni. Usměrnují proces vzájemného učení, zajišťují zdravé prostředí pro vývoj klientů a upozorňují na věci, které klienti přehlíží. Jednou týdně se scházejí na poradě týmu.

- Nedílnou součástí programu je **sport**. Kromě ranních rozvíček se dbá na pravidelné sportovní aktivity na zlepšení fyzické, ale hlavně psychické kondice.
- Ve večerních hodinách se uskutečňuje tzv. **summit**, při kterém terapeut se dvěma odpovědnými klienty probírá a připravuje následující ranní komunitu, také se mapuje situace v komunitě.
- V rámci **volnočasových aktivit** je do programu zařazena **relaxace** (např. jóga, autogenní trénink, Jacobsonova progresivní relaxace aj.) a dvakrát týdně probíhá v režii klientů

**výlet** – v pondělí kratší, v sobotu celodenní (výstavy, bazén, sport v tělocvičně, plavání, kino, divadlo, turistika...). Dále se dvakrát ročně konají tzv. **výjezdové akce**, což jsou několikadenní výlety, jejichž přínosem je stmelení komunity (zátěžový pobyt na horách, turistický, cyklistický nebo vodácký výlet a další výjezdové akce spolu s ostatními terapeutickými komunitami).

- Mimo pevně stanovený program si každý klient může kdykoli ve dne v noci svolat **mimořádnou komunitu**, které se pak účastní všichni klienti a přítomní terapeuti. „Mimořádku“ si klient svolává v závažných krizových situacích – např. nepříjemné vzpomínky na minulost, chuť si ublížit, hádka... Smyslem je požádání o podporu a pomoc od komunity např. ve formě návrhů, jak situaci vyřešit, jak mu pomoci, vyjádření podpory a spoluúčasti, sdílení pocitů a myšlenek.

## **Příloha č. 5 – Druhy, průběh a význam sankčních období**

- 1) **„Brnkačky“** – jedná se o sbírání trestných bodů. Každá aktivita programu má určitý počet bodů (např. rozcvička 1 bod, skupinová terapie a komunita 5 bodů...), které se sbírají např. za pozdní příchod, za nedostavení se na program. Účast na programu je pro fungování terapie pro jednotlivce i skupinu více než nutná, proto porušování pravidel je chápáno jako odmítání komunitních cílů. Nasbírané body si klient musí odpracovat a na konci sankčního období musí mluvit o tom, proč se to stalo a co si uvědomil.
- 2) **Povolení přespat „pépéčko“** – jak bylo řečeno, v komunitě je důležité bezpečí – není zde tolerováno žádné násilí nebo ohrožující chování směrem k sobě, druhým nebo k vybavení. Když některý klient ohrozí sebe nebo někoho ze skupiny, je podmíněčně vyloučen z komunity – věří-li mu skupina, že je klient bezpečný pro sebe nebo pro okolí, dostane od ní povolení přespat v komunitě na dalších 24 hodin. Stejně tak, necítí-li se jakýkoli klient v komunitě bezpečně, může pro jiného klienta navrhnout podmíněčné vyloučení z komunity a komunita hlasuje o jeho povolení přespat. Podmínečně vyloučený klient musí o povolení přespat během sankčního období v délce jednoho týdne žádat každý den. Spolu s tím musí mluvit o svých pocitech, myšlenkách – o tom, jak se mu daří a komunita hlasuje, zda klient dostane PP na dalších 24 hodin. Nedostane-li klient od komunity PP, je okamžitě vyloučen. Po týdnu na PP klient vyhodnocuje a reflektuje, co se stalo, proč pravidlo porušil, co si uvědomil, co může příště udělat jinak, aby se situace neopakovala. Přemýšlí o příčinách a následcích, učí se myslet dříve než konat a brát v úvahu dopad, který činy mají na druhé.
- 3) **Offside** – program v komunitě má 2 složky – jednou z nich jsou aktivity podle rozvrhu a druhou složkou je terapie. Toto sankční období nastává, je-li klient pasivní. Sice může plnit své úkoly, chodí včas, nesbírá trestné body, účastní se programu, ale pouze pasivně (moc nekomunikuje, nedává zpětné vazby, nechce měnit své chování, nemluví o sobě...). Tímto pasivním a negativním přístupem pro něj nastává týdenní sankční období offside, během kterého je mu připomínána nejen důležitost aktivní spolupráce. Po týdenním „trestu“ musí klient sepsat tzv. „traktát“, ve kterém by měl zhodnotit, proč byl pasivní, jestli si něco uvědomil a jestli chce pracovat na změně, a tím pokračovat v pobytu v komunitě. Dospěje-li komunita k názoru, že u klienta došlo k uvědomění si podstaty problému, spolu s vyjádřením touhy pokračovat v programu, přijme ho komunita zpět mezi sebe, v opačném případě je klient vyloučen.