JOZEF HAŠTO

SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPEUTICKÉ METÓDY, TERAPEUTICKÁ KOMUNITA A ERGOTERAPIA V PSYCHIATRII
(PREHĽAD)

Študijný text pre vnútornú potrebu PO Trenčín, 1992. (ide o heslovito formulované informácie). Revízia textu 2011, Vydavateľstvo F, Trenčín (www.vydavatelstvo-f.sk).

Motto:

„Rovnako i terapia v psychiatrii siaha od biologických metód cez psychologické / psychoterapeutické až k socioterapeutickým, s tou ktorou akcentáciou u určitého konkrétneho jedinca, alebo nutnosťou vyváženého synchrónneho či následného pôsobenia vo všetkých oblastiach.“

Kolektív:
Reforma psychiatrickej starostlivosti MZd SR, 1991 (text dostupný na www.vydavatelstvo-f.sk)

OBSAH

PSYCHOTERAPIA

Definícia 4
Hlavný prostriedok 4
Čo je v hre zo strany terapeuta 4
Podstatné pri PST 4
Krízy v PST a ich prekonávanie 5
Účinné mechanizmy v rôznych PST 5
Predpoklady k PST zo strany terapeuta 6
PST metódy a smery 6
PST skupinová 7
- definícia 7
- pravidlá 8
- výber pacientov 8
- voľba typu skupiny 9
- prvé sedenie 9
- príprava na prvé sedenie 10
- druhé sedenie 11
- niektoré skupinové fenomény a skupinový proces 11
- typy a štruktúrne modely terapeutických skupín 13
- diskusné- didaktické (tematické) skupiny 13
- interakčné skupiny 14
- psychoanalyticky orientované skupiny 15
- uzatvorené a otvorené skupiny 16
- maratónové sedenie 17
- encounter skupiny 17
- sny 17
- špeciálne klinické problémy a skupinová PST 19
- abusus drog 19
- alkoholizmus 20
- sociopatia a sexuálne deviácie 20
- pasívna závislosť 20
- „pomocný terapeut“ 20
- rivalita s terapeutom 20
- mlčiaci pacient 21
- provokatér 21
- skupinová PST so staršími pacientami 21
- odpor 21
- zaobchádzanie s odporom 22
- ukončenie terapie 22
- konečná fáza terapie 24
- výcviky v skupinovej PST 25

ERGOTERAPIA 34

- činnostná terapia v akútnom štádiu 34
- formy 34

- ciele individuálnej činnostnej terapie 34
- skupinová činnostná terapia 34
- stupňovitý program 35
- techniky individuálnej činnostnej terapie 35
- činnostná terapia vo veľkej skupine 35
- skupinová terapia s chronickými pacientmi 35
- práca ako terapia 36
- typy práce 36
- spôsoby odmeňovania 37
- dokumentácia 37
- rehabilitačné programy v oblasti praktického života 38
- postupy programy 38
- rola ergoterapeutov 38
- psychoanalyticky orientovaná činnosť terapeuta 39
- muzikoterapia a arteterapia 39
- priestorová symbolika 40
- utváranie voľného času 41
- behaviorálna terapia a činnostná terapia 41
- činnosť ergoterapeuta 42
- dotazníky k ergoterapii 1,2,3,4, 61

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA – LIEČEBNÉ SPOLOČENSTVO 43

- princípy 43
- procesy a rola v tradičnej a komunitnej psychiatrii (schémat. porovn.) 43
- pacient v tradičnej psychiatrii a v TK 47
- ošetrovateľský personál 48
- oddielenský lekár 48
- ergoterapeutka 49
- sociálne pracovníčky 50
- klinický psychológ 50
- medicínske vedenie 51

PRÍKLAD ČASOVEJ SCHÉMY PRE UDRŽANIE KOMUNIKAČNÝCH PROCESOV V TK 51

KROKY K VYTVORENIU TERAPEUT. SPOLOČENSTVA V PSYCHIATRICKEJ NEMOCNICI 52

Použitá literatúra 73

PSYCHOTERAPIA

Definícia – PST je plánovaná liečba pacienta pomocou bezprostredného pôsobenia na jeho psychiku. To čo je psychoterapeuticky účinné pôsobí na pacienta cez jeho zmyslové orgány, psychicky to spracováva, dáva to do súvislosti so skoršími skúsenosťami, so svojimi sklonmi, nádejami, úzkosťami a náladami, s celou svojou osobnosťou; toto má vplyv na jeho psychický a fyzický stav, na jeho ďalší vývoj.

HLAVNÝ PROSTRIEDOK: *rozhovor*

- spôsob akým počúvame
- spôsob akým reagujeme (a ako hovoríme)
- verbálne a neverbálne správanie
- prirodzenosť a srdečnosť

ČO JE V HRE ZO STRANY PSYCHOTERAPEUTA:

- hovorené slovo
- emočné prejavy
- melódia reči, zafarbenie hlasu
- mimika
- gestikulácia
- motorika
- postoj, držanie tela
- celkové správanie sa
- iné prejavy osobnosti, napr. ako máme zariadenú, vyzdobenú pracovňu, aké máme meno, aké postoje k životu zastávame

PODSTANÚ ROLU PRI PST MÁ

- vzťah osobnej *dôvery* medzi psychoterapeutom a pacientom
- každý jasný a pevný medziľudský *vzťah* pôsobí upokojujúco a uvoľňujúco
- v núdzi a chorobe má každý človek zvýšenú potrebu *spojenia* s ľuďmi
- má sklon *oprieť sa* o silnejšieho a pomáhajúceho, nechať sa ním chrániť a „podržať“ (napr. pri bolestiach i doslovne)
- psychoterapia musí nasycovať túto elementárnu potrebu, ktorá je výrazom slabosti a bezmocnosti, a tak zmierňovať utrpenie
- v človeku je silná potreba, aby sa mu dostalo pomoci, opory a lásky a aby mohol poskytovať pomoc, oporu a lásku
- naplňovanie týchto potrieb je podstatné vo všetkých medziľudských vzťahoch (rodič – dieťa, manželia, medzi členmi skupiny, ktorí sa usilujú o obživu, ideál, obnovu)
- podstatné v psychoterapii je teda jasný, **dôverný vzťah** s druhými, čo je podstatné aj v živote, a je to prenesené na liečenie chorých
- pacient, ktorý prichádza do PST je vo svojich vzťahoch k druhým zneistený a ochudobnený
- ak náš vzťah s ním je jasný, jednoznačný a dôverný (tesný), znamená to uvoľnenie a upokojenie a je to základ pre nové vzťahy s druhými
- vzťah prechádza otrasmi a krízami dôvery
- *Krízy vznikajú:*
    - pri nedostatočnom pokroku liečby
    - pri odopieraní príliš osobných nárokov pacienta
    - pri nedorozumeniach

- z nevedomej potreby spochybňovať a oslabovať získaný vzťah
(-„provokovanie“ – spochybňovanie)

ÚLOHA TERAPEUTA PRI KRÍZACH – *vydržať!*

PREKONÁVANIE KRÍZ SI VYŽADUJE:
- trpezlivosť
- veľkorysosť
- stabilitu
- diskusiu
- jemnocitnosť
- schopnosť vcítiť sa do pacientovho sveta

Prekonanie *krízy* dôvery je terapeuticky veľmi účinné.
Problémy, s ktorými často máme pri PST dočinenia:
- stiesňujúce citové postoje ešte stále subjektívne pôsobia aj keď už stratili objektívny význam (napr. kritický postoj otca ešte stále narušuje sebavedomie pacienta, aj keď ako dospelý má schopnosti a osvedčuje sa)
- pudové potreby a určité citové hnutia sa považujú za zlé, nízke (napr. „homosexuálna“ komponenta, erotický záujem o druhých, zlosť, túžba niečo mať , atď).

ÚČINNÉ MECHANIZMY V RÔZNYCH PST METÓDACH:
- pevný , jasný vzťah
- rozhovor o hlbinne psychologických napätiach
- podnietenie k uvoľnenému sebavedomiu
- sugescia
- katarzia
- podnietenie k preučeniu sa
- poradenstvo

UVOĽNENÉ SEBAVEDOMIE (sebaprijímanie) – uštvaný a zúskostnený človek sa zakotvuje v nekonečnosti času a priestoru a preto sa cíti byť začlenený do určitého poriadku
- spojenie s druhými ľuďmi a s behom sveta sa stáva útechou
- otvára sa pre krásu a lásku
- baženia a úzkosti strácajú svoju moc
- „byť namiesto mať“
- ide o o elementárne, krátke zážitky, ktoré majú dobrý dlhodobý vplyv
- objavujú sa v individuálnom rozhovore, pri skupinovej psychoterapii, AT – smeruje k nim priamo.

SUGESCIA (prenos emócii a emočne nabitých predstáv)
- naše celkové správanie, ak je jasné, isté a vzbudzuje nádej, pôsobí upokojujúco.

PSYCHOKATARZIA
- zbavenie sa emočných napätí (znovuprežitie prežitých situácii a prejavenie afektov)
hovoríme o: odreagovaní sa

vyplakaní sa	obsah stráca svoj
vyzúrení sa	afekt. náboj
vyrozprávaní sa	

(zlosť, žiaľ, úzkosť, hnus, pocity, viny, hanby)

UČENIE SA, OSVOJENIE SI, PRIVYKANIE SI, ODUČENIE SA:

- na život v skupine
- na prácu
- rozvíjať vlastný talent
- zdravý štýl života (napr. abstinencia)
- odučiť sa abnormálnym vzorcom správania, prežívania

PORADENSTVO

- rady rodičom môžu zastaviť neurotický vývoj detí (napr. keď rodičia uľpievajú na dobrých výkonoch, keď dieťa má strach z potrestania)
- sexuálne ťažkosti

PREDPOKLADY K PST ZO STRANY TERAPEUTA:

- skúsenosť so sebou samým
- skúsenosť s mnohými druhými ľuďmi
- skúsenosť s mnohými pacientmi
- musí mať pod kontrolou, zvládnuté rušivé bežné ľudské hnutia ako úzkosť, baženie po sebapresadení, moci a pritom zostať *prirodzený*
- pokoj, tolerancia, záujem
- ochota vžívať sa do sveta druhých ľudí
- nekritizovať, prijímať
- nebáť sa, že stratí seba (keď sa vžije do druhých)
- uchovať si pocit, že sa kedykoľvek môže vrátiť do svojho sveta a k sebe samému
- vidieť pracovať druhých – skúsených
- supervízia
- teoretické vzdelávanie
- nie je ovládaný nekontrolovateľným odporom alebo náklonnosťou k pacientovi, bažením po úspechu, strachom z neúspechu
- má čas na pacienta

PST – najčastejšie *metódy a smery*

HLBINNE PSYCHOLOGICKÁ TERAPIA

- psychoanalytická psychoterapia
- dynamická psychoterapia
- psychoanalyticky orientovaná krátkodobá a fokálna terapia
- psychoanalýza- štandardná (Freud)
- transakčná analýza

FILOZOFICKO- ANTROPOLOGICKÉ SMERY

- daseinsanalytická terapia
- logoterapia

HUMANISTICKÁ TERAPIA

- na osobu orientovaná psychoterapia (rozhovor)
- gestaltterapia
- psychodráma – hranie rolí

POHYBOVÁ A NA TELO ORIENTOVANÁ TERAPIA
- KPT (koncentratívna pohybová terapia)
- funkcionálne uvoľnenie
- psychogymnastika

IMAGINATÍVNE METÓDY
- vyšší stupeň AT
- KOP (katathýmne obrazové prežívanie)

KOGNITÍVNE- BEHAVIORÁLNA TERAPIA
- behaviorálna
- kognitívna

HYPNÓZA, SUGESTÍVNE METÓDY
- AT
- hypnoterapia

RELAXAČNÉ METÓDY
- AT
- Progresívna svalová relaxácia (Jacobson)

SYSTEMICKÁ A ERICKSONSKÁ TERAPIA
- človek ako súčasť systému

- *individuálne* sedenie : 45 – 50 min.
- *skupinové* sedenie: 60 – 90 min.
- podľa *trvania*: krátkodobé (6-30 sedení)
  strednedlhé (okolo 50 sedení)
  dlhodobé (okolo 150-200 sedení)
- *frekvencia:* 1 – 5x za týždeň
  1x za 2 – 4 týždne

ČINNÉ SPOLOČENSTVO
- má základný význam pre sociálnu a psychoterapeutickú starostlivosť o duševne chorých

ergoterapia: činnostná terapia, pracovná terapia
skupinová psychoterapia: veľké skupiny – TK
malé skupiny – 6-8-12

PST – *skupinová*
Definícia
TERAPEUT – „prvý medzi rovnými“
- pozorne každého počúvať
- pomáhať ujasňovať nedorozumenia v komunikácii
- pomáhať slobodnému hovoreniu o myšlienkach, pocitoch, citoch, fantáziách
- ohľaduplnosť, taktnosť, rešpekt voči pocitom *hanby*
- pocit *bezpečia* v skupine umožňuje skúmať svoje pocity, minulosť, terajšie vzťahy
- sebapoznanie a poznanie druhých

- skúsenosti získané v skupine umožňujú znovu zaradenie do života

PST – SKUPINOVÉ – *pravidlá*
informácie
- všetci majú vedieť o čo ide
- kde
- kedy
- ako sa na liečbe pacienta podieľajú viacerí terapeuti – musia sa navzájom sústavne informovať o priebehu terapie!
  systematická supervízia
- nič nebrzdí pocit slobody v skupine viac ako obava, že budú zneužité *dôverné informácie*

Priestorové a iné predpoklady
- sedenie v kruhu – niektorí pacienti to pociťujú ako ohrozenie – blízkosť
- na stoličkách, na zemi, možno ležať
- úzkostný pacient môže mať tendenciu sedieť vedľa terapeuta (symbolicky chce získať jeho silu, nahrádza rodičovskú figúru)
- chce sedieť na zemi, zatiaľ čo ostatní na stoličkách?
- stále pri dverách?
- chrbtom k niekomu?
- pozerá preč?
- skúmať pri vhodnej príležitosti!
- zákaz fajčenia
- servítky
- na blízku WC
- mimika a oči pacienta by mali byť pre nás viditeľné
- ak si sťažujú na rušivé zvuky obvykle výraz skrytej úzkosti a agresivity
- bezprostredne pred hlavným jedlom sú skupiny agresívnejšie
- po jedle menšia aktivita
- najdôležitejšie je, aby terapeut bol počas vedenia v dobrej forme, uvoľnený a sústredený
- trvanie minimálne 60 min., optimálne 90 min.
- maratónové skupiny: Pi – 4 hod., SO, Ne á 8 hod
- koterapia: - výhody (zlepšenie pozorovania, zastupiteľnosť, štiepenie prenosu)
  - nevýhody (čas, ďalšie presúvanie zodpovednosti)
- bezprostredne po sedení 10-15 min. rezervovať na poznámky
- niektorí terapeuti začínajú nové sedenie stručným súhrnom predchádzajúceho (kontinuita)
- honoráre: niektorí pacienti ľahšie hovoria o sexe, ako o peniazoch, vždy tieto problémy prejednať na skupine
- **mlčanie** - zábrany?
  - nespokojnosť?
  - hnev?
  - upútať pozornosť?

VÝBER PACIENTOV
- skupina musí byť zostavená tak, aby členovia celku zažili maximum interakcií s ozdravným potenciálom (reakcie, odozva na správanie, možnosť nápodoby)

- terapeut musí byť schopný mať rád („mať pozitívny základný vzťah“) každého jedinca v skupine
- ak je účasť na skupinách menšia než 75%, znamená to, že skupina má ťažkosti, alebo terapeut potrebuje radu

Kontraindikácie:

žiadne ———— absolútne

- neschopnosť prijímať dôveru a dôverovať druhým
- neschopnosť myslieť v pojmoch: psychická príčina – účinok
- ak niekomu ide len o pudové ukojenie
- neschopnosť kontrolovať impulzy
- riziko deštruktívnej regresie, pri konfrontácii s vlastným správaním a myslením

VOĽBA TYPU SKUPINY

Diskusne – didaktické skupiny

- hovoria o „reálnych“, „vonkajších“ problémoch, ako sa ku ním postaviť a ako ich zvládnuť
- pre pac. so širokým spektrom sily ega a tolerancie úzkosti

Interakčné skupiny

- v psychiatrických zariadeniach lôžkových
- ambulanciách
- odbúravanie strachu z bližšieho kontaktu a z potreby citového vzťahu
- určitá heterogenita je vhodná (N, Borderl, Sch)

Analyticky orientované skupiny

- indikácia po individuálnom pohovore, vyšetrení
- určitý stupeň vhľadu do psychických problémov
- pozitívny vzťah k terapeutovi
- schopnosť vidieť druhých ako možných pomocníkov
- zvlášť dôležité je hovoriť o mlčanlivosti – dôvernosti osobných informácií
- pravidlo hovoriť o všetkých mimoskupinových kontaktoch členov skupiny
- ochota preberať určitú spoluzodpovednosť voči ostatným členom
- relatívne stabilné ego
- absolútna dôvernosť

Zmiešaná skupina

Sch. v skupine neurotikov – nevýhody i výhody, borderline pacient – strach z blízkosti a intimity, homosexuál – môže byť hodnotným členom heterosex. skupiny

Deti v skupine

- často sa preceňuje sila ega
- vždy poskytnúť i rozhovory rodičom

PRVÉ SEDENIE (Často nevypovedané obsahy, napr.)

- úzkosť, „útekové“ tendencie
- „ako ma prijmú?“
- „ako môžem v skupine hovoriť, keď sa tak ťažko vyjadrujem a som taký plachý, hanblivý, trémista?“

- chcem byť vždy perfektný a tu iste poznajú moje slabé stránky
- ako môžem cudzím hovoriť o svojich problémoch?
- neviem si predstaviť, že by som hovoril o svojej nevere, neúspechu
- čo ak ma budú nútiť hovoriť?
- ako by som im mohol povedať, že som homosexuál?
- čo ak na mňa zaútočia?
- ako môžem dôverovať ľuďom, ktorých nepoznám?
- *rozhodujúce* je empatické reagovanie terapeuta na nádeje a obavy členov. Má to vplyv na ďalší vývoj skupiny

PRÍPRAVA

„V skupine môžete s ostatnými otvorene hovoriť o svojich problémoch a konfliktoch. Poznám dobre túto skupinu a verím, že Vám pomôže pracovať na Vašich problémoch".

- čím väčší má pacient strach zo skupiny, tým intenzívnejšia musí byť príprava

„Viem, ako Vám je, ako sa bude blížiť streda možno bude narastať Vaše napätie. Ale napriek tomu zistíte, že skupina Vám pomôže. Ostatní v skupine majú všetci podobné ťažkosti".

- pacient napr. po 10 skupine: "skupina nie je nič pre mňa".

T.: „Tento pocit často znamená, že v človeku sa deje niečo dôležité. Bolo by škoda, keby ste sa aspoň nepokúsili povedať o tomto pocite skupine, priblížiť im ho. Ak by sa ukázalo, že to v skupine ešte nedokážete, môžete prísť za mnou. Pokúsime sa, či tomu dokážeme spolu porozumieť".

- „Pocit, že človek nezapadá do skupiny, alebo že mu skupina nevyhovuje, je niekedy signálom, že sa blíži niečo, pred čím sa bojí .Môže sa pokúsiť skryť tento pocit alebo opustiť skupinu, možno si ale aj povedať – je vhodná príležitosť zistiť, odkiaľ sa vlastne ten strach berie...ak by sme sa ale zhodli, že vystúpenie zo skupiny je správne riešenie, potom to treba urobiť".

T.: „Každý v skupine nech hovorí len to, čo je momentálne ochotný povedať.
V skupine postupne narastá dôvera, pri ktorej má každý pocit, že je rešpektovaný a nemusí si robiť starosti o dôvernosť informácií".

Prvé sedenie (testovanie si vlastného protiprenosu)

- Aký je môj vzťah k tým ľuďom?
  - napísať si na listinu ich mená.
  - prečo v tomto poradí?
  - akí ľudia a situácie ma napadajú, keď myslím na p. X
- T. ich môže nechať osamote, aby sa zoznámili, kým príde,
- alebo jedného po druhom požiadať, aby sa sami predstavili
- alebo začne skupina bez zoznámenia
- oslovenie – krstnými menami -Vy? – Ty?
  Pacient, ktorý bol predtým v individuálnej psychoterapii, môže mať strach, že v skupine stratí T., že sa oňho bude musieť deliť
- terapeuti v inštitúciách bývajú pacientom obdivovaní, objavujú sa dôverné a familiárne reakcie
- skupina ÷ rodina (starosti s vlastnou rodinou!)
- na začiatku ST sa môžu zvýrazniť ťažkosti/účel: získať si pozornosť T. (Ak sa nenasýti táto potreba: odpor)

Obvyklé témy prvých sedení:

- závislosť / nezávislosť
- dôvera / nedôvera
- potreba bezpečia
- hľadanie ideálnych rodičov

Intervencia T: prejavy porozumenia, povzbudenie
- neverbálne
- verbálne
- „môžete o tom povedať viac?“

Ak niekto povie sen:
„ aký má pre vás význam?“
„ako mu rozumiete?“

Ticho:
„prečo to mlčanie, čakáte snáď na mňa?“
- *vedomý odpor* – tajomstvo – možno poskytnúť individuálny rozhovor

DRUHÉ SEDENIE – možno pripomenúť úzkosť na I. skupine
T: „Nie je ľahké o tom hovoriť, ale myslím, že by mohlo pomôcť, keby sme sa zaoberali týmito reakciami“

Niektoré **skupinové fenomény**
- rôznorodé prenosové vzťahy voči rôznym členom skupiny a terapeutovi /emócie a vzťahy z minulosti sa prenášajú do prítomnosti/
- úloha T: skúmať konflikty a zábrany, ktoré tomu prekážajú
- reakcie skupiny majú často homeostatický charakter
- zachovať určitú skupinovú rovnováhu, stabilizovať úzkosť na takej úrovni, aby to bolo znesiteľné
- *skupinový proces* – komplikované vzťahy medzi
  tenziou a kohéziou
  láskou a nenávisťou
  agresivitou a pasivitou
  vrelosťou a chladom
- každý účastník sa snaží utvárať skupinovú atmosféru tak, ako to vyhovuje jeho potrebám
- ak mu vyhovuje, bráni sa zmene
- kompromisy, pri ktorých je niekto viac či menej ukracovaný
- túžba po zmene(strach zo zmeny)
- kohézia → bezpečie → profit
- niektoré formy kohézie nie sú pravou sympatiou, ale obranou pred nepriateľstvom
- participujú všetci na skupinovej atmosfére, alebo sú 1 – 2 členovia mimo nej?

ZMNOŽENÝ PRENOS
- na terapeuta
- na členov skupiny
- na skupinu ako celok

T: „tvoja reakcia vypytovania sa by ti možno pripomenula niečo, čo poznáš z minulosti?“

REAKTÍVNE ASOCIÁCIE
- vyvolané môžu byť: náladou jedného

konaním viacerých
poznámkou celej skupiny

OBRANNÉ MECHANIZMY
- sklon zotrvať pri navyknutých spôsoboch, riešeniach
- strach zo zmeny
- konfrontácia s porovnaniami viacerých členov skupiny – pôsobí kumulatívne, tlačí ku zmene

PREJAVY OBRANY:
- mlčanlivosť
- nutkanie hovoriť
- zapálené diskutérstvo
- a interpretovanie druhých
- aj výbuchy agresivity môžu plniť funkciu dymu, za ktorý sa dá schovať oheň

AGOVANIE
- nutkavé opakovanie určitého správania na báze prenosu a v terapii aktivované pudové impulzy
  napr. zvádzanie niekoho zo skupiny (najčastejšia forma agovania: romanca medzi pac.)

GARAMBOLÁŽ
- epidemické rozšírenie afektu (obvykle ide o rezonanciu skupiny na komunikáciu medzi terapeutom a pacientom alebo medzi pacientom a pacientom)

PODSKUPINY
- motív vzniku podskupiny môže byť agovanie pre alebo proti terapeutovi
- niekedy sa dá vytušiť zo „zasadacieho poriadku“, návštev v kaviarni atď.

ZMENY STATUSU U ČLENOV SKUPINY
- výdaj, ženba, rozvod, tehotenstvo môže vyprovokovať skupinovú reakciu. Ostatní členovia skupiny sa niekedy cítia vyrušení, lebo sa s dotyčným identifikovali, alebo: „prečo to nie som ja, koho si vybral?

ÚTOKY NA TERAPEUTA
- pomerne časté skupinové reakcie
- príležitosť pýtať sa na význam a príčinu („príčiny“: príliš sa zaoberá ťažkosťami niekoho zo skupiny, zanedbanie iných)

OBETNÝ BARÁNOK
- pokus zničiť jedného člena skupiny
- v staroveku a v mytológii spôsob, ako sa zbaviť trápenia, v skupine je predpokladom tohto fenoménu pocit ohrozenia niečím zlým („mor, hriech“) → stelesnenie do niekoho → pokus o jeho elimináciu. Táto dráma si vyžaduje aspoň troch aktérov
- ide o obranný mechanizmus: projekcie zúskostňujúcich alebo patologických obsahov na niekoho a jeho zničenie
- vyžaduje si to plnú pozornosť vedúceho skupiny

REAKCIA NA PRÍJEM NOVÉHO ČLENA

- istý stupeň úzkosti sa objavuje takmer vždy, keď príde do skupiny nový člen
- príležitosť k pozorovaniu, aké prenosové role mu jednotliví členovia skupiny pripíšu

POCIT DOSIATNUTIA PLATEAU

- možno to považovať za jednu z typických skupinových reakcií: účastníci potrebujú určitý čas, aby spracovali určitý vhľad a v tomto čase nie sú ochotní venovať sa novému materiálu
- objavuje sa napr. po rýchlom terapeutickom pokroku
  po odchode člena skupiny
  po dôležitej zmene v skupine

TYPY A ŠTRUKTÚRNE MODELY TERAPEUTICKÝCH SKUPÍN

DISKUSNE – DIDAKTICKÉ (tématické) SKUPINY

- slúžia ku korekcii určitého aspektu pac. života
- skupina má obvykle určitý program, pracovný plán
- podobnosť s diskusnou skupinou
- sedenia sú orientované na problém
- v popredí sú špecifické problémy
- podporuje sa vzájomná akceptácia a identifikácia
- konflikty sú spracovávané ako aktuálne nedorozumenia, obvykle sa aktuálne nehľadá súvislosť s detstvom
- v popredí sú aktuálne vonkajšie ťažkosti pac. (ktoré zrkadlia jeho konflikt)
- individuálny problém → aké sú podobnosti a paralely u ostatných členov skupiny
- hladinu úzkosti sa snažíme držať nízko
- vhodné v psychiatrických zariadeniach na podporu pozitívnych vzťahov medzi pacientmi
- môžu sa vyvinúť do svojpomocných skupín
- pôsobenie: posilňujú zmysel pre realitu a schopnosť nadväzovať konštruktívne sociálne vzťahy v rámci psychiatrických zariadení

DISKUSNÉ *OBSAHY* TÉMATICKÝCH SKUPÍN

- vedomé, „reálne“ ťažkosti, napr. konflikty s kolegami, rodičmi, súrodencami, problémy s hľadaním práce, vzťah medzi výkonnosťou a sebavedomím (sny a spomienky z detstva a iný introspektívny materiál sa spracováva, len ak to aktuálne podporuje pacientovo sabaporozumenie)
- dôraz na pozitívnych aspektoch vo vzťahu pacienta k sebe a druhým
- členovia skupiny sa učia vzájomnej podpore, učia sa poznať svoje pozitívne rysy a kompenzovať svoje nedostatky a slabosti bez deštruktívnej sebakritiky

VZŤAH VEDÚCEHO K DISKUSNEJ SKUPINE

- vedúci si udržuje určitú autoritu, je ako učiteľ, ktorý nepotrebuje v triede konflikty
- povzbudzuje, dáva praktické návrhy, prekonáva, hľadá spoločné body, aby posilnil pocit „my“

VZŤAHY MEDZI ČLENMI SKUPINY

- skupinová interakcia je do značnej miery regulovaná, formalizovaná

- skupinová kohézia sa podporuje pozitívnou identifikáciou, zdôrazňovaním spoločného
- „reálne“ vzťahy členov skupiny sú možné aj mimo skupín
- vedúci posilňuje každý pozitívny vzťah, ktorý zaregistruje
- ak sa rysuje potencionálna komplikácia vzťahu medzi členmi, vedúci zasahuje aktívne

TRVANIE A FREKVENCIA
- pacienti psychiatrického oddelenia, ktorí sa majú napr. učiť vnímať emócie a prejavovať ich, sa môžu stretávať niekoľkokrát týždenne (napr. STRETNUTIA TERAPEUTICKEJ KOMUNITY)
- po prepustení á 1 týždeň, á 2 týždne, á 1 mesiac

INTERAKČNÉ SKUPINY

- účel: zvýšiť porozumenie pre psychické príčiny a účinky pri zlepšení zmyslu pre realitu a zlepšení zručnosti pri jednaní s druhými
- aktívna diskusia je žiadúca
- ťažiskom sú medziľudské vzťahy
- konflikty v skupine sú skôr skúmané než potláčané
- súvislosti s individ. psychodynamikou,, traumami v detstve, nutkavým opakovaním, prenosom, odporom, môžu byť tématizované
- pozornosť sa venuje obranným mechanizmom, ich skúmaniu, odbúravaniu, prepracovávaniu
- patrí sem: napr.: psychoanalyticky orientovaná skupinová psychoterapia, psychodráma, transakčná analýza, gestaltterapia, sčasti i T.O.I. podľa R. Cohn
- obsahy rozhovorov: denná realita, vzťahy k druhým tu a teraz, v skupine a v bežnom živote. Minulosti sa venuje pozornosť, aby sa porozumelo určitým vzorom správania, ale bližšie sa nemusí skúmať nevedomá motivácia. Sny sa dávajú do súvislosti s aktuálnou realitou alebo skupinovou situáciou. Niekedy sa skúma symbolicky význam slovných a mimoslovných prejavov. Pac. majú hovoriť o svojich fantáziách a nápadoch o sebe a druhých.
- berú sa do úvahy pozitívne i negatívne aspekty emócií, myslenie a správanie, takže účastník poznáva význam psychickej ambivalencie

VEDÚCI A SKUPINA
- vedúci necháva rozvinúť vzťahy medzi účastníkmi skupiny a nepotláča ani útoky na svoju autoritu
- pomerne často zasahuje do skupinového procesu, pričom kladie otázky alebo používa techniku „koliečka“
- niekedy navrhuje tému
- podporuje rozvinutie emocionálnych prejavov v skupine, aby sa im dalo lepšie porozumieť

VZŤAHY MEDZI ČLENMI SKUPINY
- rozdiely medzi členmi skupiny sa pomenovávajú, neodsúvajú sa, podporuje sa snaha porozumieť im
- diferencovanie indivíduí je dôležitejšie ako skupinová kohézia
- „reálnym“ vzťahom medzi účastníkmi skupiny sa nebráni

TRVANIE, FREKVENCIA

- najnižšie frekvencie – aspoň – 1x za týždeň, aspoň 90 min.
- ev. maratónové sedenie 12-48 hod.

POČET ČLENOV A PRIJÍMANIE NOVÝCH
- 6-12 členov
- pri nižšom počte sklon k príliš veľkej hĺbke ponoru
- pravidelne sa vynára a spracováva téma zrodenia a smrti
- pri väčšom počte účastníkov – je tendencia k viac didaktickointerakčnej skupine
- nový člen skupiny: záťaž, ale aj pozitívne stránky, rivalita a boj o náklonnosť terapeuta
- odchod člena – provokuje tému „reakcie na stratu“
- alternujúce sedenie - „s“ a „bez“ terapeuta. Pomáhajú spracovávať závislosť na terapeutovi.

PSYCHOANALYTICKY ORIENTOVANÉ SKUPINY

- **cieľ:** poznávanie nevedomých motívov, odkrývanie prenosov, spracovávanie odporov pomocou interpretácií
- akceptovanie identifikácie s druhými v skupine je cieľom a v popredí je len na začiatku skupinovej práce
- konfliktové situácie sú videné z analytického pohľadu a tak sa s nimi narába (akútna interpersonálna situácia, detské zážitky, nutkanie k opakovaniu, prenos, odpor)
- skupinová kohézia je cieľom len na začiatku
- potom nastupuje vnímanie každého pacienta ako osoby s individuálnymi potrebami a životnými podmienkami
- úzkosti sa vyhýbame, využíva sa na skúmanie nevedomých konfliktov
- skúša sa individuálne narábanie s úzkosťou a konfliktmi
- energicky sa spracováva aj „charakterový pancier“
- klasifikácia, konfrontácia a interpretácia
- ev. i hranie rolí, práca s telom

Obsahy
- bežný život, spomienky z detstva, sny, fantázie, telesné pocity, emócie a myšlienky
- hlavnou témou sú motivačné štruktúry pre určité stereotypy v správaní a v interakciách

Vzťah terapeut – skupina
- vedúci má zodpovednosť za priebeh terapeutického procesu
- účastníci sú videní ako jednotlivé indivíduá
- konflikty medzi účastníkmi majú napomôcť poznať a spracovať intrapsychický konfliktový materiál
- emočné kontakty sú podľa možnosti nie fyzické, ale sú transformované do verbálnych interakcií

VZŤAHY MEDZI ÚČASTNÍKMI
- interakcia neslúži primárne uspokojovaniu sociálnych a pudových potrieb, ale sebaporozumeniu, sebapoznaniu
- kontakty mimo skupinových sedení sa síce nemusia zakazovať, má sa ale skúmať do akej miery slúžia odporu

- účastníci skupiny majú hovoriť o týchto kontaktoch na skupine, aby sa mohli bližšie preskúmať

TRVANIE A FREKVENCIA
- 1-3x do týždňa, najmenej 90 min., niektorí terapeuti uprednostňujú 2-3 hod. sedenia, alebo sa dĺžka riadi prianím skupiny

POČET ÚČASTNÍKOV
- 3-20 účastníkov, ak viac ako 8, tak „hovorní" členovia sú vo výhode
- príchod nového – prechodné spomalenie, dobrý podnet k skúmaniu súrodeneckých vzťahov, objavujú sa fantázie zrodenia a smrti (o príchode nového člena je skupina obvykle informovaná dopredu)

KOORDINOVANÉ SEDENIE
- „samoriadiace skupiny" – t.j. skupina sa stretne bez terapeuta, napr. v byte jedného z členov
- „zdá sa, že si máte viacej čo povedať, než stihneme v našom vymedzenom čase. Čo by ste povedali na stretávanie skupiny1x týždenne bezo mňa?"
- niekedy sa návrh reagujú aj úzkosťou, treba im ujasniť, že ten návrh je aj výrazom dôvery, ktorá k nim narástla, že so všeličím si už poradia aj sami
- koordinované skupinové stretnutie, „alternatívne" skupiny umožňujú skupine učiť sa zaobchádzať s emóciami bez „rodičovskej autority", oslobodiť sa do závislosti
- preberanie role pomáhajúceho a ochraňujúceho je podstatný element procesu rastu a zrenia
- s pomocou druhých môže pacient rozpoznať a preskúmať rozdiely a motiváciu svojho správania v sedeniach s terapeutom a bez neho
- *riziká:* deštruktívne agovanie – manifestný cieľ je často výzva a testovanie terapeutovej autority alebo iných členov skupiny
- *formy agovania*: agresivita (fyzické ohrozenie)
  regresívne (infantilizmus)
  sexuálne
- ak sa v sedení s terapeutom spontánne táto téma nevynorí, musí terapeut zavčasu pripomenúť túto tému, aby sa prediskutovali ev. problémy a mohli sa analyzovať
- ak sa informácie z koordinovaných skupín nedostávajú na sedenie s terapeutom, ide takmer s istotou o odpor, ktorý treba analyzovať
- „chce niekto hovoriť o svojich myšlienkach a pocitoch pri alternujúcich sedeniach?"
- alternujúce sedenia môžu významne uľahčiť proces emancipácie a rozlúčenia

UZATVORENÉ A OTVORENÉ SKUPINY

Uzatvorené skupiny
- už na začiatku je viac či menej jasne definované, aký dlhý čas bude skupina pracovať v rovnakom zložení (mesiace, roky)
- od účastníkov sa očakáva, že budú mať nielen terapeutický zisk, ale že niečo urobia aj pre spolupacientov
- v priebehu terapie sa pravidelne objavuje téma strachu z odlúčenia, téma smrti a umierania

- výborné pre výcvik a terapiu

Otvorené skupiny
- nový člen provokuje tému *zrodenia* (žiarlivosť, rivalita)
- niekedy symbolické agovanie – odstrániť nováčika
- po príchode nového „cudzieho“ je takmer vždy prechodne zablokovaný hlbší nevedomý materiál, resp. jeho spracovávanie

Maratónové sedenia
- 12-48 hod. – nepretržite alebo s prestávkami na spánok a oddych
  Indikácie: - na začiatku terapie, aby sa „roztopili ľady“
  - pri stagnácii alebo kríze, ako katalyzátor možnej dynamiky
  - koncom terapie, aby sa konsolidoval a vyskúšal pokrok vo vhľadoch a emocionalite

Encounter skupiny
- príležitosť k emocionálnemu učeniu sa
- ev. do 20 účastníkov, ktorí nie sú „pacientmi“
- otvorené neštruktúrované stratégie sú účinnejšie než štruktúrované alebo formalizované
- 8% bolo poškodených (YALOM)

SNY
- Wilhelm Stekel: „V snoch opäť prežívame minulosť, zabúdame na prítomnosť a predpovedáme budúcnosť.“
- pri individuálnej a skupinovej psychoterapii je skúmanie snov dôležitým elementom terapeutického pokroku. Sen je hodnotným prostriedkom na vniknutie do aktuálnej dynamiky a do jej pozadia. Je kľúčom k dverám do nevedomia, niekedy dokonca od Pandorinej skrinky.
- asociácie spolupacientov na vyrozprávaný sen vedú niekedy rýchle k významu snu, keď snívajúci má blok v porozumení snu, alebo nevie prekonať odpor
- ak opakovane ignorujeme sny určitého pacienta, vzniká riziko, že sa začne odťahovať od skupinovej práce alebo opustí skupinu
- psychické poruchy (hlavne neurotické) sa dajú popisovať ako konflikty medzi vedomými a/alebo nevedomými časťami osobnosti.
- sny umožňujú vhľad do dynamiky týchto konfliktov
- sen vyjadruje celkovú osobnosť a životný štýl snívajúceho a má tiež funkciu riešenia problémov, ide o akýsi „nácvik pre budúci deň“
- sny odvádzajú psychickú energiu a tak prispievajú k agovaniu vytesnených afektov („bezpečnostný ventil“)
- jednou z funkcií sna môže byť spracovávanie traumatických šokujúcich zážitkov, ktoré by inak mrzačili funkciu ega. Opakujúce sa sny hrozných zážitkov – smrť príbuzných, prepadnutie pri skúške atp. – postupne zmierňujú pôvodný šokujúci zážitok – na princípe návyku
- vo všetkých formách analyticky orientovanej psychoterapie sa pracuje s objavovaním a skúmaním aspektov osobnosti, ktoré nie sú prístupné vedomému skúmaniu. Odkrývanie nevedomých motívov a cieľov v ich dynamických súvislostiach je hlavnou úlohou dynamickej terapie. Sny obsahujú vždy prvky hlbších emócií a konfliktov. Snívajúci spoznáva aktuálny konflikt a pokúša sa nájsť určité riešenie.

Aktuálny konflikt má vždy nejakých predchodcov v biografii snívajúceho. Sny zjednocujú a spájajú minulosť a budúcnosť s aktuálnou súčasťou všedného dňa a s terapeutickou situáciou.

Zaobchádzanie so snami v skupine

- terapeut môže snívajúceho povzbudiť, aby povedal, čo ho napadá k snu ako celku alebo tiež k jeho detailom
- otázky ako: „mali ste od posledného sedenia nejaký sen?“, môžu už od začiatku terapie naznačiť záujem terapeuta o sny, takže sa vynára druhá téma, popri aktuálnej vonkajšej realite
- pomocné otázky: - „keď ste mali ten sen, položili ste si otázku, čo by vlastne mohol znamenať?“
  -„stalo sa deň pred tým snom niečo, čo by mohlo súvisieť so snom?“
  -„ tento Peter, o ktorom sa vám snívalo – čo znamená Peter pre Vás?“

- keď snívajúci poskytol viaceré nápady, môžeme vtiahnuť skupinu: „čo vám napadá k jeho snu alebo jeho častiam? Aký dojem máte z toho? Nachádzate v tom nejaké významy, takže by sa aj vám mohol snívať taký sen?
- niekedy pomáha, keď sa snívajúcemu poradí, aby skúsil brať každú časť sna, každý detail ako časť seba: „ktorá časť vašej osobnosti by mohla zodpovedať posteli?“

Pri skupinovej psychoterapii s hlbinne psychologickou orientáciou nenechá terapeut nepovšimnutý žiadny sen, ktorý niekto vyrozpráva a v každom prípade mu venuje potrebný čas a pozornosť.

Dôležitý je proces práce so snom (spontánne výpovede, načúvanie, povzbudenie ku skúmaniu, pomoc otázkami)

Prílišná zameranosť na výklad môže rušiť proces

- ku zvláštnostiam skupinovej analýzy patrí projektívna identifikácia so snovým materiálom
- niekedy odpor voči terapeutovi alebo snívajúcemu vedie k tomu, že sa skupina pokúša obísť sen
- „čím to je, že nikto nemá chuť zaoberať sa tým snom?“ (zlosť na terapeuta? na snívajúceho? na oboch? atď.)
- sny nám niekedy umožňujú mať zážitky, ktoré si v bdelom živote nedovolíme. Keď spíme, zníži sa naša sebakontrola a emócie sa ľahšie dostanú na povrch. Ale našu sebakritičnosť v sne celkom nevyhasíname, takže obsah sna deformujeme a meníme, kým sa stane manifestným. Keď manifestný obsah sna, ktorý si pamätáme, podrobíme presnej analýze, môžeme dešifrovať jeho zmysel, teda latentný obsah sna. Týmto spôsobom sa môžeme dostať k nevedomým konfliktom a emóciám, ktoré nakoniec viedli k aktuálnym ťažkostiam. Mnohí ľudia si len zriedka pamätajú sny, nevšímajú si ich, nechajú sa odkloniť niečím iným alebo si ich jednoducho nepamätajú. Jedna z možností je odporučiť zavedenie zošita na poznámky vedľa postele. Zošit môže byť reálny alebo imaginárny. „Keď sa ráno prebudíte, ešte pri zatvorených očiach si znova premietnite celý sen a pokúste sa uchovať si ho, než vstanete“.
- štýl rozprávania sna poskytuje často cenné informácie. Kedy začal hovoriť o sne? Aká je práve skupinová dynamika? Pri rozprávaní sna sa vedome natáča ku niekomu zo skupiny? Alebo to hovorí celej skupine? Hovorí sen preto, lebo niekto v skupine chýba?
- Otázky: „prečo odpovedáte tak rýchlo a nedoprajete si čas na rozmyslenie?“

- konflikty a problémy, ktorými sa zaoberajú sny, sú väčšinou univerzálne: zrodenie a smrť, láska a nenávisť
- za množstvom nápadov k určitému snu sa väčšinou rýchle začne rysovať jadrový problém snívajúceho, jeho význam v minulosti, súčasnosti, budúcnosti, jeho spracovanie v prenosovej situácii s jej mnohopočetnými manifestáciami. Dá sa povedať, že práca na sne s množstvom malých krokov oslovuje základné konflikty u všetkých členov skupiny.
- pri práci so snom musíme mať na zreteli jeho hlavnú, univerzálnu tému a všetky odbočenia, aj zdanlivo významné, musíme nechať ľadom
- keď pacient hovorí sen, môže významne komunikovať aj neverbálne a určité gesto, výraz tváre, zmena pri držaní tela, môže zdôrazniť, zmenšiť alebo doplniť význam toho, čo hovorí slovami
- pre niektorých pacientov je sen jediný prostriedok sebaprezentácie
- v diskusných alebo interakčných skupinách sa obvykle nepracuje cielene so snami a vyhýbame sa odkrývaniu latentného obsahu

SEN V GESTALT – TERAPII

- vychádza sa z toho, že každý snový element je vlastne projekciou časti osobnosti, ktorá sa vymyká sebareflexii
- pacientom s hrôzostrašnými snami sa môže uľaviť, keď sa podarí, aby sa pri práci so snom stotožnil nielen s rolou obete, ale aj „páchateľa“
- terapeut požiada pacienta, aby hovoril v mene nejakého objektu v sne
- terapeut podporuje agovanie sna. Keď napr. pacient povie, že by udrel otca, povzbudzuje sa, aby sa úplne oddal svojej zlosti. Má si tak dlho opakovať „chcel by som udrieť otca“, až kým to plne neprecíti a môže sa venovať ďalšiemu afektu (pravdepodobne potrebe nehy)
- kvôli oživeniu sna môže terapeut alebo účastníci skupiny prebrať jednotlivé snové role a pomáhať tak snívajúcemu prepracovávať svoje emócie tu a teraz
- sen je „kráľovskou cestou“ (Freud) nielen k nevedomiu, ale aj k iným aspektom pacientovho života
-

ŠPECIÁLNE KLINICKÉ PROBLÉMY A SKUPINOVÁ PST

- terapeut musí mať na pamäti, že je zodpovedný za deštruktívne vývoje vo svojej skupine a môže byť braný na zodpovednosť

ABUSUS DROG

- terapeutické ciele: - motivácia k odvykaniu
  - prehĺbené pochopenie príčin toxikománie
  - prepracovávanie osobnostných faktorov a emočných stavov, ktoré viedli ku drogovej závislosti
- k najťažším konfliktom u závislých patrí pocit, že sa im nerozumie a že nie sú akceptovaní
- rozhodujúce je, či terapeut akceptuje závislého ako osobnosť v skupine
- často sa v skupine nájde aspoň pár jedincov, ktorí sa identifikujú s pocitom odmietaného a osamelého, ktorý má závislý pacient. To je oporou pre pacienta, umožňuje mu to nájsť si miesto v skupine a stabilizuje sa jeho ego. Toxikomani majú

niekedy tendenciu na sedeniach zaspať, aby predišli neznesiteľnej úzkosti, ktorej sa boja.

ALKOHOLIZMUS

- jeho liečba mimo kontrolovaného, suchého prostredia patrí k najťažším formám skupinovej psychoterapie
- k najťažším obavám alkoholika patrí úzkosť, že bude odmietnutý ako asociál alebo abnormný človek
- rodina závislého je hlavným faktorom terapie
- rodiny viacerých závislých sa môžu stretávať v jednej skupine

SOCIOPATIA A SEXUÁLNE DEVIÁCIE

- účinná terapia tejto kategórie pacientov je možná!
- keďže sociopat vyvoláva v skupine úzkosť a agovanie, ich počet v skupine musí byť malý (spravidla nie viac ako 2)
- ostatní pacienti na nich reagujú silnými konfliktami, ktoré predtým úspešne vytesňovali
- sociopat sa v skupine nesociopatov cíti veľmi ohrozený, ak sa u neho objaví strach, že po svojom otvorení sa bude ukameňovaný, že sa bude druhým hnusiť – svedčí to pre fungujúci terapeutický proces
- homosexuál – obáva sa alebo prežíva hnus pri predstave, že by ho mohli spolupacientky zvádzať
- muži v skupine sa boja, že homosexuál v nich rozozvučí niečo a zvedie ich
- exhibicionisti môžu profitovať zo skupiny ako aj skupina z nich. Narastajúca úzkosť môže u nich signalizovať recidívu.

PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY

- emocionálne konflikty → somatická porucha
- nebezpečné by bolo vzbudzovať nerealistické nádeje na vyliečenie psychoterapiou
- mali by sme pacientovi priamo povedať, že psychoterapia samotná obvykle nemôže vyliečiť telesnú chorobu, ale určite ju môže utlmiť, alebo stabilizovať zlepšený stav, keď si človek nájde nové cesty ako narábať s úzkosťou
- pri heterogénnych skupinách sa osvedčuje brať len 1 – 2 PSM pacientov, majú totiž tendenciu monotematicky sa držať telesných symptómov
- homogénna skupina – je v nej ľahšie udržať úzkosť na prijateľnej úrovni
- hrozba úzkostnej paniky → somatizácia, treba postupovať citlivo pri analýze, lebo ak pacient stratí obranný mechanizmus, môže reagovať psychoticky
- trpezlivosť!

PASÍVNA ZÁVISLOSŤ

- pacient je nerozhodný, bezmocný, lepivý vo vzťahoch: „pritakávači“
- nedokážu odporovať požiadavkám druhých, infantilná podrobivosť
- ponúkajú sa ako obetné baránky
- keď niekto potrebuje obdiv – poskytnú

„POMOCNÝ TERAPEUT“

- člen skupiny sa snaží pomáhať terapeutovi, aby uspokojil svoje vlastné potreby závislosti
- *rivalita s terapeutom*- ako narcistický element prichádza do úvahy tendencia zničiť terapeuta a nahradiť ho sebou ako lepším, ideálnym rodičovským imagom

MLČIACI PACIENT V SKUPINE

- mlčanie je do značnej miery úspešnou obranou pred očakávanou, neznesiteľnou úzkosťou
- na druhej strane pôsobí mlčanie jedného člena skupiny na druhých nepriateľsky a odmietavo
- ak má terapeut dojem, že pacient svoje mlčanie potrebuje, musí ho podporovať, až kým ho pacient prestane potrebovať
- niekedy je treba analyzovať zúskostňujúce pôsobenie mlčania
- existujú pacienti, ktorí väčšinou mlčia, ale emočne sú silne zúčastnení na skupinovom procese a robia terapeutické pokroky, ktoré súvisia s ich identifikáciou s druhými a s neverbálnym prepracovaním konfliktov
- periodické mlčanie sa dá často dať do súvislosti s určitými témami a situáciami, ktoré pacientov zúskostňujú

PROVOKATÉR

- možný motív: potreba odstrániť rivalov

SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIA SO STARŠÍMI PACIENTAMI

- hlavný problém: „samota, samota, samota...samota“ a izolácia
- reaktivujú sa konflikty z detstva
- vhodná kombinácia individuálnej terapie + skupinovej psychoterapie, v individuálnom kontakte zažíva intimitu diadického vzťahu – naliehavo potrebuje náklonnosť! Ale aj homogénna skupina má zvláštnu hodnotu. V individuálnej terapii má ambivalentný prenosový vzťah – s určitým resentimentom prežíva, že je psychicky závislý na „dieťati“
- konfrontácia s aktuálnou realitou – hlavný prostriedok skupinovej psychoterapie geronta (opora!)

ODPOR

- Freud: obranné stratégie ega upevňujúce vytesnenie neakceptovateľných impulzov a spomienok
- K.Meninger: tendencia síl v pacientovi, ktorá odporuje procesu úzdravy
- Adler: príčina odporu je v tendencii k sebaznehodnocovaniu
- Rogers: príčina odporu je v nevhodnej technike pri zaobchádzaní s prejavmi konfliktu a afektivity; špeciálna príčina odporu je v predčasnom prezentovaní emocionálnych postojov pri terapeutovom pokuse o skracovanie terapeutického procesu
- Krasner: univerzálny fenomén – chránenie sa podvedome alebo nevedome pred očakávaným odmietnutím, odlúčením, zničením
- psychoterapeutická skupina poskytuje individuálnu príležitosť reaktivovať vzťahy z jadrovej rodiny a postupne im porozumieť v ich neopakovateľnosti;
- Prenosová báza: hlavne praeoidipálny vzťah matka – dieťa s množstvom svojich faciet: emócie závislosti, očakávanie magických riešení, pohotovosť k podrobovaniu sa, ale aj sklamaniu a vzdoru, odvážnemu sebapresadzovaniu, strachu z trestu a straty lásky
- strach zo zmeny, z odlúčenia, z bezprostredného stretnutia nezdeformovaného prenosom

SKUPINOVÝ ODPOR

- skupina sa môže stať prenosovým objektom „iracionálnej matky“
- pacient prichádza k psychoterapeutovi nie preto, že by sa chcel zmeniť, ale preto, že nechce trpieť
- ego sa v psychoterapii posilňuje vždy vtedy – podobne ako v bežnom živote - keď človek dosiahne určitý vytúžený cieľ
- realita skupinovej situácie pôsobí proti minulej realite rodinných vzťahov. Prekérna situácia sa narúša, keď pacient zisťuje, že obvyklé stratégie nestačia na vzťahy v skupine. Aby získal nové vzťahy, po ktorých túži a v ktorých tuší nové možnosti uspokojenia, musí sa zmeniť! Takže sa dostáva do dilemy: to, čo sa naučil v jadrovej rodine, aby sa v nej udržal, sa teraz musí preučiť, aby sa udržal v skupinovej situácii. A teraz závisí od intenzity jeho úzkosti, po ktorej z oboch ciest sa vydá. Čím ohrozujúcejšia je úzkosť, tým silnejšia je túžba po záchrane, uchovaní starého pomocou úniku zo skupiny, mlčanie, prerušenie terapie.
- čím väčšia je sila ega, tým ľahšie sa možno zmenou adaptovať na návyky v novej situácii
- keď je skupina demokraticky štruktúrovaná, učia sa všetci spoločne rozpoznávať odpor a odbúravať ho
- H. Spatnitz: „nie je potrebné odpor v skupine označovať ako odpor. Otázku možno postaviť aj tak, či sa zdá, že by niekto komunikačný proces v skupine podporoval alebo brzdil“
- *Formy odporu v skupine*: rozvláčne rozprávanie o knihách, filmoch, spoločenské rozhovory, starostlivé vyhýbanie sa významným emočným reakciám a interakciám, teda „osobnému“ rozhovoru

ZAOBCHÁDZANIE S ODPOROM

- odpor je priamou výzvou terapeutovi, ktorého starosť je terapeutický pokrok. Skupinový odpor často vyjadruje negatívny skupinový prenos. Skupina testuje autoritu a schopnosti terapeuta. Príčina môže byť aj v tom, že určité nebezpečenstvo je prežívané ako pochádzajúce od terapeuta. ....Terapeut by si mal položiť otázku, či v rámci svojho protiprenosu nemal emócie, fantázie a/alebo očakávania, ktoré by odpor vyprovokovali (neempatické, zraňujúce správanie terapeuta)
- niektorí terapeuti majú názor, že ak sa odpor bezodkladne neanalyzuje, tak sa upevní
- určitá interpretácia môže ale odpor aj upevniť, ak nie je vhodne pripravená a načasovaná

INDIVIDUÁLNY ODPOR V SKUPINOVOM RÁMCI

- Intervencia môže mať nasledovnú podobu:
  /1/ priama konfrontácia: „ste veľmi zhovorčivý, ale nedostávate sa k podstatnému, nemôžete hovoriť o niečom, čo vami skutočne hýbe?“
  /2/ podpora: „keď ste tak rozvláčny, znamená to väčšinou, že sa dosť obávate, možno by ste nám mohli trochu priblížiť vašu nepohodu“
  alebo: „akú odpoveď alebo reakciu očakávate od nás?“
- keď si terapeut chce otestovať svoje chápanie prebiehajúceho skupinového procesu, je rozhodujúcim testom schopnosť správne predpovedať vývoj

UKONČENIE TERAPIE

- otvorené skupiny majú výhodu, že pacient si môže sám spoluurčiť, ako dlho chce zostať v skupine, kedy sa už cíti natoľko silný, že môže byť bez skupiny

- v neotvorených skupinách treba venovať pozornosť strachu z odlúčenia
- akceptovanie odlúčenia a jeho implikácie je určitým znakom zrenia a zrelosti
- ak pacient ešte nie je pripravený existovať bez skupiny a skupina musí skončiť, môže ísť do inej skupiny
- terapeut by si mal dobre rozmyslieť či vypustiť vetu ako: „myslím, že to už zvládnete sám“ alebo „už si poradíte sám“

INDIKÁCIA K UKONČENIU U JEDNOTLIVÝCH PACIENTOV

- faktický pokrok posilňuje sebavedomie
- pri zvažovaní ukončenia si musíme položiť otázku, ako je to s prenosom a protiprenosom, aké postavenie má pacient v skupine (aké mal na začiatku?), má uspokojenie vo svojom bežnom živote?
- žije dosť v prítomnosti, alebo sa upína k lepšej minulosti, či budúcnosti? môže plánovať a pracovať? môže spolupracovať, hrať sa?
- chýba difúzna úzkosť a strnulé nutkanie?
- dokáže zmeniť svoje ciele, keď je to treba?
- narástla jeho nezávislosť, ale aj otvorenosť pre nové pozitívne vzťahy?
- zlepšili sa jeho vzťahy v skupine a vo všednom živote?
- sú jeho vzťahy s rodinou, kolegami, priateľmi živšie? konštruktívnejšie? racionálnejšie? diferencovanejšie?
- má častejšie než dosiaľ vlastný úsudok, ktorý aj zostáva, aj keď nikto nezdieľa jeho názor?
- má väčšiu schopnosť a potešenie z vlastného posudzovania a prístupu?
- keď bola liečba úspešná, vznikol silnejší pocit vlastnej identity, ktorý chráni pred dehumanizačnými vplyvmi našej civilizácie
- ak v oboch formách sedení – s terapeutom i bez neho- sa môže správať slobodne bez potreby podriaďovania sa alebo dominovania – je na najlepšej ceste k úzdrave
- zdravý človek má väčšiu slobodu v prežívaní a prejavovaní emócií nehy, vrelosti

PRERUŠENIE SKUPINOVEJ PSYCHOTERAPIE

- niektorí terapeuti už na začiatku terapie dávajú do informácie pacientovi klauzulu, že keď pacient oznámi, že si praje ukončenie terapie, má absolvovať ešte 8 sedení (týždňov) – môže ísť o niekoľko týždňov až 1 rok
- ak sa v skupine stretnú dvaja ľudia, ktorí sa veľmi vadia, nie je niekedy iné východisko, než že jeden zo skupiny vystúpi
- ak sa terapeutický proces zastaví, má samozrejme absolútnu prednosť otázka, či nie je v hre odpor. V druhom rade treba myslieť na ťažkú regresiu. *Supervízia!* Ak ale analýza protiprenosu nevedie k pokroku, je treba uvažovať o doporučení na iného terapeuta alebo zmene typu terapie
- prvé známky úniku zo skupiny sú zameškané skupiny bez presvedčivého dôvodu, meškanie v príchodoch, v platení honoráru. Uplatňuje sa tu tendencia nahnevať terapeuta a potom kvôli jeho „hnevu“ „za trest“ odísť
- ak pacient v analyticky orientovanej skupinovej psychoterapii oznámi, že chce predčasne ukončiť terapiu, stačí, ak ho vedúci oboznámi s faktami a skúsenosťami, s prihliadnutím ku ktorým plánoval trvanie terapie
- v interakčných a analyticky orientovaných skupinách sa môže zo začiatku pýtať, čo si o tom myslí skupina. Môže navrhnúť odklad
- čas na rozmyslenie

- môžeme pátrať po známkach odporu bez toho, že by sa pacientove argumenty hneď odbili ako racionalizácia...často sa ukáže, že pacient sa bráni nejakému aspektu svojej osobnosti, ktorý projikuje na skupinu
- čím viac sa pacient odchyľuje od skupinových noriem, tým viac je treba počítať s jeho skorým odchodom/vylúčením. Odchýlka spočíva často v silnejšej tendencii k sebaodhaľovaniu alebo utajovaniu. Aj nerealistické pozitívne alebo negatívne postoje ku skupine varujú terapeutov pred možnosťou vypadnutia zo skupiny. Konečne existujú pacienti, ktorí sa od sedenia k sedeniu stále viac boja nových stretnutí.
- aby sa zabránilo impulzívnym odchodom z terapie, je vhodné už na začiatku dohodnúť určité obdobie, počas ktorého pacient zostáva v skupinách po oznámení rozhodnutia ukončiť terapiu a tiež, že sa tieto záležitosti majú diskutovať na skupinách

KONEČNÁ FÁZA TERAPIE

- odlúčenie od emočne dôležitých vzťahových osôb je traumatickým a bolestivým zážitkom, spojeným so smútkom. Je potrebné spracovávať a prepracovávať tieto pochody
- reaktivujú sa zážitky odlúčenia z minulosti. Presťahovanie, odchody od rodiny, strata priateľského vzťahu, milostného vzťahu
- zosilňujú sa regresívne tendencie
- v didaktických skupinách môže byť rozlúčka výrazne ritualizovaná – rozlúčkové párty. Smútok je tu skôr racionalizovaný než spracovávaný. Formalizovaný skupinový štýl zabraňuje rozvinutiu ambivalentných vzťahov. Posledná skupina sa využije na zhrnutie, čo sa skupina naučila, poukáže sa na pozitívne vzťahy medzi členmi skupiny
- interakčné a analyticky orientované skupiny- po stanovení dátumu posledného stretnutia vyzveme skupinu, aby hovorila o reakciách na túto novú situáciu
- ak na predčasné ukončenie svojej účasti v skupine nalieha určitý člen skupiny, môže byť v hre jeho potreba ujasniť si, akú má hodnotu pre terapeuta
- ak ide o návrh na ukončenie terapie od terapeuta, musí pacientovi /pacientom pomôcť vyrovnať sa s odpormi voči odlúčeniu a strachu z odlúčenia
- ukončenie liečby je v bežnom prípade predovšetkým znakom pokroku. Pacient musí vedieť, že ak si to v budúcnosti bude priať, môže sa vrátiť. Tento postoj znamená: všetci sa môžeme dostať do krízových situácií, kedy potrebujeme pomoc druhých
- v analyticky orientovanej skupine môže tento proces odpútavania sa trvať aj rok alebo i viac. Pacient, ktorý sa lieči, tak môže plne prežívať smútkový proces, verbalizovať a spracovávať všetky emócie, ako aj evokované spomienky na symbolické alebo faktické straty
- je treba si všímať známky individuálnej alebo skupinovej regresie. „Pozostalí“ sú nie zriedka rozladení, že oni ešte stále zostávajú v skupine. Oralita skupiny sa môže zvýšiť, pretože o jedny ústa je menej /ktoré bolo treba kŕmiť/. V zmysle reaktívneho výtvoru môže dôjsť k agovaniu, ktoré je zacielené na znehodnotenie terapeuta. Vzájomné emočné obsadenia v skupine sú neraz oslabené a je to vhodný čas pre zaoberanie sa náhradnými vzťahmi
- skupina niekedy trestá odchádzajúceho tým, že si ho nevšíma. –Užitočnou technikou tu môže byť technika „ego-eround“, pričom sa každý člen skupiny vyjadruje k odchádzajúcemu
- keď pacient odišiel zo skupiny, musí sa terapeut vyrovnať so svojimi vlastnými pocitmi opustenosti a s opustenosťou skupiny. Keď sa to podarí, vyvinie sa pozitívny postoj k prijatiu nového člena do skupiny

PO TERAPII

- žiadna psychoterapia neposkytuje záruky, že pacient nikdy nebude potrebovať pomoc, keď sa dostane do krízovej situácie
- keď sa dostane do krízy, bude rád, keď sa bude môcť obrátiť na terapeuta alebo spolupacienta, ktorého dobre pozná a ktorý dobre pozná jeho
- terapeut si musí dávať pozor, aby nepovažoval každé priateľstvo medzi pacientmi za prenos. Jedným z cieľov terapie je odpútanie od závislosti na terapeutovi. Môže to byť prejavom zrelosti, keď sa bývalý pacient obráti v kríze na bývalého spolupacienta. Zdravý vzťah, ktorý sa ďalej vyvinie po úspešnom ukončení terapie, je ešte prídatným ziskom zo skupinovej psychoterapie.
-

VÝCVIK V SKUPINOVEJ PSYCHOTERAPII

- USA – stav k r. 1977
  46% skupiny psychoterapeutov tvorili lekári
  27% doktori filozofie
  6% pedagogicky vzdelaní
  4% magistri iných odborov
  1% teológovia
- klinické vzdelanie získali
  50% na univerzitách
  32% na psychoanalytických inštitúciách
  26% v nemocniciach /štátnych/
  27% vo verejných nemocniciach
  15% v školách pre sociálnu prácu
  33% na medicínskych fakultách
  14% v neuropsychiatrických ústavoch

TYPY A TRVANIE VYKONÁVANIA POVOLANIA

- priemerný psychoterapeut pracuje v súkromnej praxi
- v 45% udáva, že prevažuje súkromná prax
- v 37% prevažuje práca v inštitúcii
- v 18% uvádza, že prevažuje iná činnosť- napr. výuka, výskum
- prax v psychoanalýze alebo psychoterapii trvala v priemere 14 rokov
- ¾ uvádza, že individuálna terapia trvá viac než polovicu ich praxe
- nikto neuvádzal, že by pracoval výlučne len so skupinami

VÝCVIK A SKÚSENOSŤ v individuálnej a skupinovej terapii

- takmer všetci skupinoví terapeuti majú výcvik v individuálnej psychoterapii, včítane supervízie
- 38% uvádza, že svoje skupinovo-terapeutické znalosti získali sami
- 70% absolvovalo kurzy v skupinovej psychoterapii
- 85% fakticky pracovalo pod supervíziou
- 22% malo kontrolné analýzy
- vlastnú skúsenosť vo forme členstva v skupine mal každý druhý /22%-jeden rok; 22% -až do 3 rokov; 7%-až do 5 rokov; 2%-6rokov a viac/

- *skupina v terapeutickej praxi:*
  13% terapeutov vedie len 1 terapeutickú skupinu
  20% pracuje s dvoma skupinami – paralelne
  22% s troma
  31% štyrmi až ôsmimi skupinami
  3% s viac než ôsmimi
  v 85% prebiehajú skupiny v rámci privátnej praxe
- *frekvencia sedení:*
  3% - 1x za mesiac
  86% - 1 x za týždeň
  4% - 2x za týždeň
  14% - pravidelne alternujúce sedenia
  50% - nikdy nepoužíva alternatívne sedenia
- *honoráre:*
  v . r. 1974: 1% - do 5$ 28% - do 15$
  4% - do 7$ 35% - do 20$
  8% - do 10$ 13% - 20 - 25$
  2% - 25 - 30$ 1% - 30 - 50$
- psychiatri v priemere vyžadujú vyššie honoráre než psychológovia

VÝCVIK V SKUPINOVEJ PSYCHOTERAPII

- nepochybné je, že je obtiažnejšie úspešne pracovať so skupinami než v rôznych formách individuálnej psychoterapie
- v USA – bazálna podmienka, že terapeut, ktorý chce začať pracovať so skupinami, musí byť plne kvalifikovaný pre individuálnu terapiu
- *k výcviku v individuálnej psychoterapii patrí:*
  a/ skúsenosť na sebe vo forme individuálnej terapie alebo cvičnej analýzy
  b/ absolvovanie teoretického programu
  c/ supervízie určitého počtu prípadov
- väčšina výcvikových programov v individuálnej terapii trvá 4 roky alebo dlhšie
- výcvik v skupinovej psychoterapii začína v ideálnom prípade po ukončení individuálneho výcviku účasťou na prípadových /kauzistických/ seminároch. Podrobne sa tu referuje o jednej alebo viacerých skupinách a detailne sa o tom diskutuje
- vhodné sú aj workshopy, diskusné skupiny so skúseným terapeutom o problémoch a praktických skúsenostiach so skupinami
- vhodná je tiež účasť na skupinách vedených skúseným terapeutom, 1 rok tejto formy je minimum
- veľmi sa odporúča vlastná skúsenosť s účasťou v skupine ako pacient. Podporí sa schopnosť vcítiť sa do pacienta
- *na záver:* práca so skupinou pri priebežnej supervízii, ktorá má trvať najmenej 2 roky. Praktická skúsenosť ukazuje, že supervízia ako štádium vzdelávania je fakticky nenahraditeľná
- a konečne aj pre skupinovú psychoterapiu platí stará veta: *skúsenosť sa nedá nahradiť ničím*

PSYCHOANALYTICKY ORIENTOVANÁ SKUPINA PST V NEMECKU

- výcvik v skupinovej psychoterapii v zásade až po ukončení výcviku v analytickej individuálnej psychoterapii

- skúsenosť na sebe – najmenej 50 hod.v skupine vedenej akreditovaným skupinovým terapeutom
- teória – semináre- najmenej 80hod.
- praktické vzdelávanie: 25 sedení v roli pozorovateľa skupiny
- priebežné supervízie dvoch skupín, ktoré prebiehajú dostatočne dlhý čas
- skupinovo-dynamické laboratórium najmenej 10 dní
- *honoráre* v r. 1980 za 100 min. sedenia 32 – 50 DM
- *trvanie*
- 80 dvojhodín, v zvláštnych prípadoch 120 sedení platí poisťovňa. Pri 120 sedeniach sa trvanie obvykle rozloží na 3 roky pri frekvencii 1x za týždeň. Pri frekvencii 2x za týždeň prebieha skupinový proces intenzívnejšie
- pozoruhodná tendencia: po viacročnej praxi v skupinovej terapii mnohí skupinoví terapeuti opäť redukujú používanie tejto metódy v prospech individuálnej terapie Skupinová terapia je mnohými terapeutmi prežívaná ako fyzicky a psychicky náročnejšia než individuálna

<u>BRD – požiadavky na kvalifikáciu pre psychoterapiu a psychosomatickú základnú starostlivosť – 1992</u>

1/ Frakcionované semináre: 10 víkendov ročne /od So rána do Ne obeda/ - celkom 3 roky

2/ Kompaktné semináre: 8 dní ročne /od So obeda až do Ne obeda/

- *Obsah* : *teoretická časť* – 20 prednášok za rok s možnosťou diskusie, v priebehu 3 rokov 60 hodín teórie vo frakcionovaných seminároch
- v každom kompaktnom seminári 22 prednášok, ako aj 6 prednášok, ktoré sú vždy v 2 hod. spracované v skupine, celkove 40 hod. teórie, takže v priebehu 3 rokov – v 6 seminároch – 180 hodín teórie
- *Obsah teoretického vzdelávania:*

1/ Vývojová psychológia a teória osobnosti s ego a selfpsychológiou /á 8 hod./	16hod.
2/ neurozológia, všeobecná a špeciálna /á 16 hod./ -	32 hod
3/ hlbinná psychológia s rôznymi školami /4 hod./ psychoterapeutické metódy /hlavne hlbinne psychologicky orientovaná psychoterapia, tiež krátkodobá psychoterapia cca 8 hod terapeutické techniky /cca 18 hod./	30 hod.
4/ teória cvičenia a behaviorálna terapia	8 hod.
5/ psychodynamika rodiny a skupiny	3 hod.
6/ psychopatológia /všeobecná a špec. á 8 hod.	16 hod.
7/ psychosomatika /všeobecná cca 10 hod. špeciálna 25 hod.	35 hod.
8/ technika prvého vyšetrenia / s biografickou anamnézou a nácvikom prvého interview/	10 hod.
9/ psychodiagnostika /hlavne testové nálezy/	6 hod.
10/ psychoterapeutická prax indikácie a metódy /5 hod./ cieľové skupiny /cca 16 hod./ prevencia a rehabilitácia /cca 3hod./	<u>24 hod.</u>
	180 hod.

- samostatné štúdium doporučenej literatúry

Praktická časť

- zhrnutie znalostí a skúseností v nasledovných oblastiach:

1/ hlbinne-psychologicky orientovaná psychoterapia ako centrálna súčasť vzdelávania

1.1 skúsenosť na sebe – najmenej 70 dvojhodín v hlbinne-psychol.orientovanej skupine; v každom frakcionovanom seminári á 40 dvojhodín individuálna skúsenosť na sebe – najmenej 150 hodín /cvičná psychoterapia/ - možno je absolvovať mimo ponúkaných seminárov /290hod. zážitku na sebe/

1.2 supervízia – 3 vlastných hlbinne psycho.orient. terapií; v 10 supervízných sedeniach v skupinách po 4 účastníkoch - pre každého účastníka po každom 4 sedení s pacientom. Prebieha v rámci frakcionovaného seminára. So supervíziou sa začína až v 3 roku

1.3 účasť na jednom alebo viacerých seminároch o snoch s 8 dvojhodinami, ktoré sú ponúkané v rámci kompaktných seminárov

2/ Autogénny tréning – najmenej 2 kurzy á 10 dvojhodín celkove teda 20 dvojhodín /2x – 40 hod./

3/ Hypnóza – najmenej 2 kurzy á 10 dvojhodín, celkove teda 20 dvojhodín /alternatívne možno zvoliť KB, behaviorálnu, gestalt, psychodrámu, Rogersovu terapiu/

4/Balintova skupina – najmenej 35 dvojhodín – u toho istého vedúceho. Obvykle mimo frakcionovaných a kompaktných seminárov.

Ak lekár nepracoval aspoň 1 rok na psychiatrii, môže až po 5 rokoch praxe v inom odbore absolvovať 14 celodenných školení v psychiatrii a psychopatalógii.

Ide pritom o vyšetrenie a dokumentáciu 60 psychiatrických pacientov

- ak počas školenia vzniknú pochybnosti o vlastnosti kandidátov pre hlbinne psycholog. terapiu, môže mu doporučiť vedenie zvláštne opatrenie alebo poradiť prerušenie vzdelávania
- požiadavky na vzdelávanie v psychoterapii v SR – viď materiál Slov. psychoterap. spoločnosti – návrh zákona o psychoterapii z r. 1992

Popis povolania

(1) Vykonávanie psychoterapie v zmysle tohto zákona je vedomé a plánované liečenie sociálne alebo psychosomaticky podmienených porúch a stavov utrpenia. Cieľom je odstrániť alebo zmierniť existujúce symptómy, zmeniť narušené spôsoby správania a prežívania, podporovať zrenie, vývin a zdravie človeka
(2) Samostatné vykonávanie psychoterapie spočíva v zodpovednej činnosti opísanej v časti (1) a to nezávisle na tom, či je vykonávaná v rámci privátnej praxe alebo zamestnaneckého pomeru.

Vzdelanie v psychoterapii

Samostatné vykonávanie psychoterapie predpokladá absolvovanie základného a špeciálneho stupňa vzdelávania, ktoré majú teoretickú a praktickú časť.

Základný stupeň psychoterapeutického vzdelávania

Základný stupeň psychoterapeutického vzdelávania má trvať minimálne 1150 hodín (malo by byť súčasťou štúdia medicíny a psychológie).

(1)Teoretická časť má trvať minimálne 600 hodín, obsahuje:

1.Základy a hraničné odbory psychoterapie:
- úvod do histórie a vývinu psychoterapeutických škôl, do hlbinnej psychológie, systémového prístupu teórie učenia a komunikácie v trvaní najmenej 110 hod
- úvod do teórie osobnosti v trvaní najmenej 30 hod.
- úvod do všeobecnej a vývojovej psychológie v trvaní najmenej 60 hod.
- úvod do rehabilitácie, špeciálnej a liečebnej pedagogiky v trvaní najmenej 30 hod.
- úvod do psychodiagnostiky v trvaní najmenej 40 hod.
- úvod do foriem psaychosociálnej intervencie v trvaní najmenej 40 hod.

2.Základy somatológie a medicíny:
- úvod do medicínskej terminológie v trvaní najmenej 50 hod.
- úvod do klinických špeciálnych oblastí medicíny, najmä psychiatrie, neurológie a psychosomatiky všetkých vekových stupňov v trvaní najmenej 120 hod.
- úvod do psychofarmakológie a psychotropného pôsobenia liekov v trvaní najmenej 30 hod.
- úvod do prvej pomoci v trvaní najmenej 10 hod.

3.Základy výskumnej a vedeckej metodológie v trvaní najmenej 40 hod.
4.Otázky etiky v trvaní najmenej 20 hod.
5.Právne a organizačné podmienky pre psychoterapiu v zdravotníckych, psychosociálnych, iných inštitúciách a v privátnej praxi v trvaní najmenej 20 hod.

(2)Praktická časť má trvať minimálne 550 hodín, obsahuje:

1. Individuálna alebo skupinová skúsenosť na sebe v trvaní najmenej 50 hod.
2. Praktikum v styku s pacientmi/klientmi pod odborným vedením v trvaní najmenej 480 hod.
3. Supervízne praktikum v trvaní najmenej 20 hod.

Špeciálny stupeň psychoterapeutického vzdelávania

Špeciálny stupeň psychoterapeutického vzdelávania má trvať minimálne 1250 hodín

(1) **Teoretická časť** má trvať minimálne 200 hodín, obsahuje:

1. Teória zdravého a psychopatologického vývoja osobnosti v trvaní najmenej 60hod.
2. Postupy a metódy v trvaní najmenej 100 hod.
3. Štúdium psychoterapeutickej literatúry v rozsahu stanovenom príslušnými psychoterapeutickými inštitúciami (v trvaní najmenej) 40 hod.

(2) **Praktická časť** má trvať minimálne 1050 hodín, obsahuje:

1. Cvičná terapia, cvičná analýza, individuálna alebo skupinová skúsenosť na sebe v trvaní najmenej 400 hod.
2. Získanie praktických psychoterapeutických znalostí a skúseností v zaobchádzaní s pacientmi/klientmi pod odborným vedením psychoterapeuta, ktorý je oprávnený k samotnému vykonávaniu psychoterapie v trvaní najmenej 550 hod.
   (Z toho minimálne 170 hodín absolvovaných kontinuálne v psychiatrickom zariadení, vykonanie 60 diagnostických rozhovorov zameraných na získanie biografickej anamnézy a zistenie súčasného psychického stavu u psychiatrických pacientov.)
3. Supervízia – prevažne vzťahu (spravidla Balintové skupiny) 70 hod.
   - ostatné 30 hod.

Základné psychoterapeutické vzdelávanie sa sprostredkováva v rámci výuky oficiálne oprávnených zariadení (zahrňujúcich i univerzitné fakulty a kliniky), ktoré boli Psychoterapeutickou radou schválené ako vzdelávacie (výcvikové) zariadenia. Špeciálne psychoterapeutické vzdelávanie sa sprostredkováva v zariadeniach a inštitútoch akreditovaných na tento účel. Akreditácie vydáva Psychoterapeutická rada, ktorá stanovuje i kritéria vzdelanosti školiteľov. Akreditácia môže byť odňatá rozhodnutím Psychoterapeutickej rady, ak vyjde najavo, že sa okolnosti nevyhnutné pre jej udelenie zmenili. Psychoterapeutická rada zhotoví zoznam zariadení oprávnených sprostredkovávať základný a špeciálny stupeň psychoterapeutického vzdelávania, listinu aktualizuje.

Predpoklady pre vzdelanie psychoterapeuta

Základný stupeň psychoterapeutického vzdelávania môže absolvovať, kto:

1. je plnoletý
2. má ukončené maturitou stredoškolské vzdelanie
3. nie je zbavený svojprávnosti

Špeciálny stupeň psychoterapeutického vzdelávania môže absolvovať, kto:

1. absolvoval základný stupeň psychoterapeutického vzdelávania
2. dovŕšil 24 rokov
3. je akceptovaný zariadením akreditovaným pre absolvovanie špeciálneho stupňa psychoterapeutického vzdelávania (vrátane jeho praktickej časti).
4. ukončil vysokoškolské štúdium medicíny, psychológie, špeciálnej a liečebnej pedagogiky. Rozhodnutie o uznaní iného vysokoškolského vzdelania podlieha schváleniu Psychoterapeutickej rady. O započítaní psychoterapeutického vzdelávania (výcviku) v zahraničí rozhodne Psychoterapeutická rada.

Osvedčenie

Osvedčenie o absolvovaní psychoterapeutického vzdelania vydáva Psychoterapeutická rada po predložení dokladov o splnení zákonom stanovených podmienok.

Predpoklady pre samostatné vykonávanie psychoterapie

K samotnému vykonávaniu psychoterapie je oprávnený, kto:

1. má osvedčenie o absolvovaní základného a špeciálneho stupňa psychoterapeutického vzdelania
2. je uvedený v zozname psychoterapeutov

Označenie povolania

Kto je oprávnený k samotnému vykonávaniu psychoterapie, má právo v súvislosti s výkonom svojho povolania používať označenie „psychoterapeut“. K označeniu môže pripojiť metodicko-špecifické zameranie psychoterapeutického vzdelania, ktoré absolvoval. Zneužitie označenia povolania „psychoterapeut“ neoprávnenými osobami je trestné.

Povinnosti psychoterapeuta

1. Psychoterapeut má vykonávať svoje povolanie podľa najlepšieho vedomia a svedomia v súlade s vývojom vedy.
2. Psychoterapeut má vykonávať svoje povolanie osobne a bezprostredne, podľa potreby v spolupráci so zástupcami svojho alebo iných odborov.
3. Psychoterapeut môže vykonávať psychoterapiu len so súhlasom liečeného alebo jeho zákonného zástupcu.
4. Psychoterapeut je povinný informovať liečeného alebo jeho zákonného zástupcu o liečení a o nárokoch a nákladoch s ním spojených.
5. Psychoterapeut sa má pri liečení obmedziť pri vykonávaní svojho povolania na tie psychoterapeutické pracovné oblasti a liečebné metódy, ku ktorým dostal dostatočné poznatky a skúsenosti.
6. Psychoterapeut, ktorý chce terapiu prerušiť alebo ukončiť, má vopred oznámiť tento úmysel liečenému alebo jeho zákonnému zástupcovi.
7. Psychoterapeut je povinný zachovávať odbornú mlčanlivosť a je zodpovedný za jej zabezpečenie i u svojich podriadených.
8. Psychoterapeut sa nesmie podieľať na sprostredkovaní psychoterapie za finančnú úhradu.
9. Vizitka (oznámenie, inzerát) psychoterapeuta, ktorý toto povolanie vykonáva v privátnej praxi, môže okrem mena terapeuta obsahovať i jeho akademické vzdelanie, označenie povolania s dodatkom terapeutického zamerania, adresu, telefónne číslo a ordinačné hodiny.

Zoznam psychoterapeutov

1. Psychoterapeutická rada je zodpovedná za vedenie zoznamu psychoterapeutov oprávnených samostatne vykonávať psychoterapiu.
2. Uchádzači o zapísanie do zoznamu psychoterapeutov požiadajú psychoterapeutickú radu o zaradenie, súčasne predložia požadované doklady. Osoby, ktoré nespĺňajú predpoklady, budú odmietnuté úradným rozhodnutím.

3. Psychoterapeuti registrovaní v zozname psychoterapeutov majú písomne oznámiť každú zmenu mena, pôsobiska, trvalé, či dočasné zrieknutie sa svojho povolania, ako i prerušenie, ak je predpoklad, že bude trvať dlhšie ako 6 mesiacov.
4. O mimoriadnom zapísaní do zoznamu psychoterapeutov rozhoduje Psychoterapeutická rada (podmienky stanovujú špecifické predpisy).
5. Zoznam psychoterapeutov obsahuje mená, označenie povolania a špecializácie, miesto pôsobenia, resp. zamestnania a je prístupný k nahliadnutiu.
6. Po 5 rokoch zaniká platnosť zápisu v zozname psychoterapeutov, ak nebolo predložené potvrdenie o pokračujúcom psychoterapeutickom vzdelávaní (100 hodín, vrátane supervízie).
7. Oprávnenie k samotnému vykonávaniu psychoterapie zaniká tiež, ak:
    a) zanikne jeden z predpokladov zapísania do zoznamu psychoterapeutov
    b) bol psychoterapeut rozhodnutím Psychoterapeutickej rady zo zoznamu vyškrtnutý
    c) ak bolo samostatné vykonávanie psychoterapie prerušené na viac ako 5 rokov Psychoterapeutická rada v uvedených prípadoch úradným rozhodnutím stanoví zrušenie evidencie v zozname psychoterapeutov.

Psychoterapeutická rada

Členovia Psychoterapeutickej rady s právom miesta a hlasu sú:

1. podpredseda vlády pre zdravotníctvo, školstvo a sociálne veci
2. zástupca Ministerstva zdravotníctva
3. zástupca Ministerstva práce a sociálnych vecí
4. zástupca Ministerstva školstva
5. zástupca Lekárskej komory
6. zástupca Psychologickej komory
7. zástupcovia zariadení, pracovísk a inštitúcií akreditovaných na vzdelávanie v psychoterapii
8. zástupcovia Psychoterapeutickej spoločnosti
9. zástupcovia Psychiatrickej spoločnosti
10. zástupcovia Psychologickej spoločnosti
11. zástupca (zástupcovia) nemocenskej poisťovne (poisťovní). Psychoterapeutická rada je poradným orgánom podpredsedu vlády vo všetkých záležitostiach týkajúcich sa psychoterapie.

Ďalšie úlohy Psychoterapeutickej rady sú:

1. Akreditácia a vyhotovenie zoznamu pracovísk a inštitúcií poskytujúcich základné a špeciálne psychoterapeutické vzdelanie
2. Vydávanie osvedčení o oprávnení vykonávať psychoterapiu a zostavovanie (vedenie) zoznamu psychoterapeutov.
3. Vydávanie rozhodnutí o zániku oprávnenia vykonávať psychoterapiu
4. Poradenstvo a zabezpečovanie vedeckého výskumu.
5. Poradenstvo v otázkach psychosociálnej starostlivosti o občanov a jej finančného zabezpečovania.
6. Vypracovanie smerníc pre honorovanie psychoterapeutickej činnosti.

Psychoterapeutická rada vykonáva svoju činnosť v rámci pracovných zasadnutí, ktoré zvoláva písomne predseda a konajú sa minimálne dvakrát za rok.

Členstvo v Psychoterapeutickej rade je čestné a nezastupiteľné. Činnosť rady upravuje jednací poriadok, špecifické otázky riešia vykonávacie predpisy.
Zasadnutia Psychoterapeutickej rady sú neverejné, ale Psychoterapeutická rada môže povolať na svoje zasadania i externé osoby.
Psychoterapeutická rada vymenuje **Etickú komisiu** , ktorá slúži k ochrane pacientov /klientov. Etická komisia v prípade podnetov a sťažností vypracováva podklady pre rozhodnutie Psychoterapeutickej rady. V prípade oprávnenej sťažnosti určí Psychoterapeutická rada postih.

ERGOTERAPIA

/= činnostná a pracovná terapia/

- členovia tímu musia u pacienta sledovať rovnaké ciele. Ak činnostný terapeut nevie, čo robia lekári a sestry a naopak, potom pacient sotva môže urobiť pokrok
- práve činnostná terapia umožňuje pacientovi znovu vnímať svoje základné potreby a napĺňať ich, vstupovať do kontaktu, pekne sa obliekať, tešiť sa, robiť niečo tvorivé, pohybovať sa v sociálnej sieti atď.
- činnostná terapia musí byť integrálna súčasť celkového terapeutického procesu

ČINNOSTNÁ TERAPIA V AKÚTNOM ŠTÁDIU

- činnosťou sa podporuje komunikácia, ktorá sa stáva dôležitou /snáď hlavnou/ súčasťou činnostnej terapie
- činnostná terapeutka sa menej zaoberá chorobnými stránkami pacienta a môže priamo pristupovať k zdravým stránkam jeho osobnosti
- činnostná terapia má - inštrumentálnu
  - socioemocionálnu časť -vzájomne sa podmieňujú a ovplyvňujú
- určitá exkluzivia Č.T. môže viesť k napätiam medzi zdrav. sestrami a činnostnými sestrami – terapeutkami
- na psychiatrii musí byť v popredí spolupráca všetkých zúčastnených

FORMY ČINNOSTNEJ TERAPIE

- u akútnych psychoticky chorých /sch/ a u ťažkých chronických stavov: individuálna Č.T.
- predovšetkým sa musí obnoviť medziľudský vzťah, lebo pacienti sú vzdialení bežnému ľudskému svetu. Prvé pokusy o kontakt sú slovné /socioemocionálne/. Zisťujeme od neho alebo jeho príbuzných oblasti záujmu. Pravidlá vedenia rozhovoru: jednoduché, krátke vety, jasne formulované. Rozhovor neukončiť skôr, než sa nájde téma na ďalší deň. Na záver – presné informácie, kedy činnostná terapeutka zajtra príde.

CIELE INDIVIDUÁLNEJ Č.T.

- ustanovenie medziľudského vzťahu socioemocionálnou cestou
- pomôcť k tomu môže určitá technika /inštrumentálna zložka, prechádzka, varenie, cvičenie, modelovanie, maľovanie atď./
- postupné vedenie do malej skupiny

SKUPINOVÁ Č.T.

- u sch. – ktorých problém je nadviazať kontakt a komunikovať
- skupina, v ktorej sa odohráva aktivita, podnecuje k realistickým interakciám /= vzájomnej komunikácii/

PREDSKUPINA

- 2-4 aktívni pacienti spolu majú Č.T. Dôležité je, aby túto prechodnú skupinu viedla tá istá terapeutka, ktorá viedla aj individuálnu Č.T.
- neskôr je predskupina začlenená do väčšej skupiny /práca – činnosti sú v spoločnosti druhých alebo spoločné akcie/
- pacient už musí zvládať kontakt s viacerými osobami
- spoločná téma skupinovej práce odpútava pacienta od jeho vlastných problémov

- posilnenie sebavedomia pri ocenení druhými
- terapeutka čo možno najviac podporuje interakciu a vzájomnú pomoc u pacientov
- dbá na to, aby pacienti neboli preťažení

VÄČŠIA SKUPINA Č.T.
- 8-10 pacientov s akútnymi sch. psychózami – otvorená skupina
- väčšie nároky na pacientov: nie je už privádzaný ergoterapeutkou na skupiny, ale môže sám rozhodnúť, či chce prísť alebo nie
- pacient si sám volí materiál a techniku
- písomný časový plán je pre pacienta veľkou pomôckou
- Č.T. môže v tomto štádiu trvať aj viac hodín
- 1 sedenie týždenne môžu pacienti diskutovať na tému, ktorú si sami zvolia
- ergoterapeutka v tomto štádiu ustupuje viacej do pozadia a umožňuje pacientom, aby sami rozhodovali a preberali zodpovednosť a iniciatívu
- techniky a materiál si pacienti volia sami
- pacienti môžu zaúčať druhých pacientov do určitých techník
- časové plány vypracovávať spolu s pacientmi

STUPŇOVITÝ PROGRAM V KLINICKEJ Č.T.
- manuálne techniky, praktické zručnosti bežného života
- cieľ je komunikácia a integrácia v spoločenstve ľudí
- v rozhovore najprv spolu s ním musíme zistiť, ktoré praktické spôsobilosti potrebuje, aby opäť mohol žiť vo svojom domácom prostredí

TECHNIKY INDIVIDUÁLNEJ Č.T.
- modelovanie, hrnčiarstvo, tlačiarenstvo, tkanie, pletenie, práca s drevom, kovom, sklom, špagátom, linoleom, vlnou, papierom, farbami, odpadom, kožou
- v oblasti praktického života – je treba zistiť, ktoré role pacient nepreberá a pritom sa od neho očakávajú
- príklad: úradník /zárobkovo činný človek/, užívateľ verejných zariadení a dopravy, manžel/manželka, otec/matka, syn/dcéra, športovec, domáce práce, zámočník, návštevník kina, divadla, koncertov, čitateľ tlače

Č.T. VO VEĽKEJ SKUPINE
Varianta A
- Č.T. je jediná skupinová aktivita na oddelení (stanici/, napr. pre celú stanicu činnostná terapeutka zaisťuje aktivitu
- napr. výroba drevených hračiek, činnosť koordinovaná do malých a väčšej skupiny /obkresľovanie, vyrezávanie, hladenie, maľovanie, sušenie atp./
- staničné organizačné rozhovory

Variant B
- Č.T. je len jedna z rôznych skupinových aktivít na odd., oddelenie pracuje systémom terapeutickej komunity

SKUPINOVÁ PRÁCA S CHRONICKÝMI PACIENTMI
- 5-7 pacientov – vhodné sú zmiešané /m + ž/, dlhší čas sú vhodné rovnaké podmienky /miesto, čas, terapeutka/
- vzdialený cieľ – napojenie na chránenú dielňu

PRÁCA AKO TERAPIA /Model Johna a Elaine Cumming/

Práca

- inštrumentálna komponenta = technicko-odborné aspekty práce
  predpoklady – zručnosť, pozornosť, rozhodovanie atp.
- socioemocionálna komponenta = sociálne správanie pracovníka, jeho konflikty s druhými, schopnosť akceptovať prac. normy, integrovať sa v skupine, presadzovať sa, zlaďovať svoje potreby s druhými atď.

- keď človek patrí do určitej pracovnej skupiny, stáva sa to podstatným elementom uspokojenia z práce
- u ťažkých chronických pacientov je niekedy tréning sociálneho správania predpokladom jeho účasti na určitej práci
- k dobrej pracovnej terapii patria aj *skupinové rozhovory o pracovných problémoch,* aby sa aktivizovali procesy učenia
- pracovné procesy je treba terapeuticky utvárať podľa nasledovných *dimenzií* a podľa *rehabilitačného cieľa*: priestorová a časová dimenzia /v akom priestore, v akej časti priestoru, v akom individuálnom alebo skupinovom usporiadaní, ako presne sa bude začínať, kedy a ako dlho prestávky, ako možno utvárať pracovný čas?/
- *inštrumentálna dimenzia* /aké motorické predpoklady si práca vyžaduje, aké predlohy, pomôcky sú potrebné, ktoré duševné schopnosti sa dajú rozvíjať?/
- *emocionálna dimenzia* /akú rolu a aký status má pacient pri práci, čo môže podporiť pacientovu motiváciu, aké potreby a uspokojenie mimo práce a v rámci práce ovplyvňujú náladu, vytrvalosť a záujem pacienta?/
- *sociokomunikatívna dimenzia* /kontakt s druhými pacientmi zaťažuje alebo povzbudzuje, čo by lákalo pacienta alebo čo by robilo ťažkosti pri zaradení do samotnej práce izolovane od druhých, alebo v rámci malej skupinky, v rámci väčšej skupiny, koľko zodpovednosti môže pac. prevziať na seba a voči druhým?/

TYPY PRÁCE

- oddelenie pre pracovnú terapiu /chránená dielňa/ napojené na psychiatrické odd., dennú psychiatrickú nemocnicu, ambulancie, môže mať zmluvnú prácu pre určitý podnik, firmu
- alebo pacient priamo dochádza na pracovisko firmy- symbolicky tak získava pacient väčší status, zodpovednosť, voľnosť, viac kompetencií a tým aj autoritu, môže napr. ovládať prácu, ktorú lekár alebo soc. pracovník nevie atď./
- zmluvné práce sa môžu týkať práce s papierom, drevom, kovom, umelou hmotou, elektronikou, môže ísť o technické kreslenie, tlač, môže ísť o práce pre súkromné osoby napr. zhotovovanie štatistík, grafov, písomných prác lekárov, psychológov, pre potreby odd., ponuka opravárenského servisu atp.
- kancelárske práce – napr. písanie adries, skladanie listov do obálok, vedenie kartotéky, písanie, jednoduché počtárske práce, vedenie evidencia, vyhodnocovanie, zhotovovanie zoznamov účastníkov, napr. i pomoc pri kancelárskych prácach činnosti terapeutky
- služby – v obchode, kiosku, bufete, knižnici, kuchyni, pri xerografickom prístroji
- vlastná produkcia – normy musia byť nižšie ako na voľnom trhu. Pracovné podmienky musia vždy zohľadňovať rehabilitačné ciele pacienta.
- pracovný tréning /resp. zácvik na prácu/ a kurzy – s cieľom oživiť staršie znalosti a schopnosti alebo získať nové, napr. kurzy slovenčiny alebo cudzej reči, účtovníctvo,

písanie na stroji, zaobchádzanie s prístrojmi. Krátkodobý kurz obvykle pre viacero osôb, štruktúrovaný do stupňov, vedie činnostná terapeutka pod supervíziou odborníka /napr. ekonóma, administratívnej sily, odborníka atp./

- platenie – platenie ako také ešte samé o sebe nie je terapeutický prostriedok a pôsobí dokonca antiterapeuticky, ak je malé a nedôstojné s ohľadom na podaný výkon. Platenie sa má orientovať podľa noriem bežného trhu a podľa objektívnych kritérií pre vykonanú prácu /teda nie podľa subj. hodnotenia úsilia pacienta, ale podľa merateľného produktu/
- diskutujú sa ale rôzne *spôsoby odmeňovania*, ktoré majú rôzne terapeutické faktory:
  1/ odmena za účasť /u málo motivovaných a ťažko narušených pacientov/
  2/ skupinová odmena /podporuje interakciu a vzájomnú zodpovednosť/
  3/ individuálna odmena /hodinová alebo výkonnostná sadzba/ /pozor: - ak pac. ešte chýbajú socioemocionálne schopnosti, môže viesť k jeho izolácii na pracovisku/
  4/ Bonusový systém – príplatok k základnej mzde – umožňuje diferencované posilnenie napr. výdrže, presnosti, tempa
  5/ odmeňovanie naturáliami /napr. nápoje/
  Terapeutický tím musí zvážiť výhody a nevýhody jednotlivých možností u určitých pacientov a rozhodnúť sa.

DOKUMENTÁCIA

- *Anamnestické dáta* – vzdelanie a prax. prac., kde, ako dlho?, záujmy?, očakávanie, status, sebaobraz, choroba?, údaje získané od lekára, soc. sestry, z dokumentácie, z priameho rozhovoru
- *Priebehové dáta*
  a/ týždenné záznamy o type práce, odpracovaných hodinách, zárobok = karta pre každého pacienta
  b/ kartotéka firmy: typ a množstvo zmluvných prác, čas a množstvo dodávok a expedície, platby
  c/ prezenčná listina – denný zoznam účastníkov, chýbanie s uvedením dôvodu, prijatie a prepustenie z pracovnej terapie /môžu vypĺňať samotní pacienti, terapeut len kontroluje/
  d/ hodnotenie: okrem ústnych informácií na tímových konferenciách i záznamy do pac. dokumentácie - vo forme súvislého textu alebo vo forme vyplnených dotazníkov.
  Posudzovacia škála /1/: sa dá vyplniť za 5-10 min. a ak sa robí á 1-2 týždne pomáha ergoterapeutickej sestre robiť verbálne zápisy. Môže sa vypĺňať aj paralelne - zvlášť pacientom a zvlášť terapeutom s následným porovnaním a diskusiou.
  Rozhovor môže umožniť pacientovi získať lepší vhľad do situácie a tiež terapeut si ev. môže korigovať svoj obraz (s.61)
  Dotazník č.2: /viď príloha/ vznikol pri spolupráci medzi jednou psychiatrickou nemocnicou a priemyselným závodom, slúži ako podklad k jednaniu so závodom o vhodnom zaradení pacienta (s.64).

V príprave ergoterapeutov sa musí klásť väčší dôraz na psychiatrickú a psychoterapeutickú problematiku, aby činnostné a pracovné terapie získali v širšom zmysle psychoterapeutický status.

REHABILITAČNÉ PROGRAMY V OBLASTI PRAKTICKÉHO ŽIVOTA

Ide o pomoc, ktorá má viesť k zvládaniu každodenného života.
Najdôležitejšie oblasti praktického života:
A/ *osobná starostlivosť:*

- hygiena, holenie, starostlivosť o zdravie, strihanie, kozmetika, údržba odevov /pranie, žehlenie, šitie, nakupovanie odevov/, umývanie vlasov

B/ *domáce práce:*

- plánovanie stravovania, nakupovanie, varenie, umývanie riadov, zaobchádzanie s kuchynskými prístrojmi, čistenie, pranie, žehlenie, kúrenie, práva a povinnosti nájomníka, zaobchádzanie s časopismi, TV, rádiom

C/ *doprava*

- pravidlá premávky, rôzne dopr. prostriedky, cestné poriadky, lístky, mapa mesta a pešie trasy, vlastný dopr. prostriedok

D/ *verejné zariadenia*

- zaobchádzanie s peniazmi, banky, zdrav. poisťovne, telefón, pošta, dopisovanie, polícia, nákupné centrá, cirkevné zariadenia, cestovné kancelárie, reštaurácie, kaviarne, divadlo, koncert, kino

Postupy a programy:

- analýza existujúcich chýbajúcich spôsobilostí pacienta, *dotazník č.3*, postihuje najdôležitejšie oblasti praktického života. Môže ho vypĺňať spoločne ošetrujúci personál, ergoterapeut a sociálny pracovník. Dotazník obsahuje situačnú analýzu, motiváciu a prianie zmien, terapeutické ciele. Nácvik na základe dohody s pacientom /napr. nácvik varenia v tréningovej kuchyni/ (s.67) + (s.68)

- *rola ergoterapeutov a čo sa od nich očakáva:*

- je dôležité, aby ergoterapeut mal v tíme skladajúcom sa z lekárov, sestier, psychológov, sociálnych pracovníkov dostatok možností k verbálnej komunikácii a k účasti na určitých spoločných formách terapie. Patria sem napr. komunitné stretnutia, konferencie tímu, určité formy skup. terapie, sebaskúsenostné skupiny a supervízie.

- čo sa týka *voľby ergoterapeutických prostriedkov:*

- v určitej fáze terapie sú vhodné tradičné umelecko-remeselnícke techniky
- sociálne- psychiatricky orientovaný tím musí ale podporovať ergoterapiu orientovanú podľa realistického rehabilitačného plánu
- metodické zvládanie vyhodnocovania schopností a zakomponovanie tréningových postupností do terapeutického plánu môže pomôcť riešiť psychológ
- ku konfliktom dochádza, keď sa rolové očakávania nekryjú s požiadavkami. Tak napr. pacient môže očakávať, že sestra bude voči nemu v roli ochrankyne, zatiaľ čo ona zabezpečuje určitý sociálny program a má na pacientov určité požiadavky. Ergoterapeut tiež môže mať pocit, že iní členovia terapeutického tímu mu príliš zasahujú do jeho oblasti. Takéto konflikty sú pri tímovej spolupráci nevyhnutné a namiesto toho, aby pôsobili inhibičné a deštruktívne, musia byť podnetom ku konštruktívnej situačnej analýze a k ďalšiemu vývoju.
- v sociálne – psychiatricky vedených zariadeniach sa stále viac vytráca hierarchický systém

- v dobre fungujúcom tíme nie je cieľ určovaný zhora, ale sa formuluje spoločne s účasťou všetkých. Zodpovednosť sa nepresúva ďalej, ale nesie ju tím spoločne. Komunikácia prebieha nielen zospodu hore ale aj horizontálne medzi všetkými členmi tímu.
- čím viac sa sociálne – psychiatrické zariadenia orientujú takto, tým presnejšia môže byť rola ergoterapeutov. Ak má ale ergoterapeut schopnosť vypracovať na základe spoločnej tímovej cieľovej predstavy realistický rehabilitačný plán, potom si nájde zmysluplnú rolu.

PSYCHOANALYTICKY ORIENTOVANÁ ČINNOSTNÁ TERAPIA

- koncepty sú vypracované pre komplexnú *terapiu neuróz a psychosomatických porúch.*
- predpokladom takejto liečby je dôkladná znalosť anamnestických a psychopatologických dát o pacientovi
- skupina 8-10 pacientov sa stacionárne lieči 2-3 mes.
- úloha ergoterapeuta tu je v spolupráci s lekárom aktivovať nevedomé psychické pochody, podporiť zmysel pre realitu a schopnosť komunikácie
- ergoterapia môže pacientovi umožniť, aby svoje konflikty vyjadril neverbálne – maľovaním, kreslením, pohybom /koncentratívna pohybová terapia, rytmika, psychogymnastika/ alebo cez nástroje /muzikoterapia/

- *úlohy analyticky orientovanej ergoterapie*

1. aktivácia a uvedomovanie si nevedomých psychických komponentov najprv preverbálne, neskôr verbálne
2. podnecovanie schopnosti vhľadu, t.j. schopnosti vhľadu do vlastných psychických pochodov a tým aj do druhých
3. podpora schopnosti reflexie, t.j. schopnosti zaobchádzať so získanými vhľadmi a používať ich
4. umožniť rozvíjanie schopnosti prežívania, ktorá bola zablokovaná v raných či neskorších fázach života
5. podnietenie alebo rozvíjanie fantázie, namiesto ktorej sa dostalo účelové a vôľové prežívanie
6. podpora vlastností, ktoré patria ku kreativite: senzitivita, otvorenosť voči informáciám z okolia, pohyblivosť, originalita, pružnosť, schopnosť analýzy, syntézy. Keď pacient rozvinie určitú vlastnosť, môže ju preniesť do všetkých ostatných oblastí života

- Pacientovi teda ponúkame rozvíjať sebaprežívanie, sebaporozumenie a sebavedomie, čo zahrňuje i korektúru v sociálnom správaní a kontakte
-
- Pri *muzikoterapii* sa snažíme zapojiť okrem sebavyjadrenia, ev. odreagovania aj komunikatívny aspekt, aby sa u pacienta rozvíjala schopnosť prijímať a odpovedať pri nalaďovaní sa na rytmus a zvuk. V pac. správaní sa zrkadlí jeho psychodynamika.
- Pri *koncentratívnej pohybovej terapii* – ide o intenzívne zameranie sa na seba, svoje telo, pohyby, veci, ľudí, okolie. Pac. zlepšuje svoju schopnosť vnímať svoje správanie, svoje pocity a city, vnemy a cez reflexiu dospieva k akceptácii alebo korektúre.
- *Arteterapia* /terapia maľovaním/ - maľovaním pacient vyjadruje niečo zo svojich vytesnených nevedomých obsahov. – Obvykle sa pracuje na zadaných témach: autoportrét, portrét rodičov, vlastnej rodiny, zážitky z poslednej doby, pekný alebo nepríjemný zážitok, sny, prvá spomienka z detstva, prvý sen, dobro a zlo, fantastické

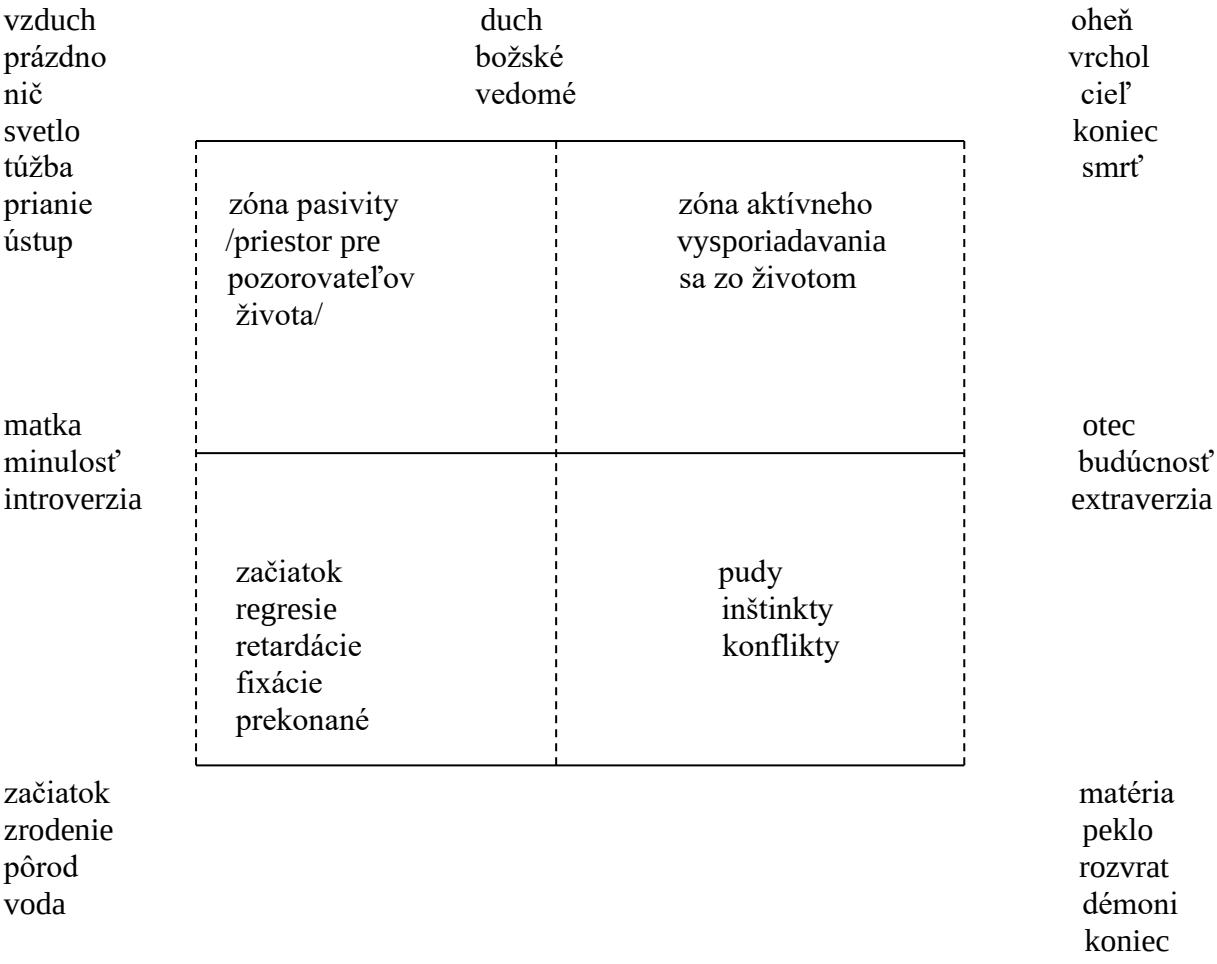
bytosti, spontánne maľby, oheň (pac. by mali znázorniť prvý nápad, ktorý pri tých témach majú).

- terapeutický účinok maľovania je vo vyjadrení a ev. i uvedomení nevedomých psychických obsahov
- diagnostická hodnota maľovania – môže sa napr. prejaviť nevedomé suicidálne ohrozenie, zablokovaná agresivita alebo depresia, ktoré sú v bežnom správaní málo zreteľné. Pac. môže v maľovaní ľahšie prejaviť niektoré city, o ktorých sa mu ťažko hovorí.

- *interpretácia obrazov podľa 5 kritérií:*

1. pohyb v obraze /aké sú línie? silné, čisté, sýte, smerujú do hora? alebo slabé, jemné, váhavé, tenké hranaté? atď./
2. priestor /aké je vyplnenie priestoru?/
3. obsah /podľa psychoanalytických pravidiel/
4. farba /viď symbolika farieb, Heiss, Luscher/
5. priestorová symbolika /viď schéma podľa Junga a M. Pulnera/

Priestorová schéma podľa Junga a Pulnera



Grafické znázonenie podnetových slov

- touto metódou sa dosahuje silná motivácia nevedomých psychických pochodov
- podnetové slová napr.: zlosť, nenávisť, úzkosť, odpor, bezpečie, náklonnosť, láska, otec, matka, atď.
- pacient sa má vcítiť do podnetového slova a nechať sa viesť impulzom ku grafickému znázorneniu tužkou
- nadväzuje individuálna alebo skupinová diskusia

UTVÁRANIA VOĽNÉHO ČASU

- pacientské kluby /"kávové skupiny", „kluby voľného času", „diskusné kluby"/
- viesť ich môže zo začiatku lekár, psychológ, sestra, neskôr svojpomocne sami pacienti s občasnou prítomnosťou terapeuta. Kluby sa stretávajú á 1 týždeň na 2-3 hod. po práci v sociálne- psychiatrickom zariadení alebo kaviarni, klubovni.
- obvykle 5-20 ľudí
- programy napr.: čítanie, hry, spoločné jedlo, počúvanie hudby, spev, varenie, diskusie, situačné hry, spoločné oslavy, výlety, minigolf, plávanie, kolky, stolný tenis, návšteva, výstavy, divadlá, kiná; každý si platí trovy
- *príklad spoločnej návštevy kina*: stretnutie 1 hod. pred začiatkom, pred kinom, aby si každý v kľude mohol kúpiť lístok a porozprávať sa v malých skupinkách, dvojiciach, trojiciach. Po skončení stretnutia na dohovorenom mieste, spoločné posedenie v kaviarni, debata o zážitku z kina.
- *príklad plánovania výletu:* dve – tri osoby a ergoterapeut ako poradca robia konkrétnu prípravu: cieľ, odchod, príchod, odev, proviant, ubytovanie, zraz pred odchodom, náklady; príprava víkendového výletu si vyžaduje asi 4-8 týždňov prípravy v diskusiách. Vhodný počet 8-15 ľudí.
- *diskotéka* - v nemocnici – tanec, napr. á 1 týždeň. Hravými prvkami pomáhať prekonávať zábrany u hanblivých
- ergoterapeut musí byť špeciálne vnútorne angažovaný, otvorený, zvedavý. Keď niečo nevie, nemal by mať zábrany, v čom môže nadchnúť aj druhých
- ergoterapeutická práca si vyžaduje pohyblivú pracovnú dobu /víkendy, večery/
- ergoterapeut by si mal uvedomovať: „Som tu pre pacientov" a nie „Pacienti sú tú pre mňa"
- ergoterapeut je pre pacientov model, vzor, ktorý môžu napodobňovať

BEHAVIORÁLNA TERAPIA A ČINNOSTNÁ TERAPIA

- najdôležitejšie znaky kognitívne-behaviorálnej terapie:
- zapodievanie sa konkrétnym správaním, modalitami správania, ktoré okolie alebo pacient môžu pozorovať „na vlastné oči", t.j. „pozorovateľným správaním". –Dôležité ale je aj to, čo sa nedá priamo pozorovať, t.j. tzv. kognície /myšlienky, predstavy, vnútorné monológy atď."
- meranie a empirické preverovanie predpokladaných súvislostí
- dôraz pre fakt, že správanie je situačne závislé
- učenie je základom zmeny správania
- abnormné učenie je naučené ako každé iné
- preferuje sa funkcionálna diagnostika správania a nie diagnostika osobnosti. –Ktoré situačné spúšťače podmieňujú problematické správanie, prípadne ktoré dôsledky ho udržujú /pozornosť okolia, emočná úľava?/

- predmetom liečby je konkrétne správanie tu a teraz. Behaviorálny terapeut analyzuje a mení vnútorné a vonkajšie podmienky, ktoré predchádzajú a nasledujú problémovému správaniu, ktoré prispievajú k jeho udržiavaniu
- na začiatku terapie formuluje terapeut spolu s pacientom liečebný plán. Tento zahrňuje terapeutický cieľ a kroky, ktoré k nemu majú viesť. Terapeutické kroky sú zostavené podľa obtiažnosti – od najľahších k najťažším
- ak ide súčasne o viacero problémov, tak sa spracovávajú postupne. Rozloženie „hory problémov" na jednotlivé úlohy pôsobí upokojujúco a povzbudivo
- liečbu je treba naplánovať tak, aby v jej priebehu narastala motivácia k nej
- v priebehu terapie prebieha neustále diagnostika vývoja pacientovho správania (to si vyžaduje spoluprácu celého terapeutického tímu a pacienta)

ČINNOSŤ ERGOTERAPEUTA:

- *ergoterapeut* zasahuje:
  a/ v akútnom štádiu ochorenia zamestnaním pacienta. Takto pacienta aktivuje a motivuje, aby využíval aspoň tie funkcie, ktoré neboli bezprostredne postihnuté ochorením
  b/ v postakútnej fáze ochorenia nácvikom, zamestnávaním telesných a duševných funkcií, ktoré boli oslabené inaktivitou
  c/ pri dlhších, chronických priebehoch ochorenia štruktúrami denného režimu podľa vzoru normálneho bežného dňa ako prebieha v práci a v domácnosti, pričom sa nacvičujú spôsobilosti, ktoré sú potrebné pre samostatný súkromný alebo úspešný profesionálny život.
- možno realizovať *dve základné funkcie:*
  a/ v akútnych fázach ochorenia predstavujú ergoterapeutické intervencie predovšetkým *ponuku podnetov*, ktoré majú viesť k senzomotorickému a sociálnemu správaniu
  b/ v neskorších fázach ochorenia slúžia ergoterapeutické intervencie hlavne nácviku spôsobilostí, ktoré zakrneli dlhším nepoužívaním alebo neboli rozvinuté a sú potrebné k zvládnutiu života.
- *úlohou činnostnej terapie* je nácvik a rozvíjanie nasledovných funkcií a spôsobilostí:
  1. senzomotorické spôsobilosti
  2. spôsobilosti v starostlivosti o seba a pri obsluhe technických prostriedkov
  3.spôsobilosti pri zvládaní požiadaviek bežného života /udržiavanie prevádzky v domácnosti, doprava, verejné zariadenia/
  4. sociálna komunikácia – zvládanie bežných medziľudských situácií
  5. profesionálne spôsobilosti:
     a/ všeobecné profesionálne znalosti a spôsobilosti
     b/ sociálne spôsobilosti k zvládaniu pracovného dňa
  6. spôsobilosti k aktívnemu utváraniu voľného času

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA – PRINCÍPY – VOĽNE PODĽA M. JONESA

Maxwell JONES – Belmont Hospital London
- Dingleton Hospital Škótsko

„Spoločenstvo“ – skupina ľudí s určitou spoločnou identitou, alebo spoločným cieľom.

„Liečebné spoločenstvo...“

Človek potrebuje ľudí nielen ako spoločnosť, ale aj kvôli vzájomnej podpore, porozumeniu a poučeniu. V súvislosti s nedostatkom vzdelaného personálu by sa mala plne využiť každá prídatná pomoc /dobrovoľníci, pacienti, príbuzní/
Psychiatrická nemocnica sa dá chápať ako mikrokozmos vonkajšej spoločnosti; na rozdiel od vonkajšieho sveta sa ale dá pomerne ľahko zmeniť jej sociálna štruktúra a jej duchovná a emocionálna klíma.

TK je zrejme najlepší rámec pre výcvik v sociálnej psychiatrii

- *úlohy TK*: - vzájomná komunikácia
- rozhodovacie procesy na všetkých úrovniach
- terapeutická klíma

Prostredie, v ktorom sa liečba odohráva, je mimoriadne dôležité, niekedy rozhoduje o účinnosti určitých špecifických psychologických alebo biologických terapeutických metód.

Pokiaľ je to možné, je treba všetky dôležité záležitosti rozhodovať formou konsenzu (ktorý spravidla môže byť len relatívny).

Človek, ktorý by mohol byť postihnutý nejakým rozhodnutím, by mal mať príležitosť zúčastniť sa na rozhodovacom procese. Cieľom demokratického rozhodovacieho procesu je dosiahnuť, aby sa aspoň väčšina identifikovala s určitým projektom.

- *naša úloha:* - podporovať *interakčné* procesy
- podporovať vyjadrovanie *emócií*
- podporovať procesy *učenia*

z toho → nutnosť *odbúravania rozdielov v statusoch*

Trvá to min. 1 rok pokiaľ spolupacienti nadobudnú takú istotu, že si dovolia určitú *slobodu v prejavovaní emócií.* (Katalyzátor: výcvik v pst. formou zážitku na sebe)

Proces učenia sa podporí, ak vstúpia do hry ľudské emócie

Okolnosti, ktoré vedú k medziľudským ťažkostiam, sa ľahko dajú zmeniť na situácie, v ktorých sa „poučíme životom“, za predpokladu, že personál je schopný udržiavať v chode proces sociálneho učenia.

TK – sociálna štruktúra, zmena a vývoj

Sociálna štruktúra psychiatrických zariadení je zrejme najzanedbanejšou oblasťou dnešnej psychiatrickej praxe. Schopnosti vzdelaného a kvalifikovaného psychiatra môžu do značnej miery vyjsť navnivoč, ak sa liečba odohráva v neuspokojujúcom sociálnom prostredí.

Cieľom terapeutického spoločenstva je pomôcť pacientom prostredníctvom *optimálneho zapojenia schopností a potenciálu*

- personálu
- pacientov
- a ich príbuzných

Niektoré poruchy v komunikácií súvisia s defenzívnym postojom ľudí v kľúčových pozíciách

- ak pociťujú zneistenie
- ohrozenie prestíže
- moci

Udržiavať komunikáciu v chode znamená často vystavovať sa nepríjemným konfrontáciám alebo situáciám, na ktoré sa necítime dosť silní.

Demokratická štruktúra TK si vyžaduje *delegovanie autority* od centrálneho vedenia na tie úrovne, kde sa objavili problémy. Všetkých zúčastnených na probléme povzbudzujeme k riešeniu ich ťažkostí. (pacientov i personál)

Pri TK sa život v nemocnici stáva akýmsi laboratóriom, v ktorom sa krízy môžu chápať ako *príležitosť k učeniu* (a nielen ako niečo obťažujúce a nepotrebné).

Vzájomný komunikačný systém, diskusie a učenie a príležitosť k rozhodovaniu sa na všetkých úrovniach nemocničného spoločenstva tvoria základ sociálnej štruktúry, ktorá prakticky každému jedincovi umožňuje prevziať v nejakej forme určitú *aktívnu rolu.*

Čím *senzibilnejší* a *dynamickejší* je personál, tým väčšia je jeho schopnosť utvárať také interakcie s pacientmi, ktoré podporujú zlepšovanie ich stavu.

Jeden zo *základných princípov TK:*
Neustále *reflektovanie* vlastného správania a jeho dôvodov a príslušná modifikácia ďalšieho postupu na základe tejto reflektovanej skúsenosti.

Zmeny v *TK:*
Čím viac jedinec vie o navrhovanej zmene, čím viac sa s ním konzultuje a načúva sa mu, tým skôr sa dokáže identifikovať s určitou novou situáciou a tým lepšie sú vyhliadky na zmenu.

Je úplne legitímne vzápätí úplne zmeniť rozhodnutie, ku ktorému sa dospelo, pokiaľ sa to deje demokraticky a pokiaľ nové rozhodnutie súvisí s pokrokom v poznaní problému.

Vývoj TK:
Ak sa pri závažnom probléme nedospeje ku konsenzu, môžeme nechať sociálnym procesom čas, aby zreli k určitému riešeniu.

TK – vedenie
Hlavné úlohy psychiatrickej inštitúcie: *liečba* rôznych typov psychických ochorení.

Vedľajšie funkcie (v priamom vzťahu k hlavnej úlohe):

- *výcvik* personálu
- *výchova* verejnosti
- príbuzných

Vedúci komunity - „katalyzátor“
- „charizmatická osobnosť“
- „pufrovacia schopnosť“
- „vedenie z pozadia“.

Vedúci musí mať dobre rozvinutú *senzibilitu pre ľudí*, zmysel pre spoločenstvo a schopnosť rozpoznávať emócie a priania pacientov a personálu, dobrý formálny výcvik, vzdelanie, skúsenosť, schopnosť previesť personál cez obtiažne konfliktové situácie, najlepšie tak, že mu umožní uplatniť vlastné schopnosti.

Odpor voči zmenám akéhokoľvek druhu je nám všetkým vrodený. S úspechom je ho možné odbúrať, ak sa podarí opakovane demonštrovať, že zmena vedie ku všeobecnému zlepšeniu.

Často sa najviac bránia zmene tí ľudia, od ktorých sa očakáva najväčší príspevok k zmene. Ak získajú vhľad do užitočnosti zmeny, potom ich možno získať pre pokus.

Vedúci, ktorý viac rozpráva než počúva, je obvykle menej obľúbený, než ten, ktorý menej rozpráva a *viac počúva* →

↑ aktívnej účasti ostatných
↑ sebavedomia
↑ uplatnenie schopností ostatných členov TK

V krízových situáciách musí niekedy vedúci uplatniť svoju latentnú autoritu. Vzťah vedúceho a jeho zástupcu si vyžaduje senzibilitu z oboch strán (problém moci, zodpovednosti, obetného baránka.)
Ak sa dostanú do konfliktu, hrozia oddeleniu vážne krízy. Ak je tím zrelý, možno spracovávať konflikt na tímových sedeniach.

Každá TK je taká dobrá, ako ľudia, z ktorých sa skladá a proces učenia prebieha len vtedy, keď je daná možnosť a sú tu schopnosti a motivácia k zvládaniu krízových situácií. Ku konceptu TK patrí prenášanie väčšej zodpovednosti za vlastnú liečbu na pacienta.

Preberanie úloh, funkcií, zodpovedností *pacientmi* je dôležitou súčasťou dobre fungujúcej TK.

Pri interpersonálnom *konflikte* je treba skúmať postoje oboch strán a rovnako pozorne ich *vypočuť.*

Spätná väzba patrí k základným princípom TK.

Povestiam, klebetám, sa dá najlepšie čeliť *zverejňovaním pravdy,* faktov.
Nové postoje a nové praktiky v rámci nemocnice vedú nevyhnutne k určitým nedorozumeniam a k deformácii faktov v okolitom svete, už i len kvôli nezvyčajnosti.

V takejto situácii môžu povesti a klebety nadobudnúť negatívne alebo deštruktívne formy, v čom snáď možno vidieť snahu spoločnosti brániť sa zmene.

Otázka *sankcií* býva častou témou TK. Pokušenie trestať druhých za správanie, ktoré evokuje naše vlastné vnútorné konflikty, možno chápať ako snahu poprieť naše vlastné deviantné sklony. Vždy by sme mali na pamäti riziko, že by pacient mohol byť obetným baránkom za intrapersonálne konflikty.

Akokoľvek demokratická je sociálna štruktúra TK, nemožno pochybovať o tom, že *poslednú zodpovednosť má psychiater.*

Korektívna emočná skúsenosť:
Emocionálne postoje vyvinuté v detstve sa môžu korigovať v súčasných situáciách, pri ktorých sa terapeut, skupina, spolupacienti správajú inak než rodičia v detstve.

V *kríze* je skrytý potenciál pre proces zrenia a učenia.

Psychiatrické oddelenie možno chápať ako laboratórium, v ktorom sa experimentuje s rôznymi metódami úspešného *zvládania kríz.*

Zvládanie krízy

- priama *konfrontácia*
  (rôzne hľadiská všetkých zúčastnených)
- voľba *správneho okamžiku*
  (čo možno najskôr po kríze alebo ešte počas nej)
- odborné, neutrálne *vedenie*
  (empatické a neutrálne vedenie umožní zistiť vznik a psychodynamiku krízy)
- *otvorená komunikácia*
  (možnosť prejavovať emócie bez strachu z odplaty)
- adekvátna *emočná rovina*
  (príliš silné emócie rušia; čas!)
- *postoje* zúčastnených
  (otvorenosť, ochota počúvať, zmeniť sa)

Každý jedinec, aj vedúci TK, môže byť predmetom dôkladného *skúmania* a aj keď proces môže byť nepríjemný, predsa vedie k hlbšiemu uvedomeniu jedinca, za predpokladu, že skupina disponuje potrebnými schopnosťami, motiváciou, silou ega.

Konfrontácia pri konflikte v rámci personálu si obvykle vyžaduje cca 1 hodinu.

Členovia terapeutického tímu môžu každý problém využiť ako *príležitosť* k živému *učeniu sa.*

Priama konfrontácia pri adekvátnom odbornom vedení vedie pravidelne k zlepšeniu konštruktívnej *atmosféry* celej TK.

Koncept sociálneho učenia znamená, že aj samotný učiteľ sa stáva integrujúcou súčasťou procesu učenia.

Skupinová supervízia v rámci TK nahrádza v každom ohľade individuálnu supervíziu.

Pozor: „My psychiatri máme sklon k určitému egocentrizmu a neuveriteľnej ľahostajnosti voči emóciám podriadeného personálu a čo horšie i pacientov“. (M.Jones“).

„Myslím si, že veľkú časť psychiatrickej liečby možno označiť za sociálne učenie.“ (M.J.)

„Psychiatri musia rozvinúť podstatne väčšiu senzibilitu voči ľuďom, ktorým sa pokúšajú pomôcť“. (M.J.)

ROLA PACIENTA – (voľne podľa Heima)

Tradičná kustodiálna psychiatria (= „opatrovateľská“)	Terapeutické spoločenstvo v modernej psychiatrii
pacient - prispôsobuje sa role pacienta	pacient – už od príjmu sa stáva aktívnym účastníkom
pasívne plní požiadavky	priebežne ja aktivovaný, motivovaný pre liečbu
očakáva liečenie a vyliečenie bez vlastného pričinenia	tam, kde je to indikované, sa stáva spoluzodpovedný za súžitie a liečbu
vplyvom choroby má tendenciu sa izolovať, regredovať	je integrovaný do skupinového a oddielenského života
riziko že podľahne hospitalizmus	podporujú sa kontakty navonok

Odpory proti TK a riziká TK (TK = Terapeutická komunita)

Odpor: prichádza s očakávaním ako pri telesnej chorobe, že „bude vyliečený".
Riziká: nechce sa vzdať terapie na klinike a akceptovať realitu vonkajšieho sveta

ROLOVÉ SPRÁVANIE SA OŠETROVATEĽSKÉHO PERSONÁLU

Tradične – kustodiálne:

- ochraňujúco – opatrovateľský postoj k pacientovi, ku ktorému zostáva neosobný vzťah, dištancovaný;
- zodpovedný za dohľad a vedenie pacienta
- jasné vymedzenie kompetencií nahor i nadol, uznávanie hierarchického usporiadania, ordinácie lekára sú akceptované nekriticky
- striktné oddelenie úloh oproti iným medicínskym profesiám

Terapeutické prostredie (terapeutické spoločenstvo)

- terapeutický partnerský postoj k pacientovi: osobné angažovanie sa voči pacientovi bez toho, že by dochádzalo k strate terapeutickej dištancie
- otvárať pacientovi zdravé možnosti; motivovať ho a viesť ho k spoluzodpovednosti
- umožniť učenie na modeli prostredníctvom informačne a emocionálne otvoreného a pravého kontaktu s pacientom
- každý člen tímu má právo a povinnosť, prispievať svojimi pozorovaniami k diagnostickým a terapeutickým rozhodnutiam. Vedomosti o pacientoch sa zdieľajú.

Odpory voči takto ponímanej role a riziká terapie prostredím
Odpory:

- keďže kontakt s pacientmi je diferencovanejší, osobnejší a intenzívnejší, môžu niektoré sestry alebo ošetrovatelia dávať prednosť starému dištancovanému správaniu, ktoré sa ich menej osobne dotýkalo
- začlenenie do hierarchickej štruktúry môže uľahčovať niektoré rozhodnutia než je tomu pri širšej účasti na tímovej zodpovednosti voči pacientom

Riziká:

- hyperidentifikácia s pacientom; sklon osvojovať si jeho problémy
- preberanie psychoterapeutických úloh bez dostatočnej prípravy
- podceňovanie úloh kliniky: nedostatočné informovanie medicínskeho vedenia, nadmerné zdôrazňovanie autonómie oddelenia, zanedbávanie tradičných ošetrovateľských úloh;
- zanedbávanie potrebných realistických nárokov na pacienta a namiesto toho pseudoterapeutický postoj

ROLOVÉ SPRÁVANIE ODDIELENSKÉHO LEKÁRA

Tradične – kustodiálne:

- vo svojich rozhodnutiach a konaní je závislý na hierarchickom postavení medzi lekármi
- na oddelení v súvislosti so svojím postavením a vzdelaním „kompetentná autorita“ vo všetkých diagnostických a terapeutických záležitostiach: disponuje pacientmi, dáva personálu príkazy

Terapeutické prostredie (terapeutické spoločenstvo)
- zrieka sa statusu „vševedúceho lekára“
- zaujíma voči pacientovi skôr partnerskú rolu terapeuta: skôr podporuje jeho možnosti rozhodovania sa, než by ním disponoval; skôr ho motivuje, než vedie; skôr vzťahuje príbuzných do liečby, než by ich vylučoval
- pri tímovej práci sa usiluje o partnerský štýl vedenia

Odpory voči takto ponímanej role a riziká terapie prostredím:
Odpor:
- môže sa brániť vzdaniu sa hierarchických privilégií, aby mohol skrývať svoju neistotu
- vidí pacienta prevažne ako „prípad“, ktorý sa musí podrobiť jeho liečbe

Riziká:
- vyhýba sa rozhodnutiam, ktoré je možné urobiť len z lekárskej kompetencie
- analogicky ako ošetrovateľský personál: hyperidentifikácia s pacientom
- príliš veľká permisivita, povoľnosť voči pacientom, ktorí sú ešte nie dosť zodpovední za seba
- usiluje o prehnanú autonómiu svojho oddelenia v rámci nemocnice ako celku; zanedbáva pritom na nemocnicu orientované a administratívne úlohy

ROLOVÉ SPRÁVANIE ERGOTERAPEUTKY

Tradične – kustodiálne:
- pokiaľ je vôbec uznávaná ako zvláštna profesia, tak väčšinou ide o zamestnávanie pacientov, aby sa odpútali a vyplnil sa im čas; odtrhnutá od ostaných terapeutických úloh

Terapeutické prostredie:
- je integrovaná do terapeutického konceptu
- je súčasne poradkyňou jednému alebo viacerým terapeutickým oddielenským tímom, pretože okrem ošetrovateľského personálu trávi najviac času s pacientmi
- pracuje s pacientmi v oddielenských skupinách, od fokusujúcich cez aktivujúce a kreatívne až k výkonnostne orientovaným činnostiam
- prispieva tak podstatne k príprave rehabilitačných opatrení (kontakt so sociálnymi pracovníčkami)

Odpory voči takto ponímanej role a riziká terapie prostredím:
Odpor:
- pri rozsiahlejšej spolupráci s ošetrovateľským tímom sa môže cítiť byť provokovaná v odbornej kompetencii
- môže pociťovať ergoterapeutickú činnosť ošetrovateľského personálu na oddelení ako konkurenciu

Riziká:

- zdôrazňovaním zdravých stránok pacienta a aspektov silného ega sa môže dostať do opozície voči ostatnému terapeutickému tímu (lekár, ošetrovateľský personál), ktorý považuje pacientov za viac chorých; alebo na rozdiel od sociálnej pracovníčky alebo príbuzných radí, aby pacienti ešte neboli považovaní za schopných práce alebo prepustenia z liečby

ROLOVÉ SPRÁVANIE SOCIÁLNEJ PRACOVNÍČKY

Tradične – kustodiálne:

- ak je vôbec uznávané ako zvláštna profesia, ide prevažne o poradenskú a sprostredkovateľskú činnosť; pomoc pri finančných problémoch, hľadaní miesta atď.

Terapeutické prostredie:

- je integrovaná do terapeutického konceptu: od príjmu pacienta je sociálna pracovníčka prostredníkom k príbuzným, úradom, sociálnym inštitúciám atď.
- pôsobí poradensky v terapeutickom tíme oddelenia
- pri rehabilitácii má aktívne – terapeutické úlohy: koterapeutka v skupinách; utváranie rehabilitačných fáz; „case-work“

Odpory voči takto ponímanej role a riziká terapie prostredím:
Odpor:

- môže sa brániť novým úlohám, ktoré na rozdiel od doterajších opatrovateľských si vyžadujú terapeutickú rolu

Riziká:

- môže sa dostávať do opozície s terapeutickým tímom oddelenia, keď zastáva kontakty navonok a kroky k prepusteniu

ROLOVÉ SPRÁVANIE KLINICKÉHO PSYCHOLÓGA

Tradične – kustodiálne:

- ak sa vôbec uznáva ako určitá profesia, tak prevažne psychodiagnostická náplň

Terapeutické prostredie:

- je integrovaný do terapeutického konceptu
- diskutuje vždy psychodiagnostické vyšetrenia s oddielenským lekárom a prispôsobuje ich klinickej situácii
- má terapeutické úlohy (individuálna alebo skupinová terapia; psychodráma, rehabilitácia), príslušným spôsobom sa angažuje v terapeutickom tíme oddelenia

Odpory voči takto ponímanej role a riziká terapie prostredím:
Odpor:

- môže sa cítiť preťažený novými terapeutickými úlohami

Riziká:

- v súvislosti s terapeutickými úlohami sa môže sčasti cítiť nadradene voči kolegom lekárom a agovať proti ním

ROLOVÉ SPRÁVANIE MEDICÍNSKEHO VEDENIA
(riaditeľa, primárov, vrchných a staničných sestier, vedúceho pre výuku)

Tradične – kustodiálne:

- centrálne vedenie nemocnice vo všetkých terapeutických, organizačných a administratívnych záležitostiach, pričom nemocnica je hierarchicky usporiadaná.

Terapeutické prostredie:

- do značnej miery zrieknutie sa centrálneho dirigizmu
- vytvorenie tímu pre vedenie, v ktorom je aj šéflekár alebo riaditeľ skôr primus inter pares (prvý medzi rovnými) než absolútnou autoritou
- sú katalyzátormi pri budovaní a udržiavaní terapeutického prostredia
- delegujú terapeutickú kompetenciu vo vzťahu k jednotlivým pacientom vo veľkej miere na oddelenia; podporujú ich autonómiu; chránia ich pred negatívnymi vplyvmi zvonka; koordinujú jednotlivé oddelenia medzi sebou a s centrálnymi oddeleniami nemocnice (ergoterapia, sociálna služba, laboratórium atď.) v rámci celkovej nemocnice
- sprostredkovávajú a podporujú kontakty s hospodárskymi zložkami a ustanovizňami mimo nemocnice

Odpory voči takto ponímanej role a riziká terapie prostredím:
Odpor:

- pokiaľ sa medicínske vedenie jasne a dôsledne nepostaví za princípy terapeutického spoločenstva, potom ho nemožno uskutočniť
- môžu sa objaviť odpory najrôznejšieho druhu voči zavedeniu terapeutického spoločenstva

Riziká:

- nekompletné vytýčenie cieľa
- degenerácia s „módnym pridaním sa“, s úsilím o „priateľskosť a otvorenosť“, za ktorými sa skrýva autoritatívnosť s utváraním akéhosi pseudoprostredia s akousi „spoločenskou atmosférou“
- prehnané vytýčenie si cieľa: deviácia v zmysle vytvorenia určitej subkultúry, ktorá ignoruje požiadavky reality mimo inštitúcie; forsírovaná demokratizácia, ktorá vedie k dezorganizácii nemocnice
- sklon k zrieknutiu sa jasnej autority v prospech nemocnice ako celkovej organizácie

PRÍKLAD ČASOVEJ SCHÉMY PRE UDRŽANIE KOMUNIKAČNÝCH PROCESOV TERAPEUTICKÉHO SPOLOČENSTVA

(vhodné pre 40 – 120 posteľové oddelenie)

DENNE, PONDELOK – PIATOK

- *ranná porada tímu* (všetci lekári, psychológovia, vrchné, staničné, ergoterapeutické sestry) – 15 nim.

- *komunitné stretnutie* (terapeutický tím včítane ďalších sestier, ktorým to situácia umožňuje, všetci pacienti, ktorí chcú – teda nie povinne, ale sú vystavení určitému „nežnému tlaku“, aby sa zúčastnili – 20-30 min. (zriedka 45 min. a len výnimočne 60 min.)
- *„postkomunitná“ porada terapeutického tímu* – 5 – 10 min.
- *stretnutie ergoterapeutky s členmi pacientskej spolusprávy* (zvolenými v slobodných voľbách) a so správcami jedálne, soc. zariadení, telocvične, klubovne atď. – 15 min.
- *krátka porada ošetrujúceho lekára so sestrou /sestrami* po každej klasickej vizite – 5 – 20 min.

MINIMÁLNE 3x DO TÝŽDŇA

- *konferencie tímu* (všetci členovia tímu – ako pri rannej porade a ďalšie sestry, ktoré môžu – výmena informácií o diagnostických, terapeutických, vzťahových a organizačných procesoch a problémoch) – 30 min.
- *odborné semináre lekárov a psychológov* – á 1 týždeň – 2 hod
- *odborné semináre sestier a poradné stretnutia celého tímu* (včítane sestier v trojsmennej prevádzke, ktoré t. č. nie sú v službe) á 1 mesiac – 1+1 hod.

- po každom sedení skupinovej psychoterapie 20- 15 min. *reflexívny rozhovor* vedúceho s koterapeutom a zápis

- *individuálne supervízie* p. p

KROKY K VYTVORENIU TERAPEUTICKÉHO SPOLOČENSTVA V PSYCHIATRICKEJ NEMOCNICI (ODD., KLIN.)

(voľne podľa Heima)

Nemocnicu možno považovať za sociálny organizmus, ktorý sa skladá zo svojich členov a zo zvolených organizačných foriem. Výraz organizmus je priliehavý v tom zmysle, že nemocnica má za sebou svoj vlastný vývoj alebo históriu, ktoré viedli k určitej forme alebo identite. Ešte pred 1 až 2 desaťročiami (článok bol publikovaný v roku 1978) sa vo väčšine psychiatrických nemocníc praktizovala organizačná forma, ktorá mala kustodiálny charakter, teda bola zameraná na opatrovanie pacientov, i keď už boli k dispozícii moderné medicínske terapie. Sociálnej psychiatrii vďačíme za poznatky, že psychiatrické inštitúcie môžu, ako také, pôsobiť na terapiu retardačne. Je ale určitou historickou danosťou, že každá významná zmena určitého sociálneho organizmu vyvolá príslušné odpory a sily, ktoré pôsobia proti zmene. Odpory sú o to zrozumiteľnejšie, že sa má obvyklý, známy hodnotový systém nahradiť nejakým novým a neznámym, ktorého prednosti sa ešte len musia preukázať. Kto chce dosiahnuť určitú zmenu, urobí dobre, ak sa informuje o možných odporoch alebo analyzuje pôvod síl, ktoré pôsobia proti zmene. Pod odpormi chápeme vo všeobecnosti jasne rozpoznateľné, ale sotva reflektovateľné modality správania, ktoré väčšinou pôsobia proti plánovanej zmene. Treba ich odlíšiť od intrapsychických pochodov u jednotlivých indivíduí určitej kliniky – či už sú to pacienti alebo spolupracovníci – keď sa cítia byť plánovanými zmenami ohrození. Popri vysporiadavaní sa so svojím okolím budú musieť vykonať aj určitú vnútornú adaptáciu, pričom sú spravidla v hre i nevedomé obranné mechanizmy.

Rovnako je treba zohľadniť aj riziká, s ktorými je každý nový vývoj spojený. Každý vývoj má dnes tendenciu zameriavať sa ešte vyššie než na určitý reálny alebo adekvátny cieľ, skôr než dôjde k určitému vyrovnaniu alebo zvládnutiu zmienených síl, ktoré pôsobia proti. Podobné abnormné vývoje treba prirodzene brať do úvahy aj pri určitom sociálnom organizme, ktorý sa mení. Zabrániť riziku, že sa celý nový vývoj spochybní, sa dá len vtedy, ak je zavčasu identifikované a primerane korigované.
V nasledujúcom texte budeme skôr zásadným spôsobom postulovať a komentovať kroky potrebné k vývoju. Fázy, ktoré tu popíšeme sú založené na desaťročnej konkrétnej skúsenosti na klinike v Oetwil (Švajčiarsko).

1.fáza: *Orientovanie a preškolenie*

Postulát:
Tento krok slúži k stanoveniu cieľa. V rámci určitého všeobecného orientovania sú spolupracovníci informovaní o podstate a praktickom obsahu cieľa. Zdôvodnenie musí byť konštruktívne, t. j. nesmú sa spochybniť doterajšie úsilia – a tým i identifikácia mnohých spolupracovníkov: v rámci určitého vzdelávacieho kurzu sa dá prekonať informačný deficit, v rámci ktorého zvlášť personál, ktorého vzdelávanie v minulosti zaostávalo, má možnosť sa oboznámiť s princípmi sociálnej psychiatrie, ale aj s novšími poznatkami. Aby sa kurz dal koncipovať súčasne ako určitý skupinový proces, je treba pokiaľ možno utvárať uniformné skupiny (podľa vedomostí, funkcie, veku, atď.). Je treba pripraviť ďalšie skúsenosti so skupinovou dynamikou: skupiny zamerané na skúsenosť na sebe, tréning senzitivity, skupinové laboratória, atď. Táto činnosť poskytuje súčasne určitú možnosť dokumentovať určitý nový štýl vedenia a ponúknuť tak nové identifikácie pre spolupracovníkov. V tejto fáze sa ale nedá zrieknuť určitej jasnej autority, ak má byť vôbec prekonaná ťažkopádnosť, ktorá k organizmu kliniky patrí.

Očakávaný odpor sa zameriava – čo je primerané ťažkopádnosti veľkého sociálneho organizmu – proti akejkoľvek zmene. V rovnakej miere, v akej sú zatiaľ neznáme princípy terapeutickej komunity, je prítomná i neistota a skepsa voči novému. Prevažne sa prejavujúce nevedomé psychické obranné mechanizmy majú charakter vytesnenia (nových informácií) a popretia („zakázaných“ zlepšení). Časové trvanie tejto fázy by mohlo trvať cca 3 až 6 mesiacov.
Komentár: V literatúre sa opakovane poukazuje i na to, že snaha o demokratizáciu v rámci terapeutického spoločenstva zneisťuje zvlášť tých, ktorí by najviac mohli získať z väčšej samostatnosti. Tak napr. v Claybury Hospital, v ktorom sa prvýkrát udial pokus pretvoriť veľkú nemocnicu s 2000 posteľami v zmysle terapeutického spoločenstva, sa napriek tradične liberálnemu postoju nedalo takmer otriasť prísnou hierarchiou v práci ošetrovateľského personálu. Martin upozornil na to, že zvlášť ošetrovatelia sa cítia byť zneistení v základoch svojho sociálneho postavenia, keď sa pri tímovej práci spochybňuje ich bežný, dosiaľ predvídateľný postup v hierarchii.

2.fáza: *Vytvoriť modely* (od 3. mesiaca)

Postulát:
Za „pionierske“ oddelenie je treba zvoliť také, ktoré má dobré predpoklady z hľadiska personálneho zloženia. Bez dostatočnej motivácie tímu sa nedá tento rozhodujúci krok zvládnuť. Príslušný oddielenský lekár sa preto predovšetkým snaží poznávať starosti a potreby, aby mohol tímovú spoluprácu zavádzať pri konkrétnych krízových situáciách. Keď sa tímová spolupráca po týždňoch až mesiacoch zabehne, analogickým spôsobom možno

zaviesť oddielenské schôdzky a spolu s pacientmi sa postupne realizujú princípy terapeutického spoločenstva.
Akonáhle sa ustanovilo nové utváranie prostredia, je treba aktívne hľadať kontakt s ďalšími spolupracovníkmi kliniky, aby sa dali odbúravať ich predsudky a nepriateľskosť v prospech určitého reálneho posudzovania možných zmien. Trvá to obvykle 3 až 8 mesiacov, pričom dochádza k prekrývaniu s fázou 1 a 3.
Komentár: V literatúre sa možno stretnúť s pozoruhodnou zhodou v tom, že pri výstavbe terapeutickej komunity býva jeden z prvých krokov zriadenie „pionierskeho oddelenia". Začať možno i tak, že zo začiatku lekár neformálne trávi väčší čas na oddelení a zoznamuje sa s potrebami a problémami pacientov a personálu. To veľmi rýchlo vedie k potrebe zvolávať spoločné diskusie kvôli určitým konkrétnym ťažkostiam personálu a k neformálnemu hľadaniu riešenia. Pri obratnom vedení sa z toho môže vyvinúť vlastná tímová práca, keď sa táto v priebehu týždňov a mesiacov ustanoví, možno pomýšľať na zavedenie oddielenských schôdzok (stretnutia terapeutickej komunity), pričom sa stretáva personál spolu s pacientmi. Foudraine popisuje k akým pozoruhodným výsledkom môže viesť konzekventné používanie princípov terapeutickej komunity. Išlo o pacientov s chronickými schizofréniami. Títo mali dosiaľ v každom ohľade optimálnu individuálnu starostlivosť na jednej svetoznámej klinike, ale ich spoločenský život bol úplne zakrnelý. Až pri aktivácii v rámci terapeutického spoločenstva došlo k pozoruhodnej resocializácii týchto pacientov. Zdá sa, že nie je tak dôležité, s akým typom pacientov začne „pionierske oddelenie" pracovať. Existujú správy o úspešnom iniciovaní projektu na akútnych staniciach, na rehabilitačných staniciach, na staniciach pre chronických pacientov a i na neurotických staniciach.
Rovnako ako rýchle úspechy možno ale v tomto štádiu pozorovať i uviaznutia alebo i zlyhania projektov zavedenia terapeutickej komunity. Zamýšľané zmeny musia počítať tiež so silnejšími odpormi. Pritom máme menej na mysli neistoty vznikajúce na „pionierskom oddelení", než pôsobenie na celú nemocnicu. U personálu vo všeobecnosti možno pozorovať určitý nepokoj, pacienti sa viac sťažujú pri pobytoch na tradične vedených oddeleniach. Terapeutický tím „pionierskeho oddelenia" je vystavený kritike, podozreniam, obvineniam a nepriateľskosti. Winkler popísal odpory v zmysle určitých kolektívnych obranných mechanizmov. Keď už nemožno ďalej popierať existenciu „pionierskeho oddelenia", tak sa ostatní pracovníci kliniky bránia jeho potencionálnemu vyžarovaniu pomocou izolácie. Keďže však napriek tomu sú nútení si ho všímať, vyvoláva závisť, takže všetky úspechy sú spochybňované. Nakoniec v zmysle reaktívneho výtvoru dochádza k určitej polarizácii kliniky, pričom sa zástanci „pionierskeho oddelenia" nadmerne identifikujú s terapeutickou komunitou, zatiaľ čo zbytok spolupracovníkov sa zvýšene identifikuje s tradičným kustodiálnym postojom.
Mnohé dobre mienené pokusy vybudovať modelové, experimentálne a výskumové oddelenie zlyhali na tom, že sa nakoniec väčšina spolupracovníkov alebo vedenia kliniky postavili proti pokračovaniu v zmenách. To má obvykle veľké následky, opäť sa totiž upevní a zosilní tradične autoritatívne- hierarchické vedenie. Toto dokazuje, aká dôležitá je dôkladná príprava, budovanie terapeutického spoločenstva v rámci celého organizmu kliniky. Proti viac či menej otvorenému odporu vedenia kliniky sa pravdepodobne sotva dajú urobiť podstatnejšie reštrukturalizácie. Prípravné práce sa preto musia orientovať na zodpovedných šéfov, nielen na lekárov vo vedúcich pozíciách, ale aj na vedúce a vrchné sestry, ako aj na hospodársko – technické vedenie. V tejto fáze závisí väčšinou od tolerancie a porozumenia ako aj obratnosti vedenia kliniky, či sa vzniknutý model stane vhodným napodobňovania alebo či bude skôr zastrašovať.

3.fáza: *Psychodynamika, nájdenie role* (sčasti paralelne s druhým krokom, približne od 4. mesiaca)

Postulát:
Skupinovo – dynamické procesy, zabehnuté na „pionierskom oddelení“ sa musia postupne rozšíriť aj na ostatné oddelenia. Súčasne je treba sa snažiť o rozvinutie skupinových procesov pomocou zintenzívnenia tímovej práce aj v rámci prierezu celej kliniky: organizované podľa profesných skupín, funkcií, vedúcich úloh atď. Pritom je treba podľa možnosti nadväzovať na existujúce organizačné modely a namiesto hierarchickej jednocestnej komunikácie treba hľadať priamu kooperáciu v tíme. Nanovo je treba školiť a podporovať interakčnú časť tímovej spolupráce, ktorá sa týka problémov spolupráce v rámci tímu.
Intenzívnejšia tímová práca bude viesť k zmenenému chápaniu svojej role. Možno síce pripustiť určitú rolovú difúziu, avšak bez toho, že by sa tým spochybnila špecifická profesionálna identita.
Odpor sa dá očakávať hlavne voči osobnému angažovaniu sa v tíme, pričom sa zvykne poukazovať na „vecné problémy“, „objektívne stavy“, atď. Forma obrany, ktorá sa obvykle používa, je intelektualizovanie a izolácia. Odpory voči zmene v roli sú rolovo špecifické a nebudeme sa nimi na tomto mieste bližšie zaoberať.
Fáza 3 bude trvať 1 až 2 roky a pritom sa sčasti prekrývať s fázou 2 a 4.
Komentár: V skupinových sedeniach možno schematicky odlišovať „informatívnu“ a „interakčnú“ časť. Práve tejto interakčnej časti sa v rámci psychoterapeutickej komunity pripisuje väčší význam. Jones sa domnieva, že členovi tímu trvá obvykle i rok kým si pri tímovej práci osvojí adekvátny postoj. Niektorí autori pri terapeutickej komunite rozvíjajú len skupinovú psychoterapiu, iní uprednostňujú integrovanú kombináciu individuálnej a skupinovej psychoterapie.

4.fáza: *Vybudovanie autonómie oddelenia* (od 8. mesiaca)

Postulát:
Z fázy 2 a 3 nutne vyplýva, že sa teraz aj ostatné oddelenia vyvíjajú smerom k samostatným organizmom. Pritom sa snažíme, aby tí, ktorí sa v dennom kontakte s pacientmi, mali aj adekvátnu mieru kompetencie a zodpovednosti. Musí ich to i povzbudiť, aby rozvinuli vlastnú iniciatívu k prospechu oddelenia a pacientov. V súvislosti s odlišnou štruktúrou jednotlivých oddelení sa nie všetky oddelenia môžu rozvíjať rovnakým spôsobom a rovnako rýchlo. Je treba pritom počítať s napätiami, ktoré sa prejavia v celej inštitúcii.
Odpory sa môžu prejavovať vo forme „oddielenského egoizmu“, ktorý je spojený s tendenciou zanedbávať úlohy, ktoré sú centrované na celú kliniku. Často ide o skrytý problém s autoritou, voči ktorej sa teraz, keď poľavil skutočný alebo domnelý tlak, vystupuje s reaktívnym výtvorom.
Opäť je treba počítať s tým, že táto fáza sa bude prekrývať s predchádzajúcou a nasledujúcou. Bude si vyžadovať v priemere 6 až 12 mesiacov.
Komentár: O porušenej rovnováhe medzi oddeleniami a vedením kliniky možno nájsť zmienky i v publikáciách o terapeutickej komunite. Excesívna autonómia môže ale viesť aj k rozličným interpretáciám princípov terapeutického spoločenstva. Práve miera zmienenej permisivity sa zvykne rôznymi autormi rôzne posudzovať. Od pokiaľ možno veľkorysého akceptovania porušeného správania až k jasne štruktúrovaným nárokom na prostredie.
Rôznymi úlohami jednotlivých oddelení kliniky (akútne, chronické, geriatrické) je dané, že aj v rámci rovnakej inštitúcie sa môžu princípy terapeutického spoločenstva uplatňovať len vo veľmi rozdielnej miere. Určité divergencie v rámci určitej kliniky musíme jednoducho akceptovať. Sčasti ich ale možno chápať ako výraz nezvládnutej problematiky týkajúcej sa autority. Iným vyústením môže byť, že jednotliví členovia terapeutického tímu sa cítia byť preťažení autonómiou, ktorou disponujú. Môže to byť kvôli tomu, že sa teraz s pocitmi viny

lúčia s tradičnou rolou somatického ošetrovania a služby, a s otcovskou a materinskou starostlivosťou, alebo práve kvôli intenzívnej terapeutickej angažovanosti interpretujú bežné recidívy u jednotlivých pacientov ako vlastné zlyhanie. Situáciu sťažuje i nevyhnutná rotácia personálu, ktorá vedie k tomu, že konsenzus v tíme sa musí znova a znova nanovo ustanovovať. Zvlášť fakt, že doba pobytu lekárov na oddeleniach je v priemere kratšia než u ostatného personálu, majú zavedené zmeny niekedy neistú budúcnosť. Zdá sa ale, že nezávisle na rotácii personálu dochádza k striedaniu organizovaných období s obdobiami dezorganizácie a naopak.
Napriek všetkému je práve autonómia oddelenia všeobecne rešpektovanou podstatnou podmienkou k vytvoreniu terapeutického spoločenstva. Podobný princíp sa presadzuje aj v oblasti hospodárskej. V rámci terapeutického spoločenstva však hovoria pre autonómiu nielen organizačné, ale aj, a to predovšetkým, terapeutické motívy: totiž delegovať zodpovednosť za pacientov na tých, ktorí fakticky spolu s pacientmi žijú a ktorí s nimi pracujú.

5.fáza: *Integrácia* (sčasti paralelne sa 4. krokom, od 1,5 roka)

Postulát:
Nerovnomerný vývoj jednotlivých oddelení v smere k terapeutickému spoločenstvu, rovnako ako centrifugálne tendencie už autonómnych oddelení, si vyžaduje určitú intenzívnejšiu koordináciu. Pritom je treba brať ohľad na chronické a geriatrické oddelenia, ktoré sú už tradične zanedbávané. Aj v rámci personálnych skupín existujú „menšiny“, ktoré sa dosiaľ len málo mohli zúčastniť sa doterajšom vývoji. Je treba si viac všímať ich potreby. Najneskôr v tejto fáze sa potvrdí, že ani terapeutické spoločenstvo nedokáže vyriešiť všetky problémy zariadenia alebo nároky jednotlivých spolupracovníkov. V tomto zmysle sú odchody nevyhnutné.
Typickým nebezpečenstvom tejto fázy je, že všetky úlohy spolupráce sa natoľko dostanú do popredia, že odvádzajú od vlastnej práce na pacientoch (sebaabsorbcia). Nevedomú psychickú obranu voči vlastným požiadavkám terapeutického spoločenstva je možno poznať podľa toho, že sa dostáva do popredia nepodstatné (fokusovanie) alebo, že pozornosť sa zameriava výhradne na problém personálu a starostlivosť o pacientov ustrnie v novej forme (reaktívny výtvor).
Potrebný časový úsek je ťažko odhadnúť, ale pravdepodobne sa jedná skôr o roky než o mesiace.
Komentár: Zvýšená autonómia oddelení a liberalizácia vo vedení personálu prebúdza divergentné sily, ktoré nie je ľahké opäť podchytiť. Vcelku možno konštatovať, že krízy, ktoré znova a znova pri prevádzke kliniky vznikajú, majú v sebe i pozitívny potenciál, pretože môžu byť pozitívnym podnetom k spoločnému riešeniu problému. Je dobré si osvojiť myšlienku, že krízové situácie sa v skutočnosti veľmi dobre hodia k tomu, aby sa spolupracovníci dali motivovať k adekvátnejšiemu riešeniu problému.
Problémy a konflikty patria ku každému sociálnemu organizmu a aj v podmienkach terapeutického spoločenstva je treba s nimi počítať. Podstatným krokom ale je, že sa stali transparentnejšími a ľahšie spracovateľnými. Tým sa u pacientov ako aj personálu dal do chodu určitý proces zrenia, ktorý zvlášť u personálu vyžaduje určité adaptívne schopnosti. Nie každý tieto schopnosti má a tak je treba v tejto prechodnej fáze počítať so stratou spolupracovníkov, ktorí sa na tento štýl práce nehodia.
Pri zavádzaní terapeutickej komunity je treba mať na pamäti jednu zvláštnu obtiaž: keďže sa zintenzívňuje angažovanosť stredných kádrov, a to podstatným spôsobom, zvyšuje sa aj ich psychické zaťaženie – prinajmenšom prechodne. Táto situácia si vyžaduje, aby vedúce sily (napr. oddielenská sestra) mali adekvátnu podporu zo strany vedenia kliniky. V opačnom

prípade klinika riskuje, že stratí aj tieto dobre motivované spolupracovníčky a dostane sa tak do určitého cirkulus vitiozus.

6.fáza: *Nová orientácia medicínskeho vedenia* (od 3. roku)

Postulát:
Dosiahnuté zmeny vyžadujú, aby sa novým spôsobom utváralo i vedenie kliniky. Vhodným inštrumentom vedenia sa stáva tím, ktorý sa skladá z členov zodpovedných za medicínsku prevádzku: šéflekár (ako primus inter pares), primári, vedúce sestry, vedenie školy, ev. vedúci sociálnej služby a ergoterapie. Tím ako celok, ako aj spolupracovníci v príslušných funkciách, majú nasledovné úlohy: zasadzovať sa svojou autoritou tam, kde je to k úžitku celej prevádzky, pôsobiť koordinačne medzi oddeleniami, viesť tímové rozhovory, vykonávať supervíziu chodu oddelení, vystupovať ako hovorca a sprostredkovateľ voči nadriadeným úradom a hospodárskemu vedeniu, zaisťovať kontakty navonok.
Ťažkosti môžu vyplývať z toho, že v terapeutickej komunite nie sú nikdy kompetencie a zodpovednosti stanovené tak jednoznačne, a ani nemôžu byť tak stanovené, ako v tradičnej hierarchickej forme. Môže to mať za následok, že v kritických chvíľach sa zodpovednosť z medicínskeho vedenia presúva na oddelenia a naopak (hľadá sa obetný baránok). Psychodynamická obrana, ktorá sa tu objavuje, je projekcia alebo presun.
Táto fáza by mala prebiehať už paralelne s fázou 3 alebo 4, pričom k svojmu uzatvoreniu bude vyžadovať 1 až 2 roky.
Komentár: Jones od medicínskeho vedenia vyžaduje, aby sa neustále pýtalo, čo sa deje, prečo sa to deje a aký zmenený prístup si táto nová skúsenosť vyžaduje.

7.fáza: *Privzatie hospodárskeho vedenia* (od 4,5 – tého roku)

Postulát:
Obsahom tejto fázy je prekonanie tradičného rozporu medzi medicínským a hospodársko-technickým úsekom a úlohami.
V tomto prvom kroku by mali byť medicínski spolupracovníci dôkladne informovaní a ekonomickej realite, takže lepšie spoznajú úlohy a náplň hospodárskych štruktúr a dokážu ich oceniť. Postupne by mal byť i hospodársky riaditeľ (pomocou pravidelných diskusií s medicínskym vedením) oboznámený so špecifickými medicínskymi problémami. Keď sa ustanoví kooperácia, je treba sa snažiť odbúrať tradičnú jednocestnú komunikáciu medzi medicínskym a hospodársko- technickým úsekom. V praxi to znamená, že hospodársky riaditeľ alebo jeho spolupracovníci sa zúčastňujú a zastupujú svoj úsek na lekárskych konferenciách, na oddielenských komunitách, tímových diskusiách a naopak medicínski spolupracovníci sa analogicky zasadzujú za svoje záujmy.
Riziko pre terapeutickú komunitu, ktoré je treba rozpoznať, je obmedzenie zvonka.
Podľa vzájomných odporov môže táto fáza nastúpiť už podstatne včaššie – paralelne s 3. alebo 4. fázou a vyžaduje si potom menej času (v priemere 1 až 2 roky).
Komentár: Význam kooperácie s hospodárskym vedením je, zdá sa, jasný každému riaditeľovi kliniky, nie však každému jeho spolupracovníkovi.
Ak zlyhá kooperácia a vznikne bojová situácia, potom môže lekárske riaditeľstvo dosiahnuť spravidla v najlepšom prípade len plat.
Jones hovoril žartom o „najsvätejšej trojici“ a „trojjedinosti“ keď chcel charakterizovať význam adekvátnej spolupráce medzi hospodárskym, lekárskym a ošetrovateľským vedením.

Fenomén odporu zo strany medicínskych spolupracovníkov môže mať podobu racionalizovania: tam, kde sa určité zlepšenie prostredia môže oprieť o materiálne nároky, sú ťažkosti odbavené poukazom na chýbajúce prostriedky. Pritom sa prehliadajú podstatnejšie úlohy terapeutického spoločenstva.

8.fáza: *Participujúce vedenie* (od 5.roku)

Postulát:
Permanentné riziko terapeutického spoločenstva, že zvýšená samostatnosť a sloboda nepôjde ruka v ruke s väčšou spoluzodpovednosťou, je práve rizikom tejto fázy a treba mu čeliť. Spolupracovníci musia byť zavzatí do rozhodovacích procesov, pričom stupeň zodpovednosti(hovoriť, resp. spolurozhodovať) je treba definovať podľa príslušnej situácie. Optimálnou formou rozhodovania je konsenzus. Konsenzus znamená v tejto súvislosti, že príslušné rozhodnutia sú v tejto skupine natoľko rozpracované, že prevažná väčšina sa zhoduje vo svojom chápaní. Súčasne je treba prostredníctvom sčasti pravidelných a sčasti cielených rozhovorov medzi medicínskym vedením a odeleniami naďalej podporovať komunikačné cesty v zmysle akéhosi „otvoreného systému".
Komentár: Špecifická ťažkosť, s ktorou sa možno stretnúť i v predchádzajúcich fázach, a ktorá si zasluhuje zvláštnu pozornosť je: *idealizácia.* Kliniku Schlesli, ktorú viedol E.Heim začalo navštevovať množstvo odborníkov i laikov, ktorí tam strávili dni, prípadne i týždne. Pričom sčasti prehnane pozitívne a sčasti zas prehnane kritické hodnotenia neboli bez odozvy u jednotlivých pracovníkov.
To, čo sme pozorovali v súvislosti so vzťahom pionierskeho oddelenia ku klinike ako celku, sa opakovalo na inej úrovni, totiž vo vzťahu celej kliniky k okolitému svetu. Pozitívne ako i kritické postoje zvonka viedli k určitej hyperidentifikácii s modelom terapeutického spoločenstva a tým k určitému idealizovaniu. Môže to viesť k povzbudeniu k entuziastickej spolupráci, prináša to však zároveň i zvláštne riziká: nevyhnutné problémy, ktoré pri starostlivosti o pacientov alebo pri spolupráci so spolupracovníkmi vznikajú, bývajú vykladané ako osobné zlyhania alebo nesprávna koncepcia terapeutickej komunity. Dôsledkom potom nezriedka je určitý pocit preťaženosti a depresívne spracovanie, či už jednotlivcami alebo celým tímom. Nie menej závažné je sklamané odvrátenie sa od modelu terapeutického spoločenstva ako takého. V takýchto situáciách je mimoriadne dôležité poukázať na idealizáciu, pomáhať odbúravať nepotrebné pocity viny a reálne hodnotiť terapeutické možnosti. Keďže tento typ reakcie na sklamanie je často presúvaný od pacientov na terapeutický tím a z neho na tím medicínskeho vedenia, je mimoriadne dôležitá konštantná reflexia tohto pochodu – práve zo strany zodpovedných za celkovú prevádzku.

Záverom:
Tu popísaný vývoj zodpovedá transformácii v rámci určitého uzatvoreného sociálneho subsystému. Len sčasti sa dá chápať ako určitý spontánny proces rastu a je do značnej miery závislý na iniciatíve niekoľkých alebo viacerých nositeľov ideí. Každá sociálna zmena si vyžaduje adaptačné procesy, proti ktorým sa stavajú obvykle značné odpory. Úspech každej konštruktívnej práce závisí od toho, ako sa dajú prekonať tieto odpory. Pri zavedení terapeutickej komunity sú na začiatku výrazné iniciálne efekty a potom sa v menších krokoch komunita približuje ideálnemu stavu. Trvanie vývoja komunity nie je v pásme pobytu lekárov

na oddelení (1 až 3 roky klinickej práce), ale skôr v pásme pobytu ošetrovateľského personálu (5 až 10 rokov).

FÁZA	CIEĽ	TRVANIE
1.orientácia a preškolenie	-otvorené stanovenie cieľa -príprav na reštrukturalizáciu	3 – 6 mesiacov
2.vytvorenie modelu	- praktizovanie terapeutic-kého spoločenstva na „pionierskom oddelení“, - poučenie ostatných spolu-pracovníkov	3 – 6 mesiacov
3.skupinová dynamika	-skupinový proces s pacient-mi -tímová práca personálu -nové chápanie role	1 – 2 roky
4.oddielenská autonómia	-delegovanie zodpovednosti -podpora vlastnej iniciatíve	6 – 12 mesiacov
5.integrácia	-koordinácia divergujúcich prúdov	roky
6.nová orientácia medicínskeho vedenia	-nový inštrument vedenia	1 – 2 roky
7.zavzatie hospodárskeho vedenia	-prekonanie rozporu medzi medicínskymi a hospodár-skymi úlohami	1 – 2 roky
8.participujúce vedenie „otvorený systém“	-vyžadovanie a podporovanie spoluzodpovednosti, -optimalizácia komunikácie	roky

ODPOR	RIZIKÁ
-tendencia zotrvávania pri starom -nedôvera novému	-prehnané misionárske nadšenie -znehodnocovanie už osvedčeného
-ochladnutie vzťahov k „pionierskemu oddeleniu“ -spochybňovanie „uprednostnenia“	-prehnané pozitívne hodnotenie „pionierskeho oddelenia“ -polarizácia: terapeutické spoločenstvo verzus tradičná psychiatria -prerušenie experimentu
-vyhýbanie sa - tímovej zodpovednosti za pacienta - na tím orientovanej interakcie (riešenie konfliktov atď.)	-podcenenie potreby dostatku času pre vývoj kliniky -abnormné skupinové dynamické vývoje -neprimerané chápanie vlastnej role
-polarizácia medzi oddeleniami a vedením kliniky	-príliš veľké obmedzenia alebo chýbajúca podpora (z hľadiska oddelenia) -prehnaná oddielenská autonómia, podceňovanie úloh centrovaných na kliniku (z hľadiska kliniky)
-polarizácia medzi vedením kliniky a oddeleniami: –sebaabsorbcia pri riešení problémov kliniky a/alebo oddelenia	
-obštrukcia autonómnych inovácií -administratívne zmeny -hľadanie obetného baránka	-zrieknutie sa potrebnej autority -útek pred zodpovednosťou za vedenie -neúplné vytýčenie cieľa: módna spolupráca atď. -prehnané vytýčenie cieľa (subkultúra forsírovanej demokracie, dezorganizácia)
-obštrukcia zvonka -polarizácia medzi hospodárskym a medicínskym úsekom	
-oploštený entuziazmus -ustrnutie v novej forme	-idealizácia zvonku a vo vnútri, -inflácia stanovenia cieľa navonok i vo vnútri

POSUDZOVACIA ŠKÁLA (č. 1)
(viď str. 37)

Meno: _____V čase od_____ do_____

Druh práce: _____

Základné správanie pri práci

1.	Neprichádza neskoro a neodchádza skôr Nerobí mimoriadne prestávky.	☐☐☐☐☐	Prichádza vždy neskoro alebo skôr odchádza. Mnoho mimoriadnych prestávok.
2.	Vydrží pri práci počas celej pracovnej doby.	☐☐☐☐☐	Pracuje len sporadicky (1/2 až 1 hodinu bez prerušenia).
3.	Pracuje pravidelne, každý deň.	☐☐☐☐☐	Pracuje kolísavo, deň zo dňa menlivo.
4.	Dobré pracovné tempo (dostatočné pre bežnú prevádzku).	☐☐☐☐☐	Pracuje veľmi pomaly.
5.	Rýchlo chápe inštrukcie.	☐☐☐☐☐	Inštrukcie chápe len pomaly.
6.	Dokáže zvládnuť komplexné pracovné postupy.	☐☐☐☐☐	Dokáže zvládnuť len veľmi jednoduché práce.
7.	Rýchle sa zapracováva.	☐☐☐☐☐	Zapracováva sa pomaly.
8.	Dokáže sa veľmi dobre koncentrovať.	☐☐☐☐☐	Koncentruje sa veľmi zle.
9.	Pracuje takmer bezchybne.	☐☐☐☐☐	Často robí chyby.
10.	Naučené si uchová.	☐☐☐☐☐	Rýchlo zabúda.
11.	Pracuje plánovito.	☐☐☐☐☐	Pracuje nesystematicky.
12.	Pracuje presne.	☐☐☐☐☐	Pracuje nepresne.
13.	Pracuje veľmi	☐☐☐☐☐	Pracuje veľmi nespoľahlivo.

spoľahlivo.

14.	Nepotrebuje starostlivosť.		Potrebuje stálu starostlivosť.
15.	Robí dobré pokroky.		Nerobí pokroky.
16.	Prijíma zmeny (flexibilný).		Neprijíma zmeny (rigídny).

Emocionálna oblasť

1.	Je iniciatívny.		Nie je vôbec iniciatívny.
2.	Je veľmi zapálený do práce.		Vyhýba sa práci.
3.	Je k práci tu motivovaný.		Nie je ku práci tu motivovaný.
4.	Vyrovnaná, dobrá nálada.		Kolísajúca, zlá nálada

Sebaobraz

1.	Prekonáva ťažkosti sám.		Pri ťažkostiach sa vzdáva.
2.	Hodnotí svoje hranice realisticky.		Je nerealistický (nadhodnocovanie alebo podceňovanie sa).
3.	Má dobrý úsudok a kritičnosť.		Nie je schopný úsudku a kritičnosti.
4.	Dobre dokáže preberať zodpovednosť.		Nie je schopný preberať zodpovednosť.
5.	Má dobrú sebadôveru.		Chýba mu sebadôvera.

Sociálna oblasť

1.	Je samostatný a potrebuje minimálnu pozornosť.		Je nesamostatný a potrebuje maximálnu pozornosť
2.	Môže sa presadiť		Nedokáže sa presadiť

	a prejaviť svoje potreby (aktívny).		a prejaviť svoje potreby (pasívny).
3.	Dobre sa integruje do pracovnej skupiny.		Zle sa integruje do pracovnej skupiny.
4.	Je otvorený a prístupný.		Je uzatvorený a zameraný na seba.
5.	Zostáva pokojný.		Veľmi ľahko ho niečo znepokojí.
6.	Dokáže akceptovať kritiku a opravu vlastnej práce.		Nedokáže akceptovať kritiku a opravu vlastnej práce.
7.	Dokáže akceptovať autority.		Nedokáže akceptovať autority.
8.	Je obľúbený u druhých.		Je neobľúbený u druhých.

DOTAZNÍK (č.2)
(viď str. 37)

Meno:_____

Narodený (dátum /miesto):_____

Bydlisko:_____

V poslednej dobe pracoval ako:_____

Hospitalizácia od _____ do _____ Dg. _____

Medikácia: _____

1. Psychiatrické liečenia v minulosti:	ÁNO	NIE
Hospitalizácia 1,2,3,4,5, viac ako 5 krát?	☐	☐
Je potrebné pravidelné užívanie liekov?	☐	☐
Dá sa očakávať pravidelné užívanie liekov?	☐	☐
Možno očakávať vedľajšie účinky? V akej forme? _____ Návrh terapie? _____	☐	☐
Pracovná schopnosť nepriaznivo ovplyvnená:		
Alkoholom /nikotínom/ drogami	☐	☐
Sú indikované ďalšie psychiatrické konzultácie?	☐	☐
Týždenne /dvojtýždenne/ mesačne/ á 3 mesiace /á ½ roka?	☐	☐
Môže pacient opäť vykonávať pôvodnú činnosť?	☐	☐

Ak pacient nemôže robiť to, čo predtým, je treba zodpovedať nasledujúce otázky:

I. Sociálne vzťahy:		
1. Môže pac. poprosiť nejakého kolegu v práci o radu alebo pomoc?	☐	☐
2. Dokáže pacient znášať kritiku?	☐	☐
3. Má sklon k odbrzdenému správaniu?	☐	☐
4. Môže pacient pracovať sám a samostatne?	☐	☐

5. Pracuje pacient samostatne pri definovanej úlohe? ☐ ☐

6. Je vhodné odporučiť prácu osamote? ☐ ☐

7. Dokáže pacient spolupracovať s určitou vzťahovou osobou? ☐ ☐

8. Môže pacient pracovať v malej skupine? ☐ ☐

9. Môže pacient pracovať vo veľkej skupine? ☐ ☐

10. Je vhodná úzka spolupráca s niekým z predstavenstva? ☐ ☐

11. Odporúča sa práca len medzi rovnako zaradenými? ☐ ☐

12. Môže pacient dávať inštrukcie? ☐ ☐

13. Môže pacient kontrolovať prácu niekoho druhého? ☐ ☐

14. Môže kontrolovaného upozorniť na chyby? ☐ ☐

15. Ktoré pacientove zvláštnosti môžu sťažiť vychádzanie s kolegami?

II. Schopnosť myslieť, praktické myslenie a správanie:

1. Dokáže pacient splniť jednoduchú inštrukciu? ☐ ☐

2. Je potrebné opakovať jednoduché inštrukcie pri rovnakom type práce? ☐ ☐

3. Dokáže si pacient zapamätať viaceré (asi 5) pracovné úkony? ☐ ☐

4. Registruje pacient spontánne čo treba robiť? ☐ ☐

5. Je pacient iniciatívny sám od seba? ☐ ☐

III. Teoretické myslenie:

1. Dokáže pacient abstraktne premyslieť úlohy? ☐ ☐

2. Môže pacient rozpoznať a zvládnuť jednoduché/ komplikované logické súvislosti? ☐ ☐

3. Dokáže pacient dávať jednoduché /komplikované konštruktívne podnety na riešenie problémov? ☐ ☐

4. Dokáže pacient sledovať obtiažne inštrukcie? ☐ ☐

IV. Schopnosť učiť sa:

1. Dokáže si pacient osvojiť jednoduché nové znalosti? ☐ ☐

2. Dokáže si pacient osvojiť nové manuálne zručnosti? ☐ ☐

3. Dokáže si pacient osvojiť komplexné nové znalosti? ☐ ☐

V. Výdrž a zaťažiteľnosť:

1. Môže pacient chodiť do práce sám? ☐ ☐

2. Je pacient presný? ☐ ☐

3. Môže pacient vykonávať pravidelnú 8-hodinovú prácu? ☐ ☐

4. Sú možné 8/12-hodinové poobedné alebo nočné smeny? ☐ ☐

5. Môže byť pacient zamestnaný na polovičný úväzok,
   na x- hodín?
   Na koľko hodín? _____ ☐ ☐

6. Potrebuje pacient viac prestávok než zdravý
   V akých odstupoch? _____ ☐ ☐

7. Zodpovedá pacientovi tempo výkonnosti ostatných? ☐ ☐

8. Pracovné tempo pacienta je cca 50% /viac/ menej v porovnaní s normou? ☐ ☐

9. Dokáže pacient pracovať v časovej tiesni? ☐ ☐

10. Vie si pacient poradiť s nepredvídateľnými úlohami? ☐ ☐

11. Dokáže sa pacient adaptovať na nové situácie? ☐ ☐

12. Vie si poradiť s ťažkosťami? ☐ ☐

13. Rýchlo sa vzdáva? ☐ ☐

14. Potrebuje dlhší čas na zapracovanie? ☐ ☐

VI. Zvláštne riziká:

1. Môže vykonávať práce:
   a) pri ktorých nesmú byť závraty? ☐ ☐

   b) v blízkosti rotujúcich strojov veľkých jám, kadí atď.? ☐ ☐

   c) ktoré si vyžadujú manuálnu presnosť? ☐ ☐

2. Môže pacient zostať na pracovisku dlhší čas sám? ☐ ☐

DOTAZNÍK č. 3
Oblasť praktického života.
(viď. str. 38)

Meno:_____

Vek:_____ Profesia: _____

Bydlisko: _____

_____
veľké mesto / malé mesto / dedina

Pobyt v tomto zariadení od: _____

Všeobecné rehabilitačné ciele pac.: _____

_____

V pracovnej oblasti: _____

_____

V oblasti praktického života: _____

_____

Plánované kroky po prepustení: _____

_____

DOTAZNÍK č. 4
(viď. str. 38)

I. Bývanie

A. Byt

Adresa: _____

Žijete sami? _____ S kým žijete? _____

Koľko stojí mesačný nájom? _____

Kto ho platí? _____

Ste spokojný s Vaším bývaním? _____

Ak nie, čo by ste radi zmenili? _____

_____

B. Oblasť stravovania

Kde sa obvykle stravujete? _____

Ako za jedlo platíte? _____ Koľkokrát denne jete? _____

Ste spokojný s terajším riešením? _____

Ak nie, čo by ste radi zmenili? _____

_____

C. Príprava jedál

Kto u Vás doma varí? _____ Viete variť? _____

Ktoré jedlá? _____

Ako často varíte? _____ Pre koho musíte variť? _____

Máte pomoc pri varení? _____

Chcete svoje znalosti teraz alebo v budúcnosti zlepšiť? _____

_____

D. Upratovanie

Kto sa u Vás doma stará o poriadok? _____

Ktoré priestory musíte čistiť, upratovať? _____

Máte potrebu zlepšiť svoju techniku upratovania? _____

_____

E. Prádlo

Kto doma perie? _____ Perie sa doma? _____

V práčovni? _____ Prádlo sa dáva do čistiarne? _____

Ako často sa u Vás perie? _____ Považujete za potrebné zlepšiť si svoje spôsobilosti v tejto oblasti? _____

_____

F. Osobná hygiena

Aké zvyklosti máte v umývaní, kúpaní (telo/vlasy/zuby)? _____

_____

Ktoré prostriedky telesnej hygieny používate? _____

_____

Ktoré možnosti starostlivosti o zdravie využívate? _____

_____

Lekárska prevencia? _____ Výživa? _____

Gymnastika a pohyb? _____ Iné? _____

Ste Vy a Vaše bezprostredné príbuzenstvo spokojní s Vašimi návykmi? _____

_____

Čo by ste radi zmenili? _____

_____

II. Zaobchádzanie s peniazmi

A. Nákupy

Môžete zaznačiť svoje výdaje / úspory atď. v minulosti (pred hospitalizáciou) a teraz? _____

_____

	teraz	v minulosti
Plat Penzia Poplatky Úspory Vreckové Iné		

B. Banka

Máte vlastné sporožírové konto? _____ Uložené peniaze? _____

Názov banky? _____ Číslo konta? _____

Šeková karta? _____

Je pre Vás vypĺňanie šekov a prevodov bežné? _____

Ako často a aké príspevky sa poukazujú na Vaše konto? _____

Ako často a aké obnosy vyberáte? _____

Mohli by ste napísať mesačný prehľad? _____

Chceli by ste v tejto oblasti nadobudnúť lepšie zručnosti? _____

_____

C. Nakupovanie

Kupujete si potraviny pre vlastné použitie? _____

Šaty? _____ Iné osobné veci? _____

Musíte nakupovať pre druhých ľudí? _____

Ktoré obchody pri nákupoch používate? _____

(potraviny, šaty, osobné veci) _____

Radi nakupujete? _____ Čo Vám pri nakupovaní robí ťažkosti? _____

_____

D. Plán hospodárenia v domácnosti

Kto má doma na starosti peniaze? _____

Ktoré výdavky prichádzajú do úvahy a ako sa na nich podieľate? _____

_____

Nájom _____

Telefón _____

Plyn, elektrika _____

Nafta, uhlie _____

Potraviny _____

Poistenie _____

Domáce spotrebiče _____

Ostatné (účty, atď.)?_____

Chceli by ste zlepšiť svoje spôsobilosti v plánovaní domáceho hospodárenia? _____

_____

E. Dane a poistenie

Ktoré pravidelné dane a poistenia platíte? _____

Kto vypĺňa formuláre? _____

Je potrebné, aby ste formuláre vypĺňali Vy? _____

Čo by ste sa chceli v tejto oblasti naučiť? _____

_____

III. Zaobchádzanie s dopravnými prostriedkami, verejnou dopravou:

A. Typ dopravného prostriedku

Máte svoj vodičský preukaz? _____ Vlastníte auto? _____

Používate auto? _____ Ktoré iné dopravné prostriedky používate? _____

_____

B. Autobus alebo električka

Viete ako používať autobus / električku? _____

Ako často používate tento dopravný prostriedok? _____

Aká je cena lístkov a existujú rozdiely? _____

_____

Kde sa kupujú cestovné lístky, ako sa označujú? _____

_____

Ste spokojný s Vašimi terajšími možnosťami dopravy? _____

Čo by ste chceli zmeniť? _____

_____

IV. Komunikácia

A. Listy

Ako často píšete osobné listy / pohľadnice? _____

Píšete listy na úrady a na ostatné verejné miesta? _____

Dostávate poštu? _____ Píšete radi listy / pohľadnice? _____

_____

Poznáte poštovné poplatky? _____

POUŽITÁ LITERATÚRA

BLEULER, M. E. : Lehrbuch der Psychiatrie, Springer, Berlin, 1985 (slovensky: Učebnica psychiatrie. Vybrané kapitoly. Dostupné už len na www.vydavatelstvo-f.sk)

GROBLINGER, CH., STOCKMAYR, J.: Všeobecná a špeciálna psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť. PO. Trenčín, 1992 – študijný text pre vnútornú potrebu PO

KADIS, A.L., KRASNER, J.D., WEINER, M.F., WINICK,CH., FOULKES, S.M.: Practikum der Gruppenpsychotherapie. Problematika, Frommann – Holzboog, Stutgart, 1982

JENTSCHURA, G: H.W.JANZ (Hrsg): Beschäftigungstherapie, Band 2. 3. Auflage, G. Thieme, Stuttgart, 1979

ERNST, K.: - Praktische Klinikpsychiatrie, Springer, Berlin, 1988 (slovenský preklad je na www.vydavatelstvo-f.sk)

JONES, M.: - Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft. H.Huber, Bern, 1976

HEIM,E.: - Praxis der Milieutherapie, Springer, Berlin, 1985

KOLEKTÍV: - Reforma psychiatrickej starostlivosti, MZd SR, 1991 (knižne vyšlo Hašto, J, Breier, P. et al : Reforma psychiatrickej starostlivosti v SR. Vydavateľstvo F , Trenčín 1999. dostupné už len na www.vydavatelstvo-f.sk , alebo cez knižnice)