

| | |
|--|----|
| Obsah | |
| Úvod..... | 7 |
| 1. Současný stav..... | 8 |
| 1.1. Historie oboru psychoterapie..... | 8 |
| 1.2. Psychoterapeutické myšlení..... | 8 |
| 1.2.1. Začátky vlastní psychoterapie..... | 9 |
| 1.2.2. Vznik psychoterapie..... | 10 |
| 1.3. Současný stav psychoterapie..... | 11 |
| 1.4. Vztah mezi terapeutem a klientem..... | 14 |
| 1.4.1. Psychoterapie jako druh psychologické intervence..... | 15 |
| 1.4.2. Předmět psychoterapie..... | 16 |
| 1.4.3. Současné směry psychoterapie..... | 17 |
| 1.5. Úzkost a somatické projevy..... | 18 |
| 1.5.1. Základní psychosomatická péče..... | 19 |
| 1.5.2. Psychosomatická onemocnění..... | 20 |
| 1.5.3. Gestalt terapie..... | 20 |
| 1.5.4. Ošetrovatelský proces v psychiatrii..... | 23 |
| 2. Cíle a hypotézy..... | 27 |
| 2.1 Cíle práce..... | 27 |
| 2.2 Hypotézy..... | 27 |
| 3. Metodika..... | 28 |
| 3.1. Použitá metoda..... | 28 |
| 3.2. Charakteristika zkoumaného vzorku..... | 28 |
| 4. Výsledky..... | 29 |
| 4.1. Kazuistika 1..... | 29 |
| 4.2. Kazuistika 2..... | 31 |
| 4.3. Kazuistika 3..... | 33 |
| 4.4. Kazuistika 4..... | 35 |
| 4.5. Kazuistika 5..... | 36 |
| 4.6. Kazuistika 6..... | 38 |

| | |
|--|----|
| 4.7.Kazuistika 7..... | 40 |
| 4.8.Kazuistika 8..... | 42 |
| 4.9.Kazuistika 9..... | 44 |
| 4.10.Kazuistika 10..... | 46 |
| 4.11. Analýza případových studií | 48 |
| 5.Diskuze..... | 50 |
| 6.Závěr..... | 54 |
| 7.Klíčová slova..... | 56 |
| 8.Seznam použitých zdrojů..... | 57 |
| 9. Příloha | 59 |

Úvod

Psychoterapeutické myšlení lze sledovat od samého počátku naší kultury, je doloženo v písemných i výtvarných památkách. Je to tak proto, že psychoterapií stabilizujeme vnitřně rozkolísaného a nejistého člověka. Zrovna tak životní únava, vnitřní konflikty, zvýšená úzkost atd. jsou něčím, čím platí člověk své doby a kultury daň svému lidství. Existuje jenom malé procento lidí, kteří se sebou problémy nemají. Otázka zní, jak tyto problémy každý sám se sebou řeší.

Téma mé bakalářské práce je Efekt psychoterapie z pohledu sestry. Toto téma jsem si vybrala, neboť jsem krátce po skončení prvního ročníku nastoupila na psychoterapeutické oddělení. Do té doby jsem pracovala jako sestra u lůžka. Má praxe začínala na kardiologické JIP, po první mateřské na oddělení ARO a po druhé mateřské dovolené na interním oddělení v Psychiatrické léčebně. Po několika letech těžké a náročné práce jsem měla možnost nastoupit na otevřené psychoterapeutické oddělení.

Otevřela se přede mnou zcela jiná dimenze práce sestry. Na předchozích odděleních u klientů somatika ovládala psychiku, ale zde více psychika ovládala somatiku. Téměř všichni klienti jsou po příjmu na oddělení zařazeni do určité skupiny. Kromě této intenzivní práce mají klienti rozpis aktivit na celý den a mě zajímalo, jak na ně práce ve skupině působí, jak se poté cítí, a jak já sestra můžu klientovi ještě pomoci.

Práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části popisují prapůvod, vznik a současný stav psychoterapeutických směrů. Dále popisují, nakolik nám může úzkost narušit život a její působení na naše tělo. Krok k tomu, kdy jedinec dostane odvahu vyhledat terapeuta je, když úzkost a z ní vyplývající tělesné projevy ho začnou natolik obtěžovat, že naruší jeho běžný životní styl.

Ve své práci bych chtěla zmapovat nakolik je pro klienty náročné zvládat svou úzkost relaxací a nedávat přednost medikamentózní léčbě. Dále nakolik jsou ochotni aktivně ve skupině spolupracovat a řešit své problémy.

Cílem mé práce je tedy zjistit z mého pohledu efekt psychoterapie po absolvování šestitýdenní terapeutické skupiny a jakým způsobem může sestra ovlivnit psychosomatické potíže klientů v průběhu absolvování skupiny.

1.Současný stav

1.1 Historie oboru psychoterapie

Výraz psychoterapie pochází z řečtiny a je složen ze dvou slov: „psyché“ a „therapón“. „Psyché“ původně znamenala duši ve významu životní síly mající zdroj v sobě samé, v nejstarším významu byla synonymem života a vyjadřovala u člověka i vztah k životu vůbec. „Therapón“ byl služebník, průvodce a opatrovník bohů, sloveso „therapeuó“ opět znamená sloužit, pečovat o někoho a v přeneseném významu i léčit. Dnes rozumíme terapii- léčbou – vědecké postupy, jimiž napomáháme uzdravení a terapeut je odborníkem na tuto činnost.

Historii oboru schematicky rozdělíme do tří částí:

- 1.Psychoterapeutické myšlení v dějinách člověka
2. Začátky a rozvoj vlastní psychoterapie
3. Současný stav (21).

1.2 Psychoterapeutické myšlení

Psychoterapeutické myšlení lze sledovat od samého počátku naší kultury, je doloženo v písemných i výtvarných památkách. Je to tak proto, že psychoterapií stabilizujeme vnitřně rozkolísaného a nejistého člověka. Zrovna tak životní únava, vnitřní konflikty, zvýšená úzkost atd. jsou něčím, čím platí člověk své doby a kultury daň svému lidství. Jistě i proto patří mezi témata duchovních dějin člověka hledání řádu a smyslu světa i samotné lidské bytosti, stejně jako hledání možností proměny ve směru vyšší kvality. Snaha po porozumění světu v celku, postavení a úloze jedince byla a je

odnes v dějinách myšlení živá. V souvislosti s dějinami člověka a psychoterapií vidíme silnou tendenci po zajištění nejisté lidské existence, projevující se snahou poznávat, ovládat a rozumět, nebo se přimknout k autoritě a odtud čerpat jistotu a sílu. Zmíněné tři způsoby se doplňují, což lze doložit například důrazem kladeným na autoritu pravdy a náboženskou víru (2).

Psychoterapeutické aktivity se vždy vyskytovaly při ovlivňování zdravotních komplikací jedince zcela konkrétními psychologickými postupy (sugestivně, hypnózou, výkladem snů apod.), které taky patřily do výbavy šamanů působících i dnes u přírodních národů. Počátky evropské kultury klademe do starověkého Řecka a za příklad zrodu psychoterapeutického myšlení upozorňujeme na názory filozofa Sókrata (asi 5. století př.n.l.). Jeho imperativy byly starost o duši (epimeleia tés psychés) a poznej sám sebe (gnóthi seauton). Starost o duši pro něho znamenala uvědomělou tvorbu podstaty, jež je nehotová, a poznáním sebe sama může člověk měnit a rozvíjet vlastní individualitu. Sókratés býval nazýván lékařem duše a v písemnictví je doloženo, že prostřednictvím dialogu, který tehdy znamenal hledání pravdy rozpravou, příznivě ovlivňoval zdravotní obtíže spolubesedníků (15).

Také tu nalezneme zcela moderní názor o nevyhnutelnosti léčit člověka jako celek, jehož duševní a tělesné děje jsou propojené. Péče o jedince vždy souvisí s obrazem světa, který je pro určitou dobu typický. Porozumění sobě, smyslu života a světa, stejně jako konkrétní způsoby ovlivňování poruch zdraví se děly a dějí cestou racionální, citovou a mystickou. V naší kultuře klademe důraz na racionalitu a vztah k druhému, jenž je nesen křesťanskou tradicí a to platí dodnes (23).

1.2.1. Začátky vlastní psychoterapie

Začátky vlastní psychoterapie jsou vázány na 20.století, kdy vznikla a profilovala se jako samostatný obor. Dříve poskytoval „psychoterapeutickou pomoc“ potřebným lidem šaman, později duchovní a lékař. V minulém i tomto století dochází k velkým proměnám života ve všech oblastech, že člověk světu obtížně rozumí, vytváří

si četné iluze a není často schopen se novému dostatečně rychle adaptovat, natož skutečnosti měnit příznivým směrem. Masivní působení sdělovacích prostředků a konzumní orientace jsou skutečnosti zneklidňující k udržení pevné identity. K pocitu životní stability a porozumění světu musí být vyrovnaný poměr mezi stálostí a proměnlivostí prostředí. Jestliže nastane dlouhodobé vychýlení směrem k proměnlivosti a k informační záplavě, člověk se rozkolísá a obrazně i fakticky ztrácí půdu pod nohama. K znejistění přispívá i rozvolnění řádu a pravidel lidského společenství souvisejícího s narušením tradiční rodiny, absence přirozených autorit, oslabování vlivu závazných hodnotových orientací, jež v našich podmínkách představovalo křesťanství a humanitní vzdělanost. Člověk je tak vystaven novým náročným situacím, které nedokáže včas a účinně sám či s pomocí řešit, dochází u něho k akutní (manifestní) či posléze chronické (latentní) krizi, která narušuje nejen psychiku, ale i biologickou funkci organismu a může vyústit z poruchu zdraví. Tento jev je natolik častý, že potřeba odborné psychoterapeutické pomoci vzrůstá. V současné medicíně, která je součástí věd o člověku, je proto psychoterapie nezastupitelná (21).

1.2.2. Vznik psychoterapie

Vznik psychoterapie je dáván do souvislosti s francouzským filozofem, psychologem a lékařem Pierrem Jeanetem a slavným rodákem z Příboru na Moravě, neuropsychiatrem a zakladatelem psychoanalýzy, Sigmundem Freudem. Vznikala především v souvislosti s léčbou hysterické poruchy použitím sugesce a hypnoterapie. Cílem psychoterapie bylo podle Pe. Janeta navození rovnováhy mezi tím, co si člověk uvědomuje, a nevědomou oblastí duševního života. Byl prvním, kdo vymezil psychoterapii jako léčení psychologickým působením majícím své zákonitosti. S. Freud vstoupil do dějin psychoterapie v mnoha směrech. Hlavně tím, že objevil důležitost lidského nevědomí a vnitřních konfliktů pro chování a motivaci člověka, včetně vlivu na jeho zdravotní stav (3).

Jako první kladl důraz na vztah mezi terapeutem a klientem. Objevil také pro psychoterapii výklad – interpretaci, který je vedle určité podoby psychoanalytického vztahu hlavním prostředkem léčby. Psychoterapie prodělávala bouřlivý vývoj. Jednak to byla hypnóza, na kterou kriticky navázala psychoanalýza, jež pokračovala v hlubinnou psychologii a dynamickou psychoterapii. Druhý vliv představovala experimentální psychologie, jejíž pokračováním je behaviorální a později kognitivně-behaviorální terapie. Třetí velká inspirace pro humanistickou psychologii, přišla z duchovně-psychologie (4).

1.3. Současný stav psychoterapie

Současný stav psychoterapie je velmi různorodý, bohatý a nesnadno se v něm orientujeme. Při odhadu lze uvažovat o desítkách škol a základních směrů, které rozdělíme dle převládajících teoretických východisek do osmi hlavních proudů.

Humanistická psychoterapie zahrnuje více škol (Rogersův přístup, logoterapii a existenciální analýzu atd.). Mají společné to, že zdůrazňují lidskou jedinečnost, osobnostní růst a rozvoj člověka, jehož považují za bytost důvěryhodnou, kreativní a pozitivně založenou. Lidský jedinec je v tomto pojetí principiálně svobodný, rozumný a za své jednání zodpovědný. Do vztahu vstupují terapeuti osobně, nikoliv jako experti, a jsou přístupní názoru, že pozitivní změny u pacienta nastávají ve vztahu zejména na základě „setkání“. Hlavní užívanou metodou je rozhovor – dialog. Cílem terapie je obnova a podpora plného osobnostního rozvoje klienta tím, že pozná a odstraní svá vnitřní omezení a nalezne sebe.

Hlubinná psychologie klade důraz na nevědomé procesy, kterým přisuzuje jiné zákonitosti než procesům vědomým. Zdůrazněn je přísný determinismus ve smyslu „vše je analyzovatelné“, intrapsychické konflikty a vývoj vztahování dítěte k sobě i k světu v jeho časném dětství jsou považovány jako nejdůležitější pro formování osobnosti i vznik řady poruch zdraví. Terapie je založena na vytvoření specifického vztahu mezi terapeutem a klientem a tento vztah je hlavním nástrojem změny. Pracuje se s výkladem

– interpretací, kdy pacient postupně porozumí své motivaci a tomu, co vytvářelo jeho osobnost, uplatňuje se zde i emocionální korektivní zkušenost.

Behaviorální psychoterapie zahrnuje všechny přístupy, jež aplikují při léčbě ověřené poznatky psychologie experimentální, kognitivní a obecné. Teorie spočívá v pochopení vzniku a udržování nežádoucích projevů a v jejich měnění učením a novou zkušeností. Terapeut má k dispozici celou řadu osvědčených technik a strategií, jimiž navozují změny v osobnosti, chování a zdravotním stavu pacienta. Postupuje spíše derektivně, vystupuje v roli experta a léčba má ráz kontrolovaného „vědeckého pokusu“, kdy je pacient o všem předem informován, je vyžadována jeho aktivní spolupráce a dodržování všech pokynů.

Sugestivní a hypnoterapeutický přístup má nejdelsí tradice. Při sugerování a hypnotizování převládá direktivní a manipulativní přístup a je využívána autorita terapeuta. Klienta ovlivňuje tím, že ve změněném stavu vědomí přijme pokyn terapeuta. Hypnóza má velké uplatnění a stala se osvědčeným terapeutickým prostředkem.

Relaxační a psychofyziologické postupy vycházejí z psychofyziologické jednoty organismu. Znamená to, že přes tělesná a koncentrativní cvičení ovlivňujeme psychické i tělesné děje. Patří sem autogenní trénink, progresivní svalová relaxace, různá dechová cvičení, meditace, imaginativní techniky atd. Každý psychoterapeut, ale i praktický lékař, by měl aspoň jednu relaxační metodu dobře znát, protože u mnoha klientů může nahradit anxiolytika a hypnotika. Do této skupiny patří biologická zpětná vazba (biofeedback). Princip spočívá v tom, že klient nejprve pod vedením terapeuta a později samostatně za pomoci přístrojové techniky (např. elektromyografu) registruje vlastní psychofyziologické hodnoty (krevní tlak, vodivost kůže, elektrickou svalovou aktivitu). Zpětně se je učí ovlivňovat žádoucím směrem. Mezi novinky patří užití elektroencefalografie k synchronizaci mozkové aktivity samotným klientem právě na základě zpětné vazby.

Systémové, systemické a komunikační pojetí nalézají uplatnění hlavně v rodinné a párové psychoterapii. Řadí se sem i transakční analýza, která pracuje hlavně s komunikací, rozeznává její žádoucí i nežádoucí formy a klienta učí komunikovat adekvátně ke vztahu a situaci. Systémové pojetí vychází z předpokladu, že rodina tvoří

rovnovážný celek vybavený řadou negativních a pozitivních zpětnovazebných mechanismů. Patologie člena rodiny je chápána jako patologie celé rodiny. Členové rodiny tvoří v tomto pojetí prvky systému a změnou jednoho prvku měníme i prvky ostatní. Terapeuti se zajímají o vzájemné postavení členů rodiny (role a pozice) a o styl komunikace a to vše se snaží měnit postupně a cílenými zásahy. Systemický přístup usiluje na prvním místě o vyřešení problému, s nímž klienti přišli do terapie.

Transpersonální psychoterapie je tvořena řadou různých přístupů a volně navazuje na humanistickou psychoterapii. Inspiraci nalézá ve východních filozofických a náboženských systémech, šamanismu a psychoanalýze na jedné straně, na druhé straně využívá poznatků o vlivu psychedelických látek (LSD) na psychiku a chování člověka. Pomocí cvičení např. hluboké meditace dojde u klientů ke změně vědomí a uvolní se nevědomé, běžně nepřístupné psychické obsahy, které se následně zpracují psychoterapeuticky. Transpersonální psychoterapie usiluje o rozšíření vědomí tím, že na přechodnou dobu terapeutického sedění uvolní hranice osobnosti i její obranné psychické mechanismy, objeví se mimořádné psychické zážitky, které mohou mít i halucinatorní povahu. Má tendenci pro překračování osobního vědomí, časoprostoru a po dosahování „kosmického vědomí“, kdy se individualita utrácí. Terapeut je v roli průvodce, který nenápadně šíří celý proces. Transpersonální psychoterapie je vzdálená evropské myšlenkové a kulturní tradici, zdůrazňuje prožitek.

Eklektický přístup je v současné době nejrozšířenější, nalézá při pomoci lidem psychologickými prostředky největší uplatnění. Odpovídá svému názvu pocházejícího z řečtiny (eklektos – vybraný, vyvolený), neboť se jedná o výběr a kombinaci různých postupů a metod. Pojetí se uplatňuje v několika variantách: metody jsou užívány alternativně (jedna nebo druhá), diferencovaně (dle problematiky klienta), souběžně (více metod najednou) a postupně (v etapách nebo fázích terapie) (21).

Setkáváme se i s názvem „technický eklekticismus“, který vyjadřuje jeho podstatu, již je kombinace vybraných technik v jednu strategii. Psychoterapeuti na základě vlastní zkušenosti, také toho co ovládají a svých objektivních pracovních možností přizpůsobují terapeutický postup problematice klienta. Tento pragmatický přístup je

účinný, ale psychoterapeut si musí uchovat dostatečnou sebekritičnost vůči sobě i používaným technikám, nároky jsou kladeny na jeho svědomitost a odpovědnost (1).

1.3. Vztah mezi terapeutem a klientem

Léčení duše vyžaduje něco, co bylo až dosud trochu zanedbáváno a to doporučení nebo návod ke správnému jednání. Poměr mezi etikou a psychoterapií je na místě z řady důvodů. Vztah mezi terapeutem a klientem je zcela intimní a jiná jeho regulace společností je téměř vyloučena a proto se oba obory setkávají. Oba obory se zabývají lidskou vůlí ve všech jejích souvislostech velmi těsně. K důležitým bodům patří svědomí, tedy schopnost dopředu klást sobě samému úkoly a poté určovat to, co má být a zase zpětně nabývat pocitu viny týkající se vlastních skutků a otázka zdraví či normality vůbec. Obtížným úkolem v každé léčbě je odlišit psychologický a etický rozměr výčitek (2).

Psychoterapie je především jedinečným setkáváním jedinečných lidských bytostí, načež osobnost terapeuta bývá často důležitější než metoda, kterou v praxi používá. Svět současné psychoterapie je plný soupeření zastánců jednotlivých směrů, přitom všichni usilují v principu o jednu jedinou věc: o účinnou pomoc těm z nás, kdo ji opravdu potřebují. Nejlepší psychoterapie je taková, ve které s pomocí terapeuta dojdeme k cíli. Stanovení cílů v terapii není jednoduché. Psychoterapeuta vyhledáváme proto, abychom se zbavili svých úzkostí, strachů a obav. Složitost definování cílů terapie spočívá v tom, že teprve v psychoterapeutickém procesu si uvědomíme, co dalšího chceme odstranit a s čím potřebujeme pracovat. Obecně platí, že samotný psychoterapeutický proces je cílem, jelikož každé terapeutické setkání do jisté míry ovlivňuje naše myšlení, prožívání a jednání (8).

Postupně jsou odstraňována subjektivní omezení a mírněny zdravotní obtíže bránící klientovi v optimálním životě, jedinec se také učí žít jinak než dosud. Psychoterapií většinou rozšiřujeme i prohlubujeme pravdivé sebepoznání, zvyšujeme kvalitu klientova života. Uplatnění nalézá i při ovlivňování a prevenci nežádoucích

psychosomatických stavů člověka, kdy např. pomocí relaxačních cvičení působíme proti chronické bolesti, úzkostné tenzi a strachu (7).

1.4.1. Psychoterapie jako druh psychologické intervence

Psychoterapii považujeme za aplikovaný obor mající teoretickou část, také zdůrazňujeme její transdisciplinární povahu, což znamená, že nalézá uplatnění napříč obory, které dnes nazýváme pomáhajícími profesemi a kam také patří klinická medicína, poradenská a klinická psychologie, speciální pedagogika apod.

Psychoterapii si lze vymezit i jako interdisciplinární obor vycházející především z psychologie tím, že využívá psychologické poznatky a zákonitosti. Spočívá v intervenci uskutečňované psychologickými prostředky s cílem pomoci jedinci v dosahování normality. Normalitu chápeme jako život člověka žijícího a rozvíjejícího se společně s druhými a naplňujícího tak své pozitivní možnosti ve společenství s ostatními lidmi. Psychologickými prostředky tedy zvyšujeme kvalitu života (9).

Psychoterapeutický vztah je tvořen chováním terapeuta, které odpovídá jeho osobnosti a přístupu. Reaguje jím na projevy klienta a jeho problematiku. Profylaxe (primární prevence) odpovídá prevenci v medicínském pojetí a znamená opatření, jejíž cílem je zamezit vzniku a rozvoji nežádoucích a psychických a somatických stavů majících za následek poruchu zdraví (14).

Terapie (sekundární prevence) je léčbou v běžném slova smyslu. Znamená užití psychologických postupů, jimiž mírníme a odstraňujeme poruchu zdraví. Cílem terapie je „*restitutio in sano*“ (obnova zdraví). Psychoterapie se stala nutnou součástí komplexní léčby při ovlivňování mnoha dalších zdravotních potíží, například somatoformní poruchy, jež se v praxi překrývají s psychosomatickými poruchami. Všude nalézá systematická i podpůrná psychoterapie uplatnění a nevyužívat jejich možností dnes již znamená neléčit klienta *lege artis* (17).

Rehabilitace (terciální prevence) v psychoterapeutickém významu znamená psychologickou intervenci, pomocí které usilujeme o zmírnění následků poruchy zdraví.

V praxi to znamená reaktivaci a sociální začlenění klienta do života. Cílem rehabilitace je „restitutio ad integrum“ (návrat do původního stavu) (21).

1.4.2. Předmět psychoterapie

Předmětem psychoterapie je lidské zdraví a jeho poruchy, prevence, léčba a rehabilitace těchto poruch z hlediska možností jejich ovlivňování komunikační a vztahovou cestou. Využívá se zde poznatků psychologie a přístupů psychosomatické medicíny. Psychoterapeutický pohled na zdraví a jeho poruchy má výhodu v tom, že se opírá o psychologické vědění (např. o psychologii osobnosti, vývojovou psychologii) a psychodiagnostické postupy, umožňující přesné zjišťování psychických vlastností, struktur, procesů a projevů člověka včetně jeho chování. Důraz je položen na diagnostiku osobnosti, její strukturu a dynamiku, a to nejen aktuální, ale i ve vývoji (ontogenetické hledisko), a na diagnostiku základních a revalentních meziosobních vztahů člověka (22).

V současné době se řada lidí (potencionálních klientů) dostává k psychoterapii díky vlastní sečtělosti. Zajímají se o člověka a jsou zvyklí číst literaturu. Jiní se dostávají k psychoterapii díky zvědavosti a zvědavosti vůči sobě samým. Jedná se většinou o lidi mající v sobě řadu vnitřních pochybností a rozpolcenosti. Ty zajímá především psychoterapie proto, aby svým pochybnostem a problémům porozuměli (11).

Existuje jenom malé procento lidí, kteří se sebou problémy nemají. Otázka zní, jak tyto problémy se sebou samým kdo řeší.

V mnoha případech se psychoterapeuti stávají právě lidé, kteří se sebou měli nebo mají problémy, tak jako většina populace.

Kdo nikdy neprošel svou hlubokou osobní krizí, nepoznal bídu své vlastní existence a svého vlastního já, kdo neprožil zklamání ze sebe samého, nebude mít nejspíš takový talent a cit k druhým a k jejich trápení. Pokud ale člověk své osobní trápení zvládne, může z něj vyjít posílněn (18).

1.4.3. Současné směry psychoterapie

Současné směry psychoterapie lze představit vyložením jejich teorie, praktických postupů a na výzkumech založené účinnosti. Vznik směrů souvisí většinou i s osobností jejich zakladatelů a s událostmi v jejich životě, které je ovlivnily. Byli to např. Sigmund Freud, který měl staršího autoritativního otce a hezkou mladou matku, pak tedy nepřekvapí, že vytvořil učení o Oidipovském komplexu, charakterizovaném zamilovaností syna do matky a rivalitou ve vztahu k otci. Carl Rogers vyrůstal v protestantské fundamentalistické rodině pod značným tlakem náboženských norem, a tak lze pochopit, že se proti nim vzbouřil a vytvořil učení o svobodném rozvoji osobnosti. Z Josefa Wolpeho se snažila jeho ortodoxní babička učinit zbožného příslušníka pravověrného židovství, což přispělo k jeho zájmu o ateistické pojetí člověka. Viktor Frankl na sobě zažil jako vězeň koncentračního tábora situace ohrožující života a důstojnost člověka, a tak se otázky životního smyslu, hodnot, spirituality a přesahu do života posmrtného odrážejí v jím vytvořeném směru, logoterapii. Původně ortodoxní freudovské psychoanalitiky Alberta Ellise, Arona Becka, Frederika Perlse nebo Erika Berna začalo časem nudit sedět za hlavou pacienta a po řadu let pětikrát týdně naslouchat asociacím s pomalým odhalováním vytěsněných obsahů a emocí. Nejspíš to neodpovídalo jejich osobnostem: aktivnímu, bojovnějšímu, hůře ovládanému temperamentu. Proto první dva vytvořili nezávislé, ale i hodně si podobné přístupy racionální a kognitivní psychoterapie. Perls u zaměření na potlačené pocity zůstal, ale začal je vyvolávat do vědomí pomocí zneklidňujících aktivizujících technik. Byl zakladatelem Gestalt psychoterapie, zaměřené na přítomnost a na prožívání a vyjadřování emocí. Berne začal terapeuticky pracovat na didaktickém upravování problematické mezilidské komunikace (transakce) (23).

1.4. Úzkost a somatické projevy

Krok k tomu, že jedinec dostane odvalu vyhledat terapeuta je, že úzkost a z ní vyplývající tělesné projevy ho začnou natolik obtěžovat, že naruší jeho běžný životní styl. Úzkost plní po tisíce let svou nezaměnitelnou a pozitivní roli v našich životech. Spolu se strachem nás chrání před reálnými nebezpečími, ale vede nás i ke zdravé zdrženlivosti, bystří naše smysly a připravuje nás na optimální fyzický a duševní výkon. Úzkost nám umožňuje čelit světu, který je nejistý. Tělesné projevy úzkosti, jako rychlá srdeční akce, pocení či celková nevolnost, nejsou vedlejším účinkem tohoto emočního stavu, ale jeho častým vyústěním. Vyústěním někdy tak nesnesitelným, naplněným děsem a obavami z vlastního nebytí, že je nutné vyhledat odbornou péči. Základní forma úzkosti mívá podobu nervozity, od níž je odvozen i pojem neuróza. Dalším synonymem pro úzkost je vnitřní napětí (tenze) a neklid, nebo mučivý pocit. Úzkost je jedna z mnoha psychických bolestí, je nepopsatelná a nenapodobitelná (8, 13).

Nejdůležitějším znakem, který tvoří základní kámen budoucí stavby života bez chorobné úzkosti, je důvěra v terapeuta a jeho schopnosti. Důvěra v jeho moc měnit život jedince nikoliv, ale v jeho lidskost, pravdivost, upřímný zájem o člověka a jeho trápení. Také důvěra v jeho vzdělávání a zkušenosti. Terapeut je průvodcem a spolupoutníkem, ale i strážcem tajemství jedince. Většina zásadnějších problémů, které máme ve vztazích s jinými lidmi se promítanou i do našeho vztahu s terapeutem, a to s tím rozdílem, že v terapii lze příčiny těchto problémů lépe identifikovat a pochopit jejich podstatu. Můžeme detailně hovořit o našem utrpení, co při něm prožíváme, kde a kdy se masivní úzkost objevuje nejčastěji a čeho se bojíme. Následně se můžeme začít věnovat hledání souvislostí mezi prožívanou úzkostí a naším životním příběhem. Úzkost může být hluboce zakořeněna v našem dětství, může se odvíjet od faktu, že děláme celá léta něco, co ve skutečnosti dělat vůbec nechceme („jdeme sami proti sobě“), nebo z naší urputné snahy udržet naživu vlastní zidealizovaný sebeobraz. Úzkosti mohou pramenit i z jiných zdrojů, které se v terapii postupně nacházejí a odkrývají. Můžeme se na ně dívat z různých úhlů a začínat chápat, proč reagujeme

v konkrétních situacích úzkostně. Terapeut nám při tom dodává sílu dál. Zjišťujeme tak, že naše úzkost má většinou své identifikovatelné příčiny a nevzniká náhodně. Někdy nás varuje před špatnou cestou, jindy je jedinou možnou řečí duše a těla, která nám sděluje, co nechceme, nemůžeme nebo neumíme vidět, slyšet a cítit. Vědomí skutečnosti, že úzkost už není nepřítelem bez tváře, s nímž nic nezmůžeme, nás blíže posouvá k vyléčení (7, 11).

Neurózy, psychosomatická onemocnění a patologické reakce na zatěžující životní události jsou nejčastějšími příčinami strádání ve všech průmyslově vyspělých zemích. Proto je základní psychosomatická péče nutná, ale ve většině případů podceňována a jen zřídka přeceňována (19).

1.5.1. Základní psychosomatická péče

Základní psychosomatická péče patří k holistickým přístupům v psychosomatické medicíně. Vyžaduje duševní léčbu nemoci, která se orientuje podle aktuálního stavu nemoci. Zahrnuje následující cíle:

- Odstranění symptomů
- Zprostředkování vhledu do patogenních souvislostí (rozporupnosti, konflikty)
- Porozumění situaci, které vyvolává klinický obraz stavu
- Profylaktickou orientaci pacienta a jeho nejbližších osob (změnu způsobu života, překonání zábran, vyhýbání se konfliktním situacím) (19).

Hlavním trendem v psychoterapii v posledních letech je zahrnout do psychoterapie i tělo. Přesto je v minoritním postavení. Zájem o psychoterapii zaměřenou na tělo je aktuální, hlavní psychoterapeutické organizace nabízejí workshopy a semináře na téma práce s tělem (16).

Východiskem pro historické zkoumání těla v psychoterapii je Sigmund Freud. Ten tvrdil, že ego je především tělesným egem. To znamená, že prožitek ega se vyvíjí jako prožitek těla. Nedostatek určitých tělesných vjemů omezuje vývoj ega. Takže pokud dítě neprožije určité tělesné zkušenosti, nedojde u něho k vývoji ega v této

oblasti a bude mít „díry v osobnosti“. Změnu přináší poskytnutí tělesných zážitků, které k vývoji ega přispívají. V takových situacích je potřeba, aby psychoterapie poskytla pacientovi příležitost prožít dostatečné množství zážitků, které v jeho minulosti nebyly přítomné. Tudíž růst a vývoj ega přichází přes učení prožitkem (17).

1.5.2. Psychosomatická onemocnění

Psychosomatická onemocnění je možné chápat jako výraz poruchy klienta ve vztahu k jeho prostředí. Na rozdíl od zdravých lidí se těmto klientům nedaří ve vztazích s druhými lidmi uvést do harmonie svá přání, očekávání a naděje s tím, co je poskytováno prostředím. Většinou zde existuje nepoměr mezi subjektivními obtížemi a objektivním somatickým nálezem. Pacienti vyžadují přes opakované negativní výsledky nová vyšetření a ujištění na straně lékařů, že jejich projevy není možné vysvětlit tělesně. Symptomy se rozvíjejí často v těsném časovém vztahu k nepříjemným životním událostem a konfliktům. Tito lidé však nepřijímají psychické příčiny (19).

1.5.3. Gestalt terapie

Terapie orientující se na tělo je Gestalt terapie, která se provádí na oddělení na kterém pracuji, a kterou bych ve své práci více popsala. Přístup Gestalt terapie zahrnuje filozofickou pozici, teorii osobnosti a terapeutický styl. Filozofická pozice klade důraz na osobní odpovědnost, volbu a vztah Já – Ty. Znamená to zhodnocení uvědomění a prožívání toho co je spolu s poznáním paradoxu, že se člověk může změnit, když plně přijme a prožije kdo je. Tento přístup je holistický a pohlíží na člověka jako na někoho, kdo prochází homeostatickými potřebami. Terapeutický styl je zaměřený na podporu

pacientova uvědomění tady a teď. V tomto stylu jsou vytvořeny techniky, které zesilují pacientovo prožívání a umožňují mu psychodramatické prožití vlastního procesu (14, 20).

Je to humanisticky orientovaný psychoterapeutický směr založený v 60tých letech 20 století Frederikem Perlem. Čerpá z principů a jednoty a celosti Gestalt psychologie. Terapie probíhá individuálně i ve skupinách a zaměřuje se primárně na rozšíření uvědomění sebe sama a svého těla. Využívá k tomu dřívější zkušenosti, vzpomínky, emocionální stavy a tělesné vjemy (formou cílené práce s tělem). Úkolem terapeuta je zdůrazňovat nutnost uvědomovat si plně své pocity a předat klientovi vědomé odpovědnosti za jeho pocity, které byly popřené. Terapeut vede klienta k uvolnění emocí jako je vztek, radost a zármutek a umožňuje tak prožít pocit celistvosti a lidskosti. Může se i pracovat se vzpomínkami a minulými prožitky, které jsou zpřítomňovány pomocí specifických technik. K technikám gestalt terapie patří hraní rolí, prázdná židle, práce s podosobnostmi a další. Přínos gestalt terapie tkví hlavně v oblasti zaměření na mezilidské vztahy (25).

Základem terapie je stejně jako u jiných terapeutických směrů rozhovor a terapeutický vztah. Terapie je, po domluvě mezi klientem a terapeutem, také nezřídkou obohacována o tzv. "zážitkové experimenty", jejichž prostřednictvím si klient snadněji uvědomí, co a jak dělá a prožívá a co by v dané chvíli udělat chtěl či potřeboval. Součástí je i integrace takovýchto nových zkušeností do současného života klienta. Důležité je propojení mezi racionálním, emočním a tělovým aspektem člověka, které při různých psychických potížích může být narušeno.

Tématem terapie je jakékoli téma, které přinese klient. V GT se hodně věnujeme současnému životu, potížím a možnostem změny a zpravidla se cíleně nepátrá po příčinách v minulosti. Avšak stává se, že za současnými potížemi se odkryjí jejich kořeny v minulosti a pak se tématem může stát i minulost, dětství a důležité vztahy, které mohou být zdrojem dnes již nefunkčních způsobů chování, myšlení a prožívání.

Cíle gestalt terapie :

- zlepšení schopnosti uvědomění sebe sama (svých myšlenek, pocitů, potřeb, tužeb, tělového prožívání, chování)
- lepší sebepoznání, objevování sebe sama a svých možností
- poznat své potřeby a osvojit si dovednosti pro jejich naplnění bez zneužívání ostatních

Neuzavřeným(nedokončeným) gestalem může být nenaplněná potřeba, "neprožitá" potlačená emoce apod. Člověka pak stále zaměstnává tendence k dokončení tohoto "neuzavřeného gestalu". Uzavření gestalu je možné naplněním určité potřeby nebo smířením se s tím, že to není možné, které je spojeno s procesem truchlení. Dále se v gestalt terapii hovoří o tzv. fixním gestalu (fixed gestalt): jde o rigidní způsob organizace zkušenosti, o adaptaci související s nenaplněnou a potlačenou potřebou. Člověk pak reaguje stereotypním způsobem, kdykoli je původní potřeba znovu aktivována tak, aby se vyhnul problematickým prožitkům (např. smutku, bolesti, úzkosti, vzteku). Nereaguje tedy na současnou situaci, ale promítá si do ní minulost, reaguje, jakoby šlo o stejné ohrožení jako tenkrát. Chování, myšlení a cítění je pak stereotypní a nevědomé.

- schopnost žít v přítomném okamžiku
- přijetí zodpovědnosti za svůj život a za svá rozhodování
- přijetí sebe sama takového, jaký jsem, namísto toho, jaký bych měl být, včetně svých "odvrácených" stránek
- naučit se podporovat sám sebe v náročných situacích a také umět si říct o podporu v okolí tam, kde je to možné a kde se pro to člověk rozhodne

Toto jsou obecně formulované cíle psychoterapie; v konkrétním případě cíl terapie samozřejmě závisí zejména na tzv. "zakázce" klienta a na domluvě, kterou spolu klient a terapeut uzavřou (26).

1.5.4. Ošetřovatelský proces v psychiatrii

Ošetřovatelský proces v ošetřovatelské péči na psychiatrii. Sestra zaujímá v péči o duševně nemocné neobyčejně důležité místo. Je to především ona, která s nimi tráví velkou většinu své pracovní doby v bezprostředním kontaktu, což na její psychické i fyzické síly klade mimořádné nároky. Úzkostný klient naléhavě vyžaduje její blízkost, uklidňování a ujišťování. K posouzení a zvládnutí situace je nutno vcítit se do momentálního duševního rozpoložení klienta. To znamená mít schopnost empatie a znát problematiku duševních poruch. Vždy je nutno zachovávat psychoterapeutický přístup, snažit se klienta pochopit, vysvětlit, uklidnit. Velice důležitý je již kontakt s klientem při příjmu, kdy první dojem dokáže ovlivnit jeho další postoje na celou dobu hospitalizace. Sestra na psychiatrii pomáhá klientovi při řešení jeho problémů, ale i při kontaktu s klientem stále monitoruje jeho chování a reakce. Měla by sledovat i své chování a reakce vůči klientovi. Ošetřovatelský proces je efektivní prostředek k řešení problémů. Skládá se z následujících fází:

1. anamnéza - posouzení klientova somatického i psychického stavu
2. identifikace problémů klienta - ošetřovatelská diagnóza,
3. plánování péče – jádrem je vedení ke krátkodobým, úspěšně zvládnutelným cílům. Výroky sestry mají naznačovat a ukazovat objektivní cíle, kterých klient může dosáhnout metodou pomalých, postupných kroků, nemají mít donucovací charakter. Sestra může z mnoha problémů klienta vybrat ten, který se jí zdá nejsnáze zvládnutelný. Definovat jej klientovi a snažit se jej motivovat k jeho splnění.
4. realizace plánované ošetřovatelské péče, ošetřovatelské intervence – znamená vlastně intervenci zdravotníků, kteří vstupují mezi psychický problém a klienta. Snahou je ulehčovat klientovi řešení vlastních problémů. Intervence sestry zohledňuje diagnózu klienta, individualizuje terapeutický plán podle jeho reálných schopností. Pomáhá klientovi, aby pochopil celkový léčebný plán, snaží se o spoluúčast rodiny, vyzývá klienta k odpovědnosti za sebe a své zdraví.

5. hodnocení efektivity ošetrovatelské péče – spočívá v hodnocení klientových reakcí, přehodnocování jeho postojů a změn, jeho priorit. Důraz je kladen na dosažení vytyčených cílů (i když se třeba objevily nové problémy).

Do ošetrovatelského procesu zahrnujeme nejen klienta, ale i jeho rodinu. Cílem ošetrovatelského procesu je stanovení směru a struktury poskytované ošetrovatelské péče, která odpovídá biopsychosociálním a spirituálním potřebám klienta i rodiny. Ošetrovatelský proces je použitelný u rozličných klientů, což umožňuje jeho flexibilita a všestrannost.

Psychiatrické léčebny mají vypracovanou ošetrovatelskou dokumentaci, která je přizpůsobena charakteru diagnostické skladby klientů na oddělení (18).

Odborná způsobilost sestry je obsažena v zákoně 96/2004 Sb ve znění novely 189/2008 Sb. Ve sbírce zákonů č.424/2004 jsou ve čtvrté části uvedeny činnosti zdravotnických pracovníků po získání specializované způsobilosti.

Pro porovnání bych v bodech uvedla činnosti všeobecné sestry a sestry psychiatrické. Činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí:

Všeobecná sestra uvedená v § 49 až 59 podle zákona č.96/2004 po získání specializované způsobilosti vykonává činnosti podle § 4 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče, v oboru specializace, případně zaměření. Přitom zejména:

- a) bez odborného dohledu a bez indikace
 1. edukuje pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informované materiály,
 2. sleduje a vyhodnocuje stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílí se na jejich řešení,
 3. koordinuje práci členů ošetrovatelského týmu v oblasti své specializace,
 4. hodnotí kvalitu poskytované ošetrovatelské péče,

5. provádí ošetrovatelský výzkum, zejména identifikuje oblasti výzkumné činnosti, realizuje výzkumnou činnost a vytváří podmínky pro aplikaci výsledků výzkumů do klinické praxe na vlastním pracovišti i v rámci oboru,
 6. připravuje standarty specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti,
 7. vede specializační vzdělávání v oboru své specializace;
- b) na základě indikace lékaře
1. provádí přípravu pacientů na specializované diagnostické a léčebné postupy, doprovází je a asistuje během výkonů, sleduje je a ošetřuje po výkonu,
 2. edukuje pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.

Psychiatrická sestra

(1) Psychiatrická sestra vykonává činnosti podle § 48 při péči o pacienty s duševní poruchou a mentálně retardovanými. Přitom zejména

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. provádí poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace,
2. koordinuje spolupráci mezi lůžkovým zařízením a terénními službami, aktivně pracuje s osobami určenými pacientem, společně vytváří podmínky pro návrat pacientů do vlastního sociálního prostředí,
3. sleduje chování pacientů z hlediska včasného zachycení nastupující krize;

b) pod odborným dohledem lékaře nebo klinického psychologa

1. podílí se na krizové intervenci,
2. podílí se na psychologické pomoci rodině.

(2) Psychiatrická sestra se zaměřením na psychoterapii vykonává činnosti podle odstavce 1 a dále se v rámci psychoterapeutického týmu podílí na zabezpečení psychoterapeutické péče. Přitom zejména

- a) bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje psychoterapeutickou podporu;
- b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie, dětská psychiatrie nebo gerontopsychiatrie nebo na základě indikace klinického psychologa

1. provádí pomocné psychoterapeutické techniky včetně individuálních psychoterapeutických rozhovorů,
 2. zajišťuje psychoterapeutický režim oddělení;
- c) pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie, dětská psychiatrie nebo gerontopsychiatrie nebo klinického psychologa provádí skupinovou psychoterapii.

Cíle a hypotézy

Cíle práce

Cílem této práce bylo zmapovat s ohledem na kompetence všeobecné sestry efekt psychoterapie po absolvování šestitýdenní terapeutické skupiny.

Druhým cílem bylo zjistit, jakým způsobem a zda vůbec může sestra ovlivnit psychosomatické potíže klientů v průběhu absolvování skupiny.

Hypotézy

Pro dosažení vytyčených cílů byly stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza č.1: Klienti vstupující do psychoterapeutické skupiny očekávají vyřešení svých problémů v krátkém časovém intervalu bez ohledu na svou diagnózu.

Hypotéza č.2: Klienti vstupující do skupinové psychoterapie upřednostňují řešení svých psychosomatických obtíží medikamentózní léčbou, zatímco v závěru skupinové psychoterapie dávají přednost psychologickým prostředkům jejich zvládnání.

Hypotéza č. 3: Průběh psychosomatických potíží klientů během absolvování skupiny může sestra ovlivnit svým profesionálním přístupem, identifikací problémů a stanovením správné související ošetrovatelské diagnózy.

3. Metodika

Použitá metoda

V rámci kvalitativního výzkumu byl sběr dat realizován pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Pro rozhovor byly vytvořeny rámcové okruhy otázek. Některé informace byly čerpány ze zdravotnické dokumentace klienta. Výstupy rozhovorů představuje 10 kazuistik, které byly následně analyzovány s ohledem na jednotlivé výzkumné okruhy, respektive společné znaky. Všichni respondenti vyjádřili souhlas s výzkumem a i s uveřejněním výsledků.

Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvořilo 10 klientů. Z toho 5 žen ve věku 42, 35, 46, 55 a 40 let. Mužů taktéž 5 ve věku 41, 35, 59, 34 a 30 let. Výběr klientů byl zaměřen na dvě uzavřené terapeutické skupiny. Jeden z respondentů jako jediný ukončil uzavřenou terapeutickou skupinu týden před ukončením. Všech ostatních devět ukončilo zdárně terapeutickou skupinu plánovaně po uplynutí šesti týdnů. Rozhovory probíhaly ve dvou fázích. Na začátku skupiny a jejím ukončení. Šlo o zmapování, zda klienti absolvují skupinu poprvé, co očekávají, jak jsou aktivní ve spolupráci. Dále jakým způsobem zvládají své panické ataky a úzkosti, jakým způsobem jim ještě sestra může pomoci a jestli dávají přednost medikamentóznímu způsobu řešení svých psychosomatických obtíží před relaxačními technikami.

Výběr klientů byl zaměřen na celkový psychický a zdravotní stav, ochotu a schopnost spolupracovat. I přes časovou náročnost jsem se snažila vytvořit pro všechny respondenty standardizované podmínky rozhovoru.

4. Výsledky

Kazuistika 1

Pan L. 39 let se léčí ambulantně v psychiatrické ambulanci již od 20-ti let. První potíže nastaly na vojně, kdy začal pociťovat první příznaky svých výčitek, že nezvládá vše jako ostatní. Byly na něho od dětství kladeny velké nároky, které těžce nesl a měl pocit, že nenaplní očekávání svých rodičů.

Na vojně mu byl poprvé doporučen psychiatr, kterého klient údajně nezajímal. Nasadil mu léky a nezajímal se ani o účinek. Své stavy výčitek popisuje tak, že se postupem času prohlubovaly a připadal si, že nic dobře nezvládá. Přidaly se somatické potíže, jako bolesti žaludku a hlavy. Nakonec doma zkolaboval. Příznaky byly stejné jako i infarktu myokardu. Následovala série interních vyšetření. Výsledky vyšetření neprokázaly žádné vážnější somatické onemocnění. Začal tedy navštěvovat pravidelně psychiatra a byly mu nasazeny antidepresiva a anxyolitika.

Pro psychoterapii se rozhodl sám na doporučení svého psychiatra. Chtěl změnit svůj přístup k životu. Měl neustálé výčitky vůči své osobě, své nedokonalosti. Nechápal a nelíbila se mu společnost ve které žije. Uvědomoval si, že to začalo výchovou od dětství. Zjistil, že s ním bylo od dětství manipulováno a provází ho to celý dosavadní život.

První psychoterapeutickou skupinu absolvoval před 12-ti lety. Po absolvování se cítil zprvu dobře, ale odmítal provést určité změny ve svém životě. Tyto změny se měly týkat například zaměstnání nebo odpočinku ve volném čase.

V červnu, loňského roku, absolvoval psychoterapeutickou skupinu podruhé. Rozhodl se tak proto, že doma narůstaly problémy s manželkou i se syny. I když bydlel se svojí rodinou, tak se cítil sám, neboť měl pokoj jen sám pro sebe. Snažil se dodržovat dietu s nízkým obsahem živočišných tuků, ale jeho manželka dietu nerespektovala. Klienta rozčilovalo, že si stále domů vodila kamarádku a chovala se k němu před ní hrubě, tato atmosféra mu vadila. Když bylo hezké počasí, tak prováděl práce kolem domu. Po této práci byl většinou tak vyčerpaný, že onemocněl. I když se doma nudil,

nechtěl chodit do hospody, protože by tam dost pil. Nikdo s ním doma nemluvil, proto byla jeho nálada stále horší.

V poslední době se přidružily poruchy spánku, zhoršení zažívacích potíží, měl velké bolesti hlavy, až migrény. Proto potřeboval upravit spánek, strávit čas mezi lidmi, aby se mu zvedla nálada.

Ve skupině se mu pracovalo dobře. Byl jediný muž mezi ženami. Chápal jejich psychické problémy. Dříve bral ohledy na všechny ostatní, protože tak byl vychován. Nyní se snaží již nebrat takové ohledy na svou ženu, dokáže říci lidem co chce. Myslí si, že ztratil svou ženu, nevychází s ní a neví jak to spravit. Myslí si, že už je pozdě.

Při úzkosti, kdy mu je velmi špatně, volí raději léky, než relaxační techniky. Pokud vede relaxační techniky personál psychoterapeutického oddělení, je klient schopen se soustředit a cítit i pozitivní účinek. Sám však není schopen zkoušet relaxační dýchání, neboť nemá trpělivost a je pro něho jednodušší si vzít lék.

Největším problémem ve skupině bylo pro klienta se otevřít před ostatními lidmi. Postupem času ale trému odboural a snažil se aktivně komunikovat.

Možné ošetřovatelské problémy:

Porušený spánek

Bolest

Úzkost

Kazuistika 2

Pan J. 35 let. Problémy, které J. má, začaly asi před 3 lety. Začal ztrácet na váze, neměl chuť, k jídlu a jídlo si sám jakoby „zaklínal“. Nemohl spát, neustále myslel na to, co v životě udělal dobře a co ne. Vyrůstal v rodině, kde rodiče byli velmi nároční na jeho prospěch ve škole, nesměl mít dvojky. Na gymnáziu si ale prospěch pohoršil, začal pít alkohol a střídal známosti.

Potom poznal svou studentskou lásku, jejich vztah vydržel nejdéle ze všech. Na vysoké škole poznal ženu, kvůli které studium ukončil. Vztah trval pouhé 3 roky. Pan J. rozchod nezvládl, protože tu ženu velmi miloval. Poté střídal známosti ještě intenzivněji, mstil se všem ženám. Měl špatné sny, zdálo se mu o všech těch jím zneužitých ženách. Věděl, že se mu tyto sny budou neustále vracet, proto navrhl sám sobě, že si vypracuje seznam a bude ženy vyhledávat a omlouvat se jim. Nedopracoval se k tomu. Snad až mu bude lépe a bude na to připraven. Asi 14 dní před nástupem do zaměstnání začal mít první problémy a to panické ataky, bolesti na hrudi, pocení. Cítil velkou beznaděj, chtěl skočit z okna. Psychiatr mu nasadil léky a jeho stav se upravil. Po nějakém čase začal opět pít. Protože pracoval jako prodejce luxusních aut, začal chodit k terapeutovi. Po 3 letech přestal pít. Užíval další léky a opět se jeho stav zhoršil.

Nyní je ženatý, má dceru a opět se jeho stav nachází v kritickém stavu. Manželka ho chápe a má v ní velkou oporu. Přesto je mu velmi líto, že k manželce necítí tolik lásky, jako cítil ke své velké a nevydařené lásce. Tuto skutečnost si uvědomil až v průběhu terapeutické skupiny.

Pro absolvování skupiny se rozhodl sám a poprvé. V ní byl pan J. aktivní a vstřícný. Je to velmi inteligentní člověk, který ví, co by chtěl a je ochotný pro to udělat vše. Se skupinou se snášel dobře, i když měl malý nadhled nad ostatními.

Po dobu trvání skupiny byl pan J. jednou doma na propustce. Velmi se těšil na svou ženu a dceru, ale zároveň cítil, že ještě není čas na to, aby vše zvládl.

Pokud pociťoval po sezení úzkost, řešil ji spánkem, sportem, či jinou aktivitou. Po dobu šesti týdnů si nepřišel ani jednou pro lék na uklidnění. Při panické atace upřednostňoval řízené relaxační dýchání vedené sestrou, sám by nebyl schopen.

Autogenní trénink zvládal dobře. Jeho kontrakt na začátku byl podívat se do svých stinných stránek – do sebevědomí. Uvědomil si, jak si váží své ženy a chtěl by jí to dávat více najevo.

Možné ošetrovatelské problémy:

Nedostatečná výživa

Úzkost

Strach

Porušený spánek

Kazuistika 3

Pan J. 58 let, porucha osobnosti s narcistickými sklony. Klient má za sebou dvě manželství. Nyní žije se svou přítelkyní a jejím synem. Syn je problematický, nesnese se s ním. Nutno podotknout, že má klient za sebou již dvě nevydařená manželství. Tvrdí, že s každou ženou postavil dům, měl děti, ale žena ho vždy nějakým způsobem zklamala. Nynější přítelkyni má snad rád, ale ženám už nevěří. A tak by chtěl, aby to tak zůstalo. Jeden z vytyčených cílů bylo přestat ženám věřit.

Pro absolvování terapie se rozhodl, už podruhé poté, co syn jeho přítelkyně ho fyzicky napadl. Nestalo se mu sice nic vážného, ale protože ho napadl ve tmě a zezadu, tak od té doby má strach z neznámých prostorů. Například se bojí přejít křižovátku nebo se zadržává v řeči. Měl velký problém si zvyknout na ostatní klienty. Kromě p. J. mladšího, se kterým byl na pokoji, se ostatním klientům zpočátku vyhýbal. Měl strach z hlasitější mluvy a pokud někdo z klientů při řeči mával rukama, dostal ihned strach a nemohl již pokračovat v dřívější započaté aktivitě. Uvědomoval si, jak ho ten strach ochromuje a velmi si přál, aby s ho co nejdříve zbavil.

Poprvé uzavřenou skupinu navštěvoval před deseti lety. Pomohla mu vyrovnat se s druhým rozvodem. Nyní v nynější skupině si dal za úkol, přestat věřit ženám. Ve skupině se mu pracovalo dobře, většinou měl se všemi přátelský vztah, jen se dvěma členy se moc nesnesl. Nutno podotknout, že má pan J. narcistické sklony a své vzdělání dával ostatním rád najevo. Někdy až provokativně opovrhoval reakcí některého člena skupiny, který vlastně situaci nevydržel a skupinu ukončil týden před jejím završením.

Po dobu terapie byl pan J. jednou na propustce, moc se mu domů nechtělo. Doma bylo napětí, nejspíš tento vztah taky skončí.

Relaxační techniky se dá říci, že zvládal dobře. Raději měl autogenní trénink, ale řízené relaxační dýchání také zvládal. S řízeným relaxačním dýcháním a autogenním tréninkem vedeným sestrou byl spokojen.

Neuvědomoval si, že by bylo ve skupině pro něho cokoliv nějakým problémem. Před propuštěním se p. J. cítil celkem dobře, byl schopen sám přejít přes přechod prochodce a v řeči tolik nezadržával. Věděl co ho čeká, spíše se chtěl zbavit svého strachu a začít znovu chodit bez obav mezi lidmi.

Možné ošetrovateľské problémy:

Strach

Úzkosť

Porušený spánek

Kazuistka 4

Pan J. 34 let, vyučen.

Pro skupinovou terapii se rozhodl poté, co už nemohl vydržet ovlivňování ze strany své matky. Narůstala u něho agrese (vyhodil počítač z okna), nemohl spát, začal znovu kouřit. Pan J. sám podotkl, že ví, že je nevyzrálý muž, který není schopen unést zodpovědnost sám za sebe. Terapii absolvoval poprvé a pracovalo se mu velmi obtížně. Nesnesl se s panem J. starším, který byl vůči klientovi velmi arogantní. S ostatními vycházel dobře, rozuměl si s nimi.

Propustku domů nevyužil, byl ve špatné finanční situaci, neboť ztratil práci. Chování pana J. staršího mu připomínalo chování jeho nadřízeného.

Téměř po každém sezení chtěl klient řešit svou úzkost medikamentózně. Relaxační techniky sám, ani pod vedením nezvládal a odmítal. Nebyl schopen se soustředit.

Největším problémem pana J. bylo to, že nebyl schopen navázat fungující vztah v terapeutické skupině s p. J. starším. Jejich rozhovory byly plné arogance a přehlížení ze strany p. J.

Asi týden před ukončením skupiny se klient rozhodl skupinu ukončit. Odcházel s velkým ukřivděním a pocitem viny, že opět utíká od svých problémů bez vyřešení. Ale za celou vzniklou situaci rozhodně nemůže sám.

Možné ošetřovatelské problémy:

Neefektivní zvládnání zátěže

Úzkost

Porušený spánek

Kazuistka 5

Mladý muž , 30 let, středoškolské vzdělání, ženatý. Před pěti lety mu tragicky zahynul bratr při autonehodě. Po několika dalších letech mu podobně tragicky zahynul bratranec. Klient pracoval jako číšník v Praze, kde poznal svou ženu. Jejich vztah trval s přestávkami několik let. Již v té době měl klient stavy naprostého nezájmu o okolí. Přesto patřil klient vždy k těm aktivním lidem, rád sportoval a měl rád společnost. Před třemi lety spolu s přítelkyní uzavřeli manželství, narodili se jim dvojčata. Bylo to pro něj náročné, byl přesvědčen o tom, že danou situaci nemůže zvládnout. V té době již bydleli u manželčiny rodičů a i když si s nimi rozuměl, připadal si nesamostatný a závislý na jejich pomoci.

Klient ztratil práci, nebyl schopen splácet dluhy, neměl chuť se starat o své dvě dcery. Pokusil se spáchat sebevraždu. Na doléčení byl přeložen na naše psychotherapeutické oddělení a byl zařazen do uzavřené skupiny. Absolvoval ji poprvé.

Ve skupině byl zpočátku velmi uzavřený, dělalo mu velké potíže se před ostatními otevřít. Postupem času se přece jen zapojil do spolupráce a otevřel se. S ostatními se snášel celkem dobře, byl oblíbený.

Propustku domů po 3 týdnech nevyužil, chtěl zůstat na oddělení. Manželka ho téměř denně i s dcerami navštěvovala. Druhou propustku strávil přece jen doma, manželka udávala, že celý víkend polehával, nechtěl s nikým mluvit. Dokonce ani děti ho nepřiměli k aktivitě.

Pokud po sezení pociťoval úzkost, řešil ji buď spánkem nebo sportem. Pravidelně běhal v areálu léčebny a cvičil v tělocvičně. Úzkost tedy řešil spíše psychologickými prostředky, než medikamentózně.

Autogenní trénink mu vyhovoval, s vedením sestry byl spokojen. Řízené relaxační dýchání nezvládal, neměl trpělivost.

Největším problémem pro klienta bylo, že si nedokázal přiznat, že mu nepomohou léky a nikdo mu nenařídí jak má žít svůj život. Ale, že by se měl zapojit více do terapie a uvědomit si, co pro to dokáže udělat.

Odcházel se smíšenými pocity. Na oddělení se cítil celkem dobře a myslel si, že je víceméně připraven řešit své problémy. Byl ovšem přesvědčen, že doma to asi nezvládne. Asi půl roku po absolvování skupiny se p. Aleš pokusil o sebevraždu podruhé. Byl hospitalizován v Praze.

Možné ošetrovatelské problémy:

Neefektivní zvládání zátěže

Riziko sebevraždy

Úzkost

Ochota ke zlepšení funkce rodiny

Kazuistika 6

Paní I., 42 let, rozvedená, dvě děti

Vyrůstala v rodině, kde se rodiče často hádali. Otec byl pedant. Byla by raději, kdyby ji uhodil, než o prohřešku dlouze mluvil. V dětství měla časté záněty středouší, prodělala dvakrát plastiku. Dostala naslouchadlo, za které se velmi styděla. Děti se jí vysmívaly. V 15ti letech měla nepříjemný zážitek. Jezdila do školy vlakem a v chodbičce se před ní obnažil muž. V 16ti letech dostala špatné známky ve škole. Ze strachu z otce spolýkala léky. V 18ti letech poznala manžela, chtěla rychle z domu. Třetí syn ji v pěti měsících v postýlce umřel, chtěla umřít taky, nezajímalo ji, že má doma ještě 2 děti.

Paní I. se nesmířila s rozvodem, dále bydlí v domě se svým bývalým mužem, jeho rodiči a jeho současnou přítelkyní. Trpí nespavostí, dyspeptickými potížemi, nedokáže se soustředit v zaměstnání. Pracuje na poště u přepážky, cokoliv ji rozpláče, nedokáže se ovládat. Bojí se, že se nedokáže postarat a uživit své děti.

Její ambulantní psychiatr ji doporučil uzavřenou skupinu, kterou absolvovala poprvé. Ve skupině byla uzavřená. Když reagovala, tak podrážděně, nebo ublíženě. S ostatními ve skupině se snesla dobře. Zpočátku terapeutické skupiny se klientka chovala velmi rezervovaně, měla stažené obličejové svaly. Dlouho je neuměla uvolnit, stále se snažila udržet v ublíženeckém postavení. Bylo jí velmi ublíženo a ona se díky tomu již nedokáže uvolnit. Později se přece jen uvolnila a spolupracovala.

Propustku domů odmítla kvůli neutěšené finanční situaci. Rodiče ani děti ji ani jednou nenavštívili. Bydliště bylo dost vzdálené a ani rodiče na tom dobře finančně nebyli. Nesla to těžce a bylo jí smutno za dětmi. Děti jí alespoň často telefonovaly a posílaly textové zprávy.

Při úzkosti se klientka snažila zvládat řízené relaxační dýchání s pomocí sestry, ale dělalo ji to problémy. Bez sestry to nechtěla sama vůbec zkusit. Autogenní trénink se jí líbil a zvládala ho dobře. Lék na úzkost si vzala pí. I. jen dvakrát za celou dobu hospitalizace. Ke konci terapeutické skupiny se jí přece jen dařilo zvládat úzkost psychologickými prostředky.

Největším problémem pro ni bylo mluvit o svém bývalém manželovi a pracovat na smíření. Uznala, že se jí to nepodaří dříve, dokud si nenajde jiné bydlení. Koncem skupiny lépe spolupracovala, již se nerozplakala při každém svém výstupu. Mluvila o tom, že je lépe připravená na komunikaci s bývalým manželem a v nejbližší době si najít jiné bydlení. Myslí si, že by se tím vyřešila podstatná část jejích problémů.

Možné ošetřovatelské problémy:

Úzkost

Strach

Nauzea

Riziko zhoršení rodičovské role

Únava

Kazuistika 7

Paní I. 35 let, středoškolské vzdělání, 2 děti

Vyrůstala v běžné sešrané rodině. Rodiče se rozvedli až v její dospělosti. V domě zůstala paní I. po rozvodu sama se sestrou, která to nesla velmi špatně. Od 15-18 let se rodiče hádali a rozdělili si péči o své dcery. Matka se starala o sestru a o klientku se staral otec. Paní I. si svého otce vážila a před matkou se ho zastávala.

Studovala ekonomickou školu v Praze, kde se seznámila s manželem. Manželství bylo zpočátku spokojené, ale později se jí spustily zdravotní potíže. Nevěděla, že jsou to somatické projevy jejích úzkostí. Zvracela a nemohla spát. Manžel neměl sílu to sni snášet a odešel od rodiny. Nejhorší byl rozvod, manžel ji vystěhoval z domu, jeden ze synů se pomočoval. Chodila do zaměstnání, ale nebyla schopna se soustředit a velice záhy měla v práci problémy. Její nadřízený ji doporučil, aby si hledala jiné zaměstnání.

Synové se velmi dobře učí. Bydlí nyní v domě se svým otcem, který ji velmi pomáhá.

Skupinu absolvovala poprvé na doporučení svého ambulantního psychiatra. Zpočátku byla velmi podrážděná, odmítala spolupracovat. Reagovala pláčem nebo vztekem. Postupem času se více otevřela a byla se schopna aktivně zapojit.

Propustku domů využila, těšila se na své děti. Paní I. se vrátila z propustky celkem spokojená, děti jsou v pořádku, otec se o ně dobře stará.

Úzkosti klientku velmi ovládají a nedokáže proti nim účinně bojovat. Po autogenním tréninku se cítila velmi unavená a roztěkaná, nedokázala se soustředit. S odborným vedením sestry nebyla spokojená. Řízené relaxační dýchání nezvládala ani na tři doby. Poté se jí motala hlava a nechtěla pokračovat. Raději řešila svou úzkost medikamentózně.

Největším problémem bylo pro paní I. její sebevědomí, styděla se za sebe. Chtěla by vyřešit svůj problém s nespavostí, najít sílu jít dál a ne pokaždé telefonovat otcí. Ke konci skupiny paní I. dokázala spát 6 hodin bez přestávky. Cítila se ráno lépe a

odpočatě. Klientka by chtěla získat sebevědomí, najít si přítele. Chtěla by být samostatná a dobře vychovat své děti. Není si jistá, jestli je připravena. Cítí se rozhodně lépe, než na začátku skupiny, ale mrzí ji, že se nedokáže vypořádat se svými úzkostmi psychologickými prostředky.

Možné ošetrovatelské problémy:

Porušený spánek

Úzkost

Strach

Porušená osobní identita

Kazuistika 8

Paní H. 46 let, vdaná, 2 děti, středoškolské vzdělání

Pro absolvování skupiny se rozhodla již podruhé. Poprvé to bylo na doporučení psychiatra před osmi lety. Bylo to na základě nepříjemně prožitého zážitku, kdy se dusila chrupavčitou částí kuřecího masa. Od té doby zažívala nepříjemné stavy panických úzkostí, nemohla se nadechnout. Také měla komunikační problémy s manželem a neuměla je řešit. Velmi se snažila narušenou situaci v manželství řešit, ale bez úspěchu. Rozhodla se věc řešit radikálně a odešla od manžela na dva měsíce. Po odluce se údajně jejich vztah zlepšil a soužití je nyní harmonické a klidné. První skupina jí pomohla účinně zvládat panické úzkosti. Naučila se relaxační dýchání, s odborným dohledem sestry byla velice spokojená.

Podruhé se rozhodla absolvovat skupinu pro neshody se svou snachou. Snacha je velmi materiálně založená a své děti k tomu vede také. Klientka ví, že je to vlastnost, která se těžko mění, ale narušuje to jejich vzájemné vztahy. Snacha i děti přestaly za klientkou jezdit na návštěvu. Syn za ní jezdí sám. To ji mrzí a nechce manžele popuzovat proti sobě. Ví, že bude velmi těžké se naučit se snachou komunikovat. Přesto by to chtěla zkusit a přimět ji k opětovnému navštěvování. Opět ji začaly panické úzkosti, které sice umí sama zvládat, ale chtěla by se naučit asertivně komunikovat a žít spokojený život se svou rodinou.

Ve skupině byla aktivní, otevřená a ochotná na sobě pracovat. S ostatními se snášela velmi dobře, byla přátelská. O to více ji mrzelo, že se nedokáže smířit se svou snachou. V průběhu terapeutické skupiny se snažila dvakrát snachu kontaktovat telefonicky, ale hovor vždy dopadl tak, že klientka byla rozrušená a k žádnému výsledku se nedopracovaly. Klientka sama byla po operaci slinivky a měla často bolesti, které jí pobyt znepríjemňovaly. Laboratorní výsledky byly v mezích normy. Bolest byla tedy řešena medikamentózně. Po několika dnech bolesti ustaly.

Na propustce doma se jí líbilo, byla spokojená, manžel byl na ni velice hodný. Jen kdyby tam byl i syn s rodinou. Ví, že první krok bude muset udělat sama. Chce ho

udělat, ale nevěří tomu, že snacha pochopí její snahu a bude k nim jezdit na návštěvu jako dříve.

Úzkost paní H. po sezeních pociťovala a řešila ji relaxačním dýcháním sama, nebo pod vedením sestry, se kterým byla spokojena. Autogenní trénink byl pro ni oblíbenou relaxací. Za celou dobu hospitalizace si klientka vzala lék na uklidnění jen jednou.

Ve skupině neměla paní H. závažnější problém. Naučila se určitému asertivnímu chování a je jen na ní, zda ho bude umět použít. Chtěla by, aby mezilidské vztahy pro ni nebyly tak zatěžující a nevyvolávaly jí panické úzkosti.

Možné ošetrovatelské problémy:

Úzkost

Strach

Bolest

Porušený spánek

Kazuistika 9

Paní Z. 55 let, vyučena, vdova, tři děti

Velice mladá se vdávala a brzy po sobě se jí narodily tři děti. Manžel byl o deset let starší. Když umřel, myslela si, že pro ni život skončil. Přestala chodit do zaměstnání, mezi lidi a nestarala se o děti. To trvalo do doby než se seznámila s nynějším přítelem. Vůbec si neuvědomila, jak její chování zapůsobilo na vztah s jejími dětmi. Dvě již dospělé děti s ní omezily kontakt. Třetí dcera se s ní stýká, ale cítí z její strany jen lítost bez lásky.

Pro absolvování skupiny se rozhodla sama na doporučení svého psychiatra a poprvé. Chtěla by se naučit komunikovat se svými dětmi. Ví, že jí vyčítají, že jim nebyla dobrou matkou, protože byla neustále velmi smutná, často polehávala v lůžku a nebyla jim schopna ani uvařit. Děti nakonec převzaly matčinu úlohu, staraly se o domácnost a vařily. Necháпали, že je pro ni přítel prioritou. Nemyslí si to, ale zároveň připouští, že bez muže nedokáže žít.

Ve skupině byla aktivní, ale zároveň nenechala samostatně pracovat ostatní a neustále jim do toho vkládala svoje pocity a rozdávala rady. Když se skupina ozvala odmítavě, reagovala podrážděně a cítila se nedoceněna. Skupina jí naznačila, že možná odtud pramení problémy, které má se svými dětmi. V žádném případě to nechtěla zpočátku připustit. Začas klientce poprvé došlo, jestli to tak opravdu není a co by pro to měla a chtěla udělat.

Na propustce doma byla, ale trávila ji jen ve společnosti svého přítele a poslední den přišla na návštěvu nejmladší dcera s dětmi. Přítel ji velmi pomáhá být sama sebou. Podporuje ji ve všem, co by chtěla v budoucím životě dělat. Společné plány mají, ale klientka by chtěla, aby v plánech figurovaly i děti. Děti však o přítele matky nemají zájem a to klientku mrzí a zatím neví, jakým způsobem věc vyřešit. Děti má ráda, ale jsou již dospělé a samostatné. S přítelem se nebude cítit osamocně.

Úzkosti klientka pociťuje často, ale neumí je sama, ani pod odborným vedením zvládat. Téměř po každém sezení požadovala lék na uklidnění. Návčik relaxačního dýchání vedeným sestrou odmítala a autogenní trénink nezvládala. Pokaždé se

rozplakala. Ke konci pobytu autogenní trénink zvládla, ovšem na řízené relaxační dýchání neměla trpělivost. Ke konci zvládla relaxační dýchání na čtyři doby. Byla mnohem pokornější a nechala ostatní hovořit tak, jak dlouho potřebovali a její zpětná vazba nebyla jen o její osobě.

Těšila se na své děti a vnoučata. Slíbila si, že svým dětem bude větší oporou a bude se snažit jim vynahradit léta, kdy se cítila velmi sama a nechala samotné i děti.

Možné ošetřovatelské problémy:

Úzkost

Strach

Konflikt rodičovské role

Kazuistika 10

Paní K. 40 let, rozvedená, středoškolské vzdělání

Klientka vyrůstala v rodině, kde byla matka velmi dominantní. Kladla na svou dceru velké nároky, musela se stále učit. Na sport a jiné aktivity mnoho času nezbývalo. Matka dceru za horší studijní výsledky trestala buď fyzicky, nebo zákazem jít mezi kamarády. V té době si klientka uvědomila, že vztah s její matkou byl velmi narušen. Připadala si i ve svém dospělém věku nezralá a nesamostatná. Po maturitě na střední škole poznala svého manžela a brzy po sobě se jí narodily dvě děti. Měla radost, že jsou děti schopné, sebevědomé a mají dobré výsledky ve škole.

Když byly děti téměř dospělé, uvědomila si, že manžel je agresivní. Zpočátku jen slovně, ale agrese narůstala a brzy nezůstalo jen u slov. Poslední kapkou bylo znásilnění. Podala žádost o rozvod. Děti za ní stály, měla v nich velkou podporu. Její matka jí naopak říkala, že v manželství se vše odpouští a rozhodně má zůstat se svým manželem. Matčino chování nemohla snést a přestala ji načas navštěvovat. Dočkala se výčitek všeho možného druhu a opět se nechala matkou ovlivňovat.

Klientky ambulantní psychiatr nabídl pí. K. uzavřenou terapeutickou skupinu, kterou absolvovala poprvé. Zkušenost s manželem a traumatický zážitek jí snížil sebevědomí. V zaměstnání se dostala na jiné odpovědnější místo a měla strach, že to nebude zvládat. Viděla zájem i ostatních kolegyní a nechtěla nové místo ztratit. Poslední dobou spala jen pár hodin denně, probudila se vždy k ránu unavená a vyčerpaná přemýšlením nad budoucností sebe, své práce i vztahu. Nynější přítel klientku povzbuzuje, mají společné zájmy a aktivity.

Ve skupině byla klientka aktivní, podávala i zpětnou vazbu. Asi po třech týdnech byla pí. K. uzavřená, téměř se svým okolím nekomunikovala. Oblékala si jen tmavé oblečení. Po pár dnech se její stav zlepšil, tmavé oblečení vyměnila za světlé. Tvrdila, že si musela sáhnout na dno, aby opět vystoupala nahoru. Úzkosti klientka pociťovala hlavně po jednotlivých sezeních, ale velmi dobře se s nimi dokázala vypořádat. Autogenní trénink ji vyhovoval a těšila se na něj. Řízené relaxační dýchání ji

zpočátku dělalo menší potíže, ale ke konci skupiny ho již plně zvládala sama. S vedením sester byla spokojená, jen u některých sester ji nevyhovovala intenzita a intonace hlasu. Svou úzkost řešila medikamentózně jen jednou za celou dobu pobytu. Ke konci šestitýdenní terapeutické skupiny rozhodně upřednostňovala řešení své úzkosti psychologickými prostředky, nežli medikamentózně.

Klientka byla po dobu pobytu jednou na propustce doma. Strávila ji se svým přítelem a druhý den společně s dětmi. Dokázala své matce říci, že ji v této době nenavštíví. Paní K. si myslí, že je víceméně připravena na konflikt s matkou. Řekne jí svůj názor a nenechá se sebou manipulovat. Řekla jí rovněž, že je pyšná na své děti, které jsou tak samostatné a sebevědomé. Je ráda, že nepřevzala způsob výchovy, který panoval u nich doma. Naučila se asertivním technikám a bude záležet už jen na ni, jakým způsobem to dokáže a zvládne.

Možné ošetřovatelské problémy:

Úzkost

Strach

Posttraumatický syndrom

4.11 Analýza případových studií

| Kazuistika | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|----------|-----|-----|-----|----------|-----|-----|-----|----------|----------|
| První absolvovaná psych.skup. | NE | ANO | NE | ANO | ANO | ANO | ANO | ANO | NE | ANO |
| Aktivní účast a spolupráce | ANO | ANO | ANO | NE | ANO | NE | ANO | ANO | ANO | ANO |
| Panické ataky a úzkosti | NE | ANO | ANO | ANO | ANO | ANO | ANO | ANO | ANO | NE |
| Zvládání relaxačních technik | ANO | ANO | ANO | NE | NE | NE | NE | NE | ANO | ANO |
| Lék nebo relaxace? | relaxace | lék | lék | lék | relaxace | lék | lék | lék | relaxace | relaxace |
| Spokojenost s rel. tech. provedené sestrami | ANO | ANO | ANO | ANO | ANO | ANO | NE | NE | ANO | ANO |
| Splnění kontraktu | ANO | ANO | ANO | NE | NE | ANO | NE | ANO | ANO | ANO |

Shrnutí

Poprvé se psychoterapeutické skupiny zúčastnilo 7 klientů z 10. Aktivně spolupracovalo 8 klientů z 10. panické ataky a úzkosti pociťovalo 8 klientů z 10. relaxační techniky zvládalo 5 klientů z 10. Přednost medikamentózní léčbě před relaxací dávalo 6 klientů z 10. S relaxačními technikami prováděnými sestrami bylo

spokojeno 8 klientů z 10. Splnit kontrakt alespoň bezprostředně po ukončení terapeutické skupiny se podařilo 7 klientům z 10.

5 Diskuze

Pojem psychoterapie se v naší společnosti objevuje stále častěji. Současný životní styl dnešní konzumní společnosti si únavou, vnitřními konflikty a zvýšenou úzkostí platí nepříjemnou daň.

V bakalářské práci jsem použila metodu kvalitativního výzkumu a to polostrukturovaný rozhovor, pro který byly vytvořeny rámcové okruhy otázek. Některé informace byly čerpány ze zdravotnické dokumentace. Výsledky rozhovorů byly zpracovány do 10 kazuistik. Cílem práce bylo zmapovat s ohledem na kompetence sestry efekt psychoterapie po absolvování šestitýdenní uzavřené terapeutické skupiny.

Odborná způsobilost sestry je obsažena v zákoně 96/2004 Sb ve znění novely 189/2008 Sb. Ve sbírce zákonů č.424/2004 jsou ve čtvrté části uvedeny činnosti zdravotnických pracovníků po získání specializované způsobilosti.

Klíčové kompetence všeobecné sestry jsou tedy hlavně edukace klientů ve specializovaných ošetrovatelských postupech, sledování a vyhodnocování stavu klientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílí se na jejich řešení.

Mezi klíčové kompetence psychiatrické sestry patří sledování chování klientů z hlediska včasného zachycení nastupující krize, poskytování psychoterapeutické podpory a provádění pomocných psychoterapeutických technik včetně individuálních psychoterapeutických rozhovorů.

Stanislav Kratochvíl ve své publikaci *Základy psychoterapie* uvádí, že při hodnocení efektu psychoterapie používají různá pracoviště různé metody, což způsobuje, že se jejich výsledky dají obtížně srovnávat. Řada významných amerických autorů zabývajících se výzkumem psychoterapie sestavili přehled různých druhů účinku psychoterapie. Přihlíželi k tomu, aby zvolené metody mohly poskytnout základní informace o stavu klienta na začátku a na konci terapie a aby byla zařazena většina základních hledisek posuzování a) klientem, b) terapeutem, c) relevantní osobou z klientova okolí a d) nezávislým klinickým pozorovatelem. Vedle vytváření a používání dotazníků a škál, v nichž se u všech klientů zkoumaného souboru používají a hodnotí stejné otázky či položky jako jednotné měřítko úspěchu, vznikla také tendence

provádět posuzování, které mají u každého klienta na zřeteli jeho specifické potíže a problémy.

Druhým cílem bylo zjistit, jakým způsobem a zda vůbec může sestra ovlivnit průběh psychosomatických potíží klientů po jednotlivých sezeních. Výzkumný soubor tvořilo 10 klientů, z toho 5 mužů a 5 žen. Ženy byly ve věku 42, 35, 46, 55 a 40 let. Muži ve věku 41, 35, 59, 34 a 30 let. Výběr klientů byl zaměřen na dvě uzavřené skupiny. Rozhovory probíhaly ve dvou fázích. Na začátku a po skončení skupiny. Jednalo se o zmapování, zda klienti absolvují skupinu poprvé, kdo jim ji doporučil a co od ní očekávají. Dále jakým způsobem zvládají své panické ataky a úzkosti. Dávají přednost medikamentózní léčbě před řízenou relaxací vedenou sestrou? A jak jsou s vedením sestry spokojeni. Součástí rozhovoru byla také otázka, jak klienti zvládli propustku domů. Pro většinu klientů to nebylo jednoduché. Po prvních třech týdnech terapie si někteří klienti uvědomili a pojmenovali svůj problém. Nyní, i když měli ve své rodině podporu, chtěli s rodinnými příslušníky o problému hovořit a ne všichni se setkali s kladným přijetím.

Poprvé absolvovalo skupinu 6 klientů z 10. Všem šesti klientům skupinu doporučil jejich ambulantní psychiatr. Ostatní, to znamená 4 z 10 klientů se na terapeutické skupině dohodli se svým psychiatrem společně, protože už měli první zkušenost a věděli co je čeká. Jejich první zkušenost jim pomohla provést určité změny ve svém životě a proto věřili, že jim druhá zkušenost pomůže také, nehledě na zhoršené psychosomatické potíže.

Aktivně se podílelo na spolupráci ve skupině 8 z 10 klientů. Téměř všichni měli zpočátku problém se před ostatními otevřít a hovořit o svých problémech. Postupem času se jim to celkem dařilo. Vzniklo mezi nimi společenství a vzájemně se podporovali. Nejtěžší byla pro klienty sezení, kde měli prezentovat svůj život a pojmenovat svůj problém. Dále co by měli pro vyřešení udělat a jestli jsou toho schopni.

Panické ataky, nebo úzkosti pociťovalo 8 z 10 klientů. Většinou se u klientů dostavovaly v průběhu po jednotlivých sezeních, nebo po rozhovoru s rodinným příslušníkem. Zvládnout panickou ataku a úzkost pomocí relaxačních technik se dařilo 5 z 10 klientů. Pro klienty, kteří skupinu navštěvovali podruhé bylo snadnější úzkost

zvládnout relaxací, než medikamentózně. Více než řízené relaxační dýchání klientům vyhovoval autogenní trénink. Při úzkosti, která pro ně byla jistě velmi nepříjemná neměli trpělivost pro relaxační dýchání a raději volili medikamentózní léčbu. Pro tuto léčbu by se rozhodlo 6 z 10 klientů.

S relaxačními technikami, přístupem a vedením sester bylo spokojeno 8 z 10 klientů. Všechny sestry na našem oddělení mají psychiatrickou specializaci. Relaxační techniky sestry naučili na našem oddělení terapeuti.

Čelit svému problému a pracovat na něm se pokusilo 7 z 10 klientů. Otázkou zůstává, nakolik se jim podařilo čelit svým problémům v domácím prostředí. Jestli budou klienti schopni provést určitou závažnou změnu ve svém životě, tak aby se jim lépe žilo. To znamená, že je nejspíš čekají taková rozhodnutí, jako opustit svého nynějšího partnera? Najít si jiné zaměstnání? Nechat sebou dále manipulovat ze strany rodičů, či jiných lidí? Určitě z toho všeho vyplývá, že nejvíce záleží na člověku samém, pro jaké rozhodnutí se rozhodne a nakolik svůj život změní. Pro klienty, kteří mají dobrý základ ve své rodině, mají sebevědomí a víru, tak pro ně tyto atributy představují velký předpoklad pro nastavení změn ve svém životě.

Odborná literatura hovoří o psychoterapii v souvislosti vždy s psychiatrem, psychologem, či terapeutem (23, 21). Nemyslím si, že by sestra nutně měla absolvovat jakýkoliv výcvik v psychoterapii. Spíše by každé takové oddělení mělo své sestry pravidelně školit v odbornosti ve vedení při relaxačních technikách. A určitě by také mohly sestry se souhlasem klientů navštěvovat buď jednotlivá sezení, nebo se zúčastnit celé šestitýdenní akce.

Psychologické prostředky, kterými působí sestra na klienta jsou všechny, které působí na psychiku člověka. Řeč sestry má svou formální i obsahovou stránku. Patří k nim i naslouchání, mimika a ostatní výrazové prostředky. U klientů s neadaptivním postojem a chováním by měla sestra použít metodu nácviku, učení a tréninku. Základním prostředkem mezi zdravotníkem a klientem je jejich vztah. Narušená činnost organismu, na kterou psychoterapie působí se může týkat jak psychických procesů a osobnosti, tak somatických procesů a orgánových funkcí. Zde hraje důležitou roli funkce sestry jako taková. Musí se umět vyvarovat chyb při stanovení ošetřovatelských

diagnóz, neboť právě zde hrozí, že zamění somatické obtíže způsobené úzkostí s projevy závažnějšího interního rázu a naopak.

Sestra může u klientů nacvičovat sociální dovednosti např. dodržování hygieny, pitného režimu, chování u stolování atd. Tyto činnosti patří do kompetencí všeobecné i psychiatrické sestry. Návuk učení a tréninku provádí sama, pokud je vysoce specializovaná, pokud ne, provádí tyto činnosti pod dohledem lékaře či klinického psychologa.

Psychoterapie však může ovlivňovat i somaticky podmíněné stavy a může být součástí komplexní léčby v celé medicíně. Odbornou psychoterapii tedy provádí terapeut a zdravotník by měl profesionálně zvládat produktivní chování. Což je kladný psychoterapeutický přístup, který přispívá psychologickými prostředky k dosažení záměru léčby. Prvky podpůrné racionální psychoterapie se mohou uplatnit na všech úsecích práce sestry. Od získávání sesterské anamnézy přes poskytování informací k diagnostickým a terapeutickým činnostem až po edukaci klienta.

Při technikách odreagování se zneškodňují patogenní působení negativních emocí tím, že se nechávají znovu proběhnout za terapeutických okolností. Princip odreagování známe v běžné podobě: „ventilace“. Klient se spontánně „vyhovří“ a „vypláče“ a pocítí úlevu, aniž by mu zdravotník poskytl jakoukoliv jinou pomoc, doporučení nebo radu. Problémem jsou klienti, kteří se odreagovávají bezohledně na úkor jiných klientů. Sestra by tyto tendence neměla podporovat, ale měla by takového klienta vést ke kázi, ohleduplnosti a většímu ovládní. Opačným problémem jsou klienti ve svých projevech zabrždění, s vysokým sebeovládáním, sebekontrolou či nesmělí. U těchto klientů je účelné, aby sestra sama dokázala vystihnout správnou chvíli a našla si v době relativního klidu na oddělení čas si s nimi popovídat, dát jim příležitost k tomu, aby s ní mohli promluvit o tom, co je trápí, aby jim pomohla vysvětlit to, na co se nedovolili zeptat.

6 Závěr

Tématem mé práce bylo zmapovat „Efekt psychoterapie z pohledu sestry“. Ošetřovatelské postupy při poskytování péče o klienta na psychotherapeutickém oddělení patří taktéž do oblasti péče poskytované sestrou. Úzkost plní po tisíce let svou nezaměnitelnou a pozitivní roli v našich životech. Spolu se strachem nás chrání před reálnými nebezpečími, ale vede nás i ke zdravé zdrženlivosti, bystří naše smysly a připravuje nás na optimální fyzický a duševní výkon. Úzkost nám umožňuje čelit světu, který je nejistý. Tělesné projevy úzkosti, jako rychlá srdeční akce, pocení či celková nevolnost, nejsou vedlejším účinkem tohoto emočního stavu, ale jeho častým vyústěním.

Jedním ze stanovených cílů bylo zmapovat s ohledem na kompetence všeobecné sestry efekt psychoterapie po absolvování šestitýdenní terapeutické skupiny. Po vyhodnocení všech 10 kazuistik jsem cíl víceméně splnila. Druhým cílem bylo zjistit, jakým způsobem a zda vůbec může sestra ovlivnit psychosomatické potíže klientů v průběhu absolvování skupiny. Psychosomatické potíže vyvolané jednotlivými sezeními ve skupině ovlivnit sestra nemůže, ale může ovlivnit jejich průběh dobře odvedenými relaxačními technikami a svým holistickým přístupem ke klientovi.

První hypotéza byla potvrzena. Většina klientů byla přesvědčena, že budou schopni čelit svým problémům a nastolí ve svém životě určité změny, které budou nutné k tomu, aby se jim jejich život zkvalitnil. Otázkou zůstává, nakolik se jim to v domácím prostředí podařilo a kolik toho byli schopni obětovat. Zde by byl možná další zajímavý výzkum, který by se zabýval efektem psychoterapie a anamnézou po roce po ukončení uzavřené psychotherapeutické skupiny.

Druhá hypotéza potvrzena nebyla. Zabývala se otázkou, nakolik jsou klienti schopni řešit své psychosomatické obtíže psychologickými prostředky oproti medikamentózní léčbě. Výsledky z rozhovorů ukázaly, že 6 klientů z 10 dávalo přednost medikamentózní léčbě. Třetí hypotéza poukazovala na to, jakým způsobem může sestra ovlivnit průběh psychosomatických potíží během jednotlivých sezení. Klienti, kteří se po skupině necítili dobře byli dále edukováni sestrami, které je měly ve

své individuální péči. Prováděli s nimi pomocné psychoterapeutické rozhovory a relaxační techniky. Výsledky ukázaly, že jsou klienti s relaxacemi vedenými sestrami spokojeni. Třetí hypotéza byla tedy s ohledem na výsledky potvrzena.

V rámci vzdělávání sester a další motivace v jejich práci by se mohly konat různé odborné semináře, kde by se sestry zdokonalovaly v relaxačních technikách.

Nejdůležitějším znakem, který tvoří základní kámen budoucí stavby života bez chorobné úzkosti, je v první řadě důvěra v terapeuta, ale i v ošetřující sestru.

7 Klíčová slova

Empatie

Ošetrovatelský proces v ošetrovatelské péči na psychiatrii

Psychoterapie

Relaxační techniky

Tělesné projevy

Úzkost

8. Seznam použitých zdrojů

1. ANDRLOVÁ, M. *Současné směry v české psychoterapii: rozhovory s významnými psychoterapeuty*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 222 s.
ISBN 80-7254-603-1
2. BENSON, NIGEL, C., *Psychoterapie*. Praha: Portál, 2005. 175 s.
ISBN 80-7367-005-4
3. BOUČEK, J. *Psychoterapie*. 2. dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 47 s. ISBN 80-244-1517-8
4. FRANKL, VIKTOR, E. *Psychoterapie pro laiky*. Brno: Cesta, 1998. 158 s. ISBN 80-85319-80-2
5. GEIST, B. *Autogenní trénink duševních sil*. Olomouc: Votobia, 1998. 88 s. ISBN 80-7198-349-7
6. HAŠTO, J. *Autogenní trénink*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 52 s.
ISBN 80-7254-516-7
7. HUČÍN, J. HONZÁK, R. *Hovory o psychoterapii: Péče o duši současného člověka*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 189 s. ISBN 80-7178-525-3
8. JANÍČEK, J. *Když úzkost bolí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 203 s.
ISBN 978-80-7367-366-6
9. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. 383 s. ISBN 80-7367-122-0
10. PESECHKIAN, N. *Psychoterapie v každodenním životě: jak se účinně vypořádat s konflikty*. Brno: Cesta, 2000. 269 s. ISBN 80-7295-010-X
11. POHLER, G., KUFNEROVÁ, Z. *Relaxace a zdolávání stresu: praktický úvod do relaxačních metod*. 1. vyd. Praha: Ivo Železný, 1995. 117 s.
ISBN 80-237-2401-0
12. PRAHA: SVOJTKA, & Co., *Autogenní trénink: cesty k vyrovnanosti a uvolnění*. 1. vyd. 2008. 96 s. ISBN 978-80-7352-818-8
13. PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, J. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 226 s. ISBN 80-7367-079-8

14. PRAŽSKÝ PSYCHOTERAPEUTICKÝ INSTITUT, *Psychoterapie má mnoho tváří*. Praha: Pražský psychoterapeutický institut, 2001. 31 s.
ISBN 80-85319-80-2
15. RŮŽIČKA, J. *Psychoterapie: sborník přednášek 1*. Praha : Triton, 1992. 212 s.
ISBN 80-900904-6-X
16. SMITH, E. *Tělo v psychoterapii*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 205 s.
ISBN 978-80-7367-144-0
17. SVOBODA, M. *Psychoterapie: Hypnosugestivní a imaginativní metody*. 2. dotisk. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990. 92 s.
ISBN 80-210-0149-6
18. ŠLAISOVÁ, I., HOSÁK, L., MICHÁLKOVÁ, V. *Ošetrovatelství v psychiatrii: pro bakalářské studium*. [S.I.] : Nucleus HK, 2004. 89 s.
ISBN 80-86225-51-8
19. TRESS, W. *Základní psychosomatická péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 495 s. ISBN 978-80-7367-309-5
20. TIMUL'ÁK, L., KRÍŽOVÁ, J. *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru: integrativní rámeček*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 181 s.
ISBN 80-7367-106-9
21. VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. 339 s. ISBN 80-247-0723-3
22. VYMĚTAL, J. *Speciální psychoterapie: úzkost a strach*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství Jiří Kocourek, 2000. 481 s.
ISBN 80-86123-15-4
23. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1992. 170 s.
24. ZEIG, JEFFREY K. *Umění psychoterapie*. Praha: Portál, 2005. 710 s.
ISBN 80-7178-972-0
25. http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/g/gestalt_terapie
26. <http://www.volny.cz/silvie.strukova/gestalt.html>

9. Příloha

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

1. Proč a jakým způsobem jste se rozhodl pro psychoterapeutickou skupinu?
2. Absolvoval jste ji poprvé?
3. Co pro vás předešlá skupina znamenala?
4. Jak se Vám ve skupině pracovalo?
5. Jak zvládáte a prožíváte propustky domů?
6. Jak zvládáte relaxační techniky na potlačení úzkostí?
7. Je pro vás jednodušší řešit vaši úzkost medikamentózně? Či zkoušet relaxaci?
8. Co pro Vás byl ve skupině největší problém?