



## Případová práce - Tereza

*Tereza, 25 let, svobodná, bezdětná*

### Z anamnézy

Klientka vyrůstala v úplné rodině společně s mladší sestrou. Vztahy v rodině byly značně narušené. Doma si klientka připadala jako „vetřelec“. Její matka se léčila pro depresi, její otec spáchal sebevraždu. Se svým otcem si klientka nerozuměla. Vždy tíhnul více k sestře, klientku bil a říkal jí, že je tlustá, měla na něj zlost. Matka klientku podporovala hlavně finančně, v minulosti za ni řešila řadu problémů. Sestra cca 5 měsíců užívala pervitin a poslední čtyři roky abstinguje. Se sestrou si klientka nikdy nerozuměla, vzájemný vztah popisuje klientka jako hrozný a v kontaktu nejsou. V minulosti měla klientka partnery z okruhu uživatelů drog či lidí, jež měli problémy se zákonem. Poslední partner byl násilník. Je vyučena v oboru administrativní pracovník, pracovala různě jako prodavačka. Bydlela u rodičů, u známých, v toxi bytech, na ulici.

### Průběh pobytu a terapie:

#### 1. měsíc léčby:

Do TK ji přivezla matky z léčebny po krátkém detoxu. Od začátku léčby dávala klientka důraz na dodržování pravidel, díky tomu měla časté konflikty s ostatními. Silná až urputná byla její motivace k plnění svých povinností a dodržování pravidel. Byla oceňovaná za dobře splněnou práci, díky které získávala pro sebe potřebnou sebehodnotu, především na začátku léčby. I přesto často zpochybňovala vlastní hodnoty, měla negativní vztah ke svému tělu. Na začátku léčby jsme měli i podezření na poruchy příjmu potravy vzhledem k opakovaným epizodám s jídlem. Postupně a pomalu začala vytvářet vztahy s ostatními ve skupině, které provázela zatím skrytá agrese. Agresivní chování u sebe klientka znala z minulosti a sama nás na budoucí projevy své nevladatelné agrese předem připravovala. Za verbální agrese byla vyloučena z předešlé komunitní léčby. Již od začátku se u klientky objevovaly situace, kdy docházelo k nenápadnému překračování nepsaných pravidel komunity. Častěji se opakovali silně prožívané stesky po matce, se kterou měla, z pohledu matčiny podpory, až symbiotický vztah. Vztahy si vytvářela až s přehnanou, a do velké míry dětsky sobeckou, péčí o ostatní. Snadno pak byla zneužitelná ve své ochetě pomáhat druhým. Hodně jí chyběla uvolněnost, klid a spokojenost sama se sebou.

Klientka se na úvod léčby účastnila skupin/pracovních modulů „**Motivy k násilnému chování**“ a „**Násilí ve vztahu**“. Zde jsme se zaměřili na hněv jako základní motiv pro agresivní chování. Funkce hněvu, jeho různé formy. Důsledky toho, jak prožíváme hněv, pro sebe i pro okolí, naše vztahy, naši sebehodnotu. Jakou roli hraje v hněvu pocit nespravedlnosti, pomsta. Jak poznám, že jedním spravedlivě, co to je spravedlnost a co mě v tom ovlivňuje. Jak s tím souvisí pocity viny a pocity vlastní hodnoty. Klientka měla možnost sdílet s ostatními i své zkušenosti s prožitou agresí a násilím ve vztazích.



## 2. měsíc léčby:

Ve skupině měla konflikty s ostatními kvůli neplnění povinností, především v práci, podle jejích představ. Vytvořila si dobré vztahy s pracovní terapeutkou, kterou vnímala jako autoritu. Mezi holkami ve skupině byla spíše osamocená. Její vztahy působili spíše povrchně a technicky a svoji pozornost více upínala na materiální hodnoty a potřeby. Na skupině mluvila otevřeně o tom, co se v komunitě děje, pak měla výčitky a se všemi se snažila udobřit, měla problém neztrácet jistotu ve svém přístupu a silné obavy ze ztráty budovaných vztahů. Postupně se zintenzivňoval kontakt s rodinou, kdy ale nedokázala odmítnout přehnanou finanční i morální podporu především matky. Jedním z hlavních témat v léčbě se stala její manipulace a sobectví, a také malá schopnost zvládat odmítání spojená s její potřebou sobecky vztahy „uhlazovat“. I přesto, že deklarovala silnou motivaci k léčbě, začal se postupně ukazovat její skrytá druhá tvář, agrese a impulzivita. Tohoto tématu se týkaly také časté myšlenky na minulé i potenciální vztahy s muži, kdy nedokázala své vtahování k mužům vidět realisticky, dospěle a bez rizik, ale spíše sebedestruktivně.

V této fázi léčby byly pro klientku užitečné moduly „**Konstruktivní podávání kritiky**“ (na úvod teoretický výklad se zapojením skupiny, porozumění významu kritiky v kontextu tématu agrese. Využití otázek z modulu, jak, kdo přijímá nebo dostává kritiku, jak se v tom cítí, co je pro něj těžké, uváděli jsme konkrétní příklady) a „**Jak poznám, že jsem ve vztahu s násilníkem? Jak na to budu reagovat? Jaké obrany před uvědoměním používám**“ (Otázky 1. jaké partnerské vztahy byly pro mě důležité a proč? 2. Setkali jste se v minulosti ve svých partnerských vztazích s násilím a v jaké podobě? 3. Jak si omlouváte nebo zlehčujete násilné chování partnera? 4. Proč zůstáváte ve vztahu, i když se v něm objevuje násilí, 5. Jak by vypadal nouzový plán na opuštění partnera?)

## 3. měsíc léčby:

V náročných, zátěžových situacích fungovala v klidu, s prací neměla problém, ta ji nestresovala, byl na ní spoleh. Opakovalo se její dětské až hysterické chování, provázené jejím silně prožívaným zmatkem ve vztazích, a ve skupině získala i roli „marnotratné dámy“, která touží po ocenění. Situace byly často silně prožívané, spojené s pláčem i zlostí. Snažila se plnit funkce na 150%, byla pak vyčerpaná, ale tímto způsobem stále nezískávala větší spokojenost, klid a pokoru. Od ostatních dostávala podporu v tom, že se může vybrečet i naštvat, když se jí nedaří, když nejsou věci dost dobře udělané, když nejsou věci tak jak je chce ona. V odpovědnějších rolích byla více netrpělivá a v napětí a bylo pro ni těžké dávat hranice ostatním. Postupně byla podporována, aby svůj vztek a nespokojenost upouštěla a nedusila v sobě a zažila tak ve vztazích neodmítání. V dospělých rolích v komunitě si ale opakovaně prosazovala své způsoby řešení situací, odmítala dialog a byla neústupná. Byla konfliktní v situacích, kdy nebylo po jejím. K povinnostem svým i ostatních byla perfekcionistická, se silnou potřebou držet se svého jasného a jediného možného plánu a nastavených cílů, a občas při tom zapomínala na druhé.

Intenzivní byl pro klientku skupinový modul „**Práce s agresi a její zvládnutí**“

(Použili jsme modelové věty z „násilnického slovníku“ a překládali je do českého jazyka. Klienti si následně představovali situace, za kterých sami používali násilnické věty a snažili je překládat. Klienti oceňovali přínosnou teorii, někteří se nezapojovali, protože byly pro ně některé vzpomínky těžké.)



#### 4. měsíc léčby:

I přesto, že byla adaptována v léčbě a přestoupila do vyšší fáze, byla stále sama velmi znejištěná a hodně emoční, zda se dost stará o komunitu, o sebe. Zažívala pro sebe náročné, vyhocené, emoční situace. Situace provázely její silné manipulace, zpochybňování a devalvování vztahů, léčby, všeho. Měla silné chutě odejít ze situací za každou cenu, provázené změnou nálad, od lítosti po agresi. Její dekompenzovaný stav vyústil v krátkodobou hospitalizaci na psychiatrickém oddělení mimo TK. Po návratu do komunity byla nadále znejištěná ve vztazích, pocitech a své roli, ale dařilo se jí pokračovat v léčbě. Proto, že překročila kardinální pravidla komunity ve svém agresivním chování, byla vytvořena společná dohoda o potřebě držet hranice a dohody, vracet do reality a být nohama na zemi, a oceňovat za konkrétní dílčí kroky v léčbě.

V tomto období klientka více pracovala na skupině „**Vliv psychoaktivních látek na chování**“ („Uvědomit si, že užívání psychoaktivních látek s sebou přináší nežádoucí změny chování v podobě agrese či její oběti.“ Při zneužívání psychoaktivních látek může vzniknout agresivita na základě: akutní intoxikace, na základě příznaků z vysazení, jako následek dlouhodobého zneužívání, kdy si jedinec opatřuje prostředky ke koupi další drogy. K násilí se tedy uživatelé uchylují buď v důsledku účinků drogy, nebo aby na ni získali prostředky. Oba tyto stavy mohou mít zároveň vliv na vznik role oběti agrese (násilí), a to jak akutní intoxikace (riziko znásilnění), nebo s cílem získat prostředky (zneužívání). Psychoaktivní látky jsou spíše katalyzátorem násilí, nežli jeho základní příčinou. Zda se agresivita projeví, nebo ne, závisí z velké části na osobnosti dotyčné osoby. Pracovali jsme ve dvojicích – vzpomenout si na své stavy pod vlivem a prožívanou agresi, popřípadě roli v agresivním chování – popisujeme konkrétní situace.) a také na skupině „**Jak rozeznávat násilí ve vztahu**“ (Na začátku práce ve dvou skupinách, popis různých forem násilí a agrese ve vztazích. Doplněný od nás o teorii. Otázky pro skupinovou práci: Setkali jste se v minulosti s násilím ve vztahu u sebe nebo ve vašem okolí? Jakou mělo podobu? Co dělat v případě, že se ve vztahu začnou objevovat známky násilí? Každý ze skupiny se vracel ke svým situacím prožité agrese, v roli agresora nebo oběti. Pak jsme skupinu vyzvali, jaké formy agrese zažívají tady v komunitě, nebo je možné, že se tu můžou odehrávat. Nejčastější verbální a pasivní agrese, ponižování a vyhrožování druhým, ignorace, arogance, zesměšňování, shazování, zneužívání moci ve funkci, nátlak na druhého. U některých jsme pojmenovali i téma, rizika agrese ve vztahu k druhým a na co se zaměřovat.)

#### 5. měsíc v léčbě:

Od začátku měsíce stále hodně v tématu rodina, jejího ne/přijetí především od otce. Vracela se do dětské role, měla nereálná očekávání, postupně se zklidňovala Často přicházela se směsí výčitek, ambivalentních pocitů, požadavků a přání a stížností ohledně toho, jací by ostatní měli být, jaký táta je a měl by být. Ke skupině má stále odstup po své hospitalizaci v PN, snažila se dodržovat pravidla a režim a své plány. Měla jasný cíl dosáhnout úspěšného konce léčby. V této době ji bylo velmi těžké s něčím konfrontovat. Snažila se mít ze sebe lepší pocit, sportovala a více se objevovalo téma vztahů s muži a chuť na sex A také téma dětské potřeby její blízkosti s druhými a zvládání odlišných postojů druhých, jejího respektu. V komunitním dění prožívala opakovaně své potřeby jako nenaplněné, komunita se jí snažila zpomalovat, nepřijímat její tlak i roli „chudinky“. Pro porušování pravidel komunity, porušování bezpečných výjezdů, ohrožení členů komunity, byla vyloučena z léčby. Odmítla nabídku na krátký plánovaný odchod, odmítla zprostředkování DC s chráněným bydlením i ambulantní formu následné péče.



### **Závěr a co se ne/povedlo:**

V průběhu pobytu se objevovaly klinické fenomény, které lze spojovat s hraniční organizací osobnosti, konkrétně s anankastickou poruchou osobnosti nebo s OKP (neurotická porucha). Velký důraz na kontrolu, perfekcionismus na úkor flexibility, opakující se nepříjemné myšlenky s rituály v chování. Oceňování za dobré výkony spojené s terorizováním okolí. Dominujícím faktorem může být i potřeba závislosti vůči rodičům a zlost spojená s jejich neuspokojením. Prožívání pocitově s velkou nejistotou, nadměrnou svědomitostí, lpěním na detailech, tvrdohlavostí. Také zvýšená nerozhodnost, pochyby vedoucí k vyčerpání, ohrožení intimitou, která vzbuzuje nepříjemná přání a pocity, které se snaží maskovat. Agresivní chování pak jako reakce na snahu o větší přiblížení. Užívání drog jako důsledek kompulzivního chování.

Pracovních modulů se klientka účastnila spíše aktivně, v některých tématech, ale prožívala větší napětí a nedokázala se k tématům více připojit a pracovat na nich ve skupině. Za důležité v procesu léčby klientky pokládáme to, že přestala rodinu finančně využívat a osamostatňovala se, zvládala zátěžové a komunitní akce, zvýšil si částečně vlastní náhled na své dětské, impulzivní chování ve stresových situacích, v situacích, kdy se cítila nepřijímána, odmítána, zažila bezpečné prostředí v kolektivu, kde se cítila přijatá, pracovala se zvládnutím své agrese spojené s pro ni nedostatečnou podporou, zájmem a uznáním, pojmenovala si částečně témata a rizika k udržení dlouhodobé abstinence – komunikaci a sebeprosazení, zvládnutí změn, stresu a odmítání a vztahy k mužům.