

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**PARADOXY PODPORY, POMOCI A PÉČE
Paradoxes of support help and care**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Studijní obor: Husitská teologie v kombinaci s psychosociálními
studii**

Forma studia: prezenční

Vedoucí práce:

Prof. PhDr. Beáta Krahulcová, Csc.

Autorka:

Sylvie Stretti

Praha 2008

Ráda bych zde poděkovala všem, co mi pomohli při mé práci svými názory a odbornými radami, zvláště pak paní profesorce Beátě Krahulcové za její vedení. Velký dík také patří paní doktorce Monice Janíkové za její pomoc a spolupráci při sběru odborných informací k longitudinální studii. Dále bych ráda poděkovala všem členům rodiny z longitudinální studie – za otevřenost a velkou pomoc. Děkuji také své rodině za podporu při psaní práce a mnoho trpělivosti během psaní.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem: Paradoxy podpory, pomoci a péče, vypracovala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů. Dále prohlašuji, že jména ve studii jsou změněna v zájmu zachování anonymity a ochrany osobních údajů aktérů. Ze stejného důvodu nebude v této studii uvedena přesná diagnóza onemocnění. Longitudinální studie vznikla rozšířením kasuistiky Sylvie Stretti (roz. Achilleosové) z roku 2005 a se souhlasem všech členů rodiny. Další příklady jsou z mé osobní zkušenosti na lince důvěry.

V Praze dne 25.3.2008

.....
Sylvie Stretti

MOTTO:

„Neboť každý, kdo se povyšuje, bývá ponížen, a kdo se poníží, bude povýšen.“

Lk 14,11

ANOTACE / ANNOTATION

Tuto práci uvede pilotní longitudinální studie rodiny, která má člena se zdravotním postižením. Spolupráce s touto rodinou probíhá šest let a zahrnuje různé etapy jejich života a jednotlivé praktické příklady z jejich života se budou vyskytovat v dalších oddílech a kapitolách. Dále budou vymezeny základní pojmy – podpora, pomoc, péče – abychom mohli zjistit specifičnost potřeb jednotlivých členů rodiny. Vycházíme z hypotézy, že zaměňováním těchto pojmů dochází ke smývání hranic individuálních potřeb klientů. Následovat bude kapitola zaměřená na mocenského uplatňování v různých pomáhajících profesích, kdy vycházíme z hypotézy, že uplatňování moci je někdy nezbytné a ne vždy mít moc znamená ovládání druhých. V posledním oddílu se zaměříme na nutnost lidského přístupu ve všech pomáhajících profesích. Lidský rozměr je nutný pro vybudování důvěry a společně s literaturou bychom poukázali na přínos, který má pro klienta osobní vztah a bezpečné prostředí.

The opener of this thesis is a pilot long-term study of a family with a handicapped member. The author has followed this family for more than six years. Following chapters of the thesis include descriptions of different experiences of members of this family. In order to understand specific needs of the family the thesis defines basic concepts such as care, help and support. Confusion of these notions causes dissipation of borders between the individual needs of different family members. Next chapter deals with the use of power in different supporting professions, concluding that its application is desirable under certain circumstances. It demonstrates that the possession of power doesn't necessary lead to manipulation of individuals. The last chapter covers the need of humane approach in supportive professions as has been proven in literature. This quality is highly beneficial to the client.

KLÍČOVÁ SLOVA / KEY WORDS

- podpora, pomoc, péče, moc, individualita, sebereflexe, lidskost
- support, help, care, power, individuality, self-reflection, humanity

Obsah

ÚVOD	7
1 KASUISTICKÁ LONGITUDINÁLNÍ STUDIE RODINY, KTERÁ MÁ ČLENA SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	8
1.1 Rodinná Anamnéza.....	8
1.2 Osobní Anamnéza Honzy	9
1.3 Krizové momenty.....	19
2 TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ A SOUČASNÝ STAV VĚDĚCKÉHO POZNÁNÍ V OBLASTI FILOSOFIE A TEORIE POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ.....	29
2.1 Terminologické vymezení (Pojmový aparát).....	29
2.1.1 Podpora.....	30
2.1.2 Pomoc	32
2.1.3 Péče	34
3 MOC NEBO POMOC.....	39
3.1 Paradox moci při jednání s klientem.....	40
3.1.1 Hledisko sociálního pracovníka.....	40
3.1.2 Hledisko psychologa a psychoterapeuta.....	47
3.1.3 Hledisko lékaře.....	55
3.1.4 Hledisko duchovního	62
3.2 Lidský a individuální přístup	69
ZÁVĚR.....	72
SUMMARY	74
SEZNAM LITERATURY.....	75

ÚVOD

Důvodem pro sepsání této práce byla dlouhodobá, přesněji šestiletá, spolupráce s rodinou, které je věnována první kapitola. Tato rodina má zdravotně postiženého člena a musela se vyrovnávat nejenom s touto skutečností. Protože vlivem mnoha náhodných situací i zásahem mnoha odborníků pomáhajících profesí byl život rodiny ovlivněn, někdy směrem k lepšímu a někdy i horšímu. Vzhledem k autorčině blízkosti k této rodině a zároveň i prožití mnoha těchto zásahů společně s nimi bylo nasnadě se zamyslet nad uplatňováním schopností pracovníků z různých hledisek.

Vymezíme si pojmy podpora, pomoc a péče, které jsou často zaměňovány. Samozřejmě, že hranice mezi nimi není pevná, ale naopak je pružná a mnohdy spolu tyto pojmy souvisí. Ale je to i naopak, nesouvisí spolu vždy a ne vždy se doprovázejí. Pokud budeme tyto pojmy oddělovat, zjistíme na praktických ukázkách z příběhů členů rodiny odlišnost jejich potřeb. Vycházíme z hypotézy, že právě zaměňováním těchto pojmů dochází ke smývání hranic individuálních potřeb klientů, které jsou mnohdy odlišné, až protichůdné.

Následovat bude kapitola zaměřená na uplatňování moci, z hlediska různých pomáhajících profesí (sociální práce, psychologie a psychoterapie, lékařství a duchovní sféra). Zaměříme se na uplatňování moci, které je někdy velmi protichůdné, neboť někdy je jí použito v zájmu klienta a někdy k uspokojení potřeb pracovníka. Vycházíme z hypotézy, že uplatňování moci je někdy nezbytné a moc může být uplatňována například z důvodu naléhavosti situace, nikoli tedy jen k ovládnutí druhých.

Nakonec se zaměříme na lidský a osobní přístup při práci s klientem. Tento osobní přístup otevírá větší možnosti spolupráce a spolupodílení klienta na ovlivňování jeho vlastní situace. Neopomeneme zmínit i paradoxy, které právě lidský přístup v pomáhajících profesích přináší pracovníkům.

1 KASUISTICKÁ LONGITUDINÁLNÍ STUDIE RODINY, KTERÁ MÁ ČLENA SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Studie se bude zabývat speciálními potřebami, které vyplývají z péče o chlapce, který má zdravotní postižení - říkejme mu třeba Honza. Budeme vycházet především z Honzova pohledu a až druhotně budeme na věc nahlížet i pohledy ostatních členů rodiny, kterých se vše nepochybně dotýká a nějakým způsobem je ovlivňuje. Honza je dnes čtrnáctiletý kluk, kterému byla diagnostikována spinální svalová atrofie – autozomálně recesivně dědičná progresivní atrofie.¹

1.1 Rodinná Anamnéza

matka – 42 let; před krátkou dobou zemřela, do té doby v domácnosti (péče o osobu blízkou); zdráva ve smyslu anamnézy, ale vedením domácnosti a v důsledku náročné péče o dítě se speciálními potřebami trpěla chronickou spánkovou deprivací (protože Honza potřebuje polohovat – ještě přibližně před dvěma lety každých cca devadesát minut, v současnosti i po dvaceti až třiceti minutách - od raného dětství si dokáže přesně říci, jak chce otočit), měla silné bolesti zad, byla cca 10 let závislá na Neurolu a Hypnogenu – neboť předchozí

1

Autozomální dědičnost – dědičnost znaků či chorob, jejichž geny jsou umístěny na autozomech (chromozom, který se v tělesných buňkách jedince vyskytuje v páru (22párů), na rozdíl od dvou pohlavních chromozomů, které jsou odlišné) a jejichž dědičnost není ovlivněna pohlavím (VOKURKA 2005 s.89)

Recesivní dědičnost – účinek určitého genu se projeví jen tehdy, je-li v příslušném genovém páru stejná varianta tohoto genu (alela). Je-li gen uložen na autozomu, je k přenosu recesivně dědičné choroby nutný výskyt dané alely u obou rodičů (VOKURKA 2005 s.773)

Progresivní – postupující. Označuje často onemocnění, pro něž je typické postupné zhoršování (VOKURKA 2005 s.738)

Atrofie, spinální svalová atrofie – skupina onemocnění charakterizovaná zánikem části motorických buněk předních rohů míšních s následnou atrofií (zmenšení orgánu, úbytek jeho buněk) denervovaných svalů (VOKURKA 2005 s.845)

psychiatr řešil její deprese, úzkosti a vyčerpání pomocí medikace. Mimo medikace však potřebovala velké pochopení, podporu a pomoc po všech stránkách, toho se jí dostávalo až poslední rok, po změně lékaře, který se pokoušel o nahrazení léků a zmírnění její závislosti na lécích. Další komplikací jejího stavu byla postupná závislost na alkoholu, avšak jedině kombinace léků a alkoholu ji udržovaly v dostatečné apatii, aby fyzicky zvládla náročnou situaci – avšak tato kombinace léků, alkoholu a vyčerpání byla neúnosná.

otec – 49 let; pracuje v počítačové firmě; má dg. Bechtěrevovu nemoc², v létě roku 1998 měl CMP³ – doporučení, aby se vyvaroval nošení chlapce; celou rodinu finančně zabezpečuje, neboť náklady výrazně převyšují dávky sociální podpory

sestra – 23 let; studuje třetím rokem vysokou školu; měla pouřazovou epilepsii (poslední paroxysmus v 7 letech), jako malá byla často nemocná (nízká imunita) a trpěla častými bolestmi hlavy – útoky do nemoci, aby si jí někdo všiml; pomáhala matce s péčí o bratra během dne, kdy byl otec kvůli práci mimo domov a také již od konce střední školy chodí na brigády, aby co nejméně zatěžovala rodinný rozpočet; v současnosti se snaží zastoupit svou matku v péči o domácnost

1.2 Osobní Anamnéza Honzy

Z V. gravidity (1x porod, 2x UPT⁴, 1x sp.ab.⁵), průběh těhotenství bez obtíží, deset dní před porodem horečnatý infekt, porod ve 41.

² Bechtěrevova nemoc – zánětlivé onemocnění kloubů, postihující zejména klouby páteře, vyskytuje se převážně u mužů, v průběhu se objevuje omezení hybnosti a v neléčených případech může dojít ke ztuhnutí (VOKURKA 2005 s.103)

³ CMP – Cévní mozková příhoda

⁴ UPT – umělé přerušování těhotenství, interrupce

⁵ sp.ab. – spontánní abortus neboli spontánní potrat

gestačním týdnem, zkalená plodová voda, lehce hypotonický. Výška 54cm, váha 4130g, Apgar skóre⁶ 2-3-5-8. Domů šli desátý den po porodu, byl kojen a vcelku prospíval. Zrakem sledoval v šesti týdnech, ale motoricky se dále nevyvíjel, proto se podrobil v sedmi měsících neurologickému vyšetření. Nálezy byly: nezvedal hlavičku; neměl tendenci si sedat; nepřetáčel se na břicho, pouze na bok; lepší hybnost LHK⁷ než PHK⁸; hybnost dolních končetin minimální, jen několik centimetrů nad podložku; do sedu se nepřitahoval. Podstoupil biopsii svalu a periferního nervu, lékařské vyšetření zjistilo spinální svalovou atrofii. V nemocnici byl v doprovodu matky a vše proběhlo bez komplikací. Po vyšetřeních byli propuštěni domů s doporučením, aby jim byli poskytnuty veškeré sociální dávky a pomůcky, neboť jde o nemoc progredující, závažnou a kausálně neléčitelnou. Doporučili, aby chlapec pokračoval v racionální rehabilitaci a polyvitaminosní terapii.

Dále bylo rodičům řečeno, že se dožije maximálně osmnácti měsíců, což citelně poznamenalo celou rodinu. Trpěl velmi častými záněty horních cest dýchacích, pneumoniemi, které vyžadovaly častou hospitalizaci a rodina nikdy nevěděla, zda se chlapec vrátí domů. Během jednoho velmi těžkého zápalu plic bylo při hospitalizaci navrženo napojení Honzy na umělé dýchání, vyskytla se však reálná obava, že již nebude možné ho odpojit – tyto obavy jsou zde neustále. Tenkrát se rodiče rozhodli, že život na přístrojích by pro Honzu byl nesnesitelný, podepsali revers a zkusili s nemocí bojovat doma. Nakonec to s Honzou doma zvládli, i když výsledek nebyl předem jasný. Posledních sedm let nebyl Honzík vážněji nemocný (zápal plic apod.), měl jen mírné rýmy a kašle, nebyl tedy hospitalizován.

Osmnácti měsíců se Honza dožil a když mu byly dva roky, prognóza lékařů zněla opět konkrétně - dožije se maximálně tří let. V tuto dobu, kolem Honzových dvou let, se matka poprvé zhroutila a začala docházet

⁶ Apgar skóre – metoda umožňující rychlé a srovnatelné zhodnocení stavu u novorozence těsně po porodu, popř. opakovaně (VOKURKA 2005 s.63)

⁷ LHK – levá horní končetina

⁸ PHK – pravá horní končetina

na pravidelné psychoterapie. Od roku 1995 Honza docházel na pravidelné rehabilitace do denního stacionáře a po té, co se matka zhroutila, ho na doporučení začala adaptovat na denní pobyt ve stacionáři (nejdříve 2x týdně s maminkou, pak bez ní a postupně se jeho pobyt prodlužoval), od září 1996 tam byl Honzík každé dopoledne. Rodina využívala dopravy, kterou zajišťoval stacionář; s ní si pro Honzu vždy přijížděl asistent stacionáře – mladík na civilní službě⁹, který pro něj chodil do bytu, neboť rodina bydlela ve 4. patře bez výtahu a pro matku již nebylo fyzicky únosné nosit Honzu sama. Proto rodina podala kolem Honzových čtyř let žádost o výměnu bytu přes sociální komisi. Matka se tohoto kroku dlouho bála, protože měla strach, aby se toho dožil a aby svým krokem něco neurychlila. Mimo to byla také naučená plánovat maximálně týden dopředu. Nový byt, který jim byl přidělen, má dvě výhody – je v přízemí a zároveň je blízko stacionáře, proto přestali využívat dopravu.

Když mu bylo skoro čtyři a půl roku, začala dlouhá anabáze se sociálním úřadem o získání elektrického vozíčku, na které se podílela celá rodina společně s psychologkou stacionáře a dalšími odborníky. I když byl poměrně malý, jeho intelektové schopnosti byly nadprůměrné a velmi trpěl tím, že si o vše musel říkat. Byl velmi zvědavý, všechno chtěl vyzkoušet: maloval, modeloval, skládal puzzle, pracoval na počítači a vyprávěl příběhy a velmi trpěl nemožností pohybu. Dle reálného předpokladu by ho samostatný pohyb určitě udržel ve větší psychické pohodě, znamenal by pro něj možnost zábavy, hraní si s ostatními a také pozornost druhých – což by zvyšovalo jeho sebevědomí. Všechno dobře dopadlo a Honzík se může od září 2000 pohybovat na elektrickém vozíku sám. Velmi mu to prospělo, neboť má teď alespoň nějakou svobodu, může si za ostatními dojet, hrát si s nimi

⁹ Civilní služba byla alternativou za vojenskou nebo náhradní vojenskou službu. Tato alternativa byla pro ty, kteří z přesvědčení nebo náboženského přesvědčení nemohli nastoupit na vojenskou respektive náhradní vojenskou službu. Civilní služba byla zrušena k 22.12.2004 v souvislosti s profesionalizací armády. Tímto okamžitým zrušením přibýlo mnoho komplikací v sociální a zdravotnické oblasti, kde zůstalo po mladících v civilní službě prázdné místo a nebyl dostatek financí na zaplacení asistenta. S odstupem několika let se již našlo řešení, avšak stále je nedostatek personálu – především mužského, který je fyzicky silnější a zdatnější.

apod. a není už na druhé odkázán i při základní komunikaci, která byla závislá na příchodu někoho za Honzou. Jeho vozík musel být různě upravován podle Honzových potřeb (např.: pult s řídicí pákou uprostřed), v současnosti má již druhý, větší vozík. Společně z vozíkem byla v domě nainstalována rampa, která pomáhá překonat bariéru schodů k bytu.

V roce 2000 byl integrován do běžného typu základní školy a své spolužáky v lecčem přesahoval (znal např. všechna možná zvířata – hlavně všechny dinosaury apod., uměl skvěle vyprávět pohádky, vymýšlel si příběhy atd.). Zajímavostí, kterou nelze opomenout je fakt, že Honza je oficiálně osvobozen od školní docházky, což je samo o sobě velkým paradoxem: z hlediska verdiktu ministerských úředníků je Honza velmi nemocný a nepočítalo se s takto dlouhým životem, proto není nutné ho vzdělávat a na druhé straně z hlediska lidského je Honza velmi všestranně nadaný, chytrý kluk a nicnedělání by ho zlomilo. Ve škole se mu od počátku líbilo a v jeho postavení vůči spolužákům mu pomáhal i fakt, že není imobilní – ležící, ale že se může pohybovat sám a jeho vozík byl další zajímavou věcí, kterou si získal své spolužáky. Měl zpočátku hodně kamarádů, byl za hvězdu – půjčoval kamarádům vozík, povídal o zvířatech a tím byl velmi atraktivní. Jak roste, tak se začíná dětem vzdalovat, protože mají jiné zájmy a koníčky. Do první třídy nastoupil na dvě hodiny denně, vzhledem k tomu, že potřeboval polohovat a přebalovat (původně se ve stacionáři kolem dvou a půl let naučil čůrat do lahvičky, ale časem tuto schopnost ztratil). Do školy s ním chodil asistent, který byl původně na civilní službě ve stacionáři a pro Honzu znamenalo hodně, že do nového prostředí s ním šel kamarád a nemusel tedy mít strach ani z tak citlivé a intimní věci, kterou je již zmíněné přebalování. Od třetí třídy je ve škole na tři hodiny denně. Tato škola se velmi zapojuje do integrace žáků s handicapem, několik drobností by však stálo za změny či úpravy. Například, aby se nestěhovali žáci, ale pedagogové. Než se Honza přesune do jiné třídy, je konec přestávky, tím je minimálně se svými spolužáky a vztahům to tedy moc nepomůže.

Od roku 1998 se pokusil stacionář rodině ulevit a zrealizoval program tzv. respitní - odlehčovací péče, jinými slovy jeden víkend

v měsíci zůstane ve stacionáři osm nejvíce postižených dětí (mezi nimi i Honza), aby rodiče načerpali energii a vyspali se. U Honzika je to obzvláště nutné, protože se každých cca třicet minut probouzí, chce změnit polohu a rodiče jsou tedy nevyspalí. Součástí respitní péče je i týdenní pobyt v přírodě, který je realizován v červnu, tedy před prázdninami – je to velmi strategicky naplánované, neboť o prázdninách je stacionář v provozu jen částečně. Z počátku vše fungovalo velmi dobře, máma si odpočinula a Honzík si to užil. Ale během léta 2003 začal mít problémy s usínáním, začal plakat (dodnes nebyl schopen pojmenovat to, co ho tak děsí) a nechtěl ve stacionáři spát. Večer si ho brali rodiče domů, kde ho uspával táta, pak však nechtěl usínat ani s ním a chtěl jen mámu. Poté se terapeuticky pracovalo s ním i s rodiči a postupně začal tátou opět akceptovat. Výsledkem bylo, že o víkendu respitní péče za ním přišel večer otec a byl u něj dokud neusnul. Před spaním plakal, ale s tátou nebo s mámou usnul a z plakání se stal rituál.

Psycholožka stacionáře se domnívá, že důvodem jeho děsů je strach ze smrti, neboť toto téma je v jejich rodině tabu. Dalo by se říci, že tabu jen do jisté míry – neboť se smrtí se setkal vcelku záhy, když mu umřela psice se kterou měl velmi blízký vztah a tím se téma smrti v jeho blízkosti objevilo. V současnosti se snaží vyrovnat se smrtí matky, se kterou byl velmi citově spjat a smutek si chce zatím prožít sám. Za absolutní tabu je v rodině považována prognóza Honzovy nemoci, přesněji řečeno Honza neví o nemoci v tomto směru prakticky nic. Rodina s Honzou hovoří ve smyslu, že se čeká na vynalezení léku, po kterém se uzdraví. Je otázkou nakolik Honza tuší či nikoli – je to velmi bystrý a chytrý kluk, který si sám uvědomuje, co dříve zvládl a nyní nezvládne. Na druhou stranu je nutné si uvědomit, jaký je Honza bojovník a zda by tento boj nevzdal, kdyby věděl vše. Nelze opomenout fakt, že Honza může něco tušit a nemá s kým sdílet případné obavy. Vzhledem k Honzově povaze, je i v tomto směru otázkou, zda by vůbec o sdílení a verbalizování obav stál.

Pokud se vrátíme k respitní péči stacionáře, respektive k týdennímu pobytu v přírodě, Honzův stav tehdy ovlivnil i tyto pobyty. Na týdenních respitních pobytech v přírodě v roce 2004 a 2005 byl Honzův táta

s námi. V roce 2004 ho uspával a v roce 2005 už byl jen pro jistotu, aby si Honza mohl být jistý. Nakonec to Honza zvládl sám s asistentem a příště už jel bez táty. V současnosti se hledá optimální řešení ohledně spaní u Honzy, neboť po smrti Honzovi maminky jsou nutné změny, které vnímá celá rodina včetně jej samého. Není možné se věnovat práci/škole a zároveň se naplno věnovat péči o Honzu – včetně nocí.

Honza chodí do školy v místě bydliště, ale vzhledem k jeho specifickým potřebám je na oběd již ve stacionáři. Dále do stacionáře chodí na vířivou koupel (2x týdně), hippoterapii (1x týdně) a cvičení (denně). Od konce roku 2003 využívá nabídky volnočasových aktivit Jedličkova ústavu a účastní se kroužků: boccia¹⁰ a šachy (v současnosti již šachy ne). Co se týká hraní boccii je velmi zajímavé, že během jednoho roku co ji hrál, postoupil do první ligy. Rodina ho velmi podporuje ve všech aktivitách, především v boccie – na spoustu turnajů ho doprovází mnoho členů rodiny (rodiče, děda, strýcové s rodinami atd.) a přátel. Dlouho jezdil na turnaje s Honzou táta a asistent na bocciu, v současnosti jsou sponzorské peníze na hlídání, takže s Honzou jezdí mimo asistenta k boccie i asistent na hlídání – což je časová i energická úleva pro tátu. Další činnost, která Honzu baví je čtení, nejspíše by ho bavilo více, ale vzhledem k tomu, že má problémy s otáčením stránek a podat si knihu, je pro něj obtížné a nevěnuje mu moc času. Ale vzhledem k jeho širokému zájmu i knihy jsou velmi různorodé – mimo povinné školní četby také třeba fantasy, dále přečetl několik knih o buddhismu apod. Pravdou je, že více se zajímá o filmy, převážně ty dobrodružné a napínavé (Tolkienův Pán prstenů apod.), ať už v kině, na videu či v televizi.

Dalšími Honzovými radostmi jsou hlavně počítač (je to do jisté míry komunikační prostředek, ale nejraději má hry), jídlo (Doma mu říkali, že

¹⁰ Boccia – hra speciálně vytvořená pro lidi s handicapem (jakýmkoli druhem postižení – fyzickým, mentálním či kombinovaným), je velmi podobná hře Petanque, s rozdílem, že koule, kterými se vrhá jsou kožené plněné pískem. Pravidla – je jedna bílá koule tzv. Jack, ke které se snaží co nejvíce přiblížit hráči svými koulemi, kterých má každý šest (jeden má šest modrých druhý šest červených). Hraje se různým způsobem, záleží na druhu postižení, někteří mohou házet a jiní hrají za pomoci speciálně vyrobené rampy a s pomocí asistenta, který smí jen držet a hýbat s rampou, dle rozhodnutí hráče (nesmí se dívat na hru, pouze na svého hráče, nesmí mluvit apod.)

musí být silný a hodně jíst, aby se mohl uzdravit – ale teď už je tak těžký, že ho skoro nikdo neunes. Ale jídlo má rád, sleduje různé pořady o vaření a zná spoustu receptů.) a zvířata – hlavně psy. Když byl malý měli doma rotwailerku Káču, která byla jeho kamarádka a ochránkyně a její smrt těžce nesl. Asi za dva roky si pořídili černou labradorku Růžu. Dále má velmi rád lidi, nejen své příbuzné (ty samozřejmě především) jako rodiče, sestru, z ostatních příbuzných má velmi rád svého dědu, kterého moc obdivuje (protože už skoro nemůže na nohy, ale snaží se a vyjde i do schodů - to bere jako něco, co je spojuje). Dalšími velkými přáteli jsou asistenti ze stacionáře (ti ho chodí stále navštěvovat, i když už ve stacionáři nejsou), různí spolupracovníci stacionáře, přátelé rodičů či sestry a mnoho dalších. Díky jeho vstřícné povaze, velkému rozhledu, hravosti je velmi oblíbený a má mnoho kamarádů, i když většinu starších než je sám (převážně dospělých). Je to skvělý kluk, veselý a je možné se s ním bavit prakticky o čemkoli. V současnosti však má velmi ambivalentní období – nedařilo se mu na posledních závodech v boccie a zároveň prožívá ztrátu mámy, na kterou byl velmi fixovaný. Na druhou stranu je obklopen mnoha lidmi a přáteli, se kterými je mu dobře. Smrt matky je téma, které prý nemá potřebu zatím probírat, avšak je nutné ho otevřít. Vzhledem k jeho introvertní povaze by mohlo být velmi nebezpečné nechat ho uzavřené, pouze na jeho vnitřním zpracování. Zajímavá věc se přihodila prakticky okamžitě po smrti matky – vždy v noci, když chtěl otočit, ať u něj spal kdokoli, řekl: „Mami, otoč mě prosím...“, ale čtyři dny po její smrti volal jménem osoby, která u něj spala.

Zajímavá souvislost byla mezi jeho psicemi – ve své době tím nejhorším co ho potkalo byla smrt Káči, jeho první psice. A tím nejlepším byl okamžik, když si vzali Růženku – jejich druhou psici. Nejvíce se těší na to, až vynaleznou lék a on bude moci chodit a to je jedním z jeho tří největších přání: aby mohl chodit, aby měl rodinu, aby žil dlouho, ale ne déle než jeho děti (toto uvedl v domácí slohové práci na téma: Jak chci žít dlouho). Jeho největší přání pro ostatní je, aby byli lidé zdraví, protože to považuje za nejdůležitější. Jeho záliby mimo již výše uvedené boccii, šachů, filmů, jsou hry na PC, přesněji hry vůbec

(Scrabble, Carcasson apod.). Také sbírá tácky pod piva – doma jich má několik set. To čím by chtěl být je opravdu velmi zajímavé, protože by chtěl být asistentem ve stacionáři. Z tohoto jasně vyplývá o kolik je zralejší a vyspělejší než jeho vrstevníci a vždycky byl. Identifikoval se s rolí hrdinů, dobrodruhů, je velmi statečný a nerad si stěžuje – je velmi úzký okruh lidí, kterým přizná, že se něco děje, že ho něco bolí.

Honza je velmi přátelský a má chuť se vším se poprat, ale občas mu už docházejí síly. Je to pro něj velmi těžké, protože je velmi chytrý a uvědomuje si, že se jeho stav nelepší – i když jeho nemoc neprogreduje nějak výrazně rychle. Má velmi rád lidi a přál by jim v životě jen to dobré, aby netrpěli bolestí a nemocemi a dále by jim chtěl pomáhat. Na druhou stranu potřebuje ostatní lidi k životu, aby se necítil osamělý. Ale problémem není jen to jak pomoci Honzovi, aby co nejlépe zvládal tuto situaci, problémem je i to, jak pomoci celé rodině, která je z toho vyčerpaná. Lékaři svými výroky o tom kolika se chlapec dožije let, udržovali rodiče pod stálým tlakem a napětím, kdy už přijde konec. A on stále nepřichází, i když několikrát na tom byl Honzík v nemocnici tak zle, že to vypadalo na blížící se konec, ale jeho ohromná vůle žít ho drží dál. Z tohoto pohledu není v pořádku říkat takováto definitivita, těžko si můžeme být sto procentně jistí (i dnes ve dvacátém století jsme malými pány k takovýmto předpovědím s určitostí) tím, kolika se kdo dožije let. Jsme lidé různí a každý člověk reaguje jinak, v tomto případě bychom možná všichni reagovali obdobně. Otázkou zůstává, zda jeho diagnóza připouští i výjimky, případně zda je správná – to nám nepřísluší posuzovat. Každopádně toto sdělení rodičům neprospělo, nevěděli kdy přijde konec, tak jako to neví většina z nás a přesto se museli vyrovnávat se situací, která nenastala. Neboť bez znalosti nějaké prognózy by měli více možností se s celou situací vyrovnávat a zpracovávat jiným způsobem – takto ke všemu přistupovali, že je to jejich osud, který musí přijmout. Matka to brala jako své poslání, které musí zvládnout sama a nikdo jí s ním nemůže pomoci plně nést a tím i ulehčit – nelze opomenout, jak moc to připomíná Frodův osud s nesením prstenu

v trilogii Pán prstenů (Tolkien, J.R.R.)¹¹, kterou má Honza tak rád. Jak velká symbolika, či ironie osudu, to je otázka. Čistě pozitivní východisko z této těžké situace není. Rodině pomáhají přátelé převážně tím, že stráví s Honzou nějaký čas – třeba někde venku, anebo s ním doma něco hrají, vyrábí či vypráví. Velmi příjemné pro všechny strany byla období prázdnin, kdy přátelé trávili čas společně s rodinou na jejich chatě (postupně se tam prostřídali), což bylo oživení i pomoc (třeba v noci). Na druhou stranu byla matka z prázdnin velmi unavená, neboť přeci jen nejvíce odpovědnosti bylo na ní. Největším přínosem pro rodinu bylo, že si mohli přeci jen trochu odpočinout, anebo si i oni mohli popovídat o úplně jiných věcech s někým dalším.

Nemalé pomoci se rodině dostávalo ze sociálního odboru, který vyřizoval formálně veškeré žádosti o dávky. Sociální pracovnice byly velmi ochotné pomoci se všemi žádostmi, byly si také vědomy kolik času člověku sebere shánění všech potřebných dokladů. Jako příklad si zde uvedeme žádost, která souvisela s novým větším vozíkem pro Honzu. Tento nový vozík byl větší, rampa která byla v domě původně byla tedy také malá a bylo velmi nebezpečné po ní jezdit. Několik měsíců to jinak nešlo, neboť museli dokládat, že původní rampa je opravdu nevyhovující (např. bylo nutné doložit vyjádření neurologa). Z úřadu byly poslány pracovnice sociálního odboru, které na vlastní oči viděly možná rizika a opět rodině velmi pomohly. Nejenže urychlily celý proces, navíc si všimly koberců doma, které byly velkými lapači veškerých nečistot z kol vozíku. Díky tomu také pomohly rodině sepsat žádost o dotaci na novou plovoucí podlahu, která bude lépe udržovatelná. Během několika týdnů se vše podařilo, avšak ve všech zúčastněných zůstala pachůť po byrokracii, díky které museli všichni podstoupit mnoho jednání, vyřizování apod. Vzhledem k situaci, že matka se přes noc prakticky nevyspala a dospávala dopoledne a odpoledne zase měla Honzu doma,

¹¹ Frodo v trilogii Pán prstenů nese Prsten ke zničení do hory Osudu. V tomto Prstenu je uložena veliká moc a síla, která by mohla zničit celou Středozem (zemi kde žijí hrdinové knihy). Vzal toto břímě na sebe a čím více se blíží k hoře Osudu, tím je prsten těžší. Ale nikdo mu s nesením nemůže pomoci, i když se nabízí jeho věrný průvodce a přítel Sam. Frodo vzal na sebe břímě, kterým nechce aby si ublížil někdo další a celou záležitost bere jako svou povinnost a svůj úděl.

sebralo jí toto vyřizování několik dní spánku. Neboť úřední hodiny jsou dopoledne, otec byl v práci, aby vydělal dostatek peněz – sociální dávky opravdu nepokryjí zvýšené náklady na dítě s postižením. Ne všechny sociální pracovnice byly osvícené, jiné matce řekly, proč nechodí do práce, když je dopoledne Honza ve škole. Nebyly schopné na to nahlédnout, pro mnoho lidí bylo nepochopitelné kolik energie je zapotřebí ke starání se o Honzu. Díky jeho intelektu, bystrosti, komunikativnosti a také faktu, že je schopen pohybu na elektrickém vozíku sám, měli lidé dojem, že je vlastně „v pořádku“ – jen nechodí. Dokonce při posledním prošetření ohledně stupně invalidity (spojené s novou hodnotící škálou) byl původně uznán na stupeň 3, po odvolání a přezkoumání mu byl uznán stupeň 4. Pokud situaci vezmeme z profesního hlediska, celkově sociální pomoc především týkající se ekonomického a materiálního zajištění potřeb Honzy i rodiny. Na druhou stranu je nutné uvést i fakt, že sociální pracovnice, se kterými přišla rodina do styku byly velmi vstřícné a chápavé a vezmeme-li v úvahu další fakt, že mají v péči vcelku velký počet rodin, nemohou zajistit cokoli jiného, neboť na to nemají kapacitu. Pokud bychom se podívali na situaci podle Matouška (2005 s.95) – poskytování pomůcek splňoval úřad, i když s výše uvedenými komplikacemi; asistent do školy byl původně zajišťován i financován školou, v současnosti podle zákona je financován rodinou; dále má Honza asistenta dvakrát týdně na odpolední volný čas – asistenta zajistil stacionář, financován je rodinou; doprava nebyla potřeba díky skutečnosti, že získali byt v blízkosti školy – navíc se jedná o školu, která velmi spolupracuje na integraci jedinců s handicapem. Ostatní péči – respitní, rehabilitace fyzickou (pro Honzu), psychologickou (i pro ostatní členy rodiny) apod. zajišťuje již několikrát uváděný stacionář.

1.3 Krizové momenty

Nyní se zaměříme na jednotlivé klíčové momenty v životě rodiny z hlediska pomáhajících profesí celkově a zamyslíme se nad případnými dalšími možnostmi řešení s přihlédnutím k odborné literatuře.

1) Prvním momentem je okamžik vyřčení verdiktu těžké, respektive smrtelné diagnózy rodičům dítěte. Nyní si zde uvedeme hlavní zásady při rozhovoru s rodiči u sdělování nepříznivých informací týkajících se jejich dítěte a porovnáme je s reálnou situací naší rodiny. Tyto zásady jsou obecně platné a zde je uvedeme dle Vymětala (2003 s.163):

a) Nepříznivou informaci, v tomto případě diagnózu a její důsledky, sdělíme rodičům co nejdříve, a to oběma současně. Prvou informaci podá zpravidla ošetřující lékař, protože dítě zná nejlépe a příbuzní mu nejvíce důvěřují.

b) Je výhodné, podává-li se nepříznivá zpráva v týmu (např. při hospitalizaci dítěte), neboť pediatr, psycholog nebo sociální pracovníce mohou nejlépe poradit a zodpovědět rodičovské dotazy.

c) Při prvním rozhovoru informujeme o podstatě problému a další perspektivě a sdělujeme jen to, co opravdu víme. Detailnější informace dodáváme při dalších setkáních.

d) Rozhovor musí obsahovat část, v níž rodičům rámcově sdělíme, co mohou pro své dítě dále dělat. Nejhorší je pro rodiče pocit bezmocnosti. Detailnější analýza, rozvinutí témat a konkrétní postupy jsou námětem dalších setkání a vedení.

e) Nutno si rezervovat dostatek času k tomu, aby se rodiče mohli vyptávat. Zodpovíme i samozřejmé, i když nepoložené otázky, např. „kdo za to může?“, problém heredity a dalšího dítěte.

f) Závěrem neopomeneme zdůraznit, že je i nadále povedeme a že se na nás mohou spolehnout – a kdykoliv obrátit. Pokud existuje svépomocná rodičovská skupina (sdružení lidí s obdobnou problematikou), zprostředkujeme kontakt (dáme telefon, adresu).

Nyní se tedy zaměříme na jednotlivé body:

Ad a) Rodičům zprávu o diagnóze řekli po testech, tím kdo ji sdělil byl ošetřující lékař z nemocnice, který testy dělal. Zároveň informaci sdělil oběma rodičům současně – při prvotním sdělení řekl jen jméno diagnózy bez nějakého podrobnějšího vysvětlení. To se převážně otec dozvídal od příbuzných – lékařů, kterých se zeptal. Byl velký prostor pro fantazie, již v tuto chvíli měl být rodině k dispozici celý tým odborníků.

Ad b) Tým odborníků, včetně sociálního pracovníka, psychologa byl k dispozici až později, když dal doporučení, kam se obrátit o pomoc a zároveň vydal doporučení, aby jim byly poskytnuty veškeré sociální dávky.

Ad c) Při prvním setkání po určení diagnózy, což trvalo několik dní, které byla matka s Honzou v nemocnici, sdělili pouze diagnózu – své předpoklady o délce Honzova života sdělili později. Tento bod tedy lékaři dodrželi, avšak v této rodině prakticky okamžitě sháněl otec informace po příbuzných a známých lékařích. Ti netušili, že dítětem s tímto onemocněním je Honza a odpověděli dle toho, co o nemoci věděli. Prakticky rodiče znali nejhorší následky mnohem dříve, než jim tuto informaci sdělil ošetřující lékař.

Ad d) Když lékaři rodičům sdělili, že jejich syn nemá šanci dožít se osmnácti měsíců, zároveň jim sdělili, aby pokračovali ve fyzioterapii a polyvitaminosní terapii. Do jisté míry rodiče byli velmi bezradní a bezmocní, neboť nemohli nic dělat.

Ad e) Byl dostatek prostoru k probrání s odborníky, kteří rodičům poskytli mnoho informací spíše lékařského rázu. Vysvětlili rodičům i fakt, že chlapci jsou náchylnější a Honza tak prokázal svou sílu již tím, že ho matka donosila a porodila. Bylo však potřeba více prostoru pro odbornou pomoc a především podporu – psychosociální síť rodičů sice byla široká, ale nebylo v silách okolí ošetřit veškeré potřeby. U takto závažného verdiktu je nutná i dostatečná podpora od profesionálů, která se zaměří také na skryté a závažné otázky, které se vynoří.

Ad f) Nabídka s lékařskou pomocí i pro budoucnost zazněla, nikdo netušil, že Honza se stane raritou a přežije věk, který mu byl předpovězen o tolik. Nutno poznamenat, že v posledních třech čtyřech letech se lékaři neskrývaně divili, že Honza ještě žije, kdykoli se na ně rodina obrátila s nějakým dotazem. A prakticky do současnosti nevědí co s tím. Dále rodiče dostali kontakt na denní stacionář, kam chodili s Honzou na rehabilitaci, později do školky apod. jak je výše uvedeno. Svépomocné skupiny jim v nemocnici nabídnuty nebyly, nabídka přišla později ze stacionáře, ale důvodům selhání se budeme věnovat v jiném bodě.

2) Dalším zlomovým okamžikem bylo Honzovo přežití předurčeného věku. Rodiče se snažili připravit na smrt svého syna a žili ze dne na den, nic neplánovali více než pár dní dopředu. Budeme-li opět vycházet z Vymětala (2003 s.163 bod f), tak zde měla v tento okamžik pomoci psychosociální síť odborná – celého týmu. Neboť nevědomost a pocit bezmoci jsou nejhorší skutečností. V tuto chvíli je prostor pro úvahu, jak moc jsou verdikty vyslovující definitivu prospěšné. Ano, pacient (respektive zákonní zástupci) mají právo znát pravdu, ale co je v tomto případě tou pravdou? Vezmeme-li v úvahu fakta, tak skutečností je, že tato nemoc je kausálně neléčitelná a podle dosud známých skutečností se při tomto typu postižení děti nedožijí více než osmnáct měsíců respektive jednoho roku podle Lékařského slovníku (VOKURKA 2005 s.845). Bylo by tedy vhodné při sdělování diagnózy a tedy i pravdy, dát prostor pro jinou možnost a poté se spolupodílet na zvládání dosud nevyskytlé situace. Je pravděpodobné, že to lékaři i mysleli, nebo řekli bez sto procentní záruky, ale rodiče slyšeli a rozuměli výše uvedené – že to tak bude. Ale to si musí uvědomovat lékaři, neboť důležité je co pacient slyší a rozumí, nikoli jen co kdo říká či myslí. Nyní je potřeba si uvědomit ještě jeden velmi důležitý fakt, neboť i M. Vyhnálek (ŘÍČAN 2006 s.77) se přiklání ke sdělení pravdy dítěti, odkazuje na prožívání nemocného dítěte, případně na sledování okolních dětí podobně nemocných. Sdělení, kterým se literatura zabývá, je aplikováno na onemocnění dítěte v průběhu života, nikoli na tuto specifickou situaci,

kteřá je ve všech ohledech ojedinělá a díky tomu by si jistě zasloužila zvláštní péči všech odborníků, kteří přišli s rodinou do styku. Všichni jsme lidé, ať již profesně jakkoli na výši, můžeme se mýlit nebo nemusí být všechny dosud známé skutečnosti definitivní, neboť existují výjimky a je tedy nutné s nimi počítat. Proto by bylo vhodné dávat si pozor na konečné a nezměnitelné verdikty v informování o jakékoli závažné situaci.

3) Další bod úzce souvisí z předchozím, neboť po uplynutí tří let (tedy druhého diagnostického verdiktu) se matka zhroutila. Rodině byla ze strany stacionáře nabídnuta péče o syna jako ve školce – začalo se s adaptací. Dále matka začala docházet k psychiatrovi, se kterým mohla mluvit a vzhledem k její depresivitě i rodinnému výskytu (její otec spáchal sebevraždu), byla i reálná možnost suicidálního jednání, proto začala užívat antidepresiva. Již v tuto chvíli byla možnost podepřít léčbu intenzivní psychologickou pomocí a psychoterapií, vycházíme-li opět z Vymětala (2003 s.252-255), který říká, že celá řada depresí je dobře léčitelných prostřednictvím psychoterapie. V tomto bodě je nutné popojít v situaci dále, neboť matka u prvního psychiatra podpůrnou terapii také měla k dispozici, avšak tento lékař byl daleko a přešla tedy k jinému v místě bydliště. Tohoto lékaře bychom rozhodně dobrým lékařem nenazývali, neboť veškerá jeho péče spočívala v předepisování receptů – a kolikrát ani nepotřeboval matku Honzy vidět, ale kdokoli jí mohl recepty vyzvednout. Prý ji upozorňoval, že bere léků mnoho a neměla by pít, avšak on byl tím, kdo léky předepisoval a je tedy, minimálně z morálního hlediska, spoluodpovědný za zničení zdravotního stavu matky Honzy. A objektivně řečeno jí ničím nepomohl, neboť mimo předepisování léků ho nic jiného nezajímalo a ani nebyl ochoten poslouchat a naslouchat.

4) Tento bod souvisí s psychickým stavem matky, která mimo psychiatrickou pomoc měla možnost v pozdější době navštěvovat rodičovské skupiny v rámci stacionáře. Nešlo o model Rodičovské diskusní skupinové terapie dle Špitze (LANGMEIER a kol. 2000 s.273),

který je zaměřen spíše na výchovné modely a konfliktní situace v rámci běžně fungujících rodin. Svou specifičností, neboť skupina byla složena z rodičů, respektive matek dětí s různým postižením (převážně mentálním či kombinovaným) by tento model byl spojen se svépomocnou rodičovskou skupinou (LANGMEIER a kol. 2000 s.347). Vzhledem ke specifičnosti Honzova onemocnění, však přes všechnu snahu, nebylo možno dosáhnout plně uspokojivého výsledku. Neboť před matkou Honzy byly odlišné problémy a také její povaha do jisté míry znemožňovala větší úspěšnost a podporu – byla velmi kritická a náročná na sebe a totéž očekávala od ostatních matek. Dle jejího pohledu řešily malichernosti, se kterými „obtěžovaly“ psycholožku – nebylo možné ji přimět, aby nahlédla jejich pohledem a pochopila, že pro ně to však velký problém je, i když se to na první pohled nezdá. Individuální sezení byly pro Honzovu matku přijatelnější, avšak ona vnímala svou situaci zcela odlišně od ostatních – brala to jako své poslání, úkol, který musí splnit sama, odmítala si jakkoli připouštět pomoc odjinud.

5) V tomto období se vyskytly u Honzovy sestry různé somatizace a útěky do nemoci. Také ona potřebovala pozornost a byla dost malá na nějaký nadhled, proto s ní v této době pracovala psycholožka stacionáře. Tato sezení byla pro Honzovu sestru velmi podstatná a nápomocná a přispěla k velkému semknutí mezi sourozenci.

6) Komplikací byla CMP otce v roce 1998, kdy následujícího půl roku se musel úplně vyvarovat nošení Honzy. Veškerá starost byla na matce, která již chodila do práce pouze dvakrát týdně (aby neztratila kontakt s okolím). Rodina toto zvládla s pomocí stacionáře, příbuzných, známých, ale bylo to velkou zkouškou soudržnosti. Ze zkušenosti s prací s rodinami s dítětem s handicapem, se častěji přihodí, že se rodina rozpadne, neboť vztahy neunesou těžkou zátěž. Tuto konkrétní rodinu naopak situace stmelila, pečlivě si rozdělili role – otec vydělává, matka se postará o děti a domácnost.

7) Dalším mezním obdobím byl okamžik, kdy se blížil Honzův nástup do školy a vzhledem k jeho vnímavosti a bystrosti, velmi trpěl nemožností samostatného pohybu. Začala velmi dlouhá anabáze k získání elektrického vozíku. Z vyjádření psycholožky stacionáře se dozvíme, že o vozík žádali především pro zlepšení Honzovy psychické kondice, neboť se cítil ostrčený a vykořeněný z kolektivu a to by se ještě prohloubilo při jeho nástupu do školy. Úředníci argumentovali, že Honza je malý – nebrali v úvahu jeho mentální a rozumové schopnosti, pouze hodnotili na základě věku (Honzovi bylo pět let) a diagnózy, která nebyla nijak příznivá. Po dlouhodobém dopisování Honzova otce s úřady (včetně ministerstva zdravotnictví s žádostí o udělení výjimky), mnoha doporučeních od psycholožky stacionáře a mnoha otevřených dopisech ministerstvům, médiím, vládě od Honzovy babičky, se vše podařilo a Honza do první třídy nastupoval samostatnější na elektrickém vozíku.

8) Dalším zlomovým momentem byl okamžik jedné z hospitalizací Honzy se zápalom plic. Kdy se lékaři domlouvali o možnostech jak pokračovat v léčbě (je nutné mít na paměti, že i při nastydnutí Honza nemůže zůstat upoután na lůžko, neboť hrozí zápal plic, se kterým má tělo problémy). Velkou komplikací byl i fakt, že Honza má atrofované i mezižeberní svalstvo a je tedy velmi problematické vykašlávání apod. (k tomuto je dle Honzových vlastních slov kupříkladu velmi přínosná hippoterapie). Uvažovali o možném napojení na dýchací přístroje, ale bylo zde reálné riziko, že nebude možné již Honzu odpojit. V tento okamžik lékaři s rodiči mluvili velmi upřímně a rodiče si velmi cenili možnosti spolurozhodovat co dál. Opět je zde moment, který je pro to, říci pravdu – otázku pravdy jsme nastolili v jiné souvislosti výše ad 1). Dilema a tedy i psychické nároky na správné rozhodnutí, anebo smíření se s následky v případě špatného rozhodnutí, bylo velikým tlakem na psychiku obou rodičů. Nakonec se rozhodli, že si vezmou Honzu domů – než aby byl navždy upoután na lůžko a přístroje, při ležení by následovaly dekubity a bylo by to jen trápení pro všechny. Honza tedy nebyl na přání rodičů napojen na dýchací přístroj, vzali si ho domů, hýbali s ním a „vysypávali“ hleny poplácáváním po zádech přičemž

Honza ležel mámě přes koleno. Oba rodiče se shodli, že toto bude pro všechny lepší a zároveň měli velké obavy, pokud se něco nepovede a Honza zemře z případných následků (největší strach byl, co bude s dcerou, v případě nějaké žaloby rodičů za tento risk). Byl to velký morální a etický rozpor – co je lepší v této špatné situaci a žádné řešení se nejevilo úplně správné. Vše dobře dopadlo, dodnes však zůstal pocit nejistoty, jestli příště bude mít takto těžké rozhodnutí také dobrý konec.

9) Dalším významným okamžikem byly Honzovy noční děsy a obavy spát s kýmkoli mimo matky – nikdy se přesně nepřišlo na původce a Honza vždy říkal, že neví co se dělo, proč plakal – Honza je velký introvert, který nerad s někým sdílí své nejniternější pocity. Psycholožka stacionáře vyslovila své stanovisko, dle kterého se jedná o strach ze smrti – je otázkou, zda Honza přeci jenom něco zaslechl při diskusi mezi rodiči, nebo zda se tyto obavy nastartovaly samy, vzhledem ke zhoršujícímu se zdravotnímu stavu a Honzově intelektu. Toto by se dalo podepřít i odborným názorem profesora Vymětala (2003 s.326), který uvádí, že i menší děti mohou chápat neobyčejnost své nemoci a vytuší přicházející smrt dle vlastního stavu či chování okolí. V tento okamžik se mohou objevit obavy a úzkosti a děti bez znalosti pravého stavu věci nemají s kým hovořit o svém strachu, kterému navíc nerozumějí. Toto vyžaduje samostatnou polemiku, která by měla vzít v úvahu všechny aspekty. Tedy Honza neonemocněl v průběhu života, ale narodil se s handicapem a po jeho narození se rodiče rozhodli Honzovi říci část skutečnosti (že je vážně nemocný a lék se vynalézá – tedy vcelku dost velký kus pravdy) a vzhledem k jeho bojovnosti by mu neradi celou informaci vzali chuť bojovat a žít. Toto souvisí s tím, že neví, jak dlouho měl žít, že všechny odborníky překvapila skutečnost, že jejich předpovědi se nepotvrdily – to je dle názorů rodiny a všech, kteří Honzu znají dobře, neboť by mu to mohlo vzít motivaci žít. Na druhou stranu, když přijdou chmury je na ně sám, ale do jisté míry to tak chce, neboť se nechce dělit a mluvit s někým o svém smutku, který prožívá. Okolí rozhodnutí rodičů o množství informací, které má Honza znát respektuje a zatím nebyl důvod jakkoli je přehodnocovat a měnit.

10) Mezníkem, který se opět dotkl všech členů rodiny byl prosinec 2006, kdy se začala hroutit Honzova sestra – i když rodiče se snažili věnovat prostor i jí, pokud možno samostatně. Dostala se však do velké melancholie, možná měla nakročeno i k depresi, se kterou nevěděla co dál. Potřebovala pryč a také žít vlastní život. Zároveň s touhou odejít, měla velké výčitky, že zanedbává bratra a musí od něj pryč. Toto celé se začalo řešit – polovinu týdne byla Honzova sestra s přítelem na chatě, polovinu doma s mámou a bratrem. Dnes je situace trochu odlišná, ale přeci jenom alespoň víkendy tráví sestra mimo domov. Celé toto zhroucení spustilo i vlnu dalších následků – především u matky, která začala mít výčitky, že díky ní se vše stalo. Kdyby neměla Honzu, nemusela by její dcera takto trpět. S dcerou začala opět pracovat psycholožka stacionáře a díky výbornému řešení s částečným bydlením na chatě, měla čas i na sebe a veškeré problematické symptomy ustoupily a nemusela ani přerušovat vysokou školu, jak se původně obávala..

11) Mezníkem, který vypadal jako obrat k lepšímu byl rok 2007, kdy matka rodiny začala docházet k novému psychiatrovi. Ten s ní vedl nejen podpůrné rozhovory, započali i individuální terapii a navíc se jí pokusil zbavit závislosti na lécích. Dle jejích slov: „Konečně psychiatr, který se o mě zajímá“. Vzhledem k tomu, jak moc jí byl nápomocen, tak ho doporučila i svému manželovi, který se sám v létě 2007 zhroutil a potřeboval také soustavnou péči. Tento lékař ji vnímal komplexně, včetně strastí životních a zároveň neopomněl medikaci potřebně upravovat, aby byla opravdu pomocí a nikoli jedem. Byl to rok naděje z alespoň částečného obrácení životního osudu k lepšímu.

12) Posledním krizovým momentem, který nastal velmi nedávno, byl zhoršující se stav Honzovy mámy, který skončil její smrtí. Všichni do poslední chvíle věřili v její uzdravení a následnou protialkoholní léčbu. Ale tak vyčerpaný organismus (nedostatek spánku, přepínání fyzických sil) v kombinaci s dlouhodobým nadužíváním léků a alkoholu nedokázal vybojovat svůj boj o přežití. Po osmi dnech v nemocnici na metabolické jednotce máma Honzy zemřela na zástavu srdce. Předposlední srdeční

kolaps se přihodil během návštěvy, na které byli otec a dcera a po půl hodině přišel další kolaps ze kterého už se nepodařilo ji vrátit do života. Najednou začal mezi všemi členy rodiny boj o to, jak dál. Byla přítomna veliká ztráta, bolest z odchodu milované osoby a zároveň se musel zajistit chod domácnosti a postarání se o Honzu – hlavně v noci.

V tuto chvíli si připomeneme jednotlivé fáze vyrovnávání se se smrtí, respektive fáze truchlení, které popsala jako první švýcarská analytička V. Kastová. Tyto fáze budeme nahlížet z hlediska krizové intervence, jak popsala O. Havránková (VODÁČKOVÁ 2007 s.312):

- 1.fáze: Popření
- 2.fáze: Propukání chaotických emocí
- 3.fáze: Hledání, nalézání a odpoutávání
- 4.fáze: Vytváření nového vztahu k sobě a ke světu

V případě naší rodiny byly první tři fáze do jisté míry propojené a nutnost je přinutila relativně uspíšit – tedy přesněji řečeno, bylo nutné prakticky okamžitě přejmout závazky, které zastávala zemřelá matka. První okamžik šoku, který nastal, byl ve znamení popření (hlavně u otce a dcery), Honza prakticky nerozvíjel své myšlenky, ale plakal. Velmi záhy, doslova v několika dnech se u otce i dcery projeví pocity bolesti, ztráty, vzteku a hlavně u otce velké pocity viny, že měl něco udělat dříve apod. Honza prakticky nadále nekomunikuje o svých pocitech, sám se k tomu vyslovil, že by to nebylo tak, že na mámu nemyslí a nepláče, ale vše si chce prožívat sám. Vzhledem k minimálnímu času, který může sám trávit, mu není plně umožněno si to prožít ve svém soukromí. Třetí výše uvedená fáze není patrná, ani nemůže být, vzhledem k situaci, kdy museli okamžitě hledat alternativní řešení a zachovat si nadhled. Tato událost zbylou rodinu velmi semkla a veškeré zásadní otázky řeší společně a dodávají si vzájemně energii. Širší rodina a přátelé se zachovali příkladně, někdo se nabídl s praktickou pomocí a ostatní, kteří z důvodu vzdáleného bydliště a časové vytíženosti nemohou pomoci osobně – pomáhají finančně, aby mohli být zaplacení asistenti k Honzovi na noc.

Pokud si pozorně přečteme celou studii, uvědomíme si široké souvislosti, které se v průběhu života vyskytnou. Jsou patrné mezníky, kdy je nutné volit bez vědomí dobrého konce – paradoxně volit mezi dvěma špatnými ten méně špatný. Je patrné kolik pomáhajících profesí je zapojeno a zdaleka ne všechny jsme vyjmenovali. Pracovníci, se kterými rodina přišla do styku, se k problému postavili různě, více či méně zodpovědně. V jednom případě je viditelné absolutní profesní selhání. Všichni pracovníci se, podobně jako rodina, dostávali do paradoxních situací, které někteří zvládali lépe, jiní hůře. Pomoci, podpory i péče, laické i odborné se rodině dostávalo a dostává ze všech stran, ale ne vždy stejně – nezmiňovali jsme veškerý boj třeba s „úředním šimlem“, neboť to by byla kapitola sama pro sebe. Jako příklad může sloužit žádost o elektrický vozík, či novou rampu. Několikrát se vyskytly motivy moci od pracovníků pomáhajících profesí, ať již ve smyslu kontroly či prosazování svého pohledu nebo vlastní pohodlnosti a laxnosti cokoli dělat. Objevila se i potřeba a nutnost lidského přístupu odborníků, obojím se budeme zabývat na následujících řádcích.

2 TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ A SOUČASNÝ STAV VĚDĚCKÉHO POZNÁNÍ V OBLASTI FILOSOFIE A TEORIE POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ¹²

2.1 Terminologické vymezení (Pojmový aparát)

Podporu, pomoc i péči v sociální práci je možné nahlížet z více hledisek a dalo by se říci, že se tyto pohledy mohou prolínat. Také by se mohlo stát, že by tyto jednotlivé úrovně práce s klientem, mohly i splývat. Proto je nutné teoreticky i prakticky vymežit jednotlivé pojmy a na následujících stránkách se můžeme zabývat i momenty, kde se tyto úrovně prolínají. Budeme moci určit, ze kterého pohledu je věc posuzována, v jakém vztahu jsou institucionální a osobnostní přístupy jak z hlediska odborníka poskytujícího podporu, pomoc nebo péči, tak z hlediska potřebného klienta a míry zachování vzhledu do situace či jeho soběstačnosti, pochopení pojmu bude pak jednoznačné. Vzhledem k situaci, že není jednotný slovník těchto pojmů a názory odborníků, nejen v odborné literatuře, se různí, proto jsme se rozhodli začít tímto ujednocením pojmů.

Nabízí se také otázka, proč tyto pojmy – podpora, pomoc, péče – oddělujeme, navíc když jsou ve slovnících tyto termíny často spojovány. Vysvětlení je velmi jednoduché a vyplývá ze skutečnosti

¹² Pomáhající profese – stále panuje diskuse ohledně používání tohoto termínu a odborníci nejsou za jedno. Vzhledem k faktu, že nebudeme uvádět stanovisko jen jedné profese (jako třeba sociální práce či psychoterapie), přiklonili jsme se k použití tohoto termínu podle vysvětlení Slovníku sociální práce (MATOUŠEK 2003 s.149), tedy že v širším pojetí, nikoli širokém jak uvádí slovník (to by mohlo být zavádějící), je pomáhající profesí medicína, pedagogika, psychologie, sociální práce. Pedagogikou se zde zabývat nebudeme, neboť je velmi malá souvislost s naší rodinou, naopak přidáme duchovní službu, kterou se zde zabývat budeme a jistě do této skupiny právem patří. Neboť všechny tyto profese pracují s podporou, pomocí i péčí a nelze tedy žádnou opomenout.

současného směru v sociální práci (v současnosti se sociální práce snaží učit ohrožené lidi pomoci si sám) a nejen v ní. Opustil se model, kdy byli lidé bráni globálně všichni stejně bez nároku na nějaké individuální a speciální potřeby a tedy i individuální a speciální přístupy. Vzhledem k faktu, že všechny pomáhající profese se snaží klienta co nejvíce zmobilizovat k vlastní činnosti a tedy i k mobilizaci vlastních schopností a možností. Aby se klientovi dostaly informace co nejbližší a tím zároveň i možnost, nějak se na zlepšení nebo změně spolupodílet. Je snazší klientovi říci, co má dělat, než aktivizovat jeho vlastní schopnosti a vrátit mu jeho kompetence vyřešit situaci sám. Nahlédnuto s odstupem, pro klienta je přínosnější a efektivnější vědomí, že něco zvládl sám, než že to někdo vyřešil za něj. Dovolíme si parafrázovat jednoho kolegu psychoterapeuta, který říká, že klient je odborníkem na svou situaci a my jsme Ti odborníci jak s ním situaci zvládnout a mobilizovat jeho schopnosti. Pokud přistupujeme takto individuálně a vycházíme z faktu, že i míra prožívání závislosti je různá je velmi zjevný rozdíl mezi podporou, pomocí a péčí a to nejen v délce trvání, ale především v intenzitě.

2.1.1 Podpora

Podpora je obecně a úzce v sociální praxi často chápána jako sociální podpora ve smyslu finanční nebo hmotné pomoci. Toto slovo má ale širší rozměr a jeho různost se dá ukázat na srovnání koncepcí sociální práce dle různých slovníků a praktických zkušeností. A budeme hledat další významy podpory z pohledu různých pomáhajících profesí.

Kategorie podpory:

a) Podpora sociální

– dle Psychologického slovníku vzájemná výměna informačních, emočních i materiálních zdrojů mezi jedinci na základě jejich osobních vazeb (HARTL 2000 s.413)

– dle Slovníku sociální práce koncept, který vychází z představy, že nutnou podmínkou životní spokojenosti a sociální prosperity není pouze osobnostní výbava člověka, ale určitá forma interakce mezi člověkem a jeho prostředím; hlavní složky: emocionální podpora, poskytování významných informací a přímá praktická pomoc (MATOUŠEK 2003 s.145)

b) Podpora rodiny (sanace rodiny)

– postupy podporující fungování rodiny (MATOUŠEK 2003 s.196)

Dále se ve slovnících objevují hesla podpora, které jsou převážně hmotného a ekonomického charakteru vyplývající ze sociální politiky státu - např.: podpora v nezaměstnanosti, podpora při ošetřování člena rodiny, podpora v hmotné nouzi. Ve slovnících se nevyskytují termíny: podpora psychická a duchovní. Tyto termíny se pokusíme vydefinovat v bodech c) a d) na základě zkušeností a praxe autorky ve spolupráci s odbornou literaturou zaměřenou na psychologickou a duchovní tematiku (např. D. Vodáčková Krizová intervence).

c) Podpora psychická

– psychická podpora v akutní nouzi, případně v krizovém stavu, při níž je druhému vyjadřováno přijetí, pochopení i ocenění snahy něco změnit

– dlouhodobějšího rázu, která by se dala rozdělit na podporu laickou(sociální síť v našem okolí tvořená příbuznými či známými) a odbornou ve smyslu psychoterapie; to je však již hraniční pásmo mezi podporou a pomocí, což je velmi podobné paradoxu mezi krizovou intervencí a psychoterapií (VODÁČKOVÁ 2005 s.62)

d) Podpora duchovní

– podpora vycházející z náboženské skupiny, která reaguje na vzniklou situaci člověka, který potřebuje podpořit nejen z duševního

hlediska, ale z duchovního, tedy s přihlédnutím k jeho potřebám, jeho vyznání, životním postojům a jeho názoru

2.1.2 Pomoc

Pomoc se od podpory odlišuje především dobou trvání a intenzitou. Pomoc je intenzivnější a dalo by se říci, podpora doprovází pomoc, avšak pomoc má širší rozsah a prolíná se v mnoha ohledech s podporou v jakémkoli smyslu.

Kategorie pomoci:

a) Pomoc psychická

– Psychologický slovník uvádí, že se jedná o širší pojem, než jakým se míní psychoterapie; zahrnuje příznivé působení příbuzných a přátel a kladný vliv způsobený četbou, ale i médii; dalo by se říci, že se tato definice prolíná s informacemi, které jsme si uvedli u psychické podpory laické

b) Pomoc sociální

– původně chudinská péče, nebo podpora; pomoc založená na solidaritě a fungující na přerozdělování ve prospěch lidí, kteří tuto pomoc skutečně potřebují (HARTL 2000 s.420)

– Slovník sociální práce slučuje tento pojem se sociální péčí a zabývá se především sociální politikou (tedy rozdělování dávek, výchovná a poradenská péče, sociálně-právní ochrana, pečovatelská služba apod.); nevidí tedy rozdíl mezi pomocí a péčí (MATOUŠEK 2003 s.150)

c) Pomoc zdravotní

– komplexní pomoc týkající se zdravotního stavu jednotlivce zahrnující rozpoznání zdravotního stavu, pomoc a následnou péči;

v současné době je snaha změnit trend pomoci a péče o nemoc těla na pomoc člověku se změněným zdravotním stavem – dalo by se říci, že je snaha začlenit do komplexnosti pomoci i péče přijímat a zacházet s člověkem především jako s živou bytostí

d) Pomoc psychoterapeutická

– svou dlouhodobostí by spíše spadala do péče, avšak s přihlédnutím k zásadám krizové intervence, kdy v některých případech není tento rozhovor pouze o podoře, ale i o pomoci hledat řešení a opěrné body ve výjimečné situaci

e) Pomoc duchovní

– Psychologický slovník se zabývá pastorační jakožto činností vedoucí k uspokojování náboženských potřeb jedinců (HARTL 2000 s.400). Dále odkazuje na terapii pastorální kterou bychom zařadili spíše pod péči, neboť se jedná o dlouhodobější záležitost, uvedeme si ji tedy až tam (HARTL 2000 str. 613)

– Slovník sociální práce uvádí pouze termín pastorační, ve kterém je uvedeno heslo jako péče o duchovní směřování lidí organizovaných církví, což bude podrobněji uvedeno pod heslem péče; je nutné zde uvést ještě další význam, který je v uvedeném účinnou v mezních situacích, jako je těžká nemoc, ztráta blízkého člověka apod. (MATOUŠEK 2003 s.142)

– dále je nutné vnímat duchovní pomoc i z hlediska časové kontinuity, kdy duchovní pomoc nemusí být nutně zaměřena na věřící, ale může vycházet z principu solidarity s bližním (dle Desatera), tato pomoc je založena především na lidskosti a lidském přístupu, kdy není bezpodmínečně na prvním místě víra (připomeňme si biblický příběh z Nového Zákona o Milosrdném Samaritánu (BIBLE 1990, dle ČEP 1985, Lk 10,30 NZ s.73)

2.1.3 Péče

Jedná se o komplexní službu, která je v poměru k podpoře a péči dlouhodobější. Zahrnuje a propojuje více oborů (zdravotnictví, psychologii, sociální práci, pastorační) a je možné, aby existovala a pracovala v rámci svých jednotlivých oborů. Je také možné, aby některé, anebo i všechny tyto obory spolupracovaly.

Kategorie péče:

a) Péče zdravotní

– konkrétní uskutečnění práva občana na zdraví, je dána dostupností geografickou, časovou, institucionální, ekonomickou, tj. mírou solidarity, a kulturně civilizační, tj. mírou schopnosti zdravotní péči vyžadovat a přijímat (HARTL 2000 s.402)

– zdravotní péče je dostupná v ambulantní anebo pobytové formě

– péčí o zdraví je myšlen široce pojatý souhrn všech sociálních, ekonomických, politických, kulturně výchovných a zdravotnických prostředků, opatření a aktivit, jejichž smyslem je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet zdraví

– pod zdravotní péči by bylo možné zařadit ještě péči pro dlouhodobě nemocné pacienty, paliativní péči (která je zaměřena především na úlevu od bolesti u nevyлéčitelně nemocných, kteří mají samozřejmě právo na důstojný a pokud možno bezbolestný zbytek života)

b) Péče psychologická a psychoterapeutická

– jsou různé druhy psychologie a různé psychologické postupy, podobně jako jsou různé psychoterapeutické postupy a je zřejmé, že ne každý postup je tím správným pro kohokoli; péče psychologická a především psychoterapeutická jsou dlouhodobou záležitostí, neboť v lidské psychice a v lidském nitru všechno souvisí se vším a může být dlouhodobou záležitostí (ať již se jedná o nějaké odhalení při změně psychického a duševního stavu nebo o překonání

složité a těžké situace či vyrovnání se a překonání změny zdravotního stavu apod.)

c) Péče terapeutická

– může souviset s oběma výše uvedenými, neboť terapie se zabývá léčením tělesných nebo duševních poruch a poruch chování (dle Psychologického slovníku (HARTL 2000 s.611) – příbuzná hesla jsou: farmakoterapie, léčba, psychoterapie)

d) Péče duchovní (pastorační)

– Slovník sociální práce spojuje tuto péči s pastorcí, a jedná se o duchovní směřování lidí organizovaných církví, dělí se na pastorcí interní (týká se sboru věřících) a externí (týká se jiných lidí, případně obecného prospěchu lidské společnosti); dále se zde uvádí, že cílem pastorce křesťanské církve řešit problémy lidí a společnosti ve světle evangelia; také upozorňuje na podobnost s psychoterapií od které se odlišuje tím, že pastorcí nejde jen o úlevu, ale o spásu lidské duše (MATOUŠEK 2003 s.142)

– dle Psychologického slovníku je upřesněn termín jako terapie pastorační, což je druh pastorce, který využívá prostředky a postupy křesťanského duchovního vedení k psychoterapeutickým účelům, tedy k úpravě nebo zlepšení duševního zdraví (HARTL 2000 s.613)

– z praktických poznatků autorky je zřejmý nový směr, který se pomalu prosazuje i v české převážně ateistické společnosti: duchovní péče (bylo by lepší uvádět spirituální, aby nemělo slovo předem zabarvený význam pouze křesťansky), která má význam spíše jako provázení, podpora, pomoc v komplikované situaci bez ohledu na vyznání člověka v takovéto situaci a bez jakýchkoli nároků a apelů na jakoukoli víru; jedná se o jakousi psychoterapii zaměřenou především na aktivní naslouchání s prvky krizové intervence (multidisciplinární poslání); duchovní rovina je přítomna především jako vnitřní rovnováha pastora a zároveň je k dispozici věřícím klientům (nejen na křesťany)

Po prostudování výše uvedeného rozdělení hesel je patrná nutnost jejich výkladů, neboť každý slovník uvádí občas shodný a občas rozdílný pohled na tutéž věc. Navíc ze slovníků není zřejmý rozdíl mezi podporou, pomocí a péčí, protože jsou tyto termíny v určitém úhlu pohledu zaměňovány nebo se alespoň prolínají.

Základní rozdíl je v délce a intenzitě poskytování jednotlivých forem podpory, pomoci a péče, přičemž podpora je věcí aktuální, která může být obsažena jak v pomoci tak v péči. Podpora má člověku dopomoci dostat prostor a čas k nalezení vlastních prostředků pomoci si sám (ať se jedná o psychické, sociální nebo ekonomické zázemí). Pokud se jedná o hmotnou podporu, není na stálo a je předem vydefinována v zákonech České republiky; ostatní druhy podpory mají základ v zásadách krizové intervence. I pomoc může být jednorázová, toto je mezník, kdy se podpora prolíná s pomocí, ale v zásadě je dlouhodobější. Protože situace, ve které člověk potřebuje pomoc (jakoukoli) je většinou složitá a komplikovaná. Specifikem obou je také možnost laické pomoci a podpory, která vyplývá ze základních sociálních kontaktů a zázemí konkrétního člověka. Nyní se dostáváme k péči, která by měla být komplexně zaměřena (jejími prvky může být i podpora a pomoc, třeba i laická, které mohou dopomoci k rychlejšímu návratu do pokud možno původního stavu, anebo smíření se se vzniklou situací). Péče by měla být především odborná, založená na správném vyhodnocení situace/určení diagnózy. Následovat by měla kvalifikovaná odborná péče o člověka jako takového (bez ohledu zda je původcem špatný zdravotní/psychický stav, anebo se člověk dostal do jakékoli nepříznivé situace).

V ideálním případě by pro člověka, který potřebuje ať již podporu, pomoc nebo péči, byla nejpřínosnější kvalitní mezioborová spolupráce, která by „opečovala“ veškeré potřeby, které vycházejí z lidské přirozenosti. Každý obor má své prostředky k dosažení optimálního cíle a v případě jejich propojení jejich účinnost bývá kvalitnější, rychlejší (protože se pomáhá všem částem člověka, které situace nějak ovlivňuje, naráz) a může být i efektivnější. Takovéto propojení veškeré odborné pomoci je možné sledovat v krizových intervenční týmech, které založily svou práci právě na propojení všech složek, kterých je při hromadném

neštěstí zapotřebí (tedy hasiči, lékaři, záchranáři, psychologové, duchovní, policisté a laici speciálně proškolení v krizové intervenci). Tyto týmy již existují několik let a mají zkušenosti, které by stálo za to aplikovat v široké praxi, ve které se pracuje s člověkem.

Honzova rodina potřebuje všechny výše uvedené kategorie sociální práce a nejen jí, protože jejich situace je velmi komplikovaná a prakticky neexistuje dobré řešení. Co se týká podpory, tak všichni členové rodiny potřebují psychickou podporu, kterou jim zajišťuje hlavně přirozená psychosociální síť kolem nich. Mají mnoho přátel a navazují stále další kontakty, které jsou pro ně nezbytné. Ale nelze s nimi dlouhodobě „držet krok“ – to by bylo do jisté míry sebeobětování při kterém by všichni něco ztratili. Z profesního hlediska by šlo o ztrátu nadhledu a jakákoli forma podpory, pomoci či péče by byla z profesního hlediska nedostatečná a vedlo by to k sebezničení například ve formě Burn-out syndromu. Psychickou podporu potřebují nejen rodiče, ale i jejich dcera – Honzova sestra, která se snaží být ve všem rodičům oporou a pomoci i svému mladšímu bratrovi. Vzhledem k jejím vlastním potřebám, se začala částečně od své rodiny oddělovat, avšak snaží se jim být i nadále pomoci. Ale i dcera prožívá pocity bezmoci a potřebuje podporu okolí. Další podporu, kterou nezbytně rodina potřebuje, jsou sociální dávky, které dle zákona o sociálních službách platného od ledna 2007 mají jiný systém rozdělování. Tato podpora není v žádném případě dostačující a kdyby otec rodiny nevydělával dostatek peněz, měla by celá rodina opravdu velký problém s existencí. Pomoc potřebují všichni členové, včetně syna, ale každý svým způsobem, neboť každý má jiné potřeby. Matka vzhledem k únavě, spánkové deprivaci a dalším problémům spojených s péčí o syna, potřebovala hlavně psychickou pomoc spojenou s psychickou podporou okolí. Vzhledem k dlouhé době, kterou matka o svého syna pečovala, byla zapotřebí především pomoc odborná – docházela k psychiatrovi, užívala antidperesiva. V tuto chvíli musíme upozornit na fakt, který se odehrál v průběhu psaní této práce – matka před velmi nedávnou dobou zemřela a muselo dojít k přehodnocení jednotlivých skutečností. Léky, které nadužívala, byly destruktivním

činidlem v jejím životě – detailněji je popsáno v kasuistice a vrátíme se k této skutečnosti i v následující kapitole věnované moci v pomáhajících profesích, neboť je nesporným faktem, že lékař nese svůj podíl odpovědnosti na její závislosti. Otec potřebuje velmi obdobnou pomoc, od léta 2007 dochází také k psychiatrovi, zatím není nutné dlouhodobé užívání medikace – otázkou je, zda proto, že trávil více času mimo domov (avšak z toho trpí velkými výčitkami), nebo jeho náturou. V obou případech by bylo možné uvažovat o psychoterapii, nasnadě by byla i rodinná terapie ideálně pro všechny členy. Co se týká sestry, tak v současné době nevyužívá žádné pomoci a prozatím je dostačující podpora od partnera a přátel. V dětství a školním věku chodila k psychologce, která vedla jak skupinovou terapii pro sourozence dětí s postižením, tak individuální terapii. Jejich syn potřebuje pomoci prakticky s jakoukoli činností např.: při pozvednutí rukou na pultík s joystickem, při výměně plenek i asistenci ve škole. Odbornou pomocí mu jsou hlavně: fyzioterapie, osobní asistenti a možnost práce s psychologkou stacionáře. Pro celou rodinu je pomocí respitní péče v rámci stacionáře, která se uskutečňuje jeden víkend v měsíci a jednou ročně jako týdenní pobyt v přírodě. Celá rodina může načerpat energii a co se Honzy týká, daly by se tyto víkendy i týden v přírodě nazvat například sociální terapií ve smyslu kontaktu s lidmi odlišným způsobem, než je v běžném provozu rodiny i stacionáře. Neboť o respitních víkendech je volný režim – tedy mimo přípravy do školy za Honzou zajdou třeba i bývalí asistenti, hrají se hry, nebo se jde ven na procházku. O týdenním pobytu v přírodě je to spíše „táborový“ provoz – chodí se na procházky, plavat, hrají se hry, dělá se táborový oheň a zpívá se.

3 MOC NEBO POMOC

Pokud se podíváme na slovo moc do slovníku psychologického a do slovníku sociální práce, tak se význam do jisté míry doplňuje, avšak každý je trochu odlišný. Psychologický slovník (HARTL 2000 s.321) uvádí obecnější vysvětlení, že se jedná o nadvládu, dovednost, schopnost jedné osoby docílit zamýšlené účinky na chování nebo city druhého. Avšak slovník sociální práce (MATOUŠEK 2003 s.113) mluví o uplatnění přímého vlivu na chování lidí. Tato definice je přesnější směrem k našemu dalšímu směru bádání. Neboť takto by se dalo mluvit o uplatňování moci v pomáhajících profesích. Uplatňování moci není vždy jen negativní, avšak vždy si musí být člověk používající moc vědom o jak tenkou linií se jedná. Neboť moc byla z hlediska historického, filosofického, ale i z hlediska pomáhajících profesí mnohokrát zneužita. Moc v pomáhajících profesím může být velmi snadno zneužita, protože pracovník má mnoho možností uplatňovat svůj vliv a prosazovat svou vůli. K prosazování moci lze použít mnoho prostředků, ať již vymáhání své vůle opřené o zákon jako sociální pracovník, jako lékař, který přece vždy ví co je pro člověka nejlepší anebo pomocí manipulace, přebíráním kontroly proti vůli klienta v kterékoli z pomáhajících profesí. Nelze však vidět uplatňování moci jen takto jednostranně, jako zneužití svého postavení a vědomostí. Neboť uplatnění moci v případě ohrožení života, zneužívání dětí či seniorů apod. je nutné a je možné použít i prostředků, které jsou na hranici manipulace či dobrých mravů. Přebíráním kontroly za ohroženého člověka mu můžeme často více pomoci, vždy je nejdůležitější úmysl takového jednání a průběh spolupráce s klientem. S dobrým úmyslem si naše jednání alespoň obhájíme před sebou samými, nikoli však před klientem pokud jednáme proti jeho vůli, čehož je potřeba si být vědom. Jsou však okamžiky, kdy i klient je zpětně rád za předchozí řešení. Dále se budeme zabývat riziky moci pro jednotlivé pomáhající profese a opět si pomůžeme příklady převážně z rodiny z první kapitoly.

3.1 Paradox moci při jednání s klientem

Matoušek (2001 s.158) hovoří o strukturách moci, která každá má své záměry a mechanismy tvorby a fungování. Struktury moci dělí např. na hierarchickou, ekonomickou, donucovací a dále uvádí další rozdělení sociální struktury moci, které mohou svou povahou být despoticke nebo demokraticke. Podle této povahy je určována i sociální politika, zda je člověk pasivním objektem nebo zda je subjektem sociální politiky. Toto je důležité rozlišit pro povahu sociální práce. My se však budeme zabývat převážně uplatňováním moci ve vztahu ke klientovi a nejen z hlediska sociální práce. Neboť přístup ke klientovi je z různých hledisek jednotlivých pomáhajících profesí odlišný. Odlišný přístup ke klientovi se předpokládá od sociálního pracovníka, jiný lékaře, psychologa, psychoterapeuta či faráře/kněze (dále budeme používat obecnější termín duchovní). Také se liší v jednotlivých vědních disciplínách – odlišný přístup je v terapii, v krizové intervenci, v psychiatrii a psychologii. V krizové intervenci má být dbáno na přání klienta, s čím klient přichází neboli respektovat jeho zakázku. Jedná se především o respekt ke klientovi, dalo by se to nazvat i trochu terapeutickou tezí, že expertem na situaci je klient sám, my mu můžeme pomoci se v situaci orientovat a nebude v ní sám. Nyní se vrátíme k původnímu tématu a rozebereme mocenský přístup z odlišných pohledů jednotlivých pomáhajících profesí.

3.1.1 Hledisko sociálního pracovníka

Sociální práce je jedna z disciplín, kde je velmi často uplatňován mocenský postup, neboť často musí sociální pracovníci jednat proti vůli klienta. Navíc sociální práce je jedno z relativně nejmladších odvětví pomáhajících profesí, vznikla za pomoci ostatních příbuzných oborů. Existovala velmi dlouho jako součást ostatních pomáhajících profesí, původně toto místo zastávala charita a další, především církevní organizace fungující na principu solidarity. Tento princip se do jisté

míry uplatňuje stále, samozřejmě závisí na prostředí (především na státu) ve kterém je do jisté míry limitován zákony dané země. Z obecného pohledu má každý stát svou vlastní síť a svou vlastní sociální práci, podle svébytné politiky každé země. My se v tuto chvíli budeme zabývat sociální prací především z pohledu České republiky. Poslání a cíl sociální práce se liší nejen zeměpisnými šířkami, ale i odlišným pohledem na danou problematiku. Tato práce nemá za cíl jednoznačně pojmenovat, čím se sociální práce v České republice má zabývat, ale tématem je přístup k péči, podpoře a pomáhání ve vztahu ke klientovi. Budeme vycházet z definice uvedené ve Slovníku sociální práce (MATOUŠEK 2003 s.213), že cílem je odhalování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.). Opírá se o již výše uvedený rámec společenské solidarity a ideál naplňování individuálního lidského potenciálu.

Matoušek (2000 s.187-188) rozpracovává Navrátilovo členění sociální práce a zároveň používá jeho termín pro toto členění – paradigmat sociální práce. Tato paradigmat do jisté míry poukazují na ostatní vědní obory psychosociální pomoci, které jsou se sociální prací úzce spjaty, respektive z nich sociální práce vychází. Jedním z paradigmat je sociální práce jako terapeutická pomoc, ve které se samozřejmě počítá s absolvováním psychoterapeutického výcviku. Důraz této metody spočívá na komunikaci mezi pracovníkem a klientem, jedná se o intervenci a vyhledání vlastních zdrojů klienta k řešení jeho problémů. Jedná se o podpůrnou metodu vedoucí k aktivizaci vlastních sil. Klient je v této formě, vycházíme-li ze základních principů psychoterapie, partnerem terapeuta, nikoli nečinným objektem. V tuto chvíli je však nutné si uvědomit, že psychoterapie je samostatný vědní obor, jehož prvky využívají nejen sociální pracovníci, ale častěji psychiatři, psychologové, faráři a další. Navíc jsou zde tlaky, pod kterým oborem by měla psychoterapie být, my se v této práci nebudeme řídit k žádné skupině, neboť ji vnímáme jako samostatný obor nejčastěji využívaný psychology (proto bude psychoterapie sama zařazena k podkapitole psychologie). Druhým paradigmatem je sociální práce jako

reforma společenského prostředí. Tato reforma se pojí s rovností ve společnosti ve smyslu různých dimenzí života společnosti (z hlediska genderového, společenských tříd apod.). Vychází z modelu, že ve společnosti existuje elita, která obnovuje společenskou moc a zdroje ve svůj prospěch. Jako paradox uvádí, že terapeutické a poradenské pojetí sociální práce podporuje stávající společenský řád a tedy i zájem elit, tím pádem jsou lidé, kteří potřebují sociální práci omezováni. Matoušek mimo jiné také uvádí vzdělanostní výbavu, potřebnou z hlediska tohoto paradigmatu: politologii, sociální filosofii a sociologii. V tomto případě se zdá být nezbytné uvedení této výbavy, neboť není možné si nevšimnout podoby se sociálním, respektive komunistickým modelem sociální politiky, která v rámci solidarity a rovnosti zašla ještě dále – k upření práva na soukromé vlastnictví. Třetí paradigma uvedené u Matouška je Poradenské paradigma sociální práce, jehož hlavním posláním je zlepšování systému sociálních služeb jehož je sociální práce součástí. Klientovi se tohoto zlepšení dostane pomocí dostatku informací, zpřístupněním zdrojů a mediací. Což je nutné, aby instituce tímto směrem zkvalitňovaly své služby podle potřeb občanů, kteří jsou uživateli služby sociální práce. Z hlediska poradenského může být přenecháváno vcelku dostatek kompetencí klientovi, avšak i zde je možné uplatnění mocenského postupu – sociální pracovník může prosazovat a doporučovat instituci, ke které klient nemusí mít z různých důvodů důvěru.

Příklad z pohledu naší rodiny, kdy sociální pracovnice musely prošetřit skutečnou situaci ohledně větší plošiny pro elektrický vozík. Sociální pracovnice musely provést šetření přímo na místě, včetně šetření v bytě. Během této „návštěvy“ věnovaly čas matce, která byla doma a které se i na úřadě snažily věnovat alespoň trochu času. Poté byl doma i Honza, který názorně předvedl v čem je původní rampa malá a nevyhovující, kdy i sociální pracovnice měly obavy, aby nespadl. Během návštěvy si také všimly koberců v bytě, které jsou lapači špíny z pneumatik vozíku. A samy okamžitě nabídly, že mohou napsat žádost ohledně výměny podlahové krytiny na plovoucí podlahu, která je snáze

udržovatelná. Během čtrnácti dnů došlo k výměně rampy i podlah, protože si sociální pracovníce uvědomovaly, že jde o čas a rodina má mnoho jiných překážek, které jí komplikují život.

Tento příklad je ukázkou uplatnění moci vůči nadřízeným orgánům v zájmu rodiny. Bez tohoto přístupu by měla rodina pocit další byrokracie v potřebách čehokoli. Avšak díky vstřícnému přístupu, dalším návrhům ohledně podlahové krytiny, rychlosti s jakou k výměně došlo a v neposlední řadě i čas, který se pracovníce snažily věnovat matce byly přijaty velmi pozitivně ze strany rodiny. Navíc měla nejen matka dojem, že někomu dalšímu záleží na trochu lepších podmínkách pro všechny členy rodiny. Tato kasuistika je příkladem velmi profesionálního přístupu a pokud by měli sociální pracovníci a pracovníce více času na jednotlivé rodiny, věříme, že by převládlo více terapeutického přístupu s prvky krizové intervence. A členové naší rodiny, především však matka, by měli více času na sdílení situace s odborníkem, který navíc má možnost alespoň materiálně něco změnit.

Nyní se dostáváme k otázce pomoci versus moci v sociální práci. Matoušek (2000 s.191) uvádí do kontrastu respektive do paradoxu pomoc a kontrolu, kdy sami sociální pracovníci jsou přesvědčení, že klientům pomáhají oproti politickému pohledu na věc, neboť politici by rádi dosáhli především sociální kontroly. Sociální pracovník tedy vychází ze svého názoru, že chce pomáhat. I pomáhat se dá s dvojím přístupem, buď respektovat vůli klienta, nebo pracovat proti jeho vůli. A toto by mohl být bod střetu, neboť v některých situacích jsou sociální pracovníci donuceni pracovat proti vůli klienta – i když vždy je nutné mít na paměti, kdo je klientem. Také je nutné si uvědomovat, kdo nastavil nějakou normu a kdy už je odchylku od této normy nutné nějak „upravovat“. Jako lidé se samozřejmě lišíme svým přístupem k různým situacím, kterým je třeba výběr partnera, způsob života či výchova dětí. Odlišný přístup záleží i na prostředí ve kterém se rodina či jedinec nachází, je rozdíl například mezi venkovem a městem avšak i na venkově jsou rozdíly, které jsou dané tradicí, lokalitou apod. Proto je zde prostor pro spíše filosofickou a etickou otázku: „Co to je, ta obecná norma?“ Je tím myšleno chování, které je přijatelné pro většinovou společnost? Co

však bude s těmi menšími skupinami a kdo nám dal právo říkat, že co je dobré pro mě je dobré i pro druhého. Demokratičtější přístup je založen více na toleranci a respektu k ostatním. Jako příklad bychom si uvedli tak zvané sloupovníky (GUGGENBÜHL-CRAIG 2007 s.11) – zbožní křesťané, kteří žili na Blízkém východě a snažili se co nejvíce přiblížit Bohu tím, že většinu života strávili sezením na sloupu. Oni a ještě Boží muži, kteří zase žili osaměle na poušti by z dnešního pohledu jistě nebyli sociálně dobře přizpůsobení, integrovaní a nesplňovali normu z našeho pohledu. Možná vše souvisí s vcelku běžnou lidskou vlastností, kdy lidé nemají rádi odlišnost a politickým systémům se také více hodí, pokud jsou obyvatelé jednotní, protože pak více poslouchají a sami mohou převzít tuto potřebu jednotnosti za svou. Tento jev si jistě všichni, především my, kteří jsme zažili alespoň základní školu před rokem 1989, vybavujeme již ze školních let, kdy odlišnost byla problémem pro učitele a pokud byla třída velmi jednotná, mohla být odlišnost problémem i pro spolužáky.

Jak jsme si již dříve uvedli, tak prostředkem moci, který je nejčastěji uplatňován v rámci sociální práce, je kontrola. Dalším mocenským uplatněním jsou donucovací prostředky, které mohou sociální pracovníci uplatnit s oporou v zákoně. Tyto možnosti jsou v každém státě odlišné, podle zákonů jednotlivých zemí. Jako příklad si zde uvedeme příběh A.Guggenbühl-Craiga (GUGGENBÜHL-CRAIG 2007 s.14) z rozhovoru s jednou sociální pracovnící. Vyprávěla mu o svých nepříjemných snech, které následují vždy po uplatnění nějakého donucovacího opatření, na kterém poukázala svým spolupracovníkům, že bylo nezbytné. Na tomto příkladě je zřejmé, že sociální pracovníci mají velkou moc v uplatňování některých zásahů. Potřeba své jednání obhájit před kolegy je nutná, protože pokud člověk použije moc k prosazení nějakého kroku, je vcelku pochopitelné, že z uplatnění vlastní vůle nemá člověk odpovědně vykonávající svou práci dobrý pocit. Také se potřebuje s někým podělit nejen o zážitek, ale v důsledku i o pocit odpovědnosti. Slyšet od druhého člověka, že jeho jednání bylo nezbytné a správné. Je to druh podělení se o radost i starost a v tomto konkrétním případě o zodpovědnost za rozhodnutí. A následná neklidná noc jasně

poukazuje, jak moc má člověk nepříjemný pocit, když musí rozhodnout za druhé, co je správně. Celý tento proces probíhá na nevědomé úrovni a jak A.Guggenbühl-Craig (GUGGENBÜHL-CRAIG 2007 s.14) uvádí, že pokud se necháme příliš vést mocenskými choutkami, trpíme pak výčitkami svědomí. Tento fakt, kdy zpětně znovu zvažujeme své jednání (třeba i ve snu na nevědomé úrovni), by se mohl nazvat sebereflexí¹³, kdy člověk sám má náhled na své jednání a ještě zpětně zvažuje a analyzuje své rozhodnutí. Opak mocenského postupu, který spíše souvisí s výše uvedeným principem normy společnosti a uplatňováním této normy, je další příklad uvedený opět u A.Guggenbühl-Craiga (GUGGENBÜHL-CRAIG 2007 s.15-16). V tomto případě pracovníci sociálního úřadu vnímají jako špatné, že nemohou uplatnit i svou moc v případě, kdy vidí, že děti jsou vychovávány špatně, ale nejde o nějaké hrubé zanedbávání či týrání. Předjímají, že takto vychovávané děti selžou v sociálních dovednostech, avšak rodičovská práva jsou do velké míry chráněna zákonem. Přitom mají pracovníci touhu, aby mohli svou práci dělat dobře, zasáhnout a rádi by uplatnili svou moc, jakožto instituce, což z hlediska zákonů není možné. Samozřejmě veškeré příklady uvedené u A.Guggenbühl-Craiga jsou příklady ze Švýcarského prostředí, avšak podněty k zamyšlení jsou jistě vhodné pro všechny země, minimálně ty středoevropské. Hovoří zde o těchto možnostech, které napadají sociální pracovníky i o postupu, kdy se jedná o uplatnění moci či o nápad moc použít a tyto možnosti nazývá mocenským stínem sociálního pracovníka. Tímto se nám kruh uzavírá, neboť prosazováním vlastních pravidel, bychom porušovali základní demokratické pravidlo, včetně práva volby pro klienta (ať již jednotlivce či skupiny). I když je občas nevyhnutelné přiklonit se v rámci sociální práce k mocenskému opatření, vždy je nutný respekt ke klientovi a zároveň vnitřní analýza, zda zásah je opravdu pro dobro. Nebo zda jen prosazujeme svou vůli a svůj názor, protože nám to zákon umožňuje.

¹³ Sebereflexe – vycházíme-li z vysvětlení pojmu v Psychologickém slovníku (HARTL 2000 s.524), jedná se o jev, který je založen na sokratovském přístupu kladení otázek, jejichž pomocí společně s odpověďmi odhalujeme pojmové a situační rozpory a také je na tomto základě můžeme řešit. Výhodou je, že člověk sám nalézá správnou odpověď na závažné otázky, tím je rozvíjena vlastní iniciativa a upevňováno vnitřní přesvědčení, ke kterému jsme sami dospěli.

V tuto chvíli opustíme naši rodinu a uvedeme si jeden příklad z praxe autorky. Jednalo se o dívku, měla přítele, který se nelíbil jejím rodičům a v rodině byly další neshody ohledně volby budoucího zaměstnání a vše vyústilo v napadení dívky otcem. Sociální pracovnice z Orgánu sociálně právní ochrany dětí (OSPOD) stála celou dobu těchto konfliktů na straně rodičů, ač jejím klientem měla být (dle zákona) dívka a její zájmy. Vše vyústilo v to, že dívka byla umístěna do náhradní péče instituce a navíc sociální pracovnice trvala na zákazu stýkání s přítelem a jeho rodinou. Sociální pracovnice stále trvala na svém, i když dívku nějaký čas neviděla a doporučení odborníků (psycholog, etoped, vychovatelky) byla odlišná – shodli se na dobrém vlivu přítele a jeho rodiny na dívku. (STRETTI, osobní zkušenost z roku 2007 z práce na Lince důvěry)

Pokud se podíváme na tento příklad uplatnění moci, který byl veden v podstatě proti klientovi a klient na toto nejvíce doplatil, můžeme se jen dohadovat, co přivodilo takovéto profesní selhání. Pokud bychom se zkusili dívat očima sociální pracovnice, nejspíše bychom viděli člověka – mámu, která vycházela ze svých zkušeností, že rodiče to se svými dětmi myslí dobře a že je v zájmu klientky, aby se podvolila vůli rodičů. Samozřejmě toto je dohadování a fantazie, není možné si představit jiný důvod jejího jednání, pokud vycházíme z předpokladu, že tuto práci dělá pro dobro klientů. Sama měla také problém s přítelem dívky, neboť dle jejího hlediska, byla jeho rodina divná (rozuměj jiná, ve smyslu etnického původu) – sociální pracovnice trpěla předsudky, podobně jako rodiče dívky. Další roli sehrál otec dívky, který umí velmi solidně a korektně vystupovat a dokázal přesvědčivě mluvit. Zvláštností, i když předpokládatelnou, byla i reakce sociální pracovnice, neboť nechtěla připustit profesní omyl a její mocenský stín společně s přesvědčením, že její postup byl správný, ji přivedl k zaslepenosti. Sociální pracovnice se dostala do konfliktu rolí a paradoxně ve výsledku její zřejmě dobře míněné a opodstatněné jednání, bylo chybou, na kterou nejvíce doplatila její klientka.

3.1.2 Hledisko psychologa a psychoterapeuta

Psychologie je věda zabývající se studiem chování lidí a jejich prožíváním, myšlením a city. Zabývá se příčinami lidského chování, osobností člověka, jeho schopnostmi a jejich testováním, temperamentem, vůlí, emoční stránkou apod. (VOKURKA 2005 s.753). Psychologie je velmi široká disciplína, která se v různých ohledech opět více či méně zaměřuje na klienta a jeho vůli a přání. Dala by se rozdělit do několika proudů dle svého zaměření, podobně jako sociální práce. Tyto proudy se vytvořily v průběhu existence psychologie, která hlavně v souvislosti s rozvojem přírodních věd, se stala hodně klinickou a odehrávala se v laboratořích. V tu dobu byl velký rozvoj pokusů a zjišťování pomocí empiricky a hmatatelně ověřitelných závěrů. Poté se z této „laboratorní klece“ dostala zpět blíže k lidem a ke službě a prospěchu pro člověka. Jedním z odvětví psychologie je psychologie klinická, která je zaměřena na problematiku nemocných či umírajících osob, komunikaci mezi lékařem a pacientem, psychologickou podporu nemocných, ale i zdravotnického personálu. Psychologická léčba, respektive terapie, tedy zahrnuje různé metody, převážně však psychoterapii. (VOKURKA 2005 s.753) Lékařský slovník dále uvádí psychoanalýzu a hypnózu, což jsou spíše podpůrné a již konkrétní kroky, které jsou součástí obecného slova psychoterapie, proto je zde neuvádíme. Dále je v něm opomenut velmi důležitý krok klinické psychologické práce atím je diagnostika, která je velmi podstatná pro následující kroky. Pokud si rozdělíme psychologii obecně podle zaměření a již bez klinické psychologie, je tedy orientovaná buď více terapeuticky, poradensky nebo výchovně. (HARTL 2000 s.477). Z tohoto dělení je patrné a pochopitelné i dělení sociální práce – na tomto příkladu vidíme přímou vazbu při vzniku sociální práce, jak jsme si uváděli výše.

Zaměříme-li se na slovo psychoterapie, slovníky nám nedají úplně konkrétní představu. Psychologický slovník (HARTL 2000 s.488) uvádí, že psychoterapie se zabývá léčením duševních chorob a hraničních stavů psychologickými prostředky – slovem, gesty, mimikou či mlčením a

jedná se o účinný prostředek psychické pomoci, která je plánovaná, promyšlená a prováděná odborníky. Dále uvádí nároky na terapeuta, kterými je talent, schopnost improvizace a intuice a snaží se rozšířit svět hodnot nemocného. V tuto chvíli si musíme připomenout, že existuje mnoho psychoterapeutických směrů, každý z nich je originální a specifický a v každém se přistupuje k člověku různě. Po přečtení hesla psychoterapie z psychologického slovníku bychom mohli také nabýt přesvědčení, že vše záleží jen na psychoterapeutovi – on je tím, na kom záleží, jak vše proběhne. Avšak je nutné mít na paměti, že psychoterapie se týká minimálně dvou lidí (v případě individuální psychoterapie) – kterými jsou psychoterapeut a pacient a ve vztahu dochází k různým interakcím, kdy psychoterapeut je tím, kdo pomáhá cestu hledat a klient nebo chcete-li pacient¹⁴ je tím kdo cestu určuje a kdo po ní jde. Je potřeba ke každému přistupovat individuálně a především jako k člověku, psychoterapeut musí mít speciální výcvik a jeho nezbytnými schopnostmi a technikami je schopnost empatie, porozumění, osobní integrity, emoční podpory a zájmu. Avšak, jak jsme již výše uvedli, záleží i na klientovi, jak je motivovaný a jaká je jeho inteligenční i duševní kapacita. Terapeutický vztah je založen především na vzájemném respektu, důvěře a spolehlivosti (HARTL 2000 s.488). Všechny uvedené aspekty hrají svoji roli a jejich uvědomění napomáhá terapeutovi v jeho práci a jeho vlastním náhledu. Psychoterapie také napomáhá při somatickém onemocnění, nemocnému umožňuje hlubší uvědomění podstaty onemocnění a problému a pomáhá mu naučit se jim čelit vlastními silami. (VOKURKA 2005 s.754)

Nyní si vysvětlíme důvod spojení psychologie a psychoterapie v této práci do jedné kapitoly. Uvědomujeme si střet mezi pomáhajícími profesemi a zároveň prolínání, neboť psychoterapii využívá více oborů. Lékařský slovník (VOKURKA 2005 s.754) uvádí, že se využívá jak

¹⁴ V této kapitole se nám vyskytují dvě označení: klient a pacient, vzhledem k obecnému přístupu, že pacientem je někdo nemocný, kdo potřebuje lékaře bychom nechali toto označení pro pacienty lékařské a v souvislosti s psychologií a psychoterapií budeme používat označení klient. Protože psychologa či psychoterapeuta nepotřebují jen nemocní, ale také lidé, kteří prožívají nějaký těžký zážitek. Jako příklad může sloužit právě rodina z naší úvodní kapitoly, kde nejde u celé rodiny o nemoc nebo diagnózu v pravém slova smyslu.

v psychiatrii tak i v jiných oborech, kde jsou pacientovy obtíže podmíněny jeho duševním stavem. Přistupuje tedy k psychoterapii jako k nástroji medicíny, proto je zde i označení pacient. Tento přístup je nezpochybnitelný fakt, ale důvodem uvedení této informace je další nezpochybnitelný fakt, že tento přístup není jediný. To je myšleno i oním střetem, jisté vyjasňování kam psychoterapie vlastně patří a pod který obor ji zařadit. Neboť psychoterapii využívá řada pomáhajících profesí – nejen psychologové, ale i lékaři, sociální pracovníci a třeba i duchovní. Psychologové s lékaři si čas od času na stránkách odborných časopisů vysvětlují pod které odvětví psychoterapie patří a kdo by ji měl vyučovat a praktikovat. Dále existuje třetí skupina, která považuje psychoterapii za samostatnou vědní disciplínu a není divu, vzhledem k množství psychoterapeutických škol a množství přístupů. Čím dál častěji se objevuje potřeba psychoterapie v oblasti sociální práce i v práci duchovních a psychoterapii, nebo alespoň některé její metody, hojně využívají. Není smyslem této práce vytvářet nějaký závěr k tomuto řekněme sporu nebo poukazovat na oprávněnost požadavků některé ze stran. My zde přistupujeme k psychoterapii jako k nástroji pro mnoho pomáhajících profesí a s psychologií ji spojujeme, vzhledem k literatuře, ve které jsou tyto obory spojené. Dalším velmi podstatným důvodem je fakt, že psychologové používají psychoterapii jako nástroj nejčastěji. Vzhledem k tomu, že psychoterapie je psychologovým nejčastějším nástrojem, budeme se více zabývat terapeutickým směrem, než psychologickým o sobě.

Sám o sobě terapeutický přístup není mocensky zaměřen a v první řadě klienta respektuje, podporuje a přistupuje, respektive měl by přistupovat, ke klientovi s velkou mírou pochopení a tolerance. Jeho cílem je především obnova zdraví (LANGMEIER 2000 s.31) a základním tématem je změna (GJURIČOVÁ, KUBIČKA 2003 s.77). Základními modely terapie jsou terapie individuální, hromadná, skupinová, rodinná a terapeutická komunita (LANGMEIER 2000 s.34) a každý model má vlastní metodu, respektive několik metod, které jsou závislé i na terapeutické škole. Každý model má také svůj cíl, který je odlišný a liší se i do jisté míry přístupem ke klientovi, respektive klientům. Každý

přístup má také svou vlastní etiku a své vlastní hledisko pro uplatňování moci. Otázkou v tuto chvíli je, co je mocí myšleno, neboť i slovo moc v terapeutickém kontextu je velmi široký pojem. Způsoby zásahu terapeuta mohou být dle Langmeiera (LANGMEIER 2000 s.33) vedeny dvojitým způsobem buď „porodnickým“ nebo „manipulativním“. První způsob, tedy „porodnický“, je postaven k vedení klienta, aby si sám objevil, pochopil a vyjádřil příčinu a na tomto základu mohou společně pracovat na změně. Druhý způsob, tedy způsob „manipulativní“, je založen na řízeném nácviku, sugesci a předpisu chování, kdy terapeut u klienta navozuje žádoucí změnu. V zásadě je tento přístup v některých situacích nutný, je však nutné mít na paměti velmi tenkou hranici, kdy by bylo snadné klienta vmanipulovat do situace, která sama o sobě může být nežádoucí. Jako příklad uplatnění „manipulativního“ způsobu (zachováme Langmeierův termín) si můžeme uvést nežádoucí chování, případně agresivní chování, u lidí s autismem, kdy změny přijatelné pro okolí můžeme dosáhnout cílenou terapií. K terapii problémového chování se osvědčily terapie behaviorální a kognitivně-behaviorální. Behaviorální terapie je zaměřená na změnu vnějšího chování a kognitivně-behaviorální terapie je zaměřena na změnu myšlení a vedlejšího chování (ČADILOVÁ, JŮN, THOROVÁ 2007 s.108). Klient si nemusí být vědom svého problémového chování, přesto ke změně je veden, k tomuto vedení uplatní terapeut svou moc, která vede ke zlepšení především klientova vztahu s okolím. Proto zde uvádíme i tento příklad, aby nikdo nenabyl mylného dojmu, že mít moc, znamená vždy negativní věc.

Psycholog i terapeut si musí být vědom faktu, že jistou moc ve svém postavení vůči klientovi má a záleží na jeho morálních a etických zásadách, jak se zachová. Snadno se psycholog dostává do rozporu se zájmem klienta a to jak při práci diagnostické, tak i při psychoterapii. Může si svou hypotézu ověřit zadáním dalšího testu, při ověřování může klást otázky které klienta uvádějí do rozpaků apod. (ŘÍČAN 2006 S.39). Jedná se samozřejmě o druh moci, který psycholog má a vždy záleží na způsobu použití. Všeobecně si jsou všichni odborníci tohoto rizika vědomi a je to i důvod aplikace nejrůznějších etických kodexů pro různé

druhy profesí – Etika pro klinické psychology, etické kodexy jednotlivých psychoterapeutických společností, Etický kodex pro pracovníky linek důvěry apod. Veškerá moc psychologa nebo psychoterapeuta je dána jeho postavením odborníka, za kterým klient přišel. Klient má nějaká očekávání, která mohou jasně předávat ještě větší moc, jako příklad si můžeme uvést otázku typu: „Poradte mi, co mám dělat?“ V každé situaci má terapeut své stanoviska a postoje a pro dobře odvedenou práci, je nutné tyto postoje reflektovat (GJURIČOVÁ, KUBIČKA 2003 S.172), jinými slovy být si jich vědom. Pokud si jsme svých postojů vědomi, víme o vnitřních pocitech, které se v nás odehrávají a můžeme se vyhnout prosazení své moci a svého postoje. Pokud by však psycholog respektive psychoterapeut byl člověkem, který chce ostatní ovlivňovat a byl by rád, aby ostatní se podřídili jeho vůli, mohl by takto jednat na vědomé úrovni. Avšak principiálně nepředpokládáme úmysl škodit, proto nebudeme spekulovat o teoriích na téma jak uškodit. V případě nereflektování svých postojů, může nastat situace, kdy psycholog nebo terapeut začne hodnotit, nabádat a radit co by bylo nejlepší. Začne se tak dít v dobré víře, avšak jeho práce pak postrádá profesionální přístup, může klienta odradit, případně i urazit a ublížit. Je to otázka sebereflexe, založená na stejném principu, který jsme popsali výše u hlediska sociálního pracovníka. Prosazování moci psychoterapeutem je dobře vysledovatelné třeba na párové terapii, kdy jeden z páru v konfliktní situaci má tendenci přivlastňovat si na svou stranu někoho z okolí. Zkusme si vzpomenout na rozchod nějakého páru v okolí, kdy každý má na věc jiný pohled a jiný názor a každý z nich chce slyšet, že jste na jeho straně. S tímto pohledem přicházejí i za terapeutem a snaží se s ním vytvořit koalici, neboť je to odborník a jeho slovo má nějakou váhu. Právě vytváření těchto koalic by bylo projevem uplatňování moci, je proto potřeba reflektovat své postoje a nenechat se do této role vtáhnout. Gjuričová (2003 s.61) velmi trefně definuje uplatnění moci takto: „Mít moc, znamená nejen zajistit, aby se věci děly, jak si představuji, znamená to také například nevyhovět a jednat podle svého.“ Celkově pojednává právě o prosazování moci v rámci rodinné a

párové terapie, kde hraje i velkou roli genderový postoj každého člena terapie a také jeho kořeny a prostředí ve kterém byl vychován.

Základním nástrojem psychologa i psychoterapeuta je řeč a tedy dialogická komunikace s klientem, včetně neverbálních technik. Způsobem vedení rozhovoru může tedy moc uplatňovat nejčastěji, avšak má k dispozici další nástroje, které jsou uplatňovány ve výjimečných případech, nejčastěji tam, kde se jedná o porušování zákona (např. v případě zneužívání, týrání apod.) a neoznámením by se sám vystavoval nebezpečí trestného stíhání za neoznámení nebo nepřekažení trestného činu. Guggenbühl-Craig (2007) mluví o moci, kterou terapeut má a porovnává příbuzné profese, které jsou ve velmi podobné situaci – těmi jsou lékař a farář. Mluví o tenké hranici která ve všech těchto profesích je a tuto hranici nám do jisté míry dali sami klienti svým přístupem. Předpokládají naši vševědoucnost – stejně tak u faráře jako u psychoterapeuta. Mluví o tomto stále přítomném předpokladu jako o psychoterapeutově stínu, který nás provází a musíme si být přítomnosti stínu vědomi, abychom nepodlehli jeho klamavé moci. Vševědoucnost je založena hlavně na oblastech se kterými pracujeme, těmito oblastmi je nevědomí, sny, duše a navíc se očekává, že budeme vědět více třeba i o otázkách smrti. Vzhledem k tomu, že jsme „jen“ lidé a jsme slabí, můžeme sami uvěřit, že skutečně jsme odborníky na otázky života a smrti (Guggenbühl-Craig 2007 s.25). Mimo jiné tentýž autor uvádí při definování terapeutova stínu paralelu, že tento stín je temným bratrem každého a toto trefné vystižení hovoří právě o možnosti, že můžeme selhat a nechat se touto vizí ovládat, právě díky věčné přítomnosti tohoto temného bratra, který je tedy naší součástí.

Obecně má slovo moc negativní nádech a člověk si představí špatnou věc, kdy jeden člověk vyžívá své převahy na úkor druhého. Tento postoj je pochopitelný, pokud se podíváme do minulosti, neboť v minulosti byla moc mnohokrát zneužita. Nemusíme se zabývat historií nějak vzdálenou, podívejme se zpět do dvacátého století, kdy vládly dva totalitní politické systémy – nacismus a komunismus. Oba tyto totalitní systémy zneužívaly svou moc na úkor ostatních a kdokoli nesouhlasil, byl bez milosti zničen. Nacismus si dal za cíl vytvořit jedinečnou rasu a

pro čistotu rasy byl ochoten zlikvidovat několik desítek miliónů lidí. Šlo o prosazení názoru jednotlivce, který svou schopností manipulovat a vládnout a chtěním prosazovat svou vůli a přání, ovlivnil životy lidí na celém světě a mnoho miliónů životů zničil – tyto lidi ještě předem využil v pracovních táborech. Je zřejmé, že toto je jiná otázka, nemohli jsme ji však nezmínit, neboť na počátku této pohromy, byla řeč a zdatná rétorika, kterou jsme si označili za hlavní nástroj psychoterapie. Navíc celá situace nástupu nacismu byla po všech stránkách dobře rozehraná psychologická hra, která využila všech znalostí a prostředků k dosažení svého cíle. Díky nacismu i komunismu jsme tedy přednastavení v případě, kdy slyšíme o moci. Musíme však nahlížet z nadhledu a pak uvidíme, že mít moc může také znamenat někomu pomoci nebo zachránit život. Jsou terapeutické postupy, které jsou založeny na moci, avšak právě uplatněním terapeutova vlivu, což je jeho nástroj moci, je efekt terapie silný. Příkladem mocenské terapie je sugestivní a hypnotická terapie, která je velmi detailně popsána například u Langmeiera (2000), kde se týká dětí a dospívajících. Jsou zde uvedeny postupy a případy, kdy se osvědčilo hypnoterapii použít, tj. u funkčních a orgánových poruch, psychogenních poruch, poruch citového prožívání (LANGMEIER 2000 s.80). Věnuje dostatek prostoru ujasňování principů vztahu mezi klientem (v jeho případě dítětem) a terapeutem. Upozorňuje na velmi rozšířenou představu, že v hypnoterapii je klient tím pasivním a terapeut aktivním prvkem, nebo jinak, kdy mocný terapeut „něco dělá“ dítěti, které jen přijímá. Upozorňuje na tento omyl, protože za základ dobrého terapeutického vztahu považuje prostředí vytvořené na základě důvěry, zájmu a aktivní spolupráce (LANGMEIER 2000 s.76). Člověk se cítí dobře a může se uvolnit jen tam, kde cítí bezpečí, pokud se cítí v ohrožení je v neustálém stresu a napětí a nemůže se tedy soustředit na práci na sobě samém. Pokud není v bezpečí a není uvolněný je neustále připraven se bránit případnému útoku, těžko tedy bude mít dostatek sil a energie pracovat na sobě a může preventivně na vše reagovat protiútokem a na místo terapeutické práce bude boj kdo z koho.

Nyní se opět podíváme na možné uplatnění moci v naší pilotní rodině. Momentů psychologické pomoci, podpory i péče zde bylo několik. Byla to neustálá podpora všech členů rodiny psycholožkou stacionáře, stejně tak pomoc, kdy potřebovali členové rodiny různý kontakt s psychologem i psychoterapeutem. V první fázi se jednalo o podporu a pomoc od psycholožky stacionáře při řešení dané situace, především pro rodiče. V další fázi se jednalo o pomoc a péči pro Honzovu sestru, když byla malá. Celou dobu byla rodina podporována především stacionářem a psychologickým vedením. Pro Honzu bychom vše nazvali dle našeho rozdělení péčí a to dlouhodobou, z hlediska péče o fyzické zdraví (fyzioterapie) a psychický kontakt s dalšími lidmi v rámci pobytu ve stacionáři, což je pro něj velmi podstatné. Především z důvodu malého kontaktu s vrstevníky, který je zapříčiněn právě Honzovým postižením – nemůže se spolužáky sdílet veškerý čas ve škole a zájmy po škole, liší se i zájmy, které jsou u Honzy přizpůsobené především společnosti dospělých, ve které se častěji pohybuje. Další psychoterapií, tedy především prostor sdílení a rozhovorů byl kontakt s posledním psychiatrem pro mámu i tátu, neboť tato podpora a opora byla velmi důležitá i pro řešení běžných konfliktů v rodině. V situaci, která nastala po úmrtí matky, je důležitá psychická podpora pro všechny členy rodiny, na které je jasně vidět odlišné potřeby jednotlivých členů, které vycházejí i z jejich osobnostního nastavení a jejich povahy. V tomto ohledu nyní prakticky vidíme nutnost oddělení jednotlivých termínů – podpora, pomoc i péče – tato nutnost vznikla právě z důvodu individuálních potřeb a nutnosti individuálního přístupu z hledisek všech pomáhajících profesí. Potřebují podporu, aby mohli celou situaci zvládnout a nebýt sami. Podporu ve smyslu sdílet celou situaci, opřít se o někoho, kdo to unese a pomůže jim překonat krizovou dobu, než budou moci nést vše sami. Potřebují pomoc ohledně praktického zařizování, včetně pomoci s asistencí pro Honzu. Nadále, především Honza, potřebuje péči ve stacionáři a otec rodiny potřebuje odbornou lékařskou péči s vlastním zdravotním stavem.

V tuto chvíli se dostáváme k otázce, která musí padnout, avšak odpověď na ni nikdy nedostaneme. Celou dobu veškerá odborná

psychologická i psychoterapeutická práce s rodinou byla vedena především v atmosféře založené na velké důvěře a na velkém pocitu bezpečí. Byla vedena především s velkým ohledem a respektem ke všem členům rodiny bez uplatnění prosazování vlastních stínů a prosazování svých potřeb. Kdyby se však zkusila použít moc, kterou právě terapeut má, k zapůsobení a prosazení možnosti, aby rodině pomáhali asistenti častěji – včetně noci – je otázkou, zda by situace zašla až tak daleko. Vzhledem k povaze matky, která byla v určitých ohledech svéhlavá a navíc vše brala jako své poslání, svůj úděl, by muselo být použito silné manipulace se kterou bychom se jako pracovníci velmi špatně vyrovnávali. A nejspíše bychom stejně museli rezignovat, neboť bychom jednali proti vůli klienta a to proti velmi silné vůli, která v tomto ohledu nepřipouštěla jakékoli kompromisy. Toto je spíše otázkou k zamyšlení a zároveň poukazem k tvrzení, že ne všechna moc je zákonitě tou špatnou, že vědomě ji za určitých situací lze použít k užitku klienta. Neboť do jisté míry i teď bylo použito částečné moci, aby otec souhlasil s nabízenou pomocí asistence.

3.1.3 Hledisko lékaře

Na začátek si uvedeme Hippokratovu přísahu, která je základem lékařské etiky. Otázka moci a jejího použití je otázkou především etickou, proto začneme základním etickým dokumentem lékařství, který je samozřejmě aktualizován dle potřeb. Tyto potřeby se vyskytují průběžně a právě v Hippokratově přísaze narazíme na rozpor týkající se interrupcí nebo nyní aktuální avšak velmi citlivou otázku euthanasie. Tyto otázky jistě stojí za zamyšlení, nejsou však smyslem této práce, proto nebudeme vést filosofický dialog na toto téma, i když by byl jistě velmi zajímavý. Naším tématem je otázka moci, jejího využití či zneužití v lékařské profesi a tímto tématem se budeme zabývat i nadále. Lékaři jsou zajisté v odlišném postavení oproti ostatním pomáhajícím profesím, neboť právě lékařský přístup prošel velkým vývojem a změnami. Opouští se model vševědoucího lékaře, který ani nemusí pacientovi sdělovat

diagnózu a hledí na něj svrchu ze svého postu. A léčba pokračuje podle lékařových slov, bez ohledu na názor a vnitřní přesvědčení pacienta. Naopak dnes se lékař snaží pacientovi přiblížit, více vysvětlovat a svou moc by již neměl prosazovat a uplatňovat bez ohledu na pacienta. Právě dnešním přístupem se budeme dále zabývat s poukázáním opět na zkušenosti naší rodiny. Nyní si uvedeme text Hippokratovy přísahy, abychom od něj pokročily dále k mocenským přístupům v medicíně.

Hippokratova přísaha (kolektiv autorů, Kronika medicíny 1994 s.37):

„1. Přisáhám a volám Apollóna lékaře a Asképie a Hygieu s Panakiu a všechny bohy a bohyně za svědky, že budu tuto přísahu a smlouvu podle svých schopností a podle svého vědomí dodržovat. Toho, kdo mě naučil umění (lékařskému), budu si vážit jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat. Když se dostane do nouze, dám mu ze svého, stejně tak i jeho potomkům dám a budou stejní jako moji bratři. Pokud po znalosti tohoto (lékařského) umění zatouží, budu je vyučovat zdarma a bez smlouvy. Seznámím své syny a syny mého učitele a všechny ustanovené a na lékařský mrav přísahající s předpisy, přednáškami a se všemi ostatními radami. Jinak však s nimi neseznámím nikoho dalšího.

2. Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného podle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné.

3. Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne kdokoliv o to požádal a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k potratu.

4. Svůj život uchovám v čistotě a bohobojnosti, stejně tak i své (lékařské) umění.

5. Nebudu (lidské tělo) řezat, ani ty, co trpí kameny, a tento zákrok přenechám mužům, kteří takové řemeslo provádějí.

6. Do všech domů, kam vstoupím, vstupovat budu ve prospěch nemocného, zbaven každého vědomého bezpráví a každého zlého činu. Zvláště se vystříhám pohlavního zneužití žen i mužů, svobodných i otroků.

7. Cokoliv při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co nesmí se sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti.

8. Když tuto přísahu dodržím a neporuším, nechť ve svém životě i ve svém umění skromně dopředu postoupím. Tak získám si vážnost všech lidí po všechny časy. Když ale zákazy přestoupím a přísahu poruším, nechť stane se pravý opak.“

Tento slib je základním etickým principem, který klade velký důraz na osobnost lékaře a zdůrazňuje základní princip založený na lékařově svědomí. Tento princip především nabádá činit vše, pro blaho a lepší zdravotní stav pacienta, zavazuje mlčenlivostí – čímž se buduje veliký prostor k důvěře mezi lékařem a pacientem. Zároveň jste si jistě všimli, jak už bylo upozorněno dopředu, že jsou jisté rozpory mezi skutečností a tímto slibem. Avšak základ, kdy pacient je prakticky středem vesmíru, tam je. Jak uvádí Vymětal (2003 s.113), tak role lékaře se postupně mění. Lékař je odborníkem, který zároveň se svým přístupem si vytváří osobní vztah s pacientem. Tímto osobním vztahem se lékaři do jisté míry vrátili k původnímu obrazu pacienta, který byl brán v první řadě jako člověk. Tedy neléčí se nemoc, ale člověk, který nějakou nemoc má. Toto přiblížení k člověku mělo za následek i vytváření multidisciplinárních týmů vytvořených právě z potřeb člověka. Protože i když je člověk nemocný, zůstává především člověkem – není jen nemocí.

Lékaři je přisuzována moc, podobně jako terapeutovi či faráři. Neboť je lidmi vyvyšován na piedestal a je mu připisována všemocnost, všemohoucnost a vševědoucnost. Zároveň je pacientem očekávána osobní angažovanost lékaře i pochopení a možnost rychle, pokud možno bezbolestně, pomoci (VYMĚTAL 2003 s.113-114). Zajímavé je i pojetí vzájemných očekávání a předpokladů. Pacient předpokládá především pomoc a zmírnění či odstranění symptomů. Dále očekává lékařovu podporu a může se na něj tedy ve všem spolehnout, včetně informování o důležitém. Lékař je člověkem, kterého pacient má v úctě a zároveň z něj má obavy (VYMĚTAL 2003 s.116). Tento ambivalentní přístup je sám o sobě paradoxem, ale vcelku pochopitelným, neboť lékař je stále společností vnímán jako velmi výjimečný člověk, neboť budeme-li k sobě upřímní, zdraví i život máme jeden a lékař je tím, kdo ho pomáhá

chránit i zachraňovat. Z těchto důvodů jsme na lékaři závislí, ale abychom mohli plně věřit, musíme se cítit v bezpečí a musíme cítit lékařův zájem o nás.

Opět příklad naší rodiny z velmi nedávné doby, kdy matka ležela v nemocnici. Veškerý zdravotní personál se zajímal nejen o ni po zdravotní stránce, ale i po stránce potřeb a pohodlí. Hledali společně s rodinou, jak zpříjemnit dny v nemocnici pomocí televize, časopisů. S rodinou mluvili také velmi otevřeně a dodávali podporu i ocenění, aby situaci zvládali. Byli velmi otevření i po její smrti, když byla rodina pro věci. Ošetřující lékař si udělal čas na vysvětlení a zodpovězení otázek. Než přišel, vrchní sestra dodávala otci podporu, snažila se ho i motivovat v myšlení dál a zároveň vyjadřovala velké pochopení z bolesti ze ztráty ženy. Byla velmi osobní, vstřícná a autentická a podobně i následně lékař. Toto osobní přiblížení bylo bráno od otce jako pochopení situace i vyjádření podpory a zároveň utvrzovalo v přesvědčení, že všichni dělali vše pro záchranu, protože i jim osobně na všem záleželo.

Z opačného pohledu lékaře, co on očekává od pacienta, Vymětal uvádí (2003 s.116-117) podřidivost a vděčnost a také rychlé zlepšení zdravotního stavu. A ještě dodává jeden velký omyl lékařů, kteří předpokládají spolupráci ze strany pacienta. Avšak v okamžiku subjektivního zlepšení zdravotního stavu, pacient přestává pokyny dodržovat a k jejich plnění je potřeba neustálé motivace ze strany lékaře. Pro lékaře je samozřejmé, že pacient s ním bude sdílet veškeré informace, které mají vliv na zdravotní stav, včetně těch nejintimnějších, což může u pacienta vzbuzovat úzkost. Opět tedy narážíme na nutnost bezpečného prostředí plného důvěry. My všichni musíme překonat pozůstatek doby minulé, kdy byla mezi lékařem pacientem celkem velká propast a začít se vzájemně respektovat a důvěřovat si. Tento respekt musí být vzájemný, podobně jako vzájemná úcta, neboť i lékař by měl pohlížet na pacienta jako na plnohodnotnou osobnost lékaři principiálně rovnou (VYMĚTAL 2003 s.133).

Dalším velmi důležitým nástrojem lékaře je komunikace s pacientem, která by měla mít své zákonitosti a neměla by být

podceňována. Musíme mít na paměti, prakticky všichni, kteří pracujeme s lidmi, že při rozhovoru jsou účastny dvě strany, které musí vzájemně chápat co druhá strana nejen říká, ale především co tím chce říci. Neboť tyto, řekněme komunikační bariéry, mohou způsobit špatné pochopení a tedy nečekanou reakci. Příklad komunikačních bariéry uvádí Vymětal (2003 s.121) při vyšetření a kontaktu s malými dětmi, což může být ještě znesnadněno třeba malou osobní zkušeností. Rozhovor je specifický a měl by být úměrný chápání podle věku dítěte, ale i jeho možností a schopností. Podobně jako je každé dítě různě vyspělé, je tomu i s dospělými pacienty. Komunikační bariéry souvisí tedy nejen s věkem, ale i se smyslovými a mentálními schopnostmi, může být ovlivněn duševní poruchou či jazykovou bariérou. Každý člověk má jiné schopnosti a právě při individuálním přístupu, kdy si i lékař ověřuje, zda pacient vše správně pochopil, je prostor pro vytvoření důvěrného a bezpečného prostředí. Ideálním modelem je psychologický či psychoterapeutický přístup k pacientovi, přesněji řečeno inspirovaný uvedenými obory a jejich technikami. Kdy tedy vzájemné pochopení a porozumění je dáno velkou dávkou empatie¹⁵ a snahou porozumět druhému především lidsky. Porozumění i vztah mezi lékařem a pacientem, je důležitým bodem léčby, neboť se jedná o klíč k základnímu postoji pacienta k nemoci. Dalším nepomíjitelným bodem je identifikace psychosociálních vlivů, neboť lze považovat za prokázané, že každé onemocnění se týká člověka jako celku, včetně fyzické i psychické stránky a obě tyto stránky se vzájemně ovlivňují. Pomocí těchto zásad je vytvořeno prostředí pochopení, jistoty, důvěry i naděje (VYMĚTAL 2003 s.135-138).

Opět si uvedeme příklad naší rodiny, kdy před časem navštívili rodiče se synem Centrum proti bolesti. Co se tam odehrálo známe zprostředkovaně od matky a od syna, který nebyl přítomen po celou dobu, neboť přístup lékařky matku natolik vyděsil (hlavně se obávala, že

¹⁵ Empatie – schopnost vcítit se do pocitů a jednání druhé osoby, které je součástí emoční inteligence; šířeji umění dovedně zacházet s emocemi, vcítovat se do situace druhé osoby, snaha pochopit druhého v jednání i myšlení pomocí verbálních i neverbálních projevů (HARTL 2000 s.139)

před ním řekne vše i ohledně prognózy Honzovy nemoci), že ho poslala ven. Důležitým faktem je, co si však matka s Honzou odnesli. Matka si odnesla verdikt, že za Honzovi bolesti může tím, že ho na sebe nafixovala, protože ho do roka kojila. Dále paní doktorka matku přesvědčovala, že se musí zasažit Honzovi ulevit od bolestí pomocí akupunktury, sama lékařka ji také praktikovala. Tímto vším vyvolala v matce pocit, že si ani nezjistila co Honzova diagnóza přesně je a vysvětlovala jí, že již v minulosti neurolog praktikování akupunktury zakázal z obav před zhoršením Honzova zdravotního stavu. Nakonec od lékařky odcházela matka velmi rozčilená, navíc s přístrojem, kterým měla do těla Honzy vpravovat elektrošoky – prý k otupení činnosti nervů, díky kterým cítil bolest. Za zapůjčení tohoto přístroje zaplatila matka 500,- Kč. Před použitím se poradila opět s neurologem, který nedoporučil experimentovat na této bázi s nervovým systémem, neboť by to mohlo být spíše horší. Matka se tedy cítila oklamaná, podvedená a nepochopená. Lékařce přístroj vrátila, řekla co se dozvěděla od neurologa, což dotyčná lékařka nepřijala.

Na tomto příkladu zřetelně vidíme zneužití postavení lékařky, která se nezajímala zda ji matka rozumí, avšak matka se cítila obviněná a zodpovědná za bolesti syna, navíc se cítila nepochopená a obelhaná díky přístroji, který specialista nedoporučil vůbec vyzkoušet. Doktorka nebrala vážně matčiny výhrady k použití jehliček a doporučila ještě rasantnější léčbu pomocí elektrického proudu. Matka lékařce nevěřila a vcelku opodstatněně, neboť lékařka postupovala z pozice své autority a uplatňovala svou moc bez ohledu na okolnosti. Pomineme-li skutečnost, že upřednostňovala alternativní medicínu oproti vědecké na půdě VFN¹⁶ a doporučila přístroj, který je pro danou diagnózu nevhodný – tímto utvrdila matku v nedostatku znalostí tohoto onemocnění. A je samozřejmě nasnadě otázka etická, zda má právo si lékař nechat zaplatit za svůj vlastní experiment na půdě VFN a zda má právo v této oblasti experimentovat a nerespektovat vůli zákonných zástupců. Při tom všem vystupovala jako expert, který si ani na moment nepřipustil fakt, že Honza je do jisté míry rarita a nelze aplikovat cokoli. Matka s Honzou

¹⁶ VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

nebyli rovnými partnery v komunikaci s lékařkou a odcházeli velmi uraženi a naštváni (především matka).

Nyní se podíváme na poslední lékařské hledisko ve vztahu k pacientům a tím je již výše uvedená otázka mocenského stínu tentokrát u lékaře. Budeme-li vycházet z Hippokratovy přísahy, ve které se nevyskytují temné stránky, byl by lékař dokonalou bytostí, která vždy jedná v zájmu pacienta. Musíme si uvědomit skutečnost, že všichni a lékaře nevyjímaje, jsme především lidé. Jako lidé jsme vystavováni různým svodům a zájmům. I mezi lékaři jsou tací, kteří se nechají vláčet svým mocenským stínem a chovají se více jako šarlatáni než lékaři. Používají nekonformní a nezkoušené metody, buď si nejsou vědomi skutečnosti, že překročili hranici mezi léčením a šarlatánstvím a klamou pacienta i sebe – což je lepší případ. Tou horší variantou je skutečnost, že to dělají záměrně a pomáhají sobě, ať již finančně nebo získáváním prestiže (GUGGENBÜHL-CRAIG 2007 s.21-22). Tento model je vidět i na výše uvedeném příkladu, kdy lékařka zkoušela alternativní medicínu a ještě se při tomto pokusu obohacovala. Nebudeme jí přisuzovat záměr v jejím jednání, i když se tato myšlenka nabízí. Minimálně však porušila etická pravidla i pravidla slušné komunikace, která jsme si uvedli a při tomto jsme vycházeli ze zkušeností Prof. Vymětala z oblasti lékařství.

Nabízí se zde k zamyšlení ještě jedna spíše filosofická otázka, neboť pacient je brán jako člověk nemocný, kdybychom šli k podstatě slova – znamená že nemá moc. Z hlediska terapeutického přístupu, je moc nad sebou kompetencí každého člověka a z tohoto hlediska bychom tedy všichni pracovníci pomáhajících profesí, včetně lékařů, měli kompetence – a tedy i moc – lidem vracet, ne si ji usurpovat a brát na svou stranu. Toto uvědomění a tato snaha je projevem respektu k druhému a opravdovou snahou pomáhat a léčit.

Na závěr této kapitoly si uvedeme ještě jeden příklad naší rodiny, kde byl nezáměr o pacienta a tento přístup napomohl ke zničení zdraví matky.

Jedná se v pořadí o druhého psychiatra matky, který celou léčbu pojal medikamentosně. Neboť viděl neřešitelnost situace a pouze

předepisoval léky, kdy recepty vydával okamžitě nebo někdy i členům rodiny. Dle matky se nikdy nezajímal co se v ní odehrává, když není změna, nejde tedy nic jiného než vše tlumit léky. Tyto léky (Neurol a Hypnogen) předepisoval cca deset let a musel si jako lékař být vědom závislosti, kterou na nich matka rodiny má. Nijak tento fakt neřešil, otcí rodiny na dotaz, zda toho žena nebere příliš odpověděl, že ji na tento fakt upozornil a více je na ní. Jinými slovy přehodil vlastní zodpovědnost na ní – opomněl fakt, že on je tím, kdo léky předepisuje. Takové jednání je ukázkou profesního i lidského selhání. Matka rodiny nakonec na různá doporučení změnila psychiatra, který si jako jeden z prvních úkolů dal, že ji zbaví závislosti na výše uvedených lécích. Hledal alternativní náhradu, snižoval dávky. Navíc měl i terapeutický přístup, kdy s matkou především hovořil o všech i skrytých trápeních. Matka s ním byla velmi spokojená, doporučila k němu i svého manžela, který začal mít také psychické problémy a oba byli velmi spokojeni. Ovšem poškození zdraví vlivem dlouhodobého nadužívání léků a kombinace s alkoholem (takto byl fyzický i psychický stav pro matku snesitelnější) bylo již nevratné.

Toto srovnání je samo o sobě paradoxem, neboť se jedná o stejnou profesi obou lékařů a na uvedeném příkladu vidíme, jak velkou roli hraje skutečnost, že jsme především lidé. A to lidé různí s různými přístupy, pro jednoho bylo snazší (možná i vlastní obranou) o ničem nemluvit, během pár minut se s pacientkou rozloučit a jde na řadu další – více pacientů, více peněz. A druhý se snaží zachránit situaci především ve prospěch pacientky a napravuje i předchozí selhání.

3.1.4 Hledisko duchovního

Pro mnoho lidí v převážně ateistické České republice je duchovní rozměr ve smyslu náboženství něčím, co by nemělo mít ve vědeckém oboru místo. Mnozí psychoterapeuti vnímají své věřící klienty jako nezralé či neurotické osobnosti a víru berou jako překážku vnitřní svobody, osobního růstu a autenticity. Naopak pro mnohé duchovní jsou

psychoterapeuti zosobněním ohrožení jejich oveček. Mezi těmito dvěma tábory zavládlo příměří, neboť obě strany pochopili, že takto vyhraněný názor bude k oboustranné škodě a tím poškozeným bude klient nebo člen náboženské obce. A on bude také tím, komu by mohlo být nejvíce ublíženo (ŘÍČAN 2006 s.561). Vzhledem k faktu, že náboženství je velmi široký pojem a může zahrnovat mnoho různých vyznání, která by sama o sobě vystačila na samostatnou práci, budeme se držet naší judaisticko-křesťanské tradice, která má u nás svou historii nejdéle. Navíc je základem našeho kulturního zázemí, vzdělanosti a etických principů právě v Evropské společnosti jak trefně popsal Mamula a Čierná (VODÁČKOVÁ 2007 s.316). Vzhledem ke změnám, kterými prošla naše společnost, má Česká republika věřících velmi málo v porovnání třeba se Slováký či Poláký. Je nutné si uvědomit, že je rozdíl v Čechách a na Moravě, kde tradice křesťanství zůstala více živá. Na vině je více faktorů a můžeme se přiklánět ke kterémukoli, ať již pocit hořkosti po světových válkách nebo komunistická minulost po dobu čtyřiceti let, kdy duchovní byli pronásledováni, potřebovali státní souhlas k výkonu povolání – tím jich bylo méně a méně. Každopádně se začali vzdalovat z běžných životů a mladší generace vyrůstaly v prostředí, kdy nebylo obvyklé mít svého faráře a chodit do kostela. Duchovní si musí zpět vydobývat svá postavení, která byla minimálně ještě před oběma světovými válkami samozřejmou součástí života. V následujících řádkách si uvedeme přínos duchovních i podobnost jejich práce s terapeutickou – vzhledem ke stáří náboženské komunikace by bylo troufalé tvrdit, že terapie naučila duchovní vést rozhovory, ale jistě nemalou měrou přispěla k vývoji způsobů vedení hovorů v duchovní sféře. Proto jsou v současnosti zařazováni duchovní do multidisciplinárních týmů, zatím jsou plně zapojeni v rámci krizových intervenčních týmů působících především při hromadných neštěstích. Pomalu se vracejí duchovní do nemocnic, kde je zřetelná potřeba verbálního kontaktu, především na odděleních, kde jsou dlouhodobě ležící. Jako příklad si můžeme uvést Ústřední vojenskou nemocnici v Praze, která má svého vlastního kaplana a to především díky skutečnosti, že kaplani jsou součástí armády ČR. Další nemocnicí, kde se setkáme s kněžími i řádovými sestrami je

pražská nemocnice Pod Petřínem, která byla po revoluci vrácena řádu Milosrdných sester svatého Karla Boromejského a mimo jiné bylo v rámci této nemocnice otevřeno první a zatím jediné detoxikační centrum pro děti. Což poukazuje na mezioborovou spolupráci, ve které je nezbytné zastoupení všech oborů výše uvedených, neboť na prvním místě nám všem jde o druhého člověka – pro někoho tím druhým bližní, pro jiné klient a pro další pacient.

Říčan (2006 s.564) mimo jiné uvádí i prospěšnost nevtahovat klienta v terapii do umělého světa zkonstruovaného odborníky, ale naopak stavět na jeho přirozeném prostředí, které má v sobě obsažený ozdravný potenciál. Tímto prostředím je samozřejmě domov, nebo také prostředí skupiny, která je pro člověka významná a jejímž je třeba členem. Tímto prostředím může být právě zázemí skupiny, podobně nábožensky orientované, nebo mají společné téma (svépomocné psychoterapeutické skupiny). Člověk potřebuje někam patřit, pokud patří do náboženské společnosti, tak právě obec bližních dává člověku potřebné zázemí a podporu. Protože je velmi důležité zázemí, ze kterého člověk pochází a logicky je tedy také nutné, aby řešení mohl hledat v jemu blízkých hodnotách. Duchovní je tím, kdo tady je pro své „ovečky“ vždy, v situacích nemoci, ztráty, bolesti, ale i radosti. Sdílí s námi dobré i zlé a pomáhá nám hledat světlo uprostřed tmy. Je duchovním vůdcem a učitelem, který nás provází a pomáhá nám hledat odpovědi na otázky po smyslu života i smrti. Samozřejmě tato cesta je pro věřící a odpovědi v theologickém duchu také, musíme mít na paměti i nevěřící, kteří také tápou a hledají své odpovědi a duchovní jim může nabídnout jeden z možných pohledů a případně mu být průvodcem při hledání jiného. Ovšem v tomto smyslu se pak jedná více o terapeutickou práci, která se sice do jisté míry s duchovním rozhovorem může prolínat, nikoli však splývat.

Čím dál častěji se objevuje termín psychospirituální krize, tento termín se objevuje nejen v rámci krizové intervence. Na úvod se zkusíme zamyslet nad tím, kdo může touto krizí procházet. Na první pohled by se mohlo zdát, že se týká pouze věřících lidí, kteří řeší duchovní otázky ve vztahu k Bohu. To by byl jen povrchní pohled, protože i nevěřící se

dostávají do situace bilancování a přemýšlí nad obdobnými otázkami, které mají souvislost se smyslem života i s tím co se děje dále a otázky přesahující člověka i existenci. Mamula s Čiernou uvádějí, že z psychologického hlediska je spiritualita součástí lidské psychiky, neboť každý potřebuje mít svou víru, svůj smysl života (VODÁČKOVÁ 2007 s.316). Tento termín plně nesouvisí s naší tematikou, neboť pohled duchovního ani potřeba duchovního není podmíněna prožíváním krize. Z těchto důvodů ji zmíníme jen okrajově, ale nemůžeme ji úplně opomenout. Budeme vycházet z Vančury (VODÁČKOVÁ 2007 od s.329) a jeho zkušeností s psychospirituální krizí, kterou nazývá neobvyklé zkušenosti, které zahrnují změny vědomí i změny percepčních, emocionálních, kognitivních a psychosomatických funkcí. Tato krize se může objevit u kohokoli, věřících i nevěřících a při hledání odpovědi na otázky, co se s ním děje, může na své cestě dojít k duchovnímu a s ním hledat odpovědi. Samozřejmě jsou i jiné možnosti při tomto hledání, které jsou jistě využívány, minimálně v rámci krizové intervence.

Vzhledem k zvláštním zážitkům lidí prožívajících tuto krizi, může dojít k záměně s nějakým psychotickým onemocněním (např. schizofrenií), jsou zde však jasné odlišnosti ve výskytu příznaků, které v případě krize následují po zřetelném psychosociálním stresoru. Zážitky v rámci krize jsou velmi rozdílné, v jednom se však shodují a to tím, že vždy přesahují člověka samotného, jsou mystické a velmi zvláštní. Lidé díky těmto prožitkům hledají sami sebe a své hranice. Pokud si tuto situaci představíme, je vcelku na první pohled zřejmé, že člověk v prvních chvílích zažívá zmatek sám v sobě, napadne ho jistě, že něco není v pořádku a neví co s tím. Tato krize může být i spojena s naší převážně ateistickou společností, neboť potřeba duchovního zkoumání se v člověku objevuje a myšlenky přijdou i díky skutečnosti, že mnoho situací i zážitků je běžným rozumem nevysvětlitelných.

Mezní momenty v životě většiny lidí jsou velké události, ať již radostné, nebo smutné až tragické. Těmi radostnými může být třeba svatba nebo narození dítěte. Duchovní je zde pro všechny tyto příležitosti a pokud lidé jsou věřící, sdílí s nimi všechny přípravy, včetně přípravných rozhovorů. V opačném případě, tedy týkajícím se

smutných okamžiků v životě člověka, kterými může být těžká nemoc, umírání (vlastní nebo někoho blízkého) či úmrtí, je duchovní také s námi. Před námi je najednou spousta otázek typu: „Proč zrovna já/my?“, v sobě zažíváme pocit celkové nespravedlnosti světa a snažíme se najít někoho, kdo je za tento stav věcí zodpovědný. Myšlenky se mohou zaobírat teorií, zda je to trest za něco zlého – ale často člověk dojde k přesvědčení, že byl dobrým člověkem a nespáchal nic tak hrozného, aby byl takto potrestán a prakticky nejen on (KUSHNER 1996 S.16). Tyto myšlenky nejsou tak cizí a podíváme-li se do Bible, přesněji do Starého zákona, najdeme takový příběh v knize Jób (BIBLE 1990, dle ČEP 1985 od s.418). Najednou vidíme, že nejsme sami a není to trestem. Tímto tématem, podpořeným i vlastní zkušeností se zabýval rabín židovské obce ve Spojených státech ve své knize: Když se zlé věci stávají dobrým lidem. Tato kniha velmi dopodrobna mluví o myšlenkách, prožívání a otázkách, které přijdou potká-li člověka těžká rána. Hledá odpovědi podobně jako všichni ostatní, hledá je jako člověk i jako duchovní.

Otázky, které napadají se týkají i toho co bude dál, včetně toho co bude po smrti. Okolo nás vidíme lidi, kteří mají také svou minulost, která nebyla vždy růžová, někdo má tendence srovnávat, která smrt je lepší a která horší, ale nic z těchto informací lidí kolem nás, stále přítomnou bolest nezmenší. Najednou potřebujeme někoho, kdo s námi bude sdílet čas, bude poslouchat třeba stále dokola, co že se nám přihodilo apod. A toto je prostor pro duchovního, který je také tím kdo provází ať již nemocného nebo ostatní blízké a nebojí se s nimi všemi mluvit i o těžkých tématech. Samozřejmě jsou témata odlišná u věřících a jiná u nevěřících. Právě u věřících se najednou může objevit obžaloba Boha, jakožto odpovědného za celý svět. Toto je také prostor pro duchovního, jak se přiblížit k druhému, jak mu pomoci najít smíření v první řadě se sebou a poté i s Bohem. Průběh rozhovoru se mění v závislosti na době, která uplynula od dané události.

Nyní zkusíme opět příklad z naší rodiny, kdy po smrti matky se rodina domluvila, že pohřeb bude v kostele – neboť je to místo

mírumilovnější a rozhodně příjemnější než krematorium. Otec si v žádném případě nepřál vystavit děti takové zátěži, kterou je zajiždějící rakev a „studený“ a neosobní řečník v krematoriu. Za otcem přijela farářka, která s ním rozmlouvala nejen o příčině úmrtí a o tom, co se odehrává a musí zařídit. Rozhovor vedla i se zaměřením na minulost, jak se s manželkou poznali, jaký byl jejich život. V průběhu rozhovoru byl prostor pro pláč i smích. Probírali veškeré vztahy v rodině a pomocí převážně otevřených otázek (tedy těch na které se neodpovídá ano/ne) se probírali životem. Dále se farářka sešla oběma dětmi, aby je připravila na pohřeb, jak po formální stránce – co se bude dít, tak po duchovní, kdy s nimi mluvila o Božím zaslíbení a naději, že matka s nimi bude stále, právě ve vzpomínkách a jejich srdcích a jednou se znovu setkají. A pro všechny zde byla nabídka, že bude kdykoli k dispozici, pokud budou potřebovat.

Na tomto příkladu vidíme velkou podobnost s psychoterapeutickým rozhovorem, což nikoho zřejmě nepřekvapí, neboť ve srovnání s psychoterapií je duchovní rozhovor velmi stará záležitost. A duchovní rozhovor i psychoterapie vychází ze stejných kořenů. Základní odlišnost je tématická, kdy s duchovním mluvíme o věcech, lidově řečeno, mezi nebem a zemí a dobrý duchovní odkrývá naše vnitřní prožívání, názory a pomáhá hledat přijatelné uspořádání. Psychoterapie neobsahuje theologickou složku, která se samozřejmě může vyskytnout a terapeut by měl být připraven ji probrat, podobně jako duchovní hledat odpovědi na otázky ateisty – aby nedošlo k mocenskému uplatňování terapeuta nebo duchovního ve smyslu ovlivnění druhého člověka.

Další podobností mezi terapeutem a duchovním je jak uvádí Guggenbühl-Craig (2007 s.22-23) je ideál duchovního, který je druhým vzorem pro psychoterapeuta (tím prvním je lékař). Ideál v soudobém smyslu z našeho judaisticko-křesťanského prostředí. Neboť duchovní by měl být v jistém smyslu ve spojení s Bohem, sice již ne jako proroci ve smyslu Starého zákona, kteří byli Bohem přímo povoláni. Během této cesty duchovního, ho také provází temný bratr, podobně jako lékaře či terapeuta, který je pokrytec. Duchovní pak ne ve službě církve z důvodu své víry a svého poslání, ale aby měl moc a mohl ovlivňovat ostatní.

Může se projevit třeba jako falešný mravokárce, který káže vodu a sám pije víno. Protože duchovní sám je také člověkem a provází ho různé pochybnosti na bázi lidské podstaty. Neboť je mnoho věcí týkajících se teologie, které není možné jakkoli vědecky dokázat, jsou však právě otázkou víry. Navíc je do role odborníka, všeznalce stavěn právě svým okolím, svými ovečkami, neboť od duchovního se očekává, že ví kudy vede cesta ke spáse a o pochybnostech nechce nikdo slyšet. A stínem duchovního, jeho temným bratrem, je malý farář nebo kněz, který ví všechno včetně posledních věcí týkajících se života a smrti (GUGGENBÜHL-CRAIG 2007 s.23). A opět jsme se dostali k prevenci zaslepení mocí a mocenským stínem a tou je vlastní náhled, sebereflexe. Pokud mají duchovní obavy, aby stín nebyl větší než oni a zpytují své svědomí a dokáží si připustit i pochybnosti o sobě, jsou připraveni se svým stínem bojovat a vyhrát. Ale jsou i tací, jako ostatně mezi všemi lidmi jsou dobří i zlí, hodní i špatní, kteří právě ostatní přesvědčují o své pravdě jakýmikoli prostředky a neváhají se snížit k jakékoli podlosti či ohavnosti.

I v duchovní sféře dochází často ke zneužívání moci, častěji k tomuto zneužití dochází u netransparentních náboženských společností, které pod rouškou tajemna neváhají páchat i zločiny (jako například hromadné sexuální orgie při kterých dochází ke zneužití dětí, hromadná sebevražda do které byli lidé manipulací přivedeni apod.). Používají k tomu manipulační praktiky, pracují se změnami vědomí a jednájí obecně proti lidskosti a nemravně. I velké církve mají svou temnou stránku, se kterou se obtížně vyrovnávají a raději se k těmto obdobím moc nevracejí, jako například čarodějnické procesy, potlačování reformátorů apod., což bylo způsobeno právě tvrdým uplatňováním moci ve jménu jediné pravdy.

V současnosti jsou prakticky všechny výše uvedené obory zapojeny do společného týmu, který pracuje při hromadných neštěstích. Tento tým je složen především z duchovních a sociálních pracovníků, kteří jsou připravováni na pomoc při katastrofách ve výcvikovém programu Hlavního úřadu Civilní ochrany ČR, humanitární organizace ADRA a psychologické skupiny pro krizovou pomoc (VODÁČKOVÁ 2007 s.386).

Celá spolupracující skupina, tj. hasiči, policie, záchranáři (lékaři a zdravotníci), psychologové a duchovní se sešli v roce 2006 na společné konferenci s názvem: Víme o sobě. Tato konference byla vedená v duchu nutnosti spolupráce všech složek, účastnilo se jí mnoho profesionálů ze všech oblastí pomáhajících profesí a proběhla v přátelském duchu s velkým očekáváním a otevřeností k další spolupráci. Alespoň v této oblasti vidíme posun v respektování duchovních ostatními profesemi a otevírání cesty k další možné spolupráci. Pomalu se situace v naší převážně ateistické společnosti začíná měnit a duchovní přestávají být těmi, kteří potřebují pro život berličku v podobě náboženství a víry. Ale začíná se opět respektovat právo volby a právo na víru každého člověka bez urážek a pohrdání.

3.2 Lidský a individuální přístup

Pokud se na situaci podíváme z hlediska všech pomáhajících profesí, jak jsme si je rozvedli v kapitole Moc nebo pomoc, je nutné vnímat vztah s klientem nebo pacientem i z lidského pohledu. Protože ve všech profesích byla patrná potřeba lidského kontaktu založeného na vzájemném respektu, úctě a především lidském přístupu. Aby byl klient nebo pacient přijat především jako lidská bytost, která má nějaké potíže, trápení a nebyly vnímány jen samotné potíže. Aby i odborník na druhé straně nebyl chladným profesionálem, ale také člověkem, který má pochopení a vytváří pro klienta či pacienta prostředí, které je bezpečné a bude se snažit pomoci a ulehčit.

Veškeré pomáhající profese kladou na pracovníka zvláštní požadavky a mají své nároky. Tyto nároky jsou mimo jiné dány charakterem povolání, neboť se v něm setkáváme s lidmi v různých situacích, kteří potřebují mimo odbornosti i lidský vztah, ve kterém se budou cítit přijati, pochopeni a podpořeni. Existují i jiná povolání, ve kterých se pracovníci také setkávají s lidmi a je od nich očekáváno slušné společensky přijatelné jednání, které probíhá do velké míry formálně. Oproti tomu pracovníci pomáhajících profesí mimo odbornosti

a slušného chování dávají velkou dávku sami sebe a právě osobním přístupem vytvářejí klima otevřenosti a důvěry.(KOPŘIVA 2006 s.14-15)

Dalším tématem, který Kopřiva (2006 od s.21) otevírá jsou tři paradoxy profesionálního pomáhání. Tím prvním je pochopení pro každého, přijímat ho jaký je a mít ho prostě a obyčejně rád a vidět v něm to dobré. Přitom všem hrají roli právě naše lidské stránky, kolikrát jsme slyšeli od okolí, že by nemohli pracovat se starými, druzí zase s postiženými apod. Každý máme své vlastní limity a své hranice, o kterých musíme vědět a respektovat je – což znamená i respektovat a přijímat sebe. Toto je jeden z důvodů, proč pracovníci pomáhajících profesí podstupují sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik. V něm hledáme sami sebe a svá bolavá místa i své hranice. Neboť ne všichni klienti jsou krásní, mladí, hodní apod., naši pomoc, podporu i péči často potřebují ti chudí, nemocní, nemohoucí, postižení, ale i zdraví lidé, kteří prožívají těžké období. Paradoxem je právě skutečnost, že bychom měli přijímat všechny a na druhou stranu máme i svou lidskou stránku, která toto do jisté míry znemožňuje. A právě velká míra sebereflexe a zkušeností nás o této skutečnosti informuje dopředu a umožňuje nám se správně rozhodnout jak dál pokračovat v práci s klientem – slovem správně máme na mysli především správně v zájmu klienta, ale i pro vlastní bezpečí. Druhý paradox nazývá jako lásku k bližnímu ve službách potřeby úspěchu. Kdy rozlišuje mezi pomocí bližnímu ve smyslu dobrovolnictví, kdy člověk ve svém volném čase pomáhá. Uvádí paradox úlohy mít rád téměř každého, ač se to na druhou stranu jeví jako nemožné, ale je to dle Kopřivy nezbytné, protože díky tomu se odborník může cítit jako odborník. Existují však i nepřekonatelné antipatie při jejichž vyskytnutí by odborník nepodal svůj profesionální výkon. Domníváme se, že profesionálnější právě s ohledem na klienta, je klientovi patřičně vysvětlit, že nejsme ti praví pro jeho pomoc (nejsme specialisté a odborníci na vše a máme své limity). I když to bude nepříjemné, pro klienta je tato upřímnost v důsledku více, neboť někdo z kolegů může lépe proniknout k problému a tedy i lépe pomoci. Tady se skrývá temný stín a našeptávač, který by nás mohl vrhnout do vlastní zkázy. Protože pro pocit, že zvládneme vše bychom v důsledku obětovali

klienta. Třetí paradox je nazván jako láska k bližnímu jako zboží. Tento problém se může v pomáhajících profesích vyskytnout snáze, než kdekoli jinde. Neboť přeci pomáháme lidem a jak si můžeme za pomoc nechat platit. Toto je vnitřní nahlodávač v mnoha z nás. Ale je nutné mít na zřeteli, že je to naše profese, zaměstnání, které nás živí. A navíc jsme do vzdělání a získání odbornosti investovali mnoho času i financí. Každý člověk je rád, když dělá práci, která ho baví a mzda nebo odměna je právě tím měřítkem. Za dobrou práci dostanu dobře zapláceno, podobně jako třeba automechanik za dobrou opravu auta dostane dobře zapláceno i my děláme potřebnou práci. A navíc rizikovou, neboť nepracujeme s věcmi, ale s lidmi, kteří potřebují pomoci. Pokud bychom zůstali třeba u zmíněného automechanika, jak by asi vypadala jeho práce, kdyby nedostal odměnu, která mu právem náleží. Moc by toho asi neudělal, nebo by šel jinam. Kopřiva (2006 s.27) uvádí příklad zdravotní sestry, která usoudí, že nemá moc cenu se dít a nechat si od lidí nadávat. A následně je její práce bez zájmu o pacienty, kteří ve výsledku za tuto situaci nemohou.

Všechny tři výše uvedené paradoxy, jsou základem, který se v pomáhajících profesích vyskytuje. Pracovník musí hledat správnou míru pro své jednání, svou práci, ale i pro svou odměnu. A při tom všem musí mít na paměti skutečnost, že on sám je také především člověkem a jako člověk by se měl ke svému bližnímu, k druhému člověku chovat. Nebýt někde ve výšinách nad klientem a koukat shora, ani nemít „hlavu v písku“ a obávat se, co se zase přihodí. Proto ve své práci nesmíme na naši lidskost zapomínat, ale naopak s její pomocí vytvářet bezpečné prostředí pro naše klienty či pacienty a být s nimi na jedné lodi.

ZÁVĚR

Tato práce začíná dlouhodobou studií jedné rodiny na základě autorčiny šestileté spolupráce s nimi. Tato studie se zabývá osobní i rodinou anamnézou z hlediska individuálních potřeb všech členů. V jednotlivých mezních a krizových situacích srovnává mechanismy a způsoby řešení v porovnání s odbornou literaturou. Kdy zjišťujeme jednotlivé potřeby členů rodiny a následně si potvrzujeme hypotézu nutnosti oddělovat slova – PODPORA, POMOC, PÉČE – neboť právě toto oddělení nám zajistí individuální přístup k jednotlivým členům rodiny a tedy má i své oprávnění a smysl. Pro každého je potřebná jiná míra podpory a pomoci a ne všichni potřebují z hlediska dlouhodobosti péči. Oddělení těchto termínů vychází ze dvou důležitých faktů – jeden se týká hloubky a dlouhodobosti, kterým se od sebe odlišují jednotlivé termíny a druhý fakt se týká již uvedených odlišných potřeb jednotlivých členů rodiny. Tímto se nám potvrdila první hypotéza, že vymezením pojmů se pohybujeme v podpoře, pomoci i péči podle individuálních potřeb každého. Tímto je vnášen i lidský rozměr do pomáhajících profesí, který se odlišným přístupem ke každému. Odlišným ve smyslu jedinečnosti každého člověka a tedy i jeho potřeb. Díky tomuto přístupu je vytvořeno potřebné zázemí založené na důvěře a bezpečí.

Další kapitola zabývající se mocí nám ukázala, že při uplatnění moci, které je někdy nezbytné ku prospěchu klienta, je nutno mít správnou míru. S určením této míry nám pomáhá do velké míry vlastní sebereflexe, bez které by uplatňování moci bylo svévolným prosazováním vlastní vůle. Dále se mocenský stín neuplatňuje díky lidskosti ve vztazích s klienty, kdy není diametrálně odlišné postavení, kdy by na jedné straně byl „veliký“ pracovník kterékoli z pomáhajících profesí a na straně druhé „maličký“ klient. Vyrovnanost ve vztahu přináší mimo již uvedené důvěry i větší angažovanost klienta a prostou lidskou chuť něco změnit. Neboť člověk se více angažuje tam, kde je mu dobře a cítí se přijatý.

V neposlední řadě jsme si ještě uvedli paradoxy, které přináší právě lidský přístup. Při něm je dobře především klientovi, avšak je nutné, aby

si i pracovník přesně vymezil svou roli v tomto vztahu. A vlastním sebepoznáním si osahal své meze a hranice, neboť bez vlastního sebepoznání by nebyl vztah rovnocenný ve vztahu k pracovníkovi. Protože pracovník sám by neznal ani své možnosti ani svá práva a byl by někde na hranici dobrovolníka a odborníka.

K jakékoli práci s klienty či pacienty v rámci pomáhajících profesí je potřeba mimo vzdělání i jedinečný přístup k lidem. V něm se skrývá otevřenost i nadhled, lidskost i profesionalita zároveň. S tímto komplexním pohledem a znalostí vlastních slabin i hranic jsme schopni pracovat opravdu pro lidi. A musíme si být vědomi hrozby mocenského stínu, který tyto profese obsahují a skrývají a pokud se nám podaří se od tohoto stínu osvobodit, měli bychom být schopni nezneužívat svého postavení a pracovat pro klienta a nikoli pro sebe a své potřeby. V příběhu rodiny, která provází celou tuto práci je vidět, jak moc je život klikatý a kolik překážek je člověku stavěno do cesty. A pokud budeme mít na mysli zlepšení situace především pro ty druhé, třeba pro tuto rodinu, budeme dělat svou práci s otevřeným přístupem. Neboť všichni bychom si jistě přáli, aby v takto těžkých situacích všichni pracovníci dělali to dobré pro kteréhokoli člena naší rodiny. A aby těch zneužívajících svou moc bylo v jejich životě, respektive v životech nás všech, co nejméně.

SUMMARY

The thesis begins with a long-term study of one family that originated on the basis of six-year collaboration. The study deals with the personal and family anamnesis from the point of view of individual needs. It compares the mechanisms and means of solutions in particular limit and critical situations on the background of specialist literature. The needs of particular members of the family are identified confirming the hypothesis that it is necessary to differentiate the words support, help, and care, in order to ensure an individual approach to each family member. The amount of support and help needed varies with each person and not everyone needs care in the long run. The differentiation of these terms arises from two important facts, the one being the different depth and duration and the other the already mentioned different needs of the individual family members.

The next chapter dealing with power has shown that it is sometimes necessary to exercise one's power and that this can be beneficial for the client. It is necessary to have and exercise the right amount of power, and self-reflection helps us to determine the right amount. Without reflecting on oneself and one's actions the exercise of power becomes a wanton enactment of the will of a worker. Another important factor for maintaining an individual approach is humaneness which helps build mutual trust and the feeling of safety. Without it there would be a tangible position difference in the relations to the clients; on the one hand there would be a "great" worker of whichever helping profession and on the other hand a "little" helpless client. Besides the already mentioned trust, the equality in the relationship brings greater engagement of the client and simple human desire to change something.

SEZNAM LITERATURY

- BIBLE. *Písmo svaté starého a nového zákona*. Podle ekumenického vydání z r.1985. Biblická společnost v ČSR, 1990. ISBN neuvedeno
- ČADILOVÁ, Věra, JŮN, Hynek, THOROVÁ, Kateřina, a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1.vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
- GJURIČOVÁ, Šárka, KUBIČKA, Jiří. *Rodinná terapie*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0415-3.
- GUGGENBÜHL-CRAIG, Adolf. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. 1.vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-302-4.
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 1.vydání. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.
- KUSHNER, Harold S. *Když se zlé věci stávají dobrým lidem*. 3.vydání. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-452-4.
- LANGMEIER, Josef, BALCAR, Karel, ŠPITZ, Jan. *Dětská psychoterapie*. 2.vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1.
- MATOUŠEK, Oldřich, a kol. *Základy sociální práce*. 1.vydání. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 1.vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi*. 1.vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, Oldřich, a kol. *Sociální služby*. 1.vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana, a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda, a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0586-9.
- VODÁČKOVÁ, Daniela, a kol. *Krizová intervence*. 2.vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.

- VANČURA, Jan. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. 1.vydání. Brno: Barrister & Principal, 2007. ISBN 978-80-87029-14-5.
- VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. 1.vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4.
- VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3.vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
- VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 1.vydání. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1992. ISBN neuvedeno

SLOVNÍKY

- HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1.vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1.vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- VOKURKA, Martin, HUGO, Jan, a kol. *Velký lékařský slovník*. 5.vydání. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-058-5.