Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Mgr. Hana Pohořelá

Motivace lidí s duševním onemocněním ke změně

Využití terapeutického modelu sociální práce v procesu zotavení z nemoc

Motivation of people with mental illness to change

Use of the therapeutic model of social work in the process of recovery from the disease

Praha 2020
Vedoucí práce: PhDr. Václava Probstová, CSc.

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce, doktorce Probstové, že podpořila mou tvůrčí aktivitu a hledání možností léčivého kontaktu, které z poslání sociální práce vychází. Její ocenění mého přístupu k člověku v dokumentovaném pomáhajícím vztahu je pro mne povzbuzením pro praxi. Diskuze nabídnutých přístupů rozšířila můj pohled na zdroje a podmínky změny. Dík patří mému muži, že trpělivě sledoval můj vlastní vývoj během procesu psaní.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 19. května 2020, Hana Pohořelá

Klíčová slova

nemoc a krize, připravenost, strategie zvládání, osobnostní vývoj jedince, sociální fungování, psychosociální rehabilitace, pomáhající pracovník, kvalita a smysl života, zdroje podpory, zotavení, přístup zaměřený na člověka

Keywords

disease and crisis, readiness, coping strategy, individual personality development, social functioning, psychosocial rehabilitation, assisting worker, quality and meaning of life, sources to support, recovery, human-centred approach

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na silné stránky lidí se závažnými duševními poruchami, jejich schopnosti a dovednosti v procesu zotavení z nemoci. Intervence sociálního pracovníka a především profesní pomáhající vztah jsou podporou pro klienta, když se vyrovnává na své životní cestě s překážkami. Nedílnou součástí uzdravení je laická podpora klientova sociálního okolí a kontakty s lidmi s podobnými zkušenostmi.

Motivace klienta ke změně a vytvoření terapeutické aliance, stejně jako rozvoj osobní identity, zvyšování kvality jeho života a získání sociálního statusu ve společnosti jsou výsledkem osvojených copingových mechanismů změny. Sociální a materiální podpora v oblasti bydlení, vzdělávání a pracovního uplatnění jsou výzkumy potvrzené faktory pozitivně ovlivňující nalézání nového smyslu v klientově životě.

Příběh uzdravení zahrnuje zpracování klientových zážitků předcházejících nemoci a zároveň uvědomění nové kvality života. Představa budoucnosti se u něj proměňuje podle toho, jak se s důsledky nemoci dokáže vyrovnat. Během procesu zotavení získává klient rehabilitačních služeb potřebné znalosti a dovednosti. Je schopen jich využít ve svém životě a být nápomocný lidem v bližší i vzdálenější komunitě. Vytváří podpůrné sociální vztahy ve svépomocných peer skupinách. Umí se vyrovnat s postižením a rozvíjet svou nezávislost. Přístup zplnomocňování uplatňovaný v praxi jako hlavní východisko sociální práce s lidmi s duševním onemocněním vyjadřuje klientovi plnou podporu.

Sebeuvědomění získané během psychoterapeutické práce, která psychiatrickou léčbu doprovází, je stavem poznání, který již nemoc přesahuje, a napomáhá úspěšně procházet životními i osobnostními krizemi s nemocí spojenými. Sociální pracovník vybavený profesními dovednostmi z oblasti psychoterapie a psychologie krize pomáhá vytvářet chráněné zázemí, ze kterého klient doprovázený dalšími členy rehabilitačního týmu včetně peer konzultantů vykračuje do běžného života prvními samostatně realizovanými kroky. Cíl terapeutické práce lze vyjádřit jednoduchými slovy: úspěch a spokojenost člověka v prostředí, které si vybral ke svému životu.

Modely škol psychiatrické a psychosociální rehabilitace v zahraničí, především populární holandská metodika CARe, pečlivě dokumentují cestu změny, její potřebu a klientovo rozhodnutí ke změně zjišťováním a podporováním vlastní motivace klienta ve všech oblastech jeho života. Ztráty, bolestné zážitky a krize životních cílů spolu s aktivním přijetím nemoci patří v rámci pomáhajícího vztahu k růstu a změně osobnosti. Dobře vybudované pracovní společenství přináší hluboké uspokojení a motivaci k dalšímu rozvoji také na straně sociálního pracovníka.

Abstract

Bachelor thesis thematizes the strengths and assets of people with severe mental disorders, their abilities and skills in the process of recovery from their disease. It accentuates the importance of the intervention of the social worker and his or her professional helping relationship as support for the client coping with obstacles on his life journey. The work also notices the lay support of the client's social surroundings and contacts with people with similar experiences, which are an integral part of his or her recovery.

The client's motivation and offer of a therapeutic alliance, as well as the development of his or her personal identity, increasing the quality of the client's life and his or her social status in society are the result of adopted coping mechanisms of change. Another factor with positive influences on finding of a new meaning in the client's life is social and material support in the areas of housing, education and employment.

The story of recovery consists of processing the client's experiences of the preceding illness and, after a person is able to cope with the consequences of the disease, of incorporating a new purpose of life into his or her idea of the future. Necessary knowledge and skills are acquired by the client of rehabilitation services during the recovery process. He or she, in turn, is able to offer them immediately to people in a closer as well as in a more distant community. He or she thus creates supportive social relationships in self-help peer groups. The clients then are able to cope with disabilities and are developing their independence. Conducive to it is the approach of empowerment used at work as the main starting point for social work with people with mental illness.

Self-awareness acquired by the client during psychotherapeutic work accompanying psychiatric treatment is a step that already transcends the treatment of the disease. It helps to successfully navigate the life crises connected with the disease. A social worker equipped with professional skills in the field of psychotherapy and psychology of the crisis helps to create an environment of rehabilitation, a protected background. From it, the client, accompanied by peer consultants and peer lecturers, takes the first steps independently into everyday life. The rehabilitation goal can simply be expressed as the success and satisfaction of a person in the environment he or she has chosen for his or her life.

Foreign schools of psychiatric and psychosocial rehabilitation, especially in our well-known Dutch methodology CARe carefully document the path of change, its need and the client's decision to change the detection and support of the client's own motivation in all areas of his or her life. Losses, painful experiences and crisis of life goals, together with active acceptance of the disease, belong to the framework of helping relationship to the process of growing and changing personality. A well-built working community brings deep satisfaction and motivation for further development even among social workers.

OBSAH

1. **Úvod**…….. 9

2. **Využití psychiatrických znalostí a dovedností sociálního pracovníka při šetření klientových potřeb**…… 12

3. **Terapeutický vztah a realita klientova onemocnění z pohledu současného teoretického poznání**..... 17

4. **Rehabilitace a zotavení z nemoci** …….. 25

5. **Terapeutické prostředky změny**…… 41

6. **Závěr**…… 61

7. **Seznam použité literatury**…….. 72

PŘÍLOHA

1. Otázky pokládané klientům v průběhu setkání a rozhovorů

Předmluva

Bakalářská práce představuje téma motivace k rozvoji schopností a životních možností v procesu úzdravy z duševní nemoci. Koncept připravenosti ke změně bostonské školy psychiatrické rehabilitace zkoumá na samém počátku terapeutického vztahu pomáhajícího pracovníka a klienta v rámci psychosociálních komunitních služeb kapacitu aktuálních dovedností danou mírou pacientových schopností uvědomit si sám sebe. Rozhodnutí ke změně vychází ze zjištěné a metodicky podporované motivace klienta překonat krizi nemoci a zvolit si rehabilitační cíl, který obvykle přináší i zvýšenou kvalitu osobního života a sociálních kontaktů. Sociální pracovník podporuje zotavení a zapojení klientů do života v komunitě, jejich vzdělávání, pracovní uplatnění a zájmové společenské aktivity. Profesionální intervence jsou doprovázeny intervencemi nejbližších a přátel. Svépomoc, síť sociálních služeb a přímá podpora institucí napomáhají uplatnění práv lidí s duševní nemocí a předcházení stigmatizaci rozvojem občanské společnosti.

Metodika holandských autorů Wilkena a Hollandera vychází vstříc potřebám psychicky a sociálně znevýhodněných lidí. Vypracovaný model participace, péče a podpory CARe usiluje o zvýšení sociálního fungování lidí s vážnými psychickými poruchami a obnovení smyslu a účelu života pacientů psychiatrické péče posílením jejich silných stránek. Komplexní psychosociální rehabilitace klade důraz na jednotlivé fáze procesu zotavení z nemoci, včetně procesu truchlení a vývoje slabých stránek, omezení a překonávání limitů. Vývojový model inspirovaný bostonskou školou zaměřuje pozornost na krizové fáze osobnostního vývoje klienta a copingové strategie zvládání. V rehabilitačním procesu je potřeba změny spojena s uzdravováním vývojového traumatu. Rozhodnutí ke změně přichází ve chvíli, kdy dochází u klienta k obnovení vnitřních zdrojů a je rozpoznána podpora z okolí, kterou je klient schopen přijmout.

Předkládaná práce se zabývá zkoumáním příčin nemoci, její souvislosti s vývojovými krizemi a prožitým traumatem a nabízí množství terapeutických přístupů, které se vzájemně doplňují a mohou být využity podle míry klientovy dostupné kapacity ke změně. Původní teorie psychoanalýzy, biosyntéza a neuroafektivní model jsou přístupy, které vytvářejí základ mého pohledu na to, kdo člověk je a co potřebuje. Ostatní terapeutické přístupy dávají sociálnímu pracovníkovi dostatečnou oporu k tomu, aby měl dostatečný rozhled po vztahovém poli s klientem, vnímal různé úrovně a soustředil se na skutečnou zakázku terapeutické práce vzhledem k možnostem konkrétního člověka s celou jeho osobou. Tenká hranice mezi zdravím a nemocí je díky mnohosti úhlů pohledu akcentována ve všech rovinách struktury osobnosti. Kazuistika dokládá možnost změny i v případě nepříznivých podmínek v zdařilém procesu recovery.

Profesní zkušenosti a dovednosti sociálního pracovníka a přítomný potenciál rozvoje klienta rehabilitačních služeb jsou ve výsledku dobré spolupráce díky zachování podmínky rovnocenného partnerství dostatečnou oporou pro strategii rozhodnutí ke změně. Případová práce s klientem a jeho sociálním prostředím volně čerpá z nabídnutých teorií zvoleného přístupu sociální práce.

1. Úvod

V teoreticko-výzkumném rámci své bakalářské práce v oblasti péče o duševní zdraví se chci zaměřit na **rozvoj a podporu schopností uživatelů služeb komunitní péče**, kteří se ve svém životě vyrovnávají s důsledky duševního onemocnění. Vztah klienta s pomáhajícím pracovníkem je základnou, z níž oba zaměřují své úsilí k **nalezení rehabilitačního cíle**, konkrétní podoby toho, čeho chce člověk s pomocí pracovníka ve svém životě dosáhnout. Výhled do budoucna se může člověku se závažnou psychickou poruchou otevřít ve chvíli, kdy objeví své **životní možnosti** a dokáže se v průběhu nemoci se svým stavem vyrovnat. Díky vzájemnému **partnerství** na cestě uzdravování se vyvíjí klient i pracovník ve vztahu pracovní aliance a člověk využívající rehabilitačních psychosociálních služeb může s touto zkušeností začít navazovat vztahy s dalšími lidmi, kteří přispívají k utváření jeho **sociálního zázemí**. V pomáhajícím vztahu pracovník i klient společně objevují míru a obsah **spolupráce**. Klient odkrývá dostupné možnosti **sebepoznání**, které jsou následkem nepříznivé situace aktuálně zúženy, pracovník se zase učí, jak rozumět vnitřnímu světu klienta, a rozvíjí možnosti svého profesního působení. Jako průvodce nebo tlumočník vede a doprovází pomáhající klienta tak, aby příznivě ovlivnil jeho **vnímání vlastního prostředí** a klient postupně rozšiřoval možnosti využití toho, co blízké sociální nebo širší společenské okolí nabízí; možnosti samostatného **bydlení**, **vzdělávání** a **profesní realizace**, když je klient schopen uvidět v některé z oblastí nabídky **duševního a materiálního rozvoje** pro sebe příležitost. V krizových situacích po pečlivém zvážení okolností přebírá pracovník aktivitu a nese větší díl zodpovědnosti za vývoj situace v nejbližších okamžicích.

Neodmyslitelnou součástí sociální práce je **trénink sociálních dovedností**. Právě ověřováním nových sociálních zkušeností, aktivním osvojením dalších oblastí společenského života a poznáváním vlastních vnitřních zdrojů podpory se rozvíjí specificky lidská schopnost učit se novým věcem, nezatíženým starými zkušenostmi. Sociální pracovník chce v této roli povzbudit klienty se závažnými psychickými poruchami především k odvaze ke změně. V těžkých chvílích dodává naději. Na cestě k zotavení z nemoci nezůstává klient sám, dokud nepřevezme starost o svůj život plně do svých rukou. Pracovník je mu nablízku, pomáhá při osvojování každodenních praktických komunikačních dovedností. Je připraven empaticky reagovat na jeho momentální psychické potřeby. Využívá v kontaktu s ním svých terapeutických dovedností ve směru stanovených cílů.

Bostonská škola psychiatrické rehabilitace rozvinula svůj koncept připravenosti ke změně, aby **podpořila motivaci** a odhodlání klientů využít služeb komunitní péče a zároveň aby zhodnotila jejich aktuální **schopnosti a zdroje** vlastních možností. Díky nabídce **intervencí** ze strany profesionálů a dalších osob z blízkého sociálního okolí se může klient učit samostatně rozhodovat, využívat pomoci a ovlivňovat prostředí své rodiny a svojí komunity. Cílem je podpora klientovy změny prostřednictvím šetření a rozvoje klientových dovedností a schopnosti využívat zdrojů pomoci k plánování a **naplňování vlastních životních cílů**.

V kontextu současné psychologické a psychiatrické klinické péče v našich podmínkách a z hlediska celku biopsychosociální jednoty člověka s jeho duchovním přesahem definujeme

sociální práci s duševně nemocnými především jako **zájem a starost o kvalitu pacientova života**. Obsahem sociální práce je klientova biografie a jeho možnosti sociálního fungování. Psychiatrická rehabilitace (jindy označovaná také jako psychosociální rehabilitace), aby mohla napomáhat zotavení pacientů/klientů a rozvíjet jejich podíl na vytváření obsahu komunitní péče, předpokládá základní schopnost klientova porozumění sobě samému. Terapeutická práce se zaměřuje na potřeby a prožitky klienta. Staví na předpokladu, že si člověk dovede vysvětlit, co se v jeho situaci z jeho pohledu děje, a dává prostor tomu, aby mohl vyjádřit, jak si představuje svůj život dál do budoucnosti. Kvalita introspekce, tolik důležitá pro orientaci v tom, kým člověk je a kam chce směřovat, je při onemocnění viditelně narušena. V případě psychóz tomu tak je současně s narušením struktury samotné osobnosti. Proto nabízí pomáhající pracovník spolu s dalšími kolegy v týmu, vedle psychiatra a psychoterapeuta, prostor pro **hledání nového sebeuvědomění a nacházení nových opor a dovedností** v životě komplikovaném nemocí. Prudký zlom klientovy biografie v důsledku omezení kapacit a ztráty dosavadních možností na poli psychologickém i sociálním napomáhá vytváření jinak strukturovaného **životního příběhu klienta** a využití jeho dosud neobjeveného **potenciálu**.

Svým studiem a zkoumáním možností, jak lze využít pomáhající terapeutický vztah na cestě k **zotavení** z nemoci (recovery), chci přispět k rozšíření **konceptu připravenosti** (readiness) v podmínkách vznikajících a rozvíjejících se komunitně zaměřených sociálních služeb poskytujících koncepční psychosociální pomoc.

V praktické části své bakalářské práce se budu v kontaktu s lidmi se zkušeností s duševní nemocí ve svépomocné skupině v Dobrém místě při společných diskusích tázat, nakolik si člověk, třebaže je jeho osobnostní struktura v důsledku nemoci oslabena, **uvědomuje potřebu změny** - pociťuje nespokojenost ze současné situace a prožívá krizi dosavadních jistot - a do jaké míry je rozhodnut a **motivován změnu učinit**. V souladu s vývojovým konceptem šetření připravenosti bostonské školy rehabilitace je podstatou změny vědomý krok pacienta k realizování osobních životních cílů s podporou pomáhajícího pracovníka. Klientovy **silné stránky**, **dovednosti** a **zdroje jejich podpory** a návazné **pracovníkovy intervence**, zahrnuté do procesu psychiatrické rehabilitace, jsou z tohoto pohledu výsledkem **zjištěné a podporované motivace ke změně**. Individuální nebo skupinový terapeutický proces napomáhá k takové míře sebeuvědomění, aby mohl klient s pomocí pomáhajícího profesionála nebo celého profesního týmu svůj cíl objevit, propracovávat jej, případně jej pozměňovat tak, aby u něj proběhly v ideálním případě všechny fáze procesu zotavení. Koncept zohledňuje **krize v oblastech osobnostního vývoje**, oživené událostmi a obdobími klientova zrání (např. hledání identity, nacházení sebedůvěry, samostatnosti a odpovědnosti i budování uspokojivého sociálního statusu), které si změnu v přirozeném životním běhu žádají. Nárokem na profesi sociálního pracovníka je v tomto případě jeho kompetence z oblasti psychoterapie a psychologie krize s využitím **účinných strategií zvládání** a zároveň osobní investice ve směru klientovy žádoucí změny.

Názory na **možnosti změny** se mezi psychology rozcházejí. Rozvinutím kompenzačních strategií a posílením kontrolních psychických funkcí člověk zvládne nebo utlumí nežádoucí chování nebo prožitky. Argument je posílen tím, že právě ve stresových situacích se fixované

myšlení vrací a opakuje. Nikdo zároveň nepochybuje o tom, že přechody z jedné vývojové fáze do další, rozvoj duševní poruchy a přehodnocení vztahu k minulým událostem doprovázené reflexí vnitřních procesů jsou změny, ke kterým přirozeně v životě člověka dochází. Výchova, umění, poradenství, psychoterapie a rehabilitace fyzických i psychických traumat, tedy obnova poškozených a zaniklých funkcí, jsou cílenou činností zaměřenou na změnu, a díky fokusu pozornosti současně též změnu způsobují. V zrcadle literárních i životních příběhů můžeme navíc každý spatřit své prožitky ve vztahu k sobě i k druhým, a tak podpořit ve společenství blízkých lidí své touhy a nalézat východiska.

Sdílím názor psychologů, kteří tvrdí, že vytvářet něco nového a zdokonalovat to, co každým dnem získáváme, je snazší než eliminovat nebo inhibovat to, co je v osobnosti zakořeněné. Vývoj osobnosti chápu jako otevřený proces, v němž neustále vzniká něco nového a zaniká nebo se přetváří to, co již současně získává novou existenci a integruje se do nově vznikající formy. Opírám se v této víře o nepřehlédnutelné úsilí, zájem, chuť a nadšení všech pedagogů, kteří mě na cestě poznávání povahy člověka provázejí a podporují. I přes vážné deformace psychických funkcí u některých lidí s duševním onemocněním chci usilovat o vyvážený pohled na možnosti nápravy a změny, která je v základu osobnosti přítomna díky tomu, že je člověk lidskou bytostí. Respektuji, že se lidé otevřeností ke změně liší; přesto se v pohledu na možnosti konkrétního jedince nechávám „unést“ neviditelnou hranicí potenciálu jeho rozvoje.

2. Využití psychiatrických znalostí a dovedností sociálního pracovníka při šetření klientových potřeb

O člověku s psychickými potížemi mluvíme ve chvíli, kdy se v projevech jeho prožívání nebo chování objevují změny, které jsou něčím specifické a konkrétní osoba je vnímá jako zatěžující. Lidé v okolí si povšimnou neobvyklých způsobů nebo se člověk svěřuje, že pro něj samotného začíná být nepochopitelné to, co prožívá, a cítí se ohrožený. Vnímání a prožívání vyhodnocujeme podle **míry působení stresorů**, které jsou pro klienta přítomné ve vztazích k ostatním a které spatřuje v obklopujícím prostředí. Díky postupnému zvládnutí stresu s pomocí služeb sociálního pracovníka v rehabilitačním týmu a lidí, kteří klienta podporují, se může léčený a podporovaný pacient **zorientovat sám v sobě a ve svých možnostech léčby** (také opakovaně v případě relapsu nemoci).

V širším pojetí znamená nemoc „**stav duševní nerovnováhy**“, na jehož uvedení do původního stavu nestačí vlastní zdroje (Frischenlager, 1995. In Rahn, Mahnkopfová, 2000). Pojem nemoci užívám ve shodě s citovaným autorem pro „vysvětlení a porozumění procesům jejího vzniku“; průběh zotavování z nemoci se tak stává transparentnější. Psychické, tělesné, akutní a chronické nemoci vyvolávají současně potřebu terapeutického „zásahu do autoregulační sféry individua“. Odborný pracovník (psychiatr nebo psychoterapeut) tedy disponuje možností navrhovat pacientovi způsob ošetření, ale úspěch léčby zaručuje současně přítomný respekt k „autoregulační sféře individua, její ocenění a získaní pacienta k aktivní spolupráci“ (RAHN, Ewald, MAHNKOPF, Angela, 2000. Psychiatrie. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-964-0, str. 13).

Sociální role pacienta a pomáhajícího úzce souvisejí s pojmem nemoci. Klasifikační systém a odbornost lékaře nebo pomáhajícího pracovníka (sociálně-terapeutický pracovník nebo terapeut pacienta) poskytují na jedné straně oporu, na straně druhé s sebou zaměření na nemoc přináší stigma. Schopnosti zotavení a vlastní zdroje pomoci klientů a jejich sociálního okolí (včetně odborné pomoci) představují reálné možnosti, jak stádium nemoci překonat a znovu rozvinout adaptační mechanismy.

Ve vztahu k psychické normě je podle Hinsie a Campbella (1975) „duševně normální člověk v harmonii sám se sebou a se svým okolím. Je konformní s požadavky kultury a s normami své společnosti. Může mít organickou poruchu nebo nemoc, která **nepoškozuje rozumové schopnosti, úsudek, intelekt a schopnost harmonické osobní a sociální adaptace**.“ (MIKOTA, Václav, 1995. O ovlivňování duševních chorob. Praha: Psychoanalytické nakladatelství. ISBN 80-901601-5-8, srov. Siřišťová, Normalita osobnosti, 1972).

Od pozorování a zkoumání příčin, symptomů a průběhu nemoci se v průběhu získávání zkušeností s referencemi klientů, jejich hodnoceními léčby a v kontaktu s osobními zážitky pacientů přechází k modelu „operacionální diagnostiky“ (Rahn, Mahnkopfová) ve smyslu rozlišování dopadů závažnosti poruchy na každodenní život. Konceptuální model Anthonyho a Libermana z roku 1986 pojmenovává stupně závažnosti dopadu nemoci jako patologie, poškození, postižení a handicap v rámci vyhodnocených možností klientova sociálního fungování. Další příležitosti pro využití komunitních rehabilitačních podpůrných programů v tom, jak lze k psychickým poruchám přistupovat a rozumět nemoci z hlediska pacienta,

nabízí Mezinárodní klasifikace funkcí, postižení a zdraví (WHO, 2001). Psychodynamická diagnostická příručka z roku 2006 směruje díky svému terapeutickému zaměření pojetí psychiatrické léčby k dohodě o cíli zdravého fungování osoby v kontextu jeho společenských vazeb mezi lékařem a pacientem.

Sociální prostředí, ať je to rodina nebo kolegové v práci, je důležitý faktor ovlivňující průběh onemocnění. Pokud uvažujeme o příčinné podmíněnosti nemoci, dokresluje se díky působení různorodosti prostředí psychodynamický obraz pacientova duševního světa. Sociální pracovník může dobře využít příležitosti poznat klientovo prostředí zblízka, ptát se na něj stejně jako se osobně zajímat o rodinné příslušníky a přátele klienta a pracovat s nimi přímo v přítomnosti samotného pacienta. Podpoří tak přirozené vazby (někde se komunikace s druhými daří klientovi lépe a jinde drhne) a využívá svého působení k ozdravení vztahů v klientově okolí.

Symptomy, syndromy a duševní poruchy jsou sociálními pracovníky v rámci psychiatrické rehabilitace vnímány vždy **ve vztahu k prostředí** (nebo jeho absenci). Zajímá nás, odkud pacient psychiatrických služeb pochází, prohlížíme si spolu s ním terén, kde se v čase své nemoci pohybuje. Právě psychosociální potřeby klientů komunitních služeb jsou vedle představy klinické psychiatrické diagnózy zahrnuty sociálními pracovníky v uvažování o přístupu k postiženému člověku. Počítáme s jeho zájmy, zaměřením, preferencemi a kapacitami při návrzích intervencí, které budou s ohledem na to, jak své potřeby klient vyjadřuje, nejvhodnější. Navazování a vytváření vztahu všech členů **multiprofesního týmu** (sociální pracovník, psycholog, psychiatrická sestra, psychiatr – někteří zároveň v osobě psychoterapeuta, ergo nebo arteterapeuta) s uživateli rehabilitačních služeb je prvním krokem k pomoci na cestě rozpoznávání a uvědomování nemoci a překonávání obtíží, které s sebou klientova situace přináší (PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2014. Psychiatrie pro sociální pracovníky. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3).

Způsob **určování klinické diagnózy** utváří samotný terapeutický přístup ke klientovi. Hraje také významnou úlohu při sdělování empatie. V naladění na klienta vnímáme nepřátelství, hrůzu, strádání a další zkroušené stavy jeho mysli. Nejednáme jen na základě emocí, které v nás klient aktuálně probouzí, neboť diagnostikování nám současně pomáhá nalézt způsob, jak jeho neštěstí porozumět a poodstoupit od něj. Znalostí poučená reakce také pomáhá poznat, nakolik a jak se můžeme přiblížit například k člověku s hypomanickou osobností. Nepřekvapí nás, že naše vřelost podnítí jeho touhu po závislosti, které se ve skutečnosti brání, a dokážeme nabídnout spíše porozumění pro jeho vklad do vztahu s námi, když u sebe nachází vnitřní pevnost blízký vztah neopouštět. Hraniční pacient, vyhledávající v emoční tísni krizovou službu a hrozící sebevraždou, potřebuje od interventa nehodnotící osobní zájem, který stojí na pochopení nevědomé souvislosti mezi způsobováním pozdvižení a získáním pozornosti. Tyto a další praktické postřehy, týkající se reakcí pomáhajícího pracovníka, zdůrazňují význam diagnózy v první řadě při plánování léčby, stanovování prognózy a očekávaného pokroku v terapii a zároveň při sdělování důležitých osobních údajů úvodní anamnézy, přináší do našeho kontextu Nancy McWilliamsová. Sama se autorsky podílela formulací klinických zkušeností na průkopnické práci v oblasti psychiatrické léčby při vytváření Psychodynamické

diagnostické příručky (2006). Její úsilí je podloženo mnohaletým studijním i praktickým zhodnocením historického přínosu psychologického zkoumání široké škály psychodynamických teorií. Těží ze své dlouholeté psychoterapeutické praxe s klienty. Zásadní kritické vyjádření této analytičky k popisné psychiatrické diagnóze, která je obsahem Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch, vychází z toho, že DSM postrádá vlastní vymezení duševního zdraví ve smyslu emoční spokojenosti. Myšlenka, že modely struktury osobnosti a povahových vlastností, které nastřádala psychoanalytická tradice, a důkladné pozorování teorie rané vazby a vztahových vzorců jsou dostatečnou oporou pro **zobecnění individuálních rozdílů jednotlivých pacientů s důsledkem pro léčbu**, pomáhá klientům v budování já, které je schopno konat a uskutečňovat svá přání a záměry. Prvotní snahou takového diagnostického přístupu je pochopit mysl strádajícího člověka.

„Psychoanalytická klinická zkušenost předpokládá, že se terapeuti snaží pomoci pacientům změnit nejen problematické chování a duševní stavy, ale také posílit **schopnost přijmout sebe samé s vlastními omezeními** a dosáhnout zlepšení v následujících oblastech: celková odolnost, pocit schopnosti ovlivňovat věci ve svém životě, snášet širokou škálu myšlenek a pocitů, pocit vlastní trvalosti v čase, realistická sebeúcta, schopnost mít důvěrné vztahy, vnímavost k morálním otázkám a uvědomování si druhých lidí s jejich samostatnou, oddělenou subjektivitou“ (McWILLIAMS, Nancy, 2015. Psychoanalytická diagnóza. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0943-0, str. 26).

Duševní nemoci jsou z hlediska nosologie klasifikovány jak podle příčin (etiologie) klientových subjektivních potíží, tak jejich projevů ve vztazích a komunikaci – hodnotí se jejich symptomy a průběh (RAHN, Ewald, MAHNKOPF, Angela, 2000. Psychiatrie. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-964-0). Znalost duševních poruch a jejich nejdůležitějších příznaků, klasifikovaných podle současného diagnostického manuálu MKN – 10, umožňuje sociálním pracovníkům v rámci sociální sítě klienta a spolu s ním plánovat, provádět a vyhodnocovat efektivitu intervencí. Právě vliv sociálního prostředí - rodiny, blízkých vztahů nebo vztahů ve škole či na pracovišti, může být sice příčinou vzniku nemoci, ale současně může přispívat k uzdravení, pokud dokáže pacient díky profesionální pomoci své prostředí aktivně utvářet a přijímat od něj podporu. Ozdravení klientova prostředí intervencí krizového týmu je pak zvlášť důležité v případech, kdy jsou za vznik ohrožujících situací odpovědné pacientovy poruchy duševního zdraví. Poučený administrativní výkon sociálního pracovníka v roli opatrovníka duševně nemocného při posuzování stupně závislosti pomáhá po dohodě s klientem vytvořit důstojné podmínky pro určitou fázi úspěšného zotavování nemocného (PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2014. Psychiatrie pro sociální pracovníky. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3).

Výzkumy prokazují značný vliv prostředí na průběh onemocnění (Watts a Bennet, 1983), schopnosti adaptace a zvládání požadavků společnosti na výkon sociálních rolí. Pozornost se přesouvá od tradiční psychiatrické typologie poruch k přesnějšímu a účinnějšímu vymezení cílových skupin a jejich potřeb pro rozvoj individuálně zaměřených **programů psychosociální rehabilitace**. Požadavky jsou kladeny na podrobné hodnocení biografických a sociálních souvislostí (Psychiatrická rehabilitace. In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 99). Rahn a Mahnkopfová (2000) podobně uvažují v širších sociálních souvislostech symptomů nemoci, zneschopnění a znevýhodnění, zvládání a překonávání nemoci a stresu, motivace a spolupráce, sociální

sítě a sociální podpory. Důraz kladou na subjektivní spokojenost klienta a kvalitu jeho života a dostatečnou míru naplnění potřeb v rozsahu nutné péče a hospitalismu.

Psychiatrická rehabilitace (Anthony, 2002) je zaměřená na zlepšení schopností a kompetencí lidí s psychiatrickým funkčním postižením. Klient může díky ní rozvinout takové sociální chování, které ve svém prostředí potřebuje k opětovnému navázání nebo zlepšení vztahů s ostatními. Přechodné zvýšení závislosti vede k postupné nezávislosti. Základní intervencí poskytovatele služby je **rozvoj klientových dovedností a zdrojů podpory v okolí**. Léky jsou nezbytným, ale ne dostačujícím doplňkem rehabilitace. Pracovník dodává v procesu uzdravení klientovi naději a podněcuje pacienta k aktivní účasti na léčení (PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 99).

Přístup sociálního pracovníka ke klientům s duševní nemocí považuji ve shodě s komunitní tradicí psychiatrické rehabilitace zahrnující medicínskou péči za dyadický. Terapeutickým jej nazývám v případě, že je k tomu pracovník vybaven profesionální kompetencí zajištěnou akreditovaným výcvikovým psychoterapeutickým programem a zvážil okolnosti umožňující takový druh práce s klientem za jeho souhlasu vykonávat. V působnosti služeb komunitní péče to znamená, že je zakázka rehabilitačního cíle oběma stranami, klientem i pomáhajícím pracovníkem, stvrzena smlouvou. Problém klienta, spojený s jeho nemocí, se projevuje samozřejmě i ve vztahu s pracovníkem a je mu věnována citlivá pozornost tak, aby se vyvíjely společně klientovy slabé i silné stránky ve vztahu s osobností pracovníka ve směru procesu zotavování. Prostor pro budování osobního vztahu klienta a pracovníka poskytuje právě psychiatrická rehabilitace zajišťovaná členy multiprofesního týmu doplňovaná neformálními poskytovateli aktivní pomoci z klientova sociálního okolí.

V rámci programů komunitních psychiatrických služeb věnuje sociální pracovník velkou míru pozornosti způsobům, jakými chtějí uživatelé těchto služeb uskutečňovat naplňování svých přání a vyjadřovat je ve vztazích s druhými lidmi. Trénink sociálních dovedností napomáhá projevování citů vůči nejbližším osobám a k zažívání skutečného úspěchu v sociálním životě. Nalezení a udržení přátelství je projevem efektivního zvládnutí sociálních dovedností. **Kompetence v oblasti mezilidských vztahů** přinášejí pocity štěstí a snižují vliv stresu a současně přispívají k nasycení materiálních potřeb a dosažení samostatnosti. „Symptomatický a sociální status člověka, který má předpoklady pro vznik schizofrenie, je v určitém časovém bodě podmíněný tím, nakolik jsou on a jeho sociální podpůrná síť schopni ovlivňovat vliv významných stresových podnětů“ (Šlepecký, Zibrínová. In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 83).

Stanovení klinické diagnózy spojené s péčí o osobu klienta a jeho blízké se soustředí okolo problémů ve ztížené komunikaci a zvládání nároků nemoci i prostředí. Sociální pracovník působí jako pomáhající profesionál a současně člen komunitního týmu a často i jako klientův klíčový pracovník (*case manager*). Spolu s klientem vědomě vytváří pracovní alianci neboli terapeutický vztah. Stejný význam má navrhované pojetí **pomáhajícího vztahu** z pohledu bostonské nebo nizozemské školy při společné práci na hledání kapacit potřebných ke kvalitnímu životu při práci na rehabilitačním cíli. Za takto vytvořených podmínek terapeutické práce se nejedná o provádění individuální terapie s klientem. Diagnostický a léčebný přístup sociálního pracovníka se zaměřuje na projevy pacientova chování, myšlení i cítění i na jeho

prožívání a bere v potaz jeho duchovní i tělesnou stránku ve vztahu k ostatním lidem i okolnímu prostředí. Sám pracovník je součástí svého hodnocení klienta právě díky zaangažování do vztahu k němu a zároveň v odstupu potřebnou mírou uvědomění sebe samého. Pomáhající pracovník se zajímá především o **přání a potřeby klienta**, když hledají cíl, na kterém budou participovat. To znamená, že budou společně hledat možnosti, jak podpořit dovednosti, schopnosti a osobní kvality konkrétního člověka tak, aby pro něj byly dostupné zdroje v okolí i v něm samotném, v současnosti oslabené nebo znepřístupněné v důsledku nemoci. Terapeutický přístup má z pohledu sociálního pracovníka podpůrnou úlohu pro klienta při získávání náhledu na potíže, pomáhá mu uvědomit si způsob, jakým se vztahuje k druhým. Nabízí mu možnost dostávat zpětnou vazbu v těch chvílích, kdy jsou jeho reakce vnímány jako problematické. Společná terapeutická práce se zaměřuje na významné události v životě pacienta a na pociťovaný nedostatek, kdy nemohly být naplněny jeho osobní potřeby a byl tak na nějakou dobu znemožněn nebo odsunut vývoj v některých oblastech jeho osobnosti. Sdílený čas při vybraných činnostech, doprovázení při aktivitách, které klient nezvládne sám, a plánování zaměřené na formulování klientových aktuálních nebo dlouhodobých osobních cílů jsou obsahem sociální práce na úrovni využívání teoretických znalostí (spojené s edukací klienta a jeho rodiny o působení nemoci) i praktického tréninku a jsou doprovázeny osobním příkladem pracovníka. Pozornost věnovaná povaze, vlastnostem osobnosti (včetně těch premorbidních) a možnostem **vývoje charakteru postiženého člověka** je rovněž léčivým faktorem terapeutického vztahu podporujícího změnu životního stylu, jak uvádí Jaap van Weeghel v komplexně navržené a odborně zpracované publikaci zasazené do zkušenosti s psychiatrickou léčbou v našem kulturním prostředí pod názvem Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče, editované zmiňovanou dvojicí českých psychoterapeutů Václavou Probstovou a Ondřejem Pěčem.

Teorie sociální práce a metody jednotlivých rehabilitačních a terapeutických přístupů jsou sociálním pracovníkem v terapeutické alianci s klientem podle možností aplikovány v léčbě a prevenci psychiatrických poruch, při emočních a duševních potížích a zahrnují jednotlivce, jeho rodinu, přátele a další odborníky v rámci jeho komunitní sociální sítě. Sociálně-klinická práce pomáhajícího pracovníka se dotýká celku systému péče o lidi s duševním onemocněním. Zahrnuje sociální šetření v terapeutickém vztahu s klientem s ohledem na vznik možných rizikových situací. Koncept uzdravení z nemoci díky **nalezení vlastní identity a smyslu života** - interaktivní vývojový model Johna Strausse (1985), rozšířený v moderní psychiatrické komunitní péči - motivuje pacienta, aby převzal kontrolu nad svým životem a jednal za sebe v souladu s tím, co si přeje v životě uskutečnit a čeho chce v rámci svých schopností dosáhnout. Dlouhodobý cíl nebo záměr klienta udržuje pracovní spojenectví živé v kontaktu s reálně řešenými problémy a překážkami, které jsou v rámci vztahu konzultovány a otevřeně podle možností klienta probírány. Úspěšná řešení jednotlivých problémů a jejich zvládnutí ze strany samotného klienta jsou výsledkem společně realizovaných pokroků na cestě k uzdravení z nemoci.

3. Terapeutický vztah a realita klientova psychického onemocnění z pohledu současného teoretického poznání

Při sdílení zkušeností s nemocí poskytuje bezpečí terapeutického prostředí příležitost pro uvolnění emocí. Setkání s vlastními prožitky bývá pro klienta s psychózou z různých důvodů ohrožující. „Je to kus mě, kterému ale nerozumím a snažím se mu vyhýbat," referuje klientka v přítomnosti terapeutky (Probstová, V., Psychóza a psychoanalýza. In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 48). Integrace pocitů a vnitřních zážitků spojených s nemocí umožňuje v rámci procesu terapie pacientovi, aby doplnil svou biografii a současně obnovil vitalitu psychických funkcí. Akceptovat zmatek, odlišit agresivní a destruktivní impulzy a naučit se laskavému přístupu k sobě a přiměřenému posuzování ostatních je náročná cesta k sobě samotnému. V přijímajícím terapeutickém vztahu je třeba společně překonat nesčetné nástrahy, ale odměnou mohou být pro obě strany mnohá příjemná překvapení. Psychodynamický pohled na psychotické onemocnění odhaluje důležitou souvislost mezi raným dětským prožíváním a zkušeností (spolu s vlivem environmentálních faktorů) na jedné straně a etiologií a rozvojem psychózy na straně druhé. Bezpečného pocitu vlastní identity dosahuje dospělý člověk při úspěšném zvládání afektivních stavů. Tato schopnost se rozvíjí od dětství prostřednictvím kontaktu s nejbližší pečující osobou. Závěrečná fáze zdařilé separace v dětském věku „znamená, že základní úkony, řeč a některé osobnostní zvláštnosti jsou libě obsazené nezávisle na afektivním stavu mateřské osoby, a to i v její nepřítomnosti" (MIKOTA, Václav, 1995. O ovlivňování duševních chorob. Praha: Psychoanalytické nakladatelství. ISBN 80-901601-5-8, str. 20). Pokud nedošlo u klienta k vývoji jáských funkcí, ztrácí díky své zranitelnosti snadno hranici sebe sama. Při propuknutí nemoci se hroutí psychická organizace jeho Já. Psychóza má v kontextu osobního života svůj význam a může klientovi přinést pochopení jeho osobní historie. Terapeutický vztah je důležitým prostředkem změny prožívání klienta, když chce porozumět svým vztahům s lidmi a se světem (Probstová, V., Psychóza a psychoanalýza, in: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 49).

Již v rané historii psychoanalýzy jsou regresivní odpovědi na intenzivní frustraci a neúnosné konflikty zmiňovány také v souvislosti se schizofrenií. Současní psychoanalytičtí autoři se podrobně zabývají nedostatečně rozvinutými a stabilizovanými vnitřními strukturami a objekty pacienta, když píší o vzniku a projevech zvýšené zranitelnosti u klientů v terapii. Hovoří o vzájemném vlivu neurobiologických a psychických faktorů, které se uplatňují v rané fázi vývoje při tvorbě obran a struktury ega. Zdůrazňují, že jde o stejné traumatické faktory, které ovlivňují neurotický vývoj. „Závažnost a jedinečnost symptomatiky u schizofrenie je přičítána slabosti ega, regresi ego funkcí, konfliktům kolem agrese. Bludy, halucinace, psychotická hypochondrie a megalomanie jsou vysvětlovány v termínech konfliktu a obran" (Probstová, V., Psychóza a psychoanalýza. In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 51). Klíčový konflikt existuje „mezi přáními udržet psychologický stav, kde funguje mysl a existuje význam, a přáními myšlení, pocity, percepci a význam zničit, protože jejich fungování hrozí velkou bolestí a nezvladatelným konfliktem"

(Gabbard, 1994. In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 51).

Otto Kernberg je ve shodě s Mahlerovou a Jacobsonovou přesvědčen, že „dítě během několika prvních měsíců života primárně člení zkušenosti na základě jejich afektivní valence a pohybuje se mezi příjemným, uspokojivým stavem a nepříjemným, bolestným a frustrujícím stavem“ v propojení s mateřskou postavou. Prvním vývojovým úkolem v Kernbergově pojetí duševního zdraví je psychické ujasnění toho, co jsem já a co jsou druzí. „Schizofrenické příznaky jako jsou halucinace, klamy a duševní roztříštěnost, se odvozují od základní neschopnosti diferencovat mezi obrazy sebe a obrazy objektů.“ Druhým velkým úkolem raného vývoje je překonání štěpení podle Kleinové. Dobré, milující obrazy sebe a objektů a nenávistné, špatné obrazy sebe a objektů se propojí ve schopnosti prožívat „celé objekty“. Současně s integrací obrazu objektů probíhá podle Kernberga integrace obrazů sebe. Hraniční osobnost je vývojově schopna rozlišovat mezi hranicemi sebe a druhých, ale obranně se zříká schopnosti vzájemně propojovat dobré a špatné afekty a objektní vztahy. K narušení této vývojové vrstvy přiřazuje Kernberg nejrůznější psychózy a trpí jimi podle něj lidé, kteří si nevytvořili jasné hranice mezi sebou a druhými (MITCHELL, Stephen, BLACKOVÁ, Margaret, 1999. Freud a po Freudovi. Praha: Triton. ISBN ISBN 80-7254-029-7, str. 200). Neurotická vrstva osobnosti se projevuje narušením psychického uspořádání, kdy trpící osoba prožívá libidinózní pudy jako potenciálně nebezpečné.

Narušené vývojové vrstvy odpovídají hloubce psychopatologie. Otto Kernberg popisuje míru narušení vnitřní organizace psychiky jako vývojovou poruchu osobnosti projevující se neurotickou, hraniční a v nejzávažnějších případech psychotickou organizací osobnosti. Při posuzování závažnosti onemocnění klade hlavní důraz na přítomnost tří důležitých schopností. Integrovat zážitky a využívat vnějších podnětů, mít dobrou orientaci v realitě díky přiléhavému úsudku a využívat obranných mechanismů pro zajištění pohody vlastní percepce. Alanen a Ciompi od začátku sedmdesátých let považují genetickou zranitelnost a poruchy časných interakčních vztahů za příčinu inadekvátní psychologické individuace a z toho vyplývajícího očekávaného selhání vývojového úkolu dospívání. Integrita psychosociálních funkcí se v důsledku zvýšené zranitelnosti hroutí a člověk na to může reagovat psychoticky. Využití léčby a klientova aktivita podporovaná ze strany pomáhajícího pracovníka ve směru pozitivního ovlivňování životních událostí vedou v kladném případě k úzdravě z nemoci, nebo se v opačném případě projevují chronifikací nemoci (Alanen, 1997 podle Ciompi, 1982. In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2014. Psychiatrie pro sociální pracovníky. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3, str. 44).

Psychodynamická psychoterapie nahlíží raný a pozdější vývoj osobnosti člověka optikou těsného vztahového propojení (symbiózy), uznání ztráty a postupného osamostatňování. Tento pohled vztahují psychodynamičtí autoři ke konkrétnímu průběhu emancipačního vývoje a možností dosažení dospělosti u klienta v terapii. Pro představu zdařilého rozvoje osobnosti a diferencovaného Já je podle Melanie Kleinové důležité pochopení rané vývojové pozice paranoidně-schizoidní, kdy se dítě v nejistotě z dosud neznámého světa brání bolesti a vyhýbá se úzkosti tím, že odštěpuje (*splitting*) a *projikuje* do světa znepokojivé části sebe. Nepodaří-li se člověku v některé oblasti života úspěšně opustit černo-bílé vidění světa a nahradit rozdělení na „dobré“ a „špatné“ novým integrujícím zážitkem, zůstává uvězněn v pocitech strachu (z trestu), obav a nejistoty, především ve svých vztazích k lidem a okolnímu prostředí. „Pocit, že

pozitivní kontakt a okamžiky lásky mohou být pevnou součástí vztahů," je protiváhou frustrujícího zážitku strachu z nenaplněných přání a opakovaných zklamání (MITCHELL, Stephen, BLACKOVÁ Margaret, 1999. Freud a po Freudovi. Praha: Triton. ISBN ISBN 80-7254-029-7, str. 115, i dále).

„Podle Kleinové se zkušenost nemluvněte skládá ze dvou ostře polarizovaných stavů, prudce kontrastujících co se týče koncepčního uspořádání i citového naladění. V jednom stavu se dítě cítí zaplavováno láskou. Dítě „dobrý" prs miluje a pociťuje hlubokou vděčnost vůči jeho ochranitelské péči. Špatný prs, odporný a nenávistný, jej naplnil špatným mlékem, které je nyní zevnitř rozežírá, a pak je opustil. Dítě je plné silně destruktivních fantazií o pomstě."

„Citová vyrovnanost v tomto nejranějším uspořádání zkušenosti závisí na schopnosti dítěte udržet tyto dva světy oddělené." Nekonzistentní psychická realita je pro prožívání člověka velmi omezující. Tak můžeme porozumět psychotickému pacientovi, který se pod tíhou frustrace dostává až na hranici závislosti podobně jako v dětském věku. Podle toho volí terapeut i způsoby intervencí. Řada lidí s psychózou zůstává podle pozorování M. Kleinové závislá ve stadiu pozdějším, stadiu depresivní pozice, kdy je pro dítě těžké přijmout, že matka pro ně není jen dobrým objektem (Probstová, V., Psychóza a psychoanalýza. In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 54).

„Paranoidní úzkosti ustupují; bolest a frustrace nejsou již způsobovány čirou zlovolností a špatností, nýbrž omylností a nedůsledností. Jak se zmírňuje hrozba perzekuce, rozštěpení ztrácí svoji nezbytnost; dítě si připadá pevnější a méně ohrožené. Ústředním problémem je zvládání agrese a její udržování v mezích. Když dítě ničí frustrující celkový objekt, likviduje tím i svého ochránce a útočiště, vylidňuje svůj svět a odsuzuje k zániku své nitro. Kleinová označuje intenzivní úzkostné obavy a pocity viny způsobené tím, že dítě vlastní destruktivitou ublížilo svým milostným objektům, pojmem depresivní úzkost, a uspořádání zkušenosti, při níž se dítě vztahuje k celému objektu s láskou i nenávistí, nazývá depresivní pozicí (MITCHELL, Stephen, BLACKOVÁ Margaret, 1999. Freud a po Freudovi. Praha: Triton. ISBN ISBN 80-7254-029-7, str. 117).

Má-li být dítě s to depresivní pozici zvládnout, musí věřit ve vlastní schopnost reparace. V ideálním případě cykly lásky, frustrace, nenávistné destrukce a reparace prohlubují schopnost dítěte udržet vztahy k celým objektům a cítit, že jeho schopnost obnovy může vyrovnat a kompenzovat jeho destruktivitu. Alternativní řešení představuje manická obrana, při níž je jedinečnost objektu a tím i naše závislost na něm, magicky popřena" (Mitchell, S., Blacková, M., 1999, str. 119).

Melanie Kleinová současně upozorňuje, že „při *projektivní identifikaci* nejsou projikovány pouze samotné pohnutky, ale též části nás samých – nejen kupříkladu agresivní impulzy, nýbrž špatné self, nyní promítnuté do druhého. Člověk zachovává s vyhoštěnou částí spojení prostřednictvím nevědomé identifikace" (Mitchell, S., Blacková, M., 1999, str. 125 a dále). Podle Biona nedochází při závisti k útoku na objekt, ale na „vlastní duševní kapacity. Jde o útok dítěte na vlastní percepční a kognitivní systém, jímž ničí svou schopnost vnímat a chápat realitu." Jeho analytický teoretický rámec pak vychází z předpokladu, že „očividná neschopnost komunikace je způsobována aktivní destrukcí smyslu." Prožívání beznaděje a odtrženosti způsobuje klientova představa a záměr zničit kontakt a naději ve vztahu s terapeutem.

Vnitřní objekty Kleinové považuje z druhé strany Fairbairn za výsledky nevhodné výchovy. K nepřístupným, odmítavým aspektům svých rodičů se dítě vztahuje ve fantazii, zvnitřňuje tyto jejich vlastnosti a existují pak u něj samotného jako jeho vlastní součást. Část takto identifikovaného ega, rozzlobenou a plnou zášti, nazývá *antilibidinózní ego* (*vnitřní sabotér*). Takové ego nesnáší zranitelnost a závislost, jeho „hostilita se soustředí proti libidinóznímu egu a vzrušujícímu objektu, které jsou z jeho pohledu matoucí a nebezpečné“ (Mitchell, S., Blacková, M., 1999, str. 144).

Z pohledu významnosti raných zážitků Donald Winnicott zdůrazňuje skutečnost, že vznikající ego dítěte je náchylné k zaplavení zásahy z vnitřního a okolního světa a že matka ho může před nadměrnou psychickou nepohodou a strádáním ochránit (i tím, že přežije destruktivitu dítěte namířenou proti ní samotné). Poskytnutím *podpůrného prostředí* matka umožní dítěti, aby se stalo přirozeně samostatným (HOWARD, Sue, 2008. Psychodynamická psychoterapie, Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-455-7, str. 68). Podpůrné okolí dítěte je stejně důležité jako kvalita a síla aktuálních instinktů.

„Při zkušenosti uspořádané na základě objektivní reality má dítě pocit, že objekt touhy nalezlo ve vnějším světě. Je si jasně vědomo oddělenosti a zřetelnosti objektu i toho, že nad ním nemá kontrolu. Dospělá láska s sebou podle Winnicotta nese vzájemné používání objektu, při němž se oba partneři umějí obětovat rytmům a intenzitě své touhy, aniž by se obávali, zda to druhý vydrží“ (Mitchell, S., Blacková, M., 1999, str. 152-3).

V určitém stadiu vývoje si dítě pro sebe vybírá *přechodný objekt*, aby sneslo být nějaký čas bez matky. Přechodný objekt (Winnicott) představuje jak ji samotnou, tak něco od ní odděleného, co dítěti matku zpřítomňuje. Právě podpůrné prostředí terapie, které umožní pacientovi vrátit se na určitou úroveň závislosti, je schopno znovu vytvořit podmínky pro důležité stránky raného vztahu s matkou a terapeut se může stát pro klienta novým objektem a zároveň pro něj být reálnou osobou, která umožní navázání skutečného vztahu (HOWARD, Sue, 2008. Psychodynamická psychoterapie, Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-455-7, str. 70).

„Pozdější teoretikové zdůrazňují význam skutečné matky, která přežívá destruktivitu dítěte a udržuje jeho zkušenost pohromadě. V ideálním případě cykly lásky a frustrace prohlubují schopnost dítěte udržet vztahy k celým objektům a cítit, že jeho schopnost obnovy může vyrovnat a kompenzovat jeho destruktivitu“ (Mitchell, S., Blacková, M., 1999, str. 118-9).

Wilfred Bion a především pozdější autoři (Fonagy, Target, Siegel podle Levenson, 2016) považují za základní vztahovou schopnost především to, jestli matka dovede překládat emoce dítěti tak, aby poznalo a zpracovalo, co samo prožívá (*kontejnování*). Člověk si tak má možnost již od dětství utvářet schopnost seberegulace, která mu slouží jako zdroj odolnosti a přispívá k dobrému navazování pozdějších vztahů. Pokud nedocházelo v průběhu života klienta k vyrovnávání se zaplavující tenzí a v důsledku toho byly nastoleny primitivní obranné mechanismy, rozvíjí se psychotické obrany a člověk má tendenci reagovat sebezáchovně omnipotentními fantaziemi. Tomu odpovídá i velká míra útočnosti. Je v psychóze nestabilní, ztrácí svou identitu i afekty a dochází u něj k poškození symbolizačních procesů myšlení. „*Vnitřní splitting* vede k vytvoření schizofrenního jádra osobnosti, které je mimo vědomí, není integrováno a neúčastní se ostatních procesů rozvoje osobnosti, ale může se objevit během

regrese vyvolané úzkostí“ (Bion. In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 54). Vedle tohoto psychotického vývoje osobnosti klienta se současně může rozvíjet také „nepsychotická část osobnosti“, přístupná terapeutické práci, jak upozornil v minulosti W. Bion (Probstová, V., Psychóza a psychoanalýza. In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 54).

Z původní pudové teorie vychází revidovaný vývojový koncept zralé integrace konfliktních pocitových stavů Edith Jacobsonové. Rovnováha subjektivně zaznamenávaného naladění nejranějších zážitků staví základy trvalejší tendence k tomu, jak pociťujeme sebe a druhé. Ve shodě se Spitzem, Hartmannem a Lowensteinem dále rozvíjí teorii, že dobré prožitky v mysli dítěte na sebe vážou obrazy milující, vstřícné matky a šťastného spokojeného já; matoucí, frustrující prožitky vyvolávají obrazy nemilující matky a rozzlobeného já. Spojení dobrých a špatných obrazů podle Jacobsonové usnadňuje schopnost integrace protichůdných pocitů. Při dosažení schopnosti komplexnějších prožitků (matka je uspokojující i frustrující a já se cítím jak dobře, tak špatně), získává člověk také schopnost zaznamenat a tolerovat rozdíly mezi svým pocitovým stavem a pocitovým stavem osoby, jež je pro něj důležitá. Odstupňování emoční reakce v dospělosti podporuje schopnost přemýšlet a učit se, schopnost být zklamán a neztratit lásku a snést vztek bez vnitřního zhroucení a ztráty pocitu, že jsem hoden pozornosti a lásky. Libido vzbuzované v okamžicích gratifikace podněcuje k přibližování a angažování, agrese vzbuzovaná v okamžicích frustrace vede k odstrkávání a odtažení se. Oba emoční póly zasahují do vývoje stabilní identity, jejíž dosažení závisí na schopnosti jedince nezávisle fungovat, růst a stále se obohacovat přijímáním od okolí. Fantazie o splynutí vyvolávají vzpomínky ve všech fázích psychického vývoje, avšak kvalita ega stále ovlivňuje to, jak člověk tyto fantazie subjektivně prožívá (Mitchell, S., Blacková, M., 1999, str. 71).

Jinou představu integrace zážitků a charakterového vývoje přináší H. S. Sullivan. Úzkost je klíčovým faktorem při utváření já. Stavy více či méně dokonalé pohody u novorozence jsou střídány stavy napětí, kdy se dožaduje pozornosti nejrůznějšího druhu. Pečovatel reaguje na dítě odpovídajícími zásahy, díky nimž napětí poleví. Potřeby uspokojení vyvolávají reciprocitu u druhých. K narušení charakterového vývoje dochází proto, že dítě přizpůsobuje své reakce situacím vyvolaným úzkostí dospělého. Sullivan zjistil, že úzkostné stavy (prožívané s různými pečovateli) se spojují v jediné dětské zkušenosti „špatné matky“. Zkušenost s těmi, kteří nejsou úzkostní, prožívá dítě jako stav „dobré matky“. Terapie akcentuje důležitost zkušenosti. Z hlediska dítěte je v jeho věku podstatné právě to, zda se jedná o libou nebo nelibou zkušenost. Řízení zkušenosti s druhou osobou přináší zážitky „dobrého“ nebo „špatného já“. Stavy silné úzkosti a stresu se během narušeného vývoje mohou projevovat jako „dezintegrující tendence ve vztahu ke všem potřebám“ vyrůstajícího dítěte. Zajímavé je jeho tvrzení, že afektivní stavy „intenzivní úzkosti jsou deformující a vyvolávají amnézii prožitků a nejsou uspořádány do žádné formy, kterou by dítě a později dospělý, chápali jako součást sebe.“ Nejsou tedy podle Sullivana integrovány, zůstávají opomenuty. Naopak souhlasné, klidné reakce pečovatele si dokáže dítě spojit s vlastním libým, schvalovaným stavem mysli a rozvíjet tímto směrem své zážitky (Mitchell, S., Blacková, M., 1999, str. 90).

De Masi píše v souvislosti s psychotickým onemocněním o emočním nevědomí (v neurobiologické terminologii označovaném jako implicitní paměť) a má na mysli nevědomé aspekty emocí a myšlení, které definují nevědomou část existence – self (Probstová, V., Psychóza a psychoanalýza. In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 55). Právě afektivní (prožitková) složka osobnosti je při psychických potížích u lidí s psychózou zastupována **nevědomými dynamickými aspekty**,

které pak brání symbolizování emocí i fungování mysli. Tato dynamika způsobuje také vkládání cizích obsahů do vlastní mysli v psychóze. Kleinová poukazuje na nevědomí plné vztahů mezi vnitřními objekty, které jsou vnímány velmi konkrétně a doplňovány přítomnými fantaziemi. „Analytik je příjemcem projekcí a odštěpených částí, se kterými pracuje zejména v přenosové situaci zde a nyní“ (Probstová, V., Psychóza a psychoanalýza. In: Pěč, Probstová, 2009, str. 54).

„Schizoidní onemocnění, maniodepresivní psychózu a hraniční stavy nazýváme také prestrukturální stavy, protože je můžeme považovat za analogie normálních vývojových krizí, které předcházejí vzniku sebereflektující subjektivity.“ Kdo projde všemi fázemi separace-individuace, naučí se kultivovat zlostné projevy, osvojí si plný repertoár lidských afektů, ztotožní se s nadosobními cíli a ideály, je schopen unést spor svých vnitřních motivů a nemusí se vyhýbat úzkosti a případnému studu a obávat se, že by byl jejich intenzitou ochromen (Mikota, 1995, str. 20-21).

M. Robbins (1982) podle Václava Mikoty na základě svých zkušeností s prestrukturálními poruchami uvádí tři klinické charakteristiky primitivní organizace osobnosti. Zaprvé u těchto osob chybí osobnostní integrace, zadruhé je u nich výrazně přítomno senzomotoricko-afektivní myšlení a zatřetí chybí schopnost rozeznat a udržet základní emoce. U lidí v psychotickém stavu se objevuje rozporné myšlení a myšlenkové obsahy spolu nejsou spojeny významem. Myslet pro ně znamená jednat a cítit ohrožení znamená být skutečně ničen. Obraz reprezentující sebe nebo druhou osobu není spojen afektem a člověk se jejich prožívání brání - chybí subjektivní prožitek, nazývaný emoce (Robbins, 1989).

„Vztah mezi terapeutem a klientem je hlavním nástrojem, jehož prostřednictvím dochází ke změně,“ píše Susan Howard. „Nevědomé vzpomínky, přesvědčení, pocity a fantazie mají často na způsob, jakým prožíváme svět kolem sebe, nejhlubší vliv. Nevědomí je dynamické, má tedy cíl. V důsledku toho je spíše zdrojem motivace našeho chování, pocitů a myšlení, spíše než toho, co si uvědomujeme. Naše jednání a vědomá přesvědčení jsou do značné míry řízena snahou zabránit tomu, aby se nepříjemné pravdy dostaly do vědomí. Snažíme se pochopit, co by mohlo být **nevědomou motivací**.“ Vynořování nevědomého materiálu je možné díky dobře navázanému terapeutickému vztahu. Terapeut uznává a bere vážně vnitřní pocity klienta, aby mohl bezpečně zkoumat své myšlenky a pocity. Na úrovni slov pracuje s vědomými stránkami vnitřního klientova světa. Psychodynamická terapie ve svém důsledku pomáhá klientům najít způsob, jak se vyrovnávat s konflikty a se zátěží (HOWARD, Sue, 2008. Psychodynamická psychoterapie, Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-455-7, str. 27).

Přístup k etiologii poruch osobnosti z hlediska teorie vazby vychází z explicitního předpokladu zdravých psychických funkcí, získaných v důvěrném vztahu s pečující osobou. Podrobně zkoumá, za jakých podmínek dochází k optimálnímu naplnění základních potřeb v raném dětství, a současně si všímá, jaké fyziologické projevy nervové soustavy to doprovázejí. K narušení identity. Interpersonální regulace a mezilidských postojů, projevujících se rozvojem poruchy osobnosti, dochází v důsledku „narušení vztahové vazby v kombinaci s dispozičními faktory osobnosti (genetika, temperament).“ Výzkumy odhalují souvislosti vnitřního pracovního modelu zaujaté mysli (úzkostně vyhýbavý vzorec jednání) s histriónskou, závislou a úzkostnou poruchou. Model opomíjeného stavu mysli, spojený s úzkostně ambivalentním vztahovým vzorcem, souvisí s paranoidní, narcistickou a schizoidní poruchou osobnosti. Dezorientovaný stav mysli vykazuje konsekvence se schizoidní, paranoidní, úzkostnou,

hraniční, kompulzivně-obsedantní a narcistickou poruchou osobnosti. „Výzkumně bylo prokázáno, že bezpečná attachmentová vazba predikuje příznivé reakce na léčbu“ (http://dx.doi.org/10.1037/cap0000025 Levy, K. N., Johnson, B. N., Clouthier, T. L., Scala, J. W., & Temes, C. M. (2015). An attachment theoretical framework for personality disorders. Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 56(2), 197-207).

V souhrnu lze „za hlavní příznaky psychotického onemocnění pokládat dezintegraci funkcí já. Důsledkem dezintegrace jáských funkcí je ztráta testování reality, a tedy i hranic sebe.“ Symptomy, které psychika vytváří, jako například halucinace nebo bludy, jsou pokusem o nastolení alternativní rovnováhy. Citlivost přístupu k pacientovi je dána uznáním faktu, že „každý psychotický stav je závažným zásahem do integrity jedince“ (Probstová, V., Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni jedince; in: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 34).

V podstatě je „zdravý ten, kdo se dokáže plně prožívat a přijímat, kdo dokáže zkušenostem rozumět v rámci svého pojetí. Kdo svoje sebepojetí vytváří výběrem určitých zkušeností a popíráním jiných, je narušený. V průběhu svého vývoje se naučil, že určité vjemy a zkušenosti mohou být pro jednání tzv. nebezpečné,“ uvádí autoři odborné publikace Bláznit je lidské, s přihlédnutím k teoretickému zkoumání osobnosti Carla Rogerse (DÖRNEL, Klaus, PLOG, Ursula, 1999. Bláznit je lidské. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-628-5).

V závěru kapitoly chci s odkazem na Kernbergovo neurotické, psychotické a hraniční uspořádání osobnosti (1975) doplnit diskutovanou otázku rozpoznání projevů duševní choroby klinickými poznatky Nancy McWilliamsové. Škálu obtíží cílové skupiny klientů s duševními poruchami vymezuje autorka knihy Psychoanalytická diagnóza hraničním pásmem nemoci. Mezi neurotickým a psychotickým rozmezím psychického fungování se typicky nacházejí lidé „hraniční“ s **nedostatečně integrovanou identitou** a **spoléháním na primitivní obrany bez ztráty kontaktu s realitou**.

Lidé, jejichž osobnost je strukturována na neurotické úrovni, vstupují do terapie, protože „stále narážejí na konflikty mezi tím, co chtějí, a mezi překážkami toho dosáhnout, a domnívají se, že si to způsobují sami.“ Dnes jsou to lidé na vysoké úrovni schopnosti fungovat, avšak přes **utrpení s tím spojené**, dodává McWilliamsová. Tito lidé se spoléhají především na **zralejší obrany** či obrany druhého řádu. I když používají primitivní obrany, nejsou v jejich celkovém fungování výrazné a většinou se projevují **v době neobvyklé zátěže**. Meyrson popsal, jak empatické chování rodičů umožňuje malému dítěti zažívat silné emoce, aniž by se muselo držet dětských způsobů zvládání. Když dítě roste, jsou tyto silné a často bolestné stavy mysli spíše odloženy a zapomenuty. „Mohou se objevit v dlouhodobé intenzivní psychoanalýze, když analytik společně s pacientem odkrývá vrstvy vytěsnění v bezpečných podmínkách, které vyvolávají *přenosovou neurózu.*“

Terapeutické práci s lidmi v pásmu psychotické adaptace stojí překážka hluboké závislosti na péči a přijetí terapeuta. Je to **touha po splynutí, idealizace druhé osoby a děsivý strach u kořene existence**. Povaha hraničního klienta může být natolik proniknutá nepřátelským

odporem, že reflektování psychického stavu **narušuje vznik přenosové citové vazby**. Po mnoha letech klinické práce se Nancy McWilliamsová vyjadřuje o svých pocitech z terapie s pacientem, u kterého došlo k obnovení vazby, těmito slovy: „Terapeut cítí, že jsou s pacientem **na stejné straně a jejich společným protivníkem je problematická *část* pacienta**“ (McWILLIAMS, Nancy, 2015. Psychoanalytická diagnóza. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0943-0, str. 68 a dále). Klinické možnosti ovlivňování klientů s duševními poruchami prostřednictvím psychoterapie v zásadě leží v pohyblivém pásmu společně přístupných možností uvědomování v rámci terapeutického vztahu.

„Dostatečně vřelá, empatická podpůrná výchova má za následek vytváření převážně pozitivního sebeobrazu a dostatečné kompetentnosti ve vztahu k lidem, respektive k okolí; obojí je nutné k uspokojování důležitých potřeb, ba k životu vůbec, a znemožnění tohoto přirozeného vývoje vyvolává oprávněnou úzkost. Ta může pramenit i z **nezvládnutých a nebezpečných vnitřních pohnutek**, jež by mohly **vést k destabilizaci až fragmentaci osobnosti.**“ Aktivace příliš silných nezvládnutelných impulzů je reakcí na pocit vnitřního ohrožení. Úzkostnou reakci aktivují i zkušenosti ze spojení např. agresivních impulzů s interpersonální situací opuštění, hrozby, zahanbení či viny. Psychická existence může být ohrožena „strachem z nebytí, ze ztráty sebe, ze zničení, z rozpuštění v psychóze, ze strukturálního narušení vlastních osobních hranic traumatem atd.“ Obava z přímého ohrožení (strach z vnější agrese a násilí) nebo obava z následků vlastního chování vedou k úzkosti narušující v určité míře pocit vlastní autonomie. Úzkost vyvolává „kritika tzv. falešného já, strach ze ztráty životních šancí a možností, ze ztráty smyslu života, dosavadního sebevědomí, sebepojetí a sebeprezentace, z genderové identity, z nemožnosti uspokojení důležitých potřeb, ze ztráty kontaktu a strachu někoho zranit,“ vyjmenovává příčiny duševního oslabení Jan Poněšický ve svém příspěvku k diskusi agresivních sil v člověku. Při otázce, zda se můžeme spolehnout na vlastní cit, úvahu, na rady a dosavadní individuální i kolektivní zkušenosti, se vždy konfrontujeme s jistotou či nejistotou vlastní existence. Míra zátěže určité situace zcela jistě rozhoduje o našich možnostech ji zpracovat nebo vydržet. **Úzkost a strach** mají však neobyčejně silný motivační charakter a podílí se v tomto smyslu na utváření individuálního a sociálního života (PONĚŠICKÝ, Jan, 2005. Agrese, násilí a psychologie moci. Praha: Triton. ISBN 80-7254-593-0, str. 129 a dále).

4. Rehabilitace a zotavení z nemoci

Lidé se závažnými psychickými poruchami představují různorodou skupinu. Jsou to nejčastěji mladí lidé na prahu dospělosti před volbou vlastní životní cesty nebo již starší osoby, které se léčí převážně dlouhodobě. Ve výčtu jejich zaznamenaných onemocnění se nejvíce objevuje schizofrenie a jí příbuzné poruchy afektivity, jako je deprese, úzkost a bipolární porucha. Stejně tak se u nich setkáme s poruchami organického původu a poruchami osobnosti, poruchami aktivity a pozornosti. Závažné poruchy závislosti včetně jejich kombinace často duševní onemocnění doprovázejí (Jaap van Weeghel. In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 15). Současná desátá revize psychiatrického manuálu zahrnuje specifickou kategorii neurotických poruch a somatických projevů nemoci a zvláště se věnuje poruchám způsobeným nenadálým nebo dlouhodobým stresem. Samostatnou kapitolu Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) představují vývojové poruchy, které vznikly v důsledku raného traumatu.

Závažné psychiatrické onemocnění lze podle Buryho definice chápat jako vážnou „biografickou" poruchu, která podkopává strukturu „obyčejného" života (van Weeghel, Jaap. In: Pěč, Probstová, 2009, str. 16). Lidé s psychickými omezeními mají stejná přání a cíle jako ostatní občané. Podle výsledků výzkumu prováděného Kroonem (2003) potřebují lidé s duševním onemocněním lépe zvládat svůj život. Nepovažují se za neléčitelné a rozhodující význam pro ně má **hodnota dobrého pracovního společenství**. Výzkumy referují, že si takový člověk přeje, aby i jiné osoby měly vážný zájem o „dobrání se toho, co ve svém životě chci" (van Weeghel, Jaap. In: Pěč, Probstová, 2009, str. 17). Vztahová aliance pomáhajícího pracovníka a klienta rehabilitačních služeb představuje základní oporu pro rozhodnutí se z nemoci postupnými kroky v kritické fázi života zotavit, získávat kontrolu nad svými potížemi a naplňovat své každodenní osobní úkoly a životní cíle.

Lidé, kteří mají za sebou nějakou psychotickou epizodu, se podle zkušeností pomáhajících pracovníků ze zahraničí budou ptát, zda se jim podaří samostatně bydlet, dokončit studia, zahájit pracovní kariéru a nalézt životního partnera. Starší lidé, kteří již několik let čelí závažné psychické poruše, se snaží dospět ke zhodnocení svého života jako smysluplného příběhu. Jaap van Weeghel přispívá do diskuse o možnostech pomoci těmto lidem svým sdělením, že se „řadě lidí z této cílové skupiny podaří z větší části vlastními silami či s podporou z přímého okolí **vybudovat dobrý život**" (van Weeghel, Jaap. In: Pěč, Probstová, 2009, str. 16).

Warrův **model pro poskytování pomoci** (1987) zdůrazňuje potřebu otevřenosti klienta pozitivním externím vlivům a jeho potřebu přistupovat k okolnímu prostředí s vlastní představou cílů podle svých schopností a aktuálních možností. Pracovník ukazuje klientovi, co jeho vlastní prostředí i prostředí služeb nabízí, a vede ho k tomu, aby uviděl, čím může svému okolí přispět a jak může být ostatním užitečný. Perspektivně spolu mohou definovat cíl dlouhodobého zotavování ve smyslu pozvolného přebírání aktivity ze strany klienta. Ten je pracovníkem motivován, aby jednal sám za sebe i s vědomím své současné míry handicapu. Zotavení a rehabilitace probíhá v dosahu sociálních podpůrných systémů ideálně v klimatu, kde jsou lidé společensky akceptováni. Původní názory na život „neposkytují v důsledku

měnícího se charakteru symptomů a nejistého průběhu choroby“ (Jaap van Weeghel) dostatečnou oporu pro rozhodování o nejbližší budoucnosti. Klienti našich služeb sdílejí v krizových chvílích své obavy o významu dosavadního života a jsou více či méně **motivováni pokračovat ve svém životě s osobní vizí vlastní budoucnosti**. Situace nemoci (někdy opakovaně) právě v tomto kritickém okamžiku přináší klientovi příležitost formulovat **osobní životní cíl**, takový, který mu aktuálně vyhovuje. Výzvou, kterou může dobře odborně vybavený pomáhající pracovník u klienta podpořit, je **dostát svému životnímu úkolu**. U lidí, kteří překonali úskalí a čelili nebezpečí, přestáli duševní bolesti a vyrovnali se ze ztrátami, není neobvyklé, že **dokázali nalézt ve svém životě skutečný smysl** a věnují se svým činnostem se zájmem a osobním přesvědčením. Cesta sebepoznání a starost o druhé je často jejich vkladem do komunity, pomáhá sebeuvědomění ostatních a rozvíjí schopnost tolerance těch, kteří se s lidmi s duševní nemocí setkají. Doplňující podpůrná psychoterapeutická léčba v privátním vztahu s terapeutem nebo v klientské skupině (někdy přímo v místě poskytovaných služeb, např. individuální a skupinová práce v denním stacionáři psychiatrického rehabilitačního centra na klinice ESET) pomáhá zvládnout úkoly vývojových stadií, pokud se jimi potřebuje klient třeba i opakovaně zaobírat. Inspirující jsou také zkušenosti svépomocných skupin z našeho prostředí (např. bohnické Dobré místo) a alespoň virtuálně dostupné jsou i zkušenosti ze zahraničí.

Obsahem pomoci je podle Kroona podpora při tom, jak se **naučit zvládat handicap** a jeho psychické důsledky, podpora při uspořádání věcí z minulosti, životních plánů, schopnosti se o sebe postarat a terapeutická pomoc pracovníka k získání sebedůvěry. Tito lidé potřebují od rodiny, přátel, sociálních pracovníků a dalších členů svého společenství pomoc při budování a udržování sociálních kontaktů a při nacházení a udržování práce. Aktivně pak svým přímým nebo zprostředkovaným působením sami klienti ovlivňují širší okolí a mohou přispívat k pozitivnímu přijetí jejich specifických potřeb v běžné společnosti a vyhýbat se stigmatizujícímu sebehodnocení. Uživatelé služeb psychiatrické rehabilitace sami zmiňují **svépomocné aktivity** jako důležitého činitele směřování komunitní léčby, jejího zdroje a stylu utváření. Greenson v roce 1965 poprvé použil pojem pracovní společenství ve smyslu **reálného vztahu** sociálního pracovníka a klienta. Spolu **s pozitivním přenosem** je přítomný od počátku navázání kontaktu, klient se pak v průběhu terapeutického vztahu „vrací tam a zpátky od přenosu k pracovnímu společenství a využívá síly skutečného vztahu ke zvládnutí svých neurotických či jiných potíží“ (Probstová, V., Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni jedince; in: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 38).

Rehabilitace má smysl, když se na ni pohlíží z hlediska těch, kterým slouží (Perry, 1993). Vytváříme společně s klienty reálný komunitní prostor s dopady jeho působení na ostatní. Ovlivňujeme mínění širší společnosti a pomáháme **budovat zdroje v klientově nejbližším podpůrném prostředí**. To je nejobecnější úkol pro poskytování pomoci, jak jej formuluje Warr. Žádoucím stavem je, aby se lidé s omezením nemuseli cítit něčím výjimeční a setkávali se u druhých převážně s akceptací ve svém každodenním životě.

Rehabilitační komunitní péče je charakterizována „dobrým pracovním spojenectvím mezi klientem a poskytovatelem pomoci. Intervencemi efektivně zaměřenými na posílení (*empowerment*) a společenskou participaci klientů v rámci široké a přístupné nabídky psychosociálních služeb“ (Jaap van Weeghel). Důraz je v těchto zkušenostech kladen na podporu rodiny a dalších neformálních poskytovatelů péče. Rehabilitace se zaměřuje na konkrétní životní oblasti jako je **bydlení, práce, vzdělávání a sociální kontakty**. Úskalím ve vztahu se sociálním pracovníkem se může ukázat být popření bolestné reality jak ze strany pomáhajícího pracovníka, tak uživatele služby. V obavě z konfrontace s neúnosnými pocity a myšlenkami může klient zůstat ve vztahu neangažován, sociální pracovník se může stahovat ze vztahu nebo stavět proti zdárnému vývoji jeho procesu a naplňování konkrétních rehabilitačních cílů (neposkytovat dostatečné bezpečí) ve chvíli, kdy jeho klient u něj probudí svým prožíváním osobní nezpracovaná témata.

V podmínkách našich komunitních psychiatrických služeb lze dobře využít znalosti, které pocházejí z nabytých zkušeností zahraničních škol rehabilitace. Kromě již zmíněného léčebného přístupu americké školy Williama Anthonyho je možné se inspirovat u kalifornských pracovníků a osoby psychiatra z Los Angeles Roberta Paula Libermana. Rozpracovali podrobně **strategie sociálních dovedností** pro řešení hlavních problémů, **vyšetření fungování osob s nemocí a přítomných stresorů**. Britský model Bennetta a Shepherda podporuje myšlenku systému sociální podpory a soustředí svůj zájem na trénink dovedností rozvinutých v chráněném prostředí.

Cílovou skupinou psychiatrické rehabilitace jsou lidé s vážným duševním onemocněním, dlouhodobým duševním onemocněním a osoby s chronickým (trvalým) duševním onemocněním. Jsou to osoby, u nichž v důsledku nemoci došlo k výraznému narušení psychických, sociálních a pracovních schopností a rolí nebo toto nebezpečí přetrvává. Lieberman potíže těchto osob charakterizuje slovy *disease*, *duration*, *disability*. Skupina je spojována s onemocněním schizofrenií, afektivními poruchami a poruchami osobnosti. V posledních letech se pro choroby lidí postižené tímto onemocněním užívá pojmu **závažná duševní nemoc** nebo **závažná a trvající duševní choroba**. Funkční poškození může být podle vybraných kritérií způsobeno plánovaným nebo realizovaným suicidálním pokusem, chyběním legitimní produktivní role nebo jejím narušením a zároveň závažným poškozením v interpersonální oblasti v důsledku sociální izolace, chyběním intimity a neschopnosti důvěry v blízkých vztazích (kolektiv autorů. In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 95).

Cílem komunitní rehabilitační péče je realizace té podoby života, pro jakou se klienti ve své léčbě při procesu uzdravování rozhodují. Musí mít pro rehabilitaci nemoci a pro osobní zotavení možnost využívat účinné psychologické, psychiatrické a krizově intervenční léčby. **Asertivní komunitní léčba** (Assertive Community Treatment) je forma intenzivního případového vedení ze strany multiprofesního týmu nebo forma psychiatrické péče v domácím prostředí. Jejím principem je integrace pacientů ve společnosti a kontinuální sociální práce. Ke stabilizaci symptomů a zvládnutí psychických stavů bez potřeby hospitalizace přispívá v rámci rehabilitace psychiatrických klientů přemostění mezi lékařskou

péčí a intervencemi multiprofesních komunitních týmů. Model **zvládnutí nemoci a zotavení** (Illness Managment and Recovery) se snaží u klientů komunitních služeb o dobrou informovanost o nemoci a jejím průběhu a získání kompetence pro převzetí kontroly nad svým životem. Způsob celkové péče o klienty při zotavení z nemoci je doplněn o pracovní rehabilitaci. Terapeutická práce s klienty probíhá v propojení s jejich **umístěním v chráněném tréninkovém pracovním prostředí** (Individual Placement and Support, Becker a Drake, 2003).

Účinné **modely rodinné podpory** představují snížení zátěže pro celou klientovu rodinu. Minimálně v době šesti měsíců poskytují pracovníci rodině informace o psychické poruše a jejím léčení, pomáhají ke snížení napětí mezi klientem i členy jeho rodiny a zaměřují se na její budoucí pozitivní fungování. Komunitní program počítá i s integrovanou **léčbou klientů s duální diagnózou**. Tento způsob psychosociální integrace zvyšuje možnosti volby klientů, umožňuje jim větší kontrolu nad svou situací a navíc jsou všechny poskytovány v prostředí klienta. Zaměřuje se především na získávání, mobilizaci a zachování přítomných zdrojů pomoci ve společnosti, a přispívá tak ke zvýšení schopnosti klientů zařídit si život podle svých vlastních přání. Takto koncipovaný asertivní komunitní tým předpokládá a stimuluje vytváření pevného pracovního vztahu mezi klienty a jejich poskytovateli pomoci. (van Weeghel, Jaap. In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 24 a dále)

Je známo, že nejintenzivnější symptomy nemoci se často po určité době zmírní (Jobe a Harrow, 2006). Při zotavení z nemoci hrají významnou roli terapeutické faktory jako „**osobní růst, změny osobnosti a požadavky prostředí lépe přizpůsobené jednotlivci a jeho životní fázi**“. I lidé se závažnou psychickou poruchou se mohou naučit lépe přistupovat k sobě samému, uvádí Jaap van Weeghel. Zotavování obsahuje **aktivní přijetí nemoci a omezení**; je to forma akceptace, která dává impulzy k růstu jiného pocitu sebe sama. Při zotavení se jedná o jedinečné osobní procesy, v nichž se klienti snaží **dát svému životu znovu obsah** (In: Pěč, Probstová, 2009, str. 20). „Jednou z lekcí, které jsem se musela naučit, bylo, že zotavení není totéž co vyléčení“, veřejně sdílí svou reflexi Patricia Deeganová, které byla diagnostikována schizofrenie. „Ale místo toho, aby mne to přivádělo k zoufalství a bylo důvodem, abych se vzdala, jsem se naučila, že právě díky tomu, co nezvládám, vidím také možnosti všeho, co zvládám“ (van Weeghel, Jaap. In: Pěč, Probstová, 2009, str. 20). Gagne (2004, podle Spaniol a kol., 2002) rozlišuje čtyři fáze procesu zotavení: přemožení nemocí, zápas s nemocí, život s nemocí a život mimo nemoc. Podotýká při tom, že často trvá mnoho let, než klient učiní ve svém životě další krok a objeví se nová fáze.

Krize a duševní nemoc

Lékař, terapeut nebo sociální pracovník se bude u klientů v průběhu práce na osobním rozvoji setkávat s jejich naléhavou potřebou porozumět změnám svého psychického stavu v důsledku nemoci. Při intenzivních prvních projevech onemocnění nebo v pozdějších stádiích nemoci bude pacient i jeho rodina potřebovat pomoc při vyrovnávání se s překážkami různého druhu.

Řešení náročných, a někdy i běžných životních úkolů, bude vyžadovat zvýšenou pozornost nebo odbornou pomoc.

V případě potřeby **stabilizace krizového stavu** pomáhající pracovník hledá spolu s klientem možnosti, jak se orientovat v problému, aby nabídl nutnou pomoc prostřednictvím splnitelných konkrétních kroků. Intervence pracovníka současně respektuje kompetence jedince v krizi směrem k řešení situace z vlastních zdrojů nebo hledá a ukazuje cesty k dalšímu účinným zdrojům formální i neformální pomoci. Uvědomit si, vystát a zpracovat krizi můžeme pomoci klientovi při společném hledání hlavního problému a možností jeho řešení. „Zabýváme se postojem klienta a jeho motivací ke změně. Svým vztahem poskytujeme druhému ve vysoké míře emoční podporu a uklidnění. Hledáme **ústřední problém včetně možností, které druhý a my s ním máme**" (VYMĚTAL, Jan, 1995. Duševní krize a psychoterapie. Hradec Králové: Konfrontace. ISBN 80-901773-4-4, 1995, str. 40-44). Krize nastává ve chvíli, kdy selhávají obvyklé způsoby řešení nastalých situací, a ukazuje se, že **událost**, která krizi vyvolala, **překračuje současné možnosti klientových vyrovnávacích mechanismů** (podle ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., 2017. Krize a krizová intervence. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80247-5327-0). Vyvolává u člověka obavy, později dokonce intenzivní pocity ohrožení, a proto dotyčný vyhledává nebo potřebuje krizově intervenční pomoc, aby mohl situaci přiměřeně zvládnout.

Proces osobní změny často s krizí nějak souvisí a akutní stavy psychické nebo tělesné nemoci s krizí v mnoha případech splývají. Stav nerovnováhy, kdy člověku nestačí vlastní zdroje na vyrovnání s nastalou zátěžovou situací, a není proto schopen tuto krizi sám překonat a adaptovat se pomocí copingových mechanismů, charakterizuje i samotné psychické onemocnění.

Proces krize je charakteristický **přerušením kontinuity prožívání, částečnou dezintegrací struktury jednání a doprovázený destabilizací v emocionální oblasti** (Ulich, 1987 podle Rahna a Mahnkopfové, 2000). Jako příčina krize se uvádí nesoulad mezi nároky na člověka a jeho možnostmi se s nimi vyrovnat, dále také změny životního cyklu (Erikson) a důležitý význam při vzniku krize pak má i subjektivního zpracování krize a odhad náročnosti krizové situace. W. Blankenburg (1989) vychází z toho, že teprve průběh krize rozhoduje o tom, zda na nějaký děj je možné pohlížet jako na nemoc nebo léčivou krizi.

„Na **nemoc** se můžeme dívat z úhlu pohledu psychologie krize – kromě toho, že jde o nepříznivou životní okolnost, komplikaci a zátěž, která člověku zužuje možnosti – jako na **jeden z možných důsledků nedostatečně naplněných potřeb a provizorně vyřešených vývojových úkolů nebo nedořešených krizí**, které ve změněné formě čekají na svou příležitost." V průběhu nemoci se mohou objevit „nové příležitosti ke zdravějšímu zvládání životních nároků, a dobře uchopená a zvládnutá krize je jednou z cest" (Vodáčková, Daniela, 2019. Interní materiál kurzu Psychoterapeutického minima). Kupříkladu reaktivní psychotická ataka, udávaná v 30% případů diagnostikovaného onemocnění, se objeví u klienta se zvýšenou zranitelností ve chvíli nezvladatelné zátěže vyvolané vnějšími okolnostmi a zážitky.

Významnou souvislost mezi psychotickými poruchami, traumatem a ztrátou potvrzují výzkumy (viz Bendall, 2011. In: DEN HOLLANDER, Dirk, WILKEN, Jean Pierre, 2016. Podpora zotavení a začlenění. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-260-9945-1, str. 24).

Pomáhající pracovník se ve vztahu s klientem bude v různých fázích jeho nemoci setkávat s naléhavými **neodkladnými krizovými stavy** nebo s **vývojovými krizemi** v zátěžových situacích, které otvírají témata spojená s životními úkoly, které neměl pacient možnost dosud úspěšně zvládnout.

Vývoj je z psychologického hlediska proces diferenciace, integrace a fixace. „Je to pohyb od celku k částem a od částí k celku, od stejnorodého k různorodému, od neurčitého k určitějšímu, od periferie k centru, od labilního ke stabilnímu." Období změny nastupuje, když člověk začíná v **novém světle vidět to, „co dosud považoval za samozřejmé, a začíná pociťovat nespokojenost."** Mění svůj vztah k dosavadním hodnotám, něco přecenil nebo neprávem zavrhl, nesplnil svá předsevzetí nebo neuplatnil své schopnosti a nežil podle svého ideálu. Pociťuje neuspokojení, a hledá tedy řešení. Snaží se přijít na to, **co změnit, co odvrhnout, aby našel to nové** (SMÉKAL, Vladimír, 2012. Pozvání do psychologie osobnosti. Brno: Barrister a Principal. ISBN 978-80-87029-62-6, kap. Životní dráha jako zvládání vývojových úkolů a překonání vývojových krizí, str. 397).

Klient požadující neodkladnou pomoc v akutní krizi může cítit a „říkat neobvyklé věci, nedůvěřovat svému okolí, může ohrožovat sebe nebo druhé. Může se stát, že bude pomoc odmítat, nebude komunikovat nebo bude jednat ve zlosti anebo zmateně" (Vodáčková, 2019). V neodkladném krizovém stavu „je nezřídka jednání člověka ochromené strachem nebo vlivem ostré či nesnesitelné bolesti, pokud člověk právě prochází procesem hlubokého smutku" (Matra III – Komunitní psychiatrie v praxi, Centrum pro rozvoj duševního zdraví, 2004).

Naléhavá situace spojená s propuknutím krize nebo nemoci vyžaduje **aktivitu pracovníka zaměřenou na překonání aktuální krize a současné zaměření na zdroje, které má klient k dispozici**. Jasně definované strategie pro překonání krize spolu se zapojením nápomocných vazeb v klientově okolí pomáhají působit proti klientovým regresivním nebo ve vážných případech sebevražedným tendencím (RAHN, Ewald, MAHNKOPF, Angela, 2000. Psychiatrie. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-964-0, str. 17).

Krize v kontextu specifické křehkosti (nemoci) nebo sociální zranitelnosti v důsledku hrozby společenského vyloučení a potřeba jejich řešení a pochopení se objevují ve chvíli, kdy se postižený a zároveň celá jeho rodina konfrontují s psychologicky neznámou situací spojenou s ohrožením sociálních vztahů. Snaží se „porozumět duševním potížím a s nimi spojeným životním komplikacím, které se jeví při prvním nebo opakovaném kontaktu s nemocí jako stěží uchopitelné a postižený člověk hledá slova, jakými by je vyjádřil" (Vodáčková, 2019). Zde je důležité, aby dokázal pracovník jako profesionál s těmito lidmi o problému hovořit; poskytl rodině první edukaci a informace o možnostech, jak k potížím přistupovat a kam se obrátit pro pomoc. Oporou je v tomto případě sociálnímu pracovníkovi zázemí vlastního týmu a provázanost péče v nabídce dalších psychiatrických rehabilitačních služeb. Navazující okamžitá krizová pomoc s možností krátkodobé hospitalizace v krizových centrech nebo

nemocničních zařízeních doprovázená službami nepřetržité telefonické pomoci linek důvěry, případně zásahem výjezdových týmů, umožňuje mimo jiné stálý kontakt s klientovými řešenými životními tématy.

Například schizofrenie je podle Alanena (1997) komplexní problém, jehož „základem je reakce na životní krizi u jedince, který je psychologicky a biologicky „hůře“ vybaven než jeho vrstevníci čelit vývojovým úkolům, problémům a deprivacím“ (Probstová, V., Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni jedince; In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 34).

Podporu v zátěžových okamžicích svého života budou klienti psychiatrických služeb potřebovat zvláště kvůli své zranitelnosti a křehkosti. Systém krizových služeb využijí, „aby se vyznali ve změnách svého zdravotního stavu, aby řešili témata, která jsou nějak s historií jejich nemoci propojená a aby získali podporu a bezpečí v různých situacích spojených s emočně náročnými impulzy“ (Vodáčková, Daniela, 2019. Interní materiál kurzu Psychoterapeutického minima).

Krize souvisí se **zráním a životním cyklem zdravého i nemocného člověka**. Přímý klientův pracovník bude pravděpodobně nablízku při řešení adaptace na odloučení od původní rodiny u mladých dospělých klientů, bude doprovázet novomanžele i rodiny s dětmi při vytváření oboustranně uspokojivých vztahů a hledání rovnováhy v novém (i širším) rodinném systému a jejich rolí v něm. Bude se s klienty podílet na vytváření a později i přetváření profesionální kariéry a nových hranic rodiny v období středním věku, s jejich pozměněnými rolemi v rozšířených příbuzenských vztazích, pokud to budou potřebovat. S přibývajícím věkem, pokud si toho budou žádat, mohou pomoci sociální pracovníci s uchováním tělesných sil a možností společenské realizace v pozdním věku klientů psychosociálních služeb (RAHN, Ewald, MAHNKOPF, Angela, 2000. Psychiatrie. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-964-0, str. 16).

Vývoj osobnosti se obecně nachází v **napětí mezi sociotropií a autonomií** (Beck, 1983; podle Rahna a Mahnkopfové, 2000). Sociální závislost a na druhé straně zralost lidí s více či méně závažnými psychickými poruchami určuje míra jejich pasivně receptivních potřeb (intimity, akceptace, porozumění, podpory) a jejich narcistická přání (potřeba obdivu, prestiže a dosažení sociálního statusu). Individualita a autonomie spojená s duševní dospělostí se prosazuje zajištěním **nezávislosti, mobility, svobodné volby, schopnosti jednat a ochrany vlastní sféry vlivu**. Pro jednajícího člověka představuje uskutečňování identity ve směru zdravé závislosti i vlastní samostatnosti určitá rizika a vyžaduje v průběhu života neustálou adaptační aktivitu (srv. Epigenetické pojetí vývojových fází a změn podle různých kritérií, in: Smékal, 2012, str. 402).

Požadovaná aktivita sociálního pracovníka v roli krizového interventa pomáhá klientovi **krizovým procesem projít a stanovit jasné dohody**, aby se situace propuknutí nebo relapsu nemoci stabilizovala, nejlépe bez potřeby hospitalizační péče. Zvládnutí aktuální zátěže pro člověka oslabeného nemocí pomáhá zajistit bezbariérový přístup k poskytnutí krizové intervence ze strany pomáhajícího pracovníka komunitního rehabilitačního týmu. Ukazuje se jako výhodné, když je týmový pracovník vybaven pro tyto případy kurzem krizové intervence.

Nepřekonaná životní krize i určité životní události mohou vést k psychické nemoci (Kampfhammer, 1993 podle Rahna a Mahnkopfové, 2000). Pokud v průběhu vývoje došlo k traumatu (přítomnost výrazné traumatické události v biografii člověka, např. důsledky syndrom CAN nebo působení přeneseného generačního traumatu), je vývoj jedince podstatným způsobem poznamenán nebo narušen. V některých vážných případech dochází k rozvoji **posttraumatické stresové poruchy**. V kontextu pozitivní psychologie je akcentována možnost posttraumatického růstu, kdy vyjde člověk z krizové situace silnější a zralejší, než býval před ní (ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., 2017. Krize a krizová intervence. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80247-5327-0, str. 17, podle Mareš, 2012).

Literatura mapující dopad krizových a traumatických situací na průběh života jedince zasaženého nebo zasahovaného krizemi zmiňuje v první řadě vztah mezi mírou stresu (zátěže) a odolností člověka, tedy schopností čelit životním obtížím s jejich dopady. Jako druhý závažný a současně zajímavý faktor je v této souvislosti uváděna lidská **schopnost reparace neboli růstu**. Peter Levine, Daniel Siegel, Stephen N. Johnson, Lisa F. Barrettová a další zahraniční autoři na základě neurobiologických výzkumů, konkrétně například Heller a LaPierre v terapii Neuroafektivního vztahového modelu, hovoří o schopnosti každého člověka regulovat své emoční, fyziologické a vztahové procesy a **obnovovat přirozený potenciál**, narušený traumatickými zkušenostmi. Lidé se závažnými psychickými poruchami, v našem prostředí spíše nazývaní lidé se závažným duševním onemocněním, daleko častěji čelí pro jejich život významným traumatickým událostem, jednorázově nebo opakovaně, v souvislosti s tím, co zažili v minulosti. Sama přítomnost duševní poruchy je rizikovým faktorem pozdějšího traumatického vývoje.

„Krize je intenzivní kritická událost nebo dlouhotrvající stres. Je nedílnou, přirozenou součástí života každého člověka.“ U chronických krizí je kromě bezprostřední pomoci, kdy člověk reaguje na událost, která krizi vyvolala, důležité „posílit a **podpořit motivaci jedince k určité změně v jeho životě**. Facilitace a implementace této změny se ale již odehrává v kontextu psychoterapie“ (ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., 2017. Krize a krizová intervence. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80247-5327-0, str. 13 a dále). Psychosociální a somatické krize, jak uvádí Rahn a Mahnkopfová, mohou být v tomto smyslu právě následkem a výrazem duševní nemoci (např. nezaměstnanost po dlouhé pracovní neschopnosti v důsledku recidivy nemoci).

Metoda krizové intervence zahrnuje plánování a vedení zásahu v krizové situaci. Je-li navázán psychologický kontakt, vzniká intenzivní vztah. Intervent s pomocí klienta posoudí závažnost problému a to, čeho se týká. Podporuje klienta ve vyjadřování veškerých emocí. Krizová intervence zhodnocuje dostupnost klientových vyrovnávacích strategií, a podaří-li se obnovit jeho kognitivní funkce, pracovník podpoří kompetence klienta k řešení současné situace, případně k využití návazné péče (Jan Lorenc podle Robertse. In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 155). Krizově-intervenční model je částí psychiatrické a psychoterapeutické práce, která „vyžaduje pomocnou ruku při úlevě, ochraně, zrání, očišťování a podpoře klienta v delším časovém úseku“ (RAHN, Ewald, MAHNKOPF, Angela, 2000. Psychiatrie. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-964-0, str. 17). Růstový potenciál krizová intervence „nejen reflektuje, ale snaží se jej **kultivovat a**

podporovat“ (Lorenc, J. In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 154).

„S jistotou můžeme říci, že bez krize není růstu, vývoje, změny. Je něčím, co nás **posiluje i ohrožuje zároveň**“ (Vodáčková, Daniela, 2019. Interní materiál kurzu Psychoterapeutického minima). Krize jsou obecně spojeny se **ztrátou**, **změnou** a **volbou**. Podnět pro vyvolání krize může být vnější nebo vnitřní. „Daná situace je prožívána jako ztráta, ohrožení a/nebo výzva. Dochází k prožívání intenzivních negativních emocí a zážitků, objevuje se pocit nejistoty z budoucnosti a dochází ke ztrátě kontroly. Objevuje se **nutnost změny a přizpůsobení se nové skutečnosti**“ (ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., 2017. Krize a krizová intervence. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80247-5327-0, str. 15). Krize v oblasti lidského vývoje jsou „výsledkem pokusu řešit mezilidské situace, které se odrážejí v nevyřešených vnitřních problémech. Jsou tím míněny nedořešené vývojové úkoly anebo něco, co v určité životní etapě vstoupilo do života jedince a významně to jeho život ovlivnilo“ (Vodáčková, D., 2019, Interní materiál kurzu Psychoterapeutického minima). Ke zvýšení fungování jedince dochází ve chvíli, kdy je „eliminován distres“, vyjádřeno jazykem moderní neurobiologie, protože došlo ke „**změně vnímání spouštěcí události**“ zasahující člověka v krizové situaci (Špatenková, 2017, str. 14). Pak může člověk využít svých kapacit pro zvládnutí situace a vědomě utvářet svůj život.

Krize životních cílů a potřeba změny v průběhu duševní nemoci

Konceptuální model rehabilitace (Anthony a Liberman, 1986) spojuje léčebnou a rehabilitační funkci psychiatrické péče. Podle Mezinárodní klasifikace poruch aktivit a participací Světové zdravotnické organizace přenáší psychosociální rehabilitace pozornost z postižení pacienta (medicínsky diagnostikovaná porucha psychických funkcí) na psychické a sociální **aktivity**, kterých je klient schopen, a na možnosti jeho jednání, **participaci** na společenském životě. To se děje namísto soustředění na jeho hendikep, vzniklý v důsledku přechodného neboli aktuálního snížení sociálního **fungování jedince**. Komplexní komunitní psychiatrická péče se překrývá se zdravotnickou péčí v mnoha oblastech (Anthony navrhuje osm společných administrativních funkcí): např. v oblasti plánování a identifikace cílů (vzdělávání, pracovní činnosti a schopnost být nezávislý), supervize poskytovaných služeb a smluv s klienty v oblasti managementu, rozvoj rehabilitačních programů, pracovních návodů, podpora profesionálů, hodnocení výsledků péče a sběr relevantních dat. Ve filozofii a politice propojování systému zdravotní a rehabilitační péče nezapomíná Anthonyho návrh ani na **význam angažovanosti psychiatrických institucí v oblasti práv pacientů**.

Rehabilitace je aplikace vědeckých poznatků při **řešeních, která chtějí redukovat postižení a znevýhodnění u lidí s dlouhodobými psychiatrickými problémy**, formuluje obsah rehabilitace Anthony se svými spolupracovníky. Vypracované metodiky podporující zotavení a začlenění pacientů jako klientů a občanů poskytují dovednosti a znalosti, jak teoretické i praktické poznatky využít pro posílení jejich kompetencí **zplnomocňování** (empowerment). Proces psychosociální a psychiatrické rehabilitace společně zahrnuje poradenství, terapii, trénink dovedností, case management, technologie asertivní komunitní léčby, model clubhouse, podporované zaměstnávání a služby

chráněného bydlení, abych zde zpřítomnila konkrétní náplň fungujícího modelu péče. Podpůrné komunitní rehabilitační programy jsou v případech sociálního znevýhodnění a snížené kvality života uživatelům psychosociálních a psychiatrických služeb nabízeny právě tehdy, když jejich **funkční poškození v přirozeném prostředí přetrvává**, přestože dojde k výraznému omezení symptomů. Jedná se o vážné, dlouhodobé a chronické onemocnění; člověk v některých oblastech života nedokáže vykonávat očekávané sociální úlohy a plnit společensky přijatelné role v důsledku snížení jeho duševní kapacity (nejen emočních, ale například i poznávacích funkcí). Vypracované metodiky bostonské a nizozemské školy vycházejí z toho, že **člověk je ve společnosti schopen fungovat i s příznaky**, a modely rehabilitace se snaží o zvýšení schopností klientů komunitních služeb **být ve svém životě úspěšní a spokojení v prostředí**, které si pro sebe zvolí. Lidé tak mohou dosáhnout potenciálu svých dovedností a obdrží potřebnou podporu z okolí. **Zvládání** a překonávání zneschopnění a znevýhodnění plynoucí z nemoci, **motivace a spolupráce** stejně jako **možnosti využití sociální sítě a sociální podpory** v klientově prostředí určují rozsah potřebné péče a kvalitu pomoci, podpory a asistence vyžádanou konkrétním pacientem. Oboustranný rovnocenný vztah umožňující **pravdivý dialog** pomáhajícího pracovníka a klienta služby o prožitých zkušenostech v minulosti a společně **zpracované zkušenosti z nemoci** jsou spolu s profesionálními intervencemi a využitím podpory okolí základem metodologie rehabilitace v oblasti psychiatrie.

Koncept připravenosti k rehabilitaci Williama Anthonyho a jeho kolegů z roku 2002 akcentuje „**rozvoj nového smyslu a účelu života poté, co klient překlene katastrofické dopady duševní nemoci.**“ Zotavení se týká překonání stigmatu (současně také zvnitřnělého), vyrovnání se s případnými iatrogenními efekty léčby, s přechodným nedostatkem příležitostí pro sebeurčení a vedlejšími praktickými dopady nezaměstnanosti. **Přání** zbavit se zátěže nemoci v sobě skrývá příležitost uzdravit svou bolest a zklamání z rozbitých snů. Podle Younga a Ensinga je nejdůležitější fází zotavení překonat zaseknutí, tedy uvědomit si nemoc (ve smyslu nemohu, nedaří se mi, nejsem schopen/schopna) a **najít motivaci ke změně**. Získá-li člověk s přiznáním slabosti a uznáním limitů a vědomím vlastní síly zpět to, co v průběhu nemoci ztratil, a posune se vpřed, může **kvalitu svého života nebo stavu před vypuknutím nemoci skutečně zlepšit**. Aktivním převzetím kontroly a přijetím zodpovědnosti za vlastní život dokáže zvýšit svou sebeúctu, nalézt ve svém životě smysl a účel. Zvýší si životní standard a nalezne skutečnou nezávislost. I když je úzdrava „složitý a časově velmi náročný proces,“ zotavení z nemoci je reálné; dlouhodobý výzkum v průběhu třiceti let potvrzuje, že ze vzorku asi 1500 schizofrenních pacientů dosáhlo 58% úzdravy nebo bylo signifikantně zlepšeno (Harding, 2003 via Fisher, 2006. In: Pěč, Probstová, 2009, str. 105).

Vyhodnotit diagnosticky připravenost k rehabilitaci (readiness assesment) nebo nabídnout klientovi intervenci a pomoc k hledání vlastní motivace k léčbě a přijímání podpory z okolí (readiness development), je záměr pomáhajících pracovníků, když vyšetřují nutnou míru motivace klienta k zotavení. Společný záměr naplnit rehabilitační cíl (splnit stanovený úkol) a klientova schopnost převzít **zodpovědnost za rozhodnutí ke změně** je obsah i výsledek společné práce, když hledá sociální pracovník spolu s klientem možnosti, jak uplatnit jednu, dvě dovednosti v jakékoli oblasti lidské zkušenosti, nezbytné pro první krok směrem k uzdravení. Je klient **schopen** něco **změnit** na své aktuální situaci? Individuální práce s klientem, než se zapojí do rehabilitačního programu, věnování pracovníkova času **hledání klientovy motivace pro změnu**, je podle bostonské školy základ kontinuálního procesu

rehabilitace, která má cíl, jenž vychází z osobního rozhodnutí klienta. Klient může svůj cíl v průběhu času posouvat, měnit, vytvářet, konzultovat, brát zpět, nezvládnout, zanedbat… a zase znovu vzít do hry, stále doprovázen, povzbuzován a chápán klíčovým týmovým pracovníkem, partnerem na cestě hledání, tápání, propadů, stagnace i vzletných rozhodnutí, troufalých myšlenek a podnětných vizí. Smysl a účel **dosažení životního cíle** a stálého zápasu o něj se ukazuje klientovi **v průběhu intervenční a podpůrné terapeutické práce** a **osobní spolupráce na jednotlivých krocích ke změně**. Klient dostane od pomáhajícího pracovníka znovu příležitost svůj život naplňovat obsahem, jakým si přeje, když ve svém usilování nebyl dostatečně úspěšný. Malé kroky jsou velkým vítězstvím pro oba a všechny další aktéry procesu změny v každém okamžiku klientova života. Nové činnosti, nápady a vzniklá společenství i nové aktivity jsou rázem viditelné lidem okolo. Posouvají možnosti společnosti i každého z nás. **Motivace a odhodlání** jsou pro bostonskou školu důležitější než měřitelná současná pacientova kapacita ke změně. **Dovednosti klienta a zdroje podpory v okolí** jsou povzbudivou perspektivou rehabilitace, přinášejí očekávané výsledky a **vědomí potenciálu** klienta se uzdravit. Zakoušení obnovených schopností posiluje klientovu sebedůvěru, otevírá mu další možnosti vlastní realizace a stále znovu dodává naději. Přirozeně se tak bývalí pacienti stávají účastníky plánování spolu se zaangažovanými členy rodiny. Podpora přátel pomáhá dříve postiženému člověku na cestě při **hledání dalších opor pro každodenní fungování** v praktickém životě.

Nizozemská škola STORM v diagnostice případu (orientace, šetření a vzájemné poznávání klienta a jeho pracovníka), při stanovování cílů a plánování intervencí soustředí své úsilí na **přání, potřeby a osobní život klienta**. Věnuje pozornost tomu, jak chápe smysl svého života, jakou má představu zdraví a životní pohody a jaké chce mít vztahy k nejbližším. Při vytváření sociálního zázemí je **reintegrační osobní proces** pacienta **v rámci jeho prostředí** přímým ukazatelem kvality jeho života. Krédem komunitní služby je kvalitu, jakou si člověk pro sebe představuje a k jaké směřuje, udržet, popřípadě zlepšit. Bezpečí zachovávané na straně pracovníka je „zásadně důležité pro další **procesy emocionálního růstu a zralosti**“ klienta. Jako **zdroje zajišťující profesionální péči** jsou při rehabilitaci a zotavení klienta využívány komunikační a motivační strategie, profesionální role a styly práce, je vytvářen prostor pro dialog a schopnost přizpůsobit se klientovi. Metodický způsob vedení klienta - poukazování na silné stránky jeho osoby i jeho prostředí - pomáhá lidem využívajícím rehabilitačních služeb zvažovat **podmínky realizování svých přání i jejich omezení v důsledku sociální zranitelnosti**. Ke zmenšení, kompenzaci nebo překonání překážek při realizaci rehabilitačního cíle slouží jako nástroj **formulování specifických cílů vycházejících z klientových potřeb**. Cyklus šesti fází rehabilitačního procesu je orientován k perspektivě dlouhodobé péče a plánování týkající se budoucnosti klienta. Metodika KoPPR nizozemské školy využívá psychoterapeutických znalostí pomáhajícího pracovníka, schopnosti nácviku dovedností s klientem, diagnostických psychiatrických znalostí v rámci psychosociální rehabilitace a dovednosti koordinace zdrojů a služeb v případovém vedení. Metodologie je základem profesní práce pomáhajícího pracovníka s lidmi s duševním onemocněním a formuje samotný rehabilitační proces.

Model rehabilitace CARe Wilkena a Hollandera se ve třech fázích rehabilitačního procesu (stabilizace, reorientace a reintegrace) zaměřuje na hledání motivace, identity, znalostí a dovedností, sociálního statusu, životního smyslu a sociální a materiální podpory u klienta. Zotavení pacienta jde ruku v ruce s **opětovným nalezením identity a smyslu v klientově životě**. Zpracování traumatických zážitků a ztrát je v průběhu onemocnění doprovázeno projevy truchlení a intenzivního, často negativního prožívání.

Pomáhající jako vyškolený profesionál spolu s pacientem hledá **copingové strategie** pro přežití těžkých okamžiků, návratů nemoci, delších či kratších obdobích beznaděje. V šedesáti až devadesáti procentech případů lidí s psychotickou poruchou udávají statistiky přítomnost traumatických zážitků v dětství (Morrison, Frame a Larkin podle Bendall, 2011. In: DEN HOLLANDER, Dirk, WILKEN, Jean Pierre, 2016. Podpora zotavení a začlenění. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-260-9945-1, str. 24). V obdobích pacientovy remise ve snaze soustředit síly na podporu zaměřenou logoterapeuticky je potřeba s těmito fakty počítat a mít na paměti, že takto postižení lidé jsou vedle vysoké zranitelnosti vybaveni také **životní silou traumatickým zážitkům čelit**. Jsou schopni znovu využít své **aktivity k obnovení smyslu vlastního života v nových podmínkách** a znovu nacházet odvahu k dalším aktivním krokům při realizaci dalších životních kroků. Zplnomocňujícími k realizaci jakékoli klientovy činnosti je podle metodiky CARe jeho schopnost použít slova: **jsem**, **umím**, **mám**, **chci**, **vím**. Důraz je kladen na **silné stránky** (Rapp a Goscha, 2006), „**na zdraví a životní pohodu**, **nikoli na potíže, rizikové faktory a individualizaci problémů**“ (Wilken, Hollander, str. 44). Omezení se snadno a rychle dostávají do centra pozornosti; vystříháme se toho, aby celkový obraz člověka nebyl určován tím, co nelze. Posilujeme vyrovnání klienta s vlastní situací a prostředím získáváním kontroly, zdokonalováním kritického myšlení a odvahou se zapojit. Člověk s nemocí mění nejen sebe, ale i své prostředí.

Součástí procesu uzdravování je oplakání ztrát. „Projevy truchlení nesmí být zaměňovány za příznaky duševní nemoci,“ upozorňují autoři modelu CARe, Wilken a Hollander. Doporučení o omezení stresu a zátěže může paradoxně v tomto případě pouze ochudit náplň klientova života, a tím i jeho smysl. Detlef Petry hovoří o odhalení pravé tváře člověka během uzdravování, o (znovu)objevení základního jádra lidské bytosti, jež se skrývá pod maskou sociální role. Svízelný **proces proměny člověka v nemoci** (přemožení nebo ochromení postižením) vyžaduje „pohled do propasti“; zpracování krize a její důkladné analýzy (abreakce a porozumění významu krize). „Pátrání po smyslu života a vlastní identitě - v rámci recovery - je z definice proces vysoce individuální, nelineární a jeho cíle nejsou nikomu zpočátku známé,“ tvrdí John Strauss (In: DEN HOLLANDER, Dirk, WILKEN, Jean Pierre, 2016. Podpora zotavení a začlenění. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-260-9945-1, str. 24). Důležitou součástí zotavení je **zpracování traumatických zážitků a ztrát v procesu truchlení** (intenzivní prožívání rozpadu života) podle charakteru dotyčného a jeho schopnosti vyjádřit emoce. „Intenzivní a komplexní projevy truchlení, někdy spojené s projevy psychopatologie, mohou být jedinou dostupnou strategií, jak přežít náročnou situaci ve snaze rozklíčovat nepřehlednou spleť událostí ovládajících život našeho klienta“ (Hollander, Wilken, 2016, str. 25). Nejdůležitějším pramenem pro terapeutickou práci sociálního pracovníka je **příběh zotavení** dotyčného člověka; klient v něm může být považován za člověka aktivně se vyrovnávajícího s náročnými aspekty svého života. Postupný rozvoj vlastní osobnosti s sebou přináší řadu nezdarů, posílených **pocity smutku a ztráty** a často i **bolestným pocitem viny** (Van Doornová, 2002 podle Hollander, Wilken, 2006). Zápas s postižením (reorientace) se po fázi získání kontroly nad osobní situací odehrává na poli vlastní **zranitelnosti**, **hledání a nacházení silných stránek**. Zapojení se do smysluplných aktivit, budování vztahů a rolí a dosažení důležitého životního cíle již přesahuje život s nemocí. „V období moratoria, skrytých změn **zpracovávajících zkušenosti hluboko pod povrchem**, se klient učí přijímat nové skutečnosti – upravuje svůj sebeobraz, opouští nerealistická očekávání – znovu rozpoznává a oceňuje vlastní silné stránky. Z valné části je proces zotavování a rozvoj klientových schopností zaměřený na hledání smyslu a pochopení nastalých změn.“ Pro to „je třeba **umístit události do kontextu**

jeho života a porozumět jim“ (Hollander, Wilken, 2016, str. 30). Strauss zdůrazňuje význam vytvoření pevného opěrného bodu v jedné z oblastí dosažení cíle a doporučuje vyčkat, až se nová situace stabilizuje, aby ve svém vývoji pokračoval k naplňování dalšího cíle. V průběhu vývoje jsou patrné zlomové body. Jedná se o kratší období, během nichž se odehrává větší množství změn. Efekt může být pozitivní nebo negativní, krok kupředu, nebo relaps. Riziko relapsu se zvyšuje nepřiměřeným vypětím. V rámci daného období můžeme spolu s klientem rozeznat horní mez, tedy nejvyšší možnou úroveň fungování, než se dostaví další pokrok. Tvorba Osobního profilu a Profilu prostředí, stejně jako Plán časných varovných příznaků pomáhají držet v rámci pracovní aliance strukturu procesu zotavení. Shepherd, Boardman a Slade formulovali přímé rady pro praxi zaměřenou na recovery. Aktivní naslouchání sociálního pracovníka, vytvořený žebříček klientových osobních cílů spolu a opětovně poskytované projevy důvěry, když chybějí síly nebo se nedostavuje zájem. Také uvádění inspirativních příkladů z vlastní pracovníkovy zkušenosti, poukazování na význam dohodnutých cílů, jež obohacují i ostatní, a podpora samostatného zvládání duševních potíží jsou klíčové intervence ze strany pomáhajícího pracovníka. Ohleduplnost a šetrnost sociálně-terapeutického rámce naší práce a diskuse s klientem ohledně našich intervencí přispívají zažívání respektu na straně klienta. Naplňují jeho touhu po rovnocenném postavení ve vztahu s námi a napomáhají rozpoznání a přijetí vlastní zranitelnosti. Z naší strany přispívá k úzdravě pacienta též ochota navozovat situace vzbuzující naději i přes **nezdary při klientově zotavování a zhoršení nemoci**. Je třeba podotknout, že určitý stupeň trvalé zranitelnosti však nevylučuje příležitost vést plnohodnotný a smysluplný život i s postižením. Nevzdáváme příležitost k **hledání nových perspektiv a nové naděje** i v situaci, kdy se zdá, že život jakoby zamrzl. Pěstujeme u sebe schopnost podívat se novýma očima na možné zdroje naděje – poskytovat strádajícímu člověku v hluboké sklíčenosti nebo stavu pokleslé mysli motivaci jít dál, aniž bychom jej přetížili přílišnými požadavky. Být tu pro trpícího člověka k dispozici ve chvíli, když se „potíže nevyřeší ani nedojde k jejich zmírnění“ (Andries Baart, 2003, podle Wilkena a Hollandera, str. 36). Sdílení pocitu bezmoci činí život snesitelnějším. Je důležité být a **zůstat přítomen** v životě lidí pro každého specifickým způsobem tak, aby klient využil tuto přítomnost jako odrazový můstek pro další smysluplné jednání ve svém životě.

V rozhovorech o zotavení z nemoci se mezi lidmi z Dobrého místa (DM) a návštěvníky Peer klubu zajímám, jak hovoří o tom, jakým způsobem ve svém životě překonali nebo i vícekrát překonávali „zaseknutí“ způsobené následky nemoci. Ptám se na to, kdy si uvědomili, že jde v jejich případě o duševní nemoc/poruchu a především na to, co je motivovalo změnit svízelnou situaci. Někteří však prošli zotavením, aniž by věřili, že „by má nemoc existovala“ a dnes už identitu s nemocí příliš nevnímají, sděluje dotázaný v osobní výpovědi. Slyším od klientů z DM mnoho různorodých a překvapivých příběhů o tom, jak se jim dařilo překonávat překážky na cestě k uzdravování, a nyní vidím, že jsou svými zážitky obohaceni. Zajímá mě, co jim pomáhalo, aby se posouvali dopředu a získávali zpět ztracené priority. „Je to partnerský vztah, naslouchání a porozumění druhého,“ reflektují svou zkušenost. Struktura jejich životního příběhu, sdílená časová linka událostí („máma to všechno zakreslila“) pomáhá při vybavování zážitků. Žasnu nad tím, že dokázali přehodnotit svůj život a nechali se inspirovat jinými hodnotami. V tomto smyslu vypovídají, že jinak by byl jejich život více obyčejný, každopádně jiný. Cítím, že jim na životě skutečně záleží. I přesto, že zažili nebo zažívají mnohé těžké chvíle. Vidím, že zkušenost s duševní nemocí řadu z nich postupně přivedla k aktivnímu **převzetí zodpovědnosti za vlastní život**. Mají vlastní životní cíle, inspirují svými zájmy ostatní. Někdy trvá déle,

než se něco dozvím, někdy je odpovědí pouze mlčení. Když mohou a chtějí, mluví také o svém utrpení. Slyším a vnímám příběhy vnitřního chaosu, hledání, selhání i zklamání. Zápasí o svou samostatnost, i když je trápí pocity bezmoci. Přijímají pomoc od nejbližších (a také peerů), poznávají svou křehkost, když se nemohou na sebe plně spolehnout při zvládání běžných povinností. Bojují s izolací a osamocením, obtížný je návrat z nemoci do společnosti. Podpoří je tolerance a pochopení, otevřenost naslouchat jejich prožitkům nebo prostý fakt „nechat je být". Dají najevo, že jim není dobře a že si dělají starosti. Záleží jim na druhých. V jiném ohledu jsou to nezávislí lidé, kteří vědí, co chtějí a často podle toho jednají. Naučit se rozumět sobě samotnému a tomu, **jak jejich život s nemocí souvisí**, nově se dívat na svět a lidi kolem a „dál poznávat" díky zajímavým koníčkům své nitro, byla témata zásadních odpovědí na výzvu, kterou byli ve svém životě nuceni uchopit. Mluví o vnitřní síle a fungování pudu sebezáchovy, když si sáhli na dno, a o tom, jak s nemocí zacházet a žít. Sdělují, že vítají každou změnu, která jim umožní, aby se cítili líp. Zoufalství je „dokázalo" přivést k nadosobním cílům a víře. Obdivovala jsem mnohokrát nezdolnost jejich úsilí, schopnost vyrovnávat se s těžkými okamžiky i dlouhými periodami nejasných, beznadějných a temných období (nepochopení okolí, ztráta sebekontroly, rozlišování reality a nadhledu v určitých fázích nemoci), a nejednou zůstala v údivu nad tím, že to nevzdali a vydrželi. Stejně jako oni hledám v krizových chvílích odpovědi na zásadní životní otázky a necháváme se inspirovat záhadami a tajemstvími života. Možná hledám odpovědi především proto, že mám někdy pocit, „ne vše je u mě samotné i ve světě kolem v pořádku, že si nejsem jistá sama sebou". Tvořím se stejnou, někdy silnou a bohatou invencí, každý den z hmoty své někdy též syrové existence „životní dílo", se kterým se budu cítit pohodlně a nebudu se za ně před sebou nebo ostatními stydět kvůli tomu, že jsem to důležité a obsažné ve svém životě propásla. Pokaždé jsem v DM získala od klientů, konzultantů, lektorů i supervizních skupin **podněty k růstu duševnímu i tvůrčímu** v různých oblastech činností i během diskusí, debat a společných úvah. Setkala jsem se tváří v tvář s tím, jak se dokážou lidé v obtížné situaci o sebe postarat, nenechat se odradit, nepropadat pochybnostem, být si vědomi svých práv, získávat sebeúctu, nezapomínat na svůj potenciál a rozšiřovat jej, obracet se ke svým zájmům a plánům, nacházet svá přesvědčení a věnovat se cele tomu, co je baví. „Je to síla překonat jakékoli překážky a věřit, že to dokážete". Kromě osobnostního charakteru si dokázali vybudovat autonomii vůči vyžadovaným konvenčním postojům a standardnímu očekávánému chování. Důsledky onemocnění nebo aktuálního postižení nemusí ovládat naše životy. Štěstí po prožitých útrapách znamená „radost z vlastního konání a potěšení ze života v přítomném okamžiku." Osvěžující a živé pro mne jsou jejich plány, sny a touhy. Nejenom proto obohacují i širší běžnou společnost, mnohdy spíše uzavřenou odlišným pohledům a názorům. Říkají, že si nesou každý dál nějaké své břímě (nemoci). Mnozí z nich po překlenutí devastujících dopadů nemoci žijí téměř bez symptomů, bydlí ve své komunitě a pracují nebo vytvářejí něco pro druhé. Mají do nějaké míry blízké osobní vztahy, obejdou se po delším čase léčby většinou bez medikace a zapadají ve společnosti mezi ostatní.

Co je pro konkrétního člověka podstatné? Co se snaží si zachovat, čemu se snaží vyhnout a čeho chce dosáhnout? Jaké má touhy, a čeho se bojí? Ze setkání v prostoru léčebny si odnáším přesvědčení, že každá lidská bytost si zaslouží pomoc (přítomnost, pozornost, ochotu a obětavost blízkého člověka) a má hodnotu – i „osoba komplikovaná, nepříjemná, ta, která trpí poruchou a má problémy se zákonem", jak se uvádí v oborných příručkách. „Pomoci **porozumět problémům**, sestavit **žebříček osobních cílů** a neztratit důvěru v jejich dosažení spolehnutím na silné stránky," jsou příklady z publikací autorů získané z vlastní zkušenosti s práce s lidmi s dušení poruchou. Zaměřuji se tedy na „cíle klienta, které překračují nemoc a obohacují ostatní, klientovy zdroje mimo oblast služeb, podporu **samostatného zvládání**, **přání léčebných intervencí** a společné **krizové plánování**, pozitivní očekávání a **podpora při nezdarech"** (Shepherd, Boardman, Slade, 2008, podle textu knihy Wilkena a Hollandera s názvem Podpora zotavení a začlenění). Mám při představě činnosti sociální pracovnice díky nim na mysli **zaměření na zmírňování utrpení** a **posilování vlastní kontroly/nezávislosti**, šetrné a diskrétní

využívání profesionálního rámce, vytváření prostoru pro klientův **osobní příběh** (být také jeho součástí) a **rozvoj identity** klienta i své vlastní.

Zotavit se shodně podle Younga, Ensinga i Anthonyho (2002) mohou lidé se závažným postižením v průběhu náročného procesu (někdy i bez profesionálního zásahu) s vynaložením vlastního úsilí za přítomnosti základních faktorů změny. Je to schopnost pacienta uvědomit si a pochopit, že má duševní nemoc, schopnost poznat sebe sama a aktivně se otevřít možnosti uzdravení, tedy pracovat na sobě. Důležitým předpokladem změny je být schopen **posílit sebe sama**, mít **vůli a** prostředky **sebeovládání** a nalézt svoje **možnosti zvládání** (sem počítají podle svých slov lidé z Dobrého místa také víru, naději a modlitby). Uzdravování se neobejde bez **přijímání podpory od celého sociálního okolí**.

Klient psychiatrických rehabilitačních služeb, říkejme mu Matouš, vypráví v prostředí poskytujícím svépomocné aktivity, svůj příběh. V Dobrém místě nyní končí jeho půlroční pobyt v pozici peer konzultanta hrazený z grantu městské části. Po několika letmých setkání za provozu usedáme s Matoušem k rozhovoru a záhy se dostáváme do osobního kontaktu. Dozvídám se o jeho prvních vztazích se spolužáky, o tom, jak se cítil ve škole. Vzpomíná, jak to vypadalo v jeho rodině, co dělali jeho rodiče, hodně mluví o bratrovi. „Neměli jsme spolu dobrý vztah a dodnes nemáme," svěřuje se mi s postupem času. „Necítil jsem se dobře, vůbec jsem neměl kamarády. Ve škole se mi zdálo, že se na mě ostatní dívají divně. Nezapadal jsem." Tehdy mě poprvé napadá, jak je pro Matouše důležité, aby ho spolužáci a ostatní „brali". Vzpomíná, jak se zaobíral jen svými myšlenkami, vybavuje si, jak je nucen se v sobě stále vracet k tomu, co nepříjemného jej napadá. Týká se to spolužáků, s kterými se moc nebaví, i učitelů, kterým se nelíbí, jak ve škole pracuje nebo prospívá. Pak Matouš přechází v hovoru k tomu, jak jednoho dne po skončení vyučování na gymnáziu, kam chodil, to už nevydrží a po návratu ze školy si v zoufalství bere prášky a řeže se do zápěstí, jako by to ani necítil. To mi Matouš o sobě, když mu bylo tenkrát šestnáct, vypráví v konzultační místnosti v Dobrém místě na pavilonu 19. Cítím, že se mi chvílemi zastavuje krev v žilách, když to poslouchám, jsem plná soucitu a zároveň chápu, že neměl v té chvíli na vybranou. „Totální dno. Už jsem myslel, že se to nikdy nezlepší," reflektuje. Děláme krátkou pauzu. Všímám si, že Matouš není přespříliš rozrušen, a vrací se pak díky mým otázkám ve vyprávění ke své rodině. Máma za ním přijíždí po sebevražedném pokusu do nemocnice z pracovního pobytu v Londýně, oba rodiče jsou po jeho činu zděšeni. „Byli nešťastní," ale nevyčítali mu to, „na rozdíl od bráchy, kterej byl na mě naštvanej." Matouš měl štěstí. Jeho táta ten den přišel domů dřív, našel jej v bezvědomí a hned zasáhl. „Byla to strašná kravina," komentuje dnes. Podle svých slov je taky rád, že to přežil. Že může žít. „Odrazil jsem se. Mohlo by to být ještě horší," dodává z odstupu času. Tato traumatická vysoce nepříznivá situace však odstartovala v Matoušově životě i mnohé změny. Nová škola - ustojí to tam, léky - poprvé úleva od potíží. Jeho vnímání se otevírá novému životu. Kvůli bludům neměl na nic kapacitu. „Nic jiného už mě nezajímalo," říká dnes a nelze nepostřehnout trpkost zklamání v jeho hlase. Současně vidím v jeho tváři citlivost, inteligenci a schopnost introspekce a zaujetí pro věc. Navazuje kontakt se spolužáky a maturuje s vyznamenáním. Dostavuje se první výrazný a velký životní úspěch. Je přijat zároveň na dvě vysoké školy, začíná studovat v Olomouci.

Při další schůzce mi Matouš oznamuje, že chce nastoupit do práce v blízkosti svého bydliště a ucházet se o místo v Centru duševního zdraví Mladá Boleslav, až skončí v Dobrém místě, kde jsem jej poznala. Od věku jeho puberty uplynulo pětadvacet let, setkávám se s mužem budícím na první pohled úctu a zároveň s klukem, co zajde rád za kamarády. Sedneme si na zahrádku, piju pivo a Matouš má před sebou limonádu. Nepije alkohol, je mu tak lépe. Bavíme se znovu o původní rodině, o hledání a

nacházení samostatnosti v životě. Tentokrát více s humorem, jsme uvolněnější a plni naděje do budoucna. Rozhovor se točí převážně okolo zájmů a koníčků. Když se vracím k těžkým zkušenostem z minulosti a pojmenuji to, co tenkrát Matoušovi asi chybělo a co potřeboval, dostaneme se kromě jeho dlouhodobému zájmu o filozofii také k zásadním otázkám lidské existence a životních hodnot. Nestydí se mluvit o slabosti, o tom, jak se cítil horší než ostatní, jaký měl mindrák z toho, že nezvládne žít sám. Říká zároveň, že by bez zkušenosti nemoci vedl obyčejný, nijak zvlášť zajímavý život s běžnými denními starostmi. Svůj den popisuje, jako by byl každý něčím nový. Vypočítává tituly rozečtených knížek, nechává se unést zážitky z dramatických filmů a soustředěně vypráví o samostudiu jazyků. Kromě japonštiny se věnuje angličtině, němčině. To jsou jen ty, co přede mnou v tu chvíli zmíní. Nazývá to „školou života“. Nyní pro něj není důležité mít vzdělání získané na vysoké škole; stačí mu věnovat se po svém tomu, co ho baví. Možná to ani nejsou předměty, které by na škole byly až tak časté. Nemoc ztratila svou největší sílu jako zázrakem díky medikaci. Kdyby nebylo Matoušovy touhy být úplně zdráv a bez léků (relaps nemoci), nedozvěděl by se tohle všechno o sobě a o svých emocích a neměl by asi kolem sebe tolik přátel. Záleží vlastně na úhlu pohledu, z kterého se díváme, jak dokládají mnohé další příběhy recovery. „Jsem teď spokojenej se životem, je to super.“ Zajímám se, jakou má výhledově představu partnerského vztahu. Reaguje kladně. Sebedůvěra Matouše vzrostla, i když jej někdy napadá, že na něco „nemá“. Je to vždycky, třeba i s nemocí, cesta dopředu. Není toho málo, co dokázal ve svém životě změnit sám. Stále to zkoušel. Nejtěžší bylo období, kdy nebyl kvůli nepozornosti schopen číst. Dnes si nejvíc si na sobě cení, že to nevzdal a vydržel. Za největší obrat ve svém životě považuje změnu přístupu k poznávání. Studuje a učí se to, co ho naplňuje radostí a co ke svému životu potřebuje. Vzdělávání pro něj již není jen prostředkem k dosažení cíle. Vnímá jej jako svou vlastní činnost tady a teď. A to mu přináší hluboké uspokojení. Odnáší si z nemoci také poznatek, že sdílení těžkých věcí člověku v podobné situaci, kdy neví, kudy kam, pomůže. Má přátele, kteří se potýkají s nemocí, a vzájemně si rozumí. Je to on, kdo může a umí pomoci druhému. Doprovázím Matouše na rozcestí; půjde domů pěšky. Loučím se upřímnými slovy, že ho zas ráda uvidím. Cítím únavu, není mi lehko; napadají mě myšlenky spojené s různými obavami. Přichází zase pocity zpochybnění do mého vědomě budovaného vnitřního světa, které tak nerada zažívám, než přijdu na to, co s nimi. Ještě se projdu s mým mužem venku. Hovor o známých věcech, teplé sluneční paprsky a křik havranů, co sídlí ve vysokých stromech blízko našeho domu. „Má cenu žít a sdílet s přáteli, jak se říká, dobré i zlé,“ napadá mě. „Je fajn potkat dobrý lidi a umět vidět to, co se daří,“ myslím si. A těším se, že se posílím spánkem a pobudím do dalšího dne.

5. Terapeutické prostředky změny

Písemně zachycené dějiny psychoanalýzy otevírá Freudova teorie psychosexuálních stádií. Psychoanalýza se od svého počátku zabývá naplněním instinktivních **potřeb** člověka v raném věku a vědomým **řešením konfliktu** určité vývojové fáze. Spolu s teorií obran a přenosu je strukturální model - a jemu předcházející topografický - významným momentem psychodynamické tradice, který ovlivnil psychologický způsob uvažování o duševním zdraví člověka. Psychické procesy udržující obsahy vědomí mimo dosah integrační funkce ega (Anna Freudová, 1936) jsou neustálou výzvou ke **zkoumání** struktury psychických hlubin a základů organizace psychiky utvářejících vývoj osobnosti. Terapeutická praxe vycházející ze zpracování a integrace primárních zážitků školy objektních vztahů a později zdůrazněná v poznání a zkušenosti psychologie self (Heinz Kohut) určuje budoucí **interpersonální zaměření** psychoanalytické terapie. Vztahová vzájemnost byla v oblasti mezilidských vztahů potvrzena pojmem *integrující tendence* Harry Stacka Sullivana jako vrozený sklon člověka vyvolat reciproční reakci v druhém. Zhodnocení Bowlbyho teorie vazby a odhalování dalších terapeutických možností, jak nahradit maladaptivní vztahové vzorce nově získanými **zkušenostmi** (Greenberg 2004, Beebeová a Lachmann 1988), obracejí pozornost k novým kvalitám **schopnosti adaptace** lidského organismu a k obnově **regulace emočního prožívání**. Zralé vnímání sebe a okolní reality se podle Fonagyho, Targetové (2006) a Foshaové (2000) vyznačuje schopností jedince obsáhnout mysl a srdce druhého a reflektovat vlastní duševní stavy. Obhájit svou osobnost a **jednat sám za sebe** ve výsledku znamená převzít odpovědnost za svůj život. Vědomé dosahování **zralosti** je poučené poznáním, že jednotlivá stádia osobnostního vývoje se prolínají, respektive střídají - v některých oblastech zkušenosti - s návraty do stádií ranějších.

Nancy McWilliamsová (2015) využívá zkušenosti psychoanalytické terapie jako základního rámce pro porozumění pacientovým potížím. Teoretikové poskytující analytickou léčbu nabídli v průběhu vývoje psychoanalýzy několik adaptačních modelů zdravého psychického fungování. Pokoušeli se dosáhnout porozumění, jakým způsobem osobnost integruje rané zážitky, a verifikovat podmínky zdravého vývoje psychiky. Některé z motivačních afektivních teorií psychoanalýzy jsem představila v druhé kapitole bakalářské práce. V závěrečné kapitole nabízím přehled vybraných terapeutických modelů, které čerpaly z jejích objevů.

Zabývám se nejen využitím jednotlivých terapeutických přístupů v oblasti sociální práce s klienty s duševním onemocněním, ale především obsahem a cílem těchto přístupů: **Jak prostřednictvím respektujícího a podpůrného vztahu rozpoznává terapeut klientův potenciál zdravého vývoje** (Satirová, V., Terapeutův příběh. In: BALDWIN, Michele, 2013. Osobnost jako terapeutický nástroj. Brno: Cesta. 978-80-7295-152-9, str. 40). Způsoby, jakými se terapeut pokouší ovlivnit nárůst integračních schopností klienta, jsou předmětem zájmu jednotlivých konceptů. „Terapeutický vztah dává konkrétní podobu polaritě vztahu klient – terapeut, která v sobě obsahuje zranitelnost i ozdravný potenciál obou zúčastněných“ (podle Granta Millera a DeWitt C. Baldwinové. In: BALDWIN, Michele, 2013. Osobnost jako terapeutický nástroj. Brno: Cesta. 978-80-7295-152-9, str. 28). Společné těžiště

terapeutických konceptů je ve filozofii osobního vztahu a víře ve schopnosti - byť jakkoli omezené - seberegulace nervové soustavy. Léčebné přístupy spojuje model vazebné teorie.

Na závěr krátkého shrnutí teoretických zdrojů terapeutické léčby chci rozšířit vhled převážně intrapsychických dynamických konceptů vývoje osobnosti o jejich interpersonální rozměr. Zvládnuté vývojové úkoly, rozpracované v Eriksonových osmi (devíti) fázích neboli věků člověka, zahrnují rozvoj psychických vlastností důležitých pro zdařilý psychosociální vývoj v jednotlivých stádiích osobnostního růstu. Motivační organismický životní cyklus Erika H. a Joan M. Eriksonových mapuje „epigenetické (pregenitální) mody charakteru a posturální modality existence" prostřednictvím „sociálně ritualizovaných vazeb". Individuační procesy získávání důvěry, autonomie, iniciativy, sebevědomí, identity, intimity, schopnosti péče, integrity a překonání smrti doplňuje étos vzájemné závislosti v rámci „ekologie společenské jednoty" (Erikson, E., Životní cyklus rozšířený a dokončený, 1999).

Terapie a základy charakterové struktury osobnosti

Freudova raná pudová teorie (ekonomie emocí) a role svalového napětí při odporu Sándora Ferencziho nachází ozvuky v pozdější analýze charakteru a povahových typů u Karla Abrahama a Wilhelma Reicha. David Boadella ve svém konceptu biosyntézy spojuje čtyři stadia emočního růstu s pojetím charakterových typů. Boadellovo rozdělení v následujícím odstavci přibližuje představu zdravých funkcí osobnosti, na nichž při potížích vyrůstají charakterové deformace. Tři Reichovy vrstvy charakteru – vrchní vrstva charakterových obran, druhá vrstva úzkosti a stresu a základní, primární vrstva Self, **jádro osobnosti** – odhalují bariéry charakterové struktury, které brání skutečnému kontaktu, a zároveň naznačují směřování k jádrovému vztahování k druhému.

Schizoidní a *hysterický* charakterový vzorec v terapeutickém konceptu biosyntézy náleží k prvnímu stadiu vytváření vazby. Druhé stadium, stadium získávání fyzické i emoční výživy, se pojí s *orální* a *paranoidní* strukturou osobnosti. *Masochistický* a *psychopatický* charakter osobnosti náleží ke třetímu stadiu explorace, rozšíření svého Já do okolí. Čtvrté stadium zdařilé výměny informací představuje *falický* a *pasivně-femininní* typ osobnosti.

Alexander Lowen tematizuje původní Reichův koncept v tělových mapách *držení* (*holding*). Zdravé fungování souvisí s přiměřenou energetickou investicí, která se projeví ve fyziologických vzorcích charakterových reakcí. Obranné mechanismy nastřádané v kontextu životních zkušeností jsou překážkou „na cestě směřování k srdci, k pocitu milovat a být milován" (Lowen, Bioenergetika, 1993). Napětí držené ve svalech je výsledkem emocionálních konfliktů mezi touhou po kontaktu a strachem z odmítnutí, který se projeví stažením z kontaktu (konflikt mezi dosahováním slasti a úzkostí). Nepřijatelné a ohrožující impulzy jsou vytlačovány z vědomí a potlačeny jsou i jejich intenzivní emoční projevy. Právo na existenci spojuje Lowen s oblastí schizoidních potíží (člověk stažením své energie dovnitř vzdoruje ohrožením fragmentací), právo mít potřebu spojuje s orální oblastí (strach z neuspokojení a opuštění), právo na svobodu s oblastí psychopatické struktury, jež vzdoruje podrobení. Uplatnit právo na nezávislost je u Lowena spojené s tématem masochistických potíží

(vzdorování ponížení a studu) a obavy projevit nárok (právo chtít) vidí v oblasti rigidních potíží, ve strachu z odevzdání.

Boadella popisuje vztahy mezi charakterovými typy a základními lidskými potřebami či schopnostmi. Schizoidní jedinci jsou lidé zvláště citliví s výraznou imaginací, lidé s paranoidní osobnostní strukturou jsou vnímaví a mají vytříbenou schopnost vhledu, orální typy jsou lidé otevření k vnímání chutí všemi smysly. Psychopatičtí jedinci se vyznačují silou vůle a účelným myšlením, pasivně-femininní typ dává podle Boadelly přednost něžnostem a projevuje emocionální citlivost, masochistický typ výborně absorbuje i eliminuje zkušenost. Hysterický typ se projevuje sexuální vřelostí a falická charakterová struktura ukazuje u člověka na agresivitu a přítomnost silového svalového uspořádání. Vnesení polarit povahových struktur do tělových schémat a mapy energetických tělových center v konceptu biosyntézy ponechávám vzhledem k rozsahu této práce pouze ve zmíněné souvislosti.

Fyziologické základy lidského charakteru odvozuje David Boadella z primárního tělesného vyjadřování kontaktu. Zachycuje „komplexní biologickou a psychologickou tkáňově-prostorovou skutečnost," aby uchopil člověka v jeho celistvosti. Rozšiřuje charakterologickou teorii o rozměr duchovní. „Kořeny a korunu těla (genitálie a fontanelu) můžeme chápat jako dvě ohniska uzemnění (*groundingu*), v němž se sbíhají a sjednocují tři zárodečné vrstvy" (BOADELLA, David, 2012. Biosyntéza. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4135-2, str. 30-36). Endoderm, mezoderm a ektoderm jsou fyziologickým základem psychické energie člověka a jeho schopnosti emočního a duchovního kontaktu. Zaujetí tohoto filozofického postoje je východiskem mého uvažování o možnostech terapie v oblasti duševního zdraví.

Vrozené sklony mohou podle Boadelly „pozměňovat či zabarvovat charakterové vzorce postupně překrývající jádro osobnosti. Energetické uspořádání nervového systému s sebou může nést sklon k jistému temperamentu. Charakter se zakládá na kulturně vštěpovaných vzorcích obran proti různým emočním hrozbám. V terapii nechceme podobné vzorce odstranit, neboť bychom tak snížili šance člověka na přežití v nebezpečném prostředí. Cílem terapie je dát pacientovi možnost volby kdy, kde a jak se chce bránit, takže jej již samy obrany nemusí ochromovat v situacích, jež ho neohrožují. Pacient zároveň přestává být přecitlivělý a příliš zranitelný v situacích, které opravdu nějaké ohrožení přinášejí. Schopnost nasadit si dočasně v případě potřeby krunýř představuje zdravou funkci ega. Chronické napětí vyčerpává a ochromuje" (BOADELLA, David, 2012. Biosyntéza. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4135-2, str. 37).

Švýcarský psychoanalytik F. Reimann (1997) pojmenoval základní nosologické charakteristiky psychických poruch podle dominujícího způsobu sebeuskutečnění. Schizoidní typ usiluje o individuaci a bojí se odevzdání (ztráty já), depresivní typ se chce otevřít s důvěrou světu, ale obává se při tom nezajištěnosti a izolace. Obscedant chce stálost, ale prožívá nejistou a pomíjivost ze strachu z proměny a hysterik v zásadě vyhledává nové; ve strachu z nutnosti prožívá nesvobodu.

Charakteristiky osobnosti jako celku jsou uváděny: harmonie, ucelenost, jednota, intrapsychická koherence, stabilita v čase, konzistence, koheze, šíře, hloubka a formát osobnosti, přítomnost charizmatu (SMÉKAL, Vladimír, 2012. Pozvání do psychologie osobnosti. Brno: Barrister a Principal.

ISBN 978-80-87029-62-6, str. 371-3). Podle Thomaeho (1957) jsou základními konstitutivními jednotkami osobnosti aktivita, autoregulace, diferencovanost, ladění, přizpůsobenost, reaktibilita, souznění, zpevnění. Prosociální orientace, pracovitost, zvídavost, estetická vytříbenost a organizovanost jsou činnostní charakteristiky osobnosti podle Rejnvaldové. Inspirující pro vývoj osobnosti je vnitřní postava Snílka, Tvůrce, Komunikátora, Inspirátora, Stabilizátora a Realizátora podle R. Robbinse. Komparativní historickou rekonstrukcí ideálu modeluje Coan současnou humanisticky zaměřenou osobnost jako efektivní, tvořivou, vnitřně harmonickou, pospolitou a zároveň transcendentní (Smékal, 2012, str. 376-381).

Osobní vztah a teorie vazby

Vztah mezi klientem a terapeutem osvobozený od pozitivního a negativního přenosu i protipřenosu může překročit klientovo omezení i pracovníkovy obavy z přílišné blízkosti (*attachementu*) ve vztahu na jedné straně, z druhé strany z odtažitosti (*detachementu*), píše Boadella o kvalitě vztahu (*bonding*). Jednoduše se vztahuje k druhému „skutečným způsobem. Jedná se o komunikaci, která probíhá mezi srdci dvou lidí (Martin Buber), jimž se začalo dařit přerůstat zmatek a nedůvěru. Terapeutickou lásku pochopíme, když vidíme, jak někdo **podporuje a kultivuje sebepoznání** u někoho druhého“. Při dlouhodobé privátní terapeutické práci může najít klient „cestu od úzkosti k potěšení, od stažení k expanzi, od zmatku k porozumění.“ Podobně Perls, když mluvil o cyklu kontaktu a stažení, měl na mysli, že „člověk umí být sám sebou a také umí vyjít do světa a být opravdově s druhými a pak se navrátit sám k sobě. Vzniká **skutečný kontakt** (*rezonance*), který má jasné hranice, takže terapeut není zaplavován klientovými potřebami.“ Terapie má podle Davida Boadelly vést k nárůstu nezávislosti (BOADELLA, David, 2012. Biosyntéza. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4135-2, str. 11-14)“.

Terapeutická práce přichází v úvahu, když si člověk v nesnázích uvědomí a přizná svou emoční nepohodu. K tomu, aby mohl využít léčbu psychologickými prostředky, je žádoucí jeho motivace k zapojení do společné práce. Podle modelu cyklického maladaptivního vzorce (CMP) v krátké dynamické terapii je podle Hanny Levensonové třeba, aby byl ochoten uvažovat o tom, jak jeho vztahy přispěly k úzkostným symptomům, negativním postojům či obtížím s chováním. Terapeutická práce v tomto smyslu předpokládá klientovu ochotu ke zkoumání svých pocitů a schopnost navázat smysluplný vztah s vyškoleným pomáhajícím pracovníkem nebo terapeutem. Ve vztahu se zákonitě objeví dysfunkční dynamika přenosu a protipřenosu, a v průběhu terapeutického procesu terapeut pozitivně využije projektivní identifikaci, aby se projevily role raných vztahových scénářů a mohly být společně nahlíženy a zkoumány. Aktivace emocí a jejich vyjádření je nezbytný **předpoklad změny**.

Jako prostředky adaptace se uplatňují **emoce.** Slouží jednak jako indikátory potřeb (informace o stavu uspokojení potřeby) a také jako hybatelé iniciují určité chování. Z hlediska fylogeneze jsou zásadní **potřeby** kontaktní stimulace, ochrany před nebezpečím a zátěží, potřeba manipulace a mistrovství a potřeba poznání díky senzorické variabilitě (přizpůsobení novým situacím). Antropogenetická komparace eviduje potřebu bezpečí, uznání, přátelství a nových zkušeností. Za univerzální je považována potřeba sebezáchovy, uchování rodu, smyslu života a potřeba svobody. Podle činnostního

modelu motivace je podstatou činnosti člověka zachování a rozvíjení života. V psychopatologii jde o odchylku pudů, týkající se základních biogenních potřeb. Poruchy mají řadu variací a mnoho příčin (SMÉKAL, Vladimír, 2012. Pozvání do psychologie osobnosti. Brno: Barrister a Principal. ISBN 978-80-87029-62-6, str. 239-249).

Terapie pomáhá klientovu **emoční zkušenost** ve vztazích pojmenovat a naladit se na její **význam**. „Terapeut prohlubuje klientovo emoční a koncepční chápání toho, jakým způsobem cyklický maladaptivní vzorec působí na intrapersonální a interpersonální fungování jedince“ (LEVENSON, Hanna, 2016. Krátká dynamická psychoterapie. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1012-2, str. 88). Nepřiznané pocity klienta týkající se primární vazby objasňujeme v rámci zachování vztahu s pečující osobou v minulosti. Změnu podporuje terapeut přímo tím, že „poskytuje příležitosti k novým zkušenostem se sebou samým a novým zkušenostem ve vztahu s terapeutem“(str. 88). Vytváření příležitostí zažít **nové zkušenosti podporující prožitek bezpečné vztahové vazby** tam, kde se jí klientovi nedostávalo, je vědomá a cílená iniciativa ze strany terapeuta. Jeho úkolem je pomáhat klientovi k uspokojivější adaptaci v současnosti. Podílí se na rozšiřování škály nových možností jednání ve vztazích díky pochopení dysfunkčních interaktivních vzorců (proč se vytvořily a co je drží při životě). Respektující terapeutický vztah předpokládá, že člověk dělá ve svém životě to, co pokládá za nezbytné, aby si udržel osobní integritu. „Teorie vazby poskytuje terapii motivační základ, neboť lidé jsou **přirozeně motivovaní** usilovat o navazování a udržování vztahů s druhými,“ tvrdí Hanna Levensonová (LEVENSON, Hanna, 2016. Krátká dynamická psychoterapie. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1012-2, str. 88).

Lidé, kteří v dětství neměli bezpečnou vazbu, trpí tím, že mají negativní modely sebe a/nebo druhých. Kapacitu kognitivních a emočních schopností mají v současnosti omezenou díky tomu, že nemohli jako malé děti tyto schopnosti rozvíjet prostřednictvím pozitivního vztahu. Navíc díky tomu, že se negativní scénáře opakují mimo vědomí, ztratili možnost zkušenostní modely opravovat. „Ač mají vazbové modely velký vliv na náš život, bereme je jako samozřejmé, jako skutečnost: takový je život,“ tvrdí Hanna Levensonová. Stabilita vnitřních pracovních modelů přetrvává i díky tomu, že s jsme s reálnou vztahovou osobou v kontaktu. Dospělý člověk má pocit bezpečí, když mu osoby, s nimiž je v dětském věku v úzkém vztahu, potvrzují, že je milován a hoden lásky, a současně ukazují, že může a dokáže ovlivňovat okolí. Existuje tedy v jeho blízkosti osoba, která ho dokáže utěšit, poskytuje mu zázemí a základnu pro zkoumání světa.

„Terapeut pomáhá klientovi zpřístupnit, prožít a prohloubit pocity spjaté s vazbou a emoce konkrétně související s cyklickým maladaptivním vzorcem“ tak, aby klient uvažoval o vlastních emočních a vztahových zkušenostech a pochopil jejich smysl (Levenson, H., 2016, str. 88). Aktivně napomáhá při zkoumání předpojatostí a očekávání a povzbuzuje klienta v hledání souvislostí současných vztahů a vztahů s rodiči v minulosti. Neopomíjí při tom zdůrazňování jeho silných stránek (zájem, zvídavost, naděje a nadšení). Během procesu sleduje terapeut vzorce klientova jednání vůči druhému, osobní reakce na chování druhých a intrapsychický vztah k sobě samému podle Strukturální analýzy sociálního chování (SASB). Zaměření klienta na vnitřní osobní i vztahovou zkušenost klienta je doprovázeno povzbuzováním terapeuta, aby klient ve vztazích zkusil vyjít vstříc neznámému řešení a čelit tak úzkosti, studu nebo bezmoci díky zážitku naplnění, úspěchu a radosti. Při zpracování minulých zážitků v terapii je důležité,

aby člověk s pomáhajícím pracovníkem viděl svou historii takovou, jaká byla, a dovedl si během terapie představit zdravější způsoby myšlení i cítění, a mohl tak změnit své jednání vůči druhým.

Dítě je podle teorie vazby biologicky vybavené pro přežití, ale ke zdárnému vývoji mozku potřebuje již před svým narozením **zažívat kvalitní vztahovou interakci**. Ihned po narození se učí prostřednictvím zkušenosti, jak rychle reaguje rodič na jeho potřeby a jak dobře dokáže poskytovat uspokojení. Přirozeně vyhledává blízkost k vybrané osobě a v kontaktu s ní se vytváří základ pro vnitřní pocit bezpečí. Právě skrze uspokojivý vztah se učí chápat vztah příčiny a následku v konkrétních situacích a kontrolovat impulzy prostřednictvím vlastní zkušenosti. Výzkumy dokázaly, že při vzdálení vztahové osoby dítě reaguje stresem. Od narození se dítě učí, jaké to je, když dostanu, co potřebuji a jaké je zažívat společnou radost. Opakovaný zážitek bezpečné vazby umožňuje člověku dosáhnout plného intelektuálního potenciálu a rozvinout sebevědomí. Vřelé plnohodnotné vztahy, schopnost regulovat emoce a schopnost se chránit. Důvěra vzniká v prvním roce života díky prožitku uspokojení potřeb skrze **oční kontakt, dotyk, pohyb, úsměv**. Svět je bezpečný, přináší naplnění, mohu ho ovlivňovat. Rodič je dobrý a spolehlivý a já jsem taky dobrá. Tyto zážitky a pocity určují budoucí očekávání od sebe i druhých. Pokud nepřichází od pečujícího adekvátní odezva na pozitivní pocity dítěte, objevuje se nejistá, úzkostná, vyhýbavá, ambivalentní nebo dezorganizovaná vazba a s ní negativní pracovní model. Vzniká při zaplavení pocity hanby, zahlcení, odmítání, zarmoucení, rozčilení, zoufalství, neúspěchu a bezmoci (ČEPELÍKOVÁ, Zuzana, 2019. Attachement a vývoj mozku. Interní materiál kurzu Psychoterapeutického minima).

Neurobiologické teorie emocí zdůraznily jejich adaptivní, organizující a motivující funkci – emoce připravují organismus k aktivitě a nasměrování, přičemž současně plní funkce expresivní a komunikační – jak pro samotného jedince, tak pro druhé. Terapie se zaměřuje především na to, aby si klienti začali emoce uvědomovat, prožívat je a zpracovávat (Damasio, 1999, Schore, 2004). Tito a další neurovědci také vysvětlují, proč si nelze rané zážitky vybavit jako vědomé vzpomínky ve slovech a těžiště terapeutické práce vidí v zažívání nových vjemů či pocitů. Terapeuti pomáhají klientovi prostřednictvím vědomé práce s emocemi nalézat *pociťovaný smysl* (Gendlin, 1996).

Rodiče, kteří se dokážou naladit na emoční stav svého dítěte a *metabolizovat* jeho pocity, umožňují dítěti dobrou regulaci jeho vlastních pocitů. Schopnost autoregulace a navazování empatických vztahů s druhými poskytuje psychickou odolnost a posiluje schopnost dostát životním nárokům a čelit sociálním vlivům. Seberegulační funkce organismu představuje podle Hanny Levensonové **rozhodující prostředek změny**. Emoční inteligence je známkou duševního zdraví, podílí se na zlepšování interpersonálního i intrapsychického fungování jedince (Siegel, 2007; Goleman, 1995). Shaver a Mikulincev (2008) ukázali na výsledcích výzkumů, že aktivace mentálních reprezentací vazebných postav podporuje pozitivní pocity, snižuje pocity bolesti či zranění a napomáhá empatii. Experimentální zkušeností podepřené výzkumné výsledky svědčí o tom, že pozitivní emoce jednak rozšiřují repertoár jedincova myšlení a jednání a vedou k tvořivějšímu řešení problémů, ale především ruší fyziologickou aktivaci spjatou s negativními emocemi (Bridges, 2006). Zdravý duševní život vychází z utváření zdravých struktur a funkcí mozku. Narušené interpersonální styly mohou zejména v důsledku traumatických zážitků v dětství zásadně změnit pracovní model jedince nebo vést k nevratnému poškození mozku, jak referuje Van der Kolk“ (LEVENSON, Hanna, 2016. Krátká dynamická psychoterapie. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1012-2, str. 50).

Zájmy a potřeby klienta, stejně jako jeho hodnoty, intelekt, vědění a tvořivost, zaměření na vlastní osobu a schopnost zaměření k cíli jsou motivačními činiteli lidské psychiky. Souhrnně jako **motivy** je označován předmětný i sociální obsah činnosti člověka, determinovaný a regulovaný systémem rysů, stavů, potřeb a procesů, které patří do kategorie zaměřenosti (motivační systém determinant a dynamismů). Máme na mysli hnací síly lidské činnosti, které se nacházejí v individuu na rozdíl od vnějších pobídek k jednání (úkol, požadavek nebo očekávaná kladně či negativně hodnotící reakce). Motivující může být ve vědomí jedince i představa žádoucího cíle, která plodí touhu, nebo nebezpečí, podněcující k reakci útok-únik. Motivační obsah mají sklony, zájmy, záliby, postoje i přesvědčení; v současnosti se hovoří o potřebách. Mezi motivy se počítají názory, zásady, ideály a hodnotové orientace. V potřebách jako základním druhu motivů vystupuje jejich trojí aspekt: energetizují, zaměřují a udržují jednání ve směru k cíli, aby ho bylo dosaženo. Motivy jsou afektivní procesy (včetně emocí) zaměřené k cíli. Celý komplex struktury motivace vede k „odklonu, příklonu, seznamování se, zabývání se, vyhledávání, odmítnutí, oblibě, odporu, všímání si nebo přehlížení předmětu motivu“ (SMÉKAL, Vladimír, 2012. Pozvání do psychologie osobnosti. Brno: Barrister a Principal. ISBN 978-80-87029-62-6, str. 235).

Pomáhající odborník je účastníkem terapeutického procesu a díky emočnímu zapojení se dotýká s klientem oblastí jeho neverbální, nevědomé, tzv. *implicitní paměti* (Schore, 2003, 2006). Věnuje dostatečný prostor klientově prožívání a aktivně u něj podporuje každou nepatrnou možnost, jak úplněji zažívat vlastní primární emoce. Z pozice pozorovatele (choreograf, kouč, konzultant procesu) otevírá pomáhající klientovi přístup k jeho vlastnímu emočnímu i interpersonálnímu životu. Zpracováním *explicitních* paměťových procesů v terapii rozvíjí klient svou schopnost symbolizovat zkušenost prostřednictvím jazyka. Během terapie odhalujeme společně témata spojená především s bolestnými nevyjádřenými skutečnosti klientova vnitřního života a vztahů s druhými. Být s pacienty empatický může znamenat, že se u nich „vytváří nový stav neurální aktivace, která zlepšuje schopnost autoregulace a vyvíjí se určitá nová forma vnitřní integrace,“ jak píše Siegel. Klientův příběh a emoce s ním spojené, anamnéza a subjektivní informace o potížích jsou součástí diagnostického terapeutického posouzení. Při samotné léčbě hledáme spolu s klientem adaptivnější možnosti na základě nových zkušenosti a nového porozumění, které dále jeho život ovlivňují (LEVENSON, Hanna, 2016. Krátká dynamická psychoterapie. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1012-2, str. 61).

Neurofyziologie a vývojové trauma

Nervová soustava řídí činnost všech vnitřních orgánů a udržuje homeostázu mezi vnitřním prostředím lidského těla a vnějším světem. Centrální nervový systém tvoří mozek a mícha; periferní nervová soustava je utvářena mozkomíšními nervy a autonomně fungující jednak sympatickou větví, sloužící mobilizaci, jednak parasympatickou větví, která reguluje výdej energie organismu. Projev zdravé životní síly je z neurofyziologického hlediska narušen, když nedojde k naplnění základních psychických potřeb. První reakcí sympatického nervového systému je protest a vztek, který má pozitivně ovlivnit nepříznivé okolní prostředí. Zdravý projev agrese se u dítěte zintenzivní, pokud opakovaně nedojde k uspokojení potřeby doteku, výživy a lásky od pečující osoby, a doprovází jej zvýšená reakce sympatiku. Instinktivní pocit ohrožení citového vztahu a nezpracované pocity hněvu vedou ke vzniku symptomů a navíc, což je pro pochopení reakcí nervové soustavy důležité, dochází k její nadměrné aktivaci. Nervová soustava dospělého člověka, který vyrůstal od dětství v prostředí bez dostatečně

bezpečné citové vazby bez možnosti ji ovlivnit, reaguje na další podobné životní situace rozrušením. V určitém okamžiku v důsledku chronické aktivace sympatického nervového systému a v důsledku jeho přetížení (vyjádřit potřeby je nebezpečné) je aktivován parasympatický nervový systém. K adaptaci na prostředí dojde prostřednictvím rezignace a parasympatickou reakcí je strnutí či zamrznutí (HELLER, Laurence, LAPIERRE, Aline, 2016. Uzdravení vývojového traumatu. Olomouc: Fontána. ISBN 978-80-7336-836-4, str. 24).

Základem pro porozumění neurobiogickým dopadům narušené rané vztahové vazby na psychické fungování je terapie Neuroafektivního vztahového modelu (NAVM). Prohlubuje emoční regulaci funkcí nervové soustavy, a podporuje tak rozvoj našeho potenciálu k uzdravení – schopnost být v kontaktu s vlastními emocemi a nacházet uspokojení v kontaktu s druhými lidmi. Pozitivně působí na náš pocit vitality. Problémy, které máme s navazováním vztahu s druhými i problémy se sebou samými, ovlivňuje na úrovni fyziologické, psychologické a vztahové. Zaměřuje se na probuzení všímavosti ke svému tělu a vlastnímu prožívání a na silné stránky každého z nás. Uspokojivým naplněním našich potřeb (potřeba kontaktu, péče, důvěry, autonomie a lásky) se osvobozujeme od omezení ve svém chování. Rigidním způsoby se projevují sebezáchovnými obrannými strategiemi.

Nenaplněná základní **potřeba vytváření vztahu** a citového naplnění je kompenzována pocitem hrdosti na to, že si vystačíme sami a nepodléháme emocím. Trápí nás ale samota a strádáme tím, že si myslíme, že svými nároky obtěžujeme druhé a zároveň máme strach, že nikam nezapadáme. Adaptační chování při nenaplněné **potřebě péče** kompenzuje pocity odcizení a touhy po zájmu ostatních strategií péče o druhé. Kompenzací nenaplněné **potřeby důvěry** je využívání strategie zaměřené na dosažení úspěchu, získání síly a kontroly, zatímco se ve skutečnosti cítíme zrazení. Na nenaplněnou **potřebu autonomie** poukazují pocity zlosti a bezmoci, odmítání autority nebo přílišná snaha vyhovět druhým v obavě před zklamáním. Člověk s nenaplněnou **potřebou lásky a sexuality** se cítí odmítnutý a ukřivděný a kompenzuje to snahou o dokonalost (HELLER, Laurence, LAPIERRE, Aline, 2016. Uzdravení vývojového traumatu. Olomouc: Fontána. ISBN 978-80-7336-836-4, str. 17). Charakterologické vzorce spjaté s naplněním potřeb jsou v NAVM aplikovány ve vývojové teorie vazby.

„Narušená prvotní vazba, rané vývojové trauma nebo prožitý traumatický šok omezují naši schopnost zdravé seberegulace, přerušují naše spojení se sebou a s druhými, narušují naši identitu a podrývají nám sebevědomí.“ Terapie vychází z uvědomění, jak jsou v naší nervové soustavě přenášeny informace. Postupuje „od vyšších úrovní k nižším (mozková kůra, limbický systém a mozkový kmen). Předávání informací *shora dolů* označuje, jak kognitivní struktury našeho mozku ovlivňují systém emocí a instinktů. Pojem *zdola nahoru* vyjadřuje, jak regulace naší nervové soustavy působí na naše poznávací funkce a kognitivní struktury mozku. Naše myšlenky, úsudky a identifikace tedy ovlivňují to, jak se cítíme, a mají vliv na schopnost seberegulace naší soustavy. Regulace či narušení regulace v naší nervové soustavě naopak působí na naše emoce a myšlenky“ (Heller, LaPierre, 2016, str. 29).

Autoři NAVM upozorňují, „že zaměření na přenosový vztah jako na hlavní terapeutický princip může prohloubit negativní přesvědčení klienta o sobě samém a posílit identifikaci s nezralými aspekty namísto toho, aby jim pomohlo se negativních přesvědčení a nezralého jednání zbavit.“ Jako účinnější se jim jeví explicitní práce terapeuta (vedle probíhajícího implicitního

vztahu, který se odehrává na pozadí) s organizovanými aspekty klientova Já, aby mohl integrovat dezorganizované části. Technika přístupu prostřednictvím **duálního uvědomování** - minulé tíživé zážitky vybavované během terapie při současném prožitku bezpečí - pomůže prozkoumat adaptační sebezáchovné strategie a vyvarovat se přitom bolestivé regrese do minulosti. Intenzivní a dramatické stavy jsou klientem uchopeny s pomocí využití Levinovyých technik Somatického prožívání (Somatic experience), a namísto katarze jsou „obsaženy, aby je klient dokázal postupně zpracovat, přetvořit a začlenit do stále hlubší schopnosti spojení se sebou a s druhými" (Heller, LaPierre, 2016, str. 37). Současné psychoanalytické využití přenosu potvrzuje tento posun ve vývoji psychodynamických teorií. Jeho významový posun odpovídá výše uvedeným poznatkům neurobiologických výzkumů. Přenos je nyní pokládán za trvale „působící univerzální psychické úsilí uspořádat zkušenost a vytvořit významy," za projev „stálého vlivu organizujících principů a obraznosti, které vykrystalizovaly z pacientových raných formativních zkušeností" (Storolow, Lachman. In: MITCHELL, Stephen, BLACKOVÁ Margaret, 1999. Freud a po Freudovi. Praha: Triton. ISBN ISBN 80-7254-029-7, str. 192). Přenosová zkušenost se vyvíjí spolu se zahrnutím zážitků s osobou terapeuta a dalších zkušeností v životě člověka.

Zvýšená odolnost klienta vypořádat se s nepříznivými životními podmínkami podpořená terapií umožňuje spojení s vlastní životní energií. Terapeut v rámci přístupu NAVM prozkoumává spojitost mezi klientovými vědomými zkušenostmi v daném okamžiku a jeho nevědomými vnitřními vzpomínkami. „Podporou schopnosti seberegulace pomáháme zvyšovat toleranci vůči zvýšené míře aktivace nervové soustavy," a tedy nárůstu odolnosti vůči zátěži a stresu. Stabilizace nervové soustavy napomáhá vzniku nových neurologických spojení díky naplnění potřeby být ve spojení se svým tělem a emocemi a s druhými, vyladit se na vlastní potřeby a pečovat o ně, přijímat emoční podporu a schopnosti požádat o ni (Heller, LaPierre, 2016, str. 156).

Získání schopnosti zdravé nezávislosti a vzájemné důvěry, schopnost vymezit si hranice, říci svůj názor stejně jako umět říci „ne" a zároveň prožívat lásku je **zkušenost, která nově organizuje prožívání** a promítá se do všech úrovní života člověka. Rozvinutím vnitřních zdrojů podpory a rozšířením dostupnosti vnějších zdrojů se objeví příležitost vstřebávat nové zkušenosti. Schopnost plného rozvoje afektivních a kognitivních funkcí byla v důsledku traumatu oslabena nebo zůstávala dostupná v omezené míře. Vývojové trauma sice může mozek poškodit, ale rozvoj nových dovedností, které pomohou klientům uspořádat a regulovat narušené funkce nervové soustavy, přináší možnost vzít život skutečně do svých rukou a žít naplno díky dostupným možnostem.

Zjednodušeně řečeno „učení a paměť, které závisejí na našem momentálním stavu," přetváří naši emoční vzpomínku, kterou jsme v minulosti do paměti ukládali (Heller, LaPierre, 2016, str. 146). Nad autonomní inervací našich vnitřních orgánů máme jen velmi malou vědomou kontrolu. Intenzivní emoce stejně jako nedostatek emocí vyvolávají fyziologické změny, které se podílejí na vzniku psychosomatických chorob. Emoční procesy se v reakci na vnější i vnitřní nebezpečí přesouvají z přední části mozkové kůry, která má na starost zaměřování pozornosti, motivaci a sledování cílů do zadní části mozkové kůry. Ta zodpovídá za bdělost a ostražitost. Ohrožující emoce oslabují schopnost soustředění, myšlení i paměti. Zdá se, že oslabená činnost přední oblasti mozkové kůry přispívá k apatii a snížené

schopnosti koncentrace, které se pojí s **duševními poruchami**. Při chronických stavech vysoké autonomní aktivace může být narušena funkce imunitního systému, která může mít za následek zakrnění buněk v hippokampu (tam sídlí vědomá emoční paměť) a poškozovat tělesné tkáně ve vnitřních orgánech. Vysoké emoční rozrušení může vyvolávat fyzické symptomy úzkosti a panických záchvatů. Je možné, že obsedantní a kompulzivní jednání je způsobeno pevně zafixovanou neurální změnou v té části mozku, jež monitoruje okolní prostředí a snaží se včas odhalit případné nebezpečí. Poruchy afektivní regulace a poruchy osobnosti mohou mít příčiny v neurobiologicky způsobeném emočním chaosu, jež může být způsoben ranými překážkami při utváření citového pouta s pečující osobou (Heller, LaPierre, 2016).

Narušení vnitřní rovnováhy jedince upoutá jeho pozornost dovnitř a někdy nebezpečně snižuje jeho schopnost věnovat pozornost vnějšímu světu. Autoři NAVM upozorňují na skutečnost, že paměť a vybavování vzpomínek je úzce propojeno s emocí, která zážitek provázela, a tímto způsobem se i do paměti ukládá. Proto je příběh traumatických vzpomínek obtížně dostupný klientovi i jeho sdílení. Terapeut ošetřuje skrze pacientovu somatickou všímavost postupné uvědomování vzpomínek zasutých do nevědomí tím, že mu pomáhá vytvářet nový léčivý kontext přítomné chvíle. „Tím, že v rámci přístupu NAVM prozkoumáváme spojitost mezi klientovými vědomými zkušenostmi v daném okamžiku a jeho nevědomými vnitřními vzpomínkami, podporujeme jeho schopnost seberegulace. Když pomáháme klientům zvyšovat jejich toleranci vůči stresu a zvýšené míře aktivace jejich nervové soustavy, rozšiřujeme tím jejich neurální sítě vzestupných a sestupných nervových drah, které uspořádávají jejich zkušenosti.“ Postupy, principy a techniky NAVM přispívají ke **stabilizaci nervové soustavy a napomáhají vzniku nových neurologických spojení**. „Podporují propojování jednotlivých neuronů a napravují neurologické deficity“ (Heller, LaPierre, 2016, str. 156).

Lidé s traumatickými zkušenostmi si v terapii chtějí svou osobní situaci zmapovat a zorientovat se v ní. Mají obvykle nejasný pocit, že něco v jejich životě není v pořádku. Polyvagální teorie nabízí schéma, jakým způsobem na určité ze tří úrovní závažnosti duševních potíží může psychoterapie klienty podpořit. V případě terapie zaměřené na nové možnosti vlastního rozvoje posiluje jejich **odolnost,** aby se mohli v minulosti traumatizovaní klienti naučit zvládat obtíže pomocí vlastních zdrojů a volili životní způsob a vztahy na základě vlastních svobodných rozhodnutí. Pokud je život člověka zatížen do té míry, že se nemůže vyrovnat s reálnými situacemi, aniž by vynaložil značné úsilí, nachází se podle polyvagální teorie Steva Porgese na úrovni neurofyziologické reakce **boj – útěk**. Jde zde pravděpodobně již o narušení vitálních funkcí jedince a člověk může trpět depresemi nebo úzkostmi. Léčba těchto duševních stavů je doménou tzv. malé psychiatrie a jejího oboru neurotických poruch. Lidé se závažnými psychiatrickými obtížemi (psychotické a bipolární poruchy, velká deprese) mají narušený kontakt s realitou a jejich život je ohrožen velkou mírou vyčerpání; jejich neurální aktivita je dezintegrována. Polyvagální teorie vyhodnocuje takový propad na úrovni fungování jako modus orientovaný na **přežití**, stejně jako tomu bylo v životě člověka před onemocněním v důsledku dopadu traumatu v minulosti. Podle A. Večeřové-Procházkové tyto závažné psychické stavy doprovází poruchy kognitivních funkcí i orientace a konverzní psychické poruchy. Farmakologická léčba je ve většině případů vhodnou podporou při ovlivňování symptomů v tomto období duševní nemoci. Psychofarmaka poslední vývojové řady brání zpětnému vychytávání receptorů a enzymatickému rozkladu synaptických spojení a ovlivňují agonismus/antagonismus receptorů. Soustavná péče o člověka s velmi omezenými možnostmi zdrojových kontaktů a trpělivá léčba jeho traumatické zkušenosti ve stádiu

„zamrznutí“ (pokud o ni postižený člověk stojí) je současně léčbou jeho neokortikálních fyziologických funkcí (VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, 2019. Interní materiál kurzu Psychoterapeutického minima).

Otázka klientových léčebných zdrojů je v případě duševních poruch hlavním tématem diskuzí o možnostech zotavení z nemoci. „V psychoterapii, která se zabývá traumaty, se snažíme upamatovat traumatizovaného člověka na to, čím byl ještě před traumatem, jaké má ještě zdroje. To je poměrně obtížné, protože trauma stojí tak silně v popředí a překrucuje vzpomínky na dřívější lepší život, že předchozí životní zkušenosti jsou traumatem zabarveny“ (KAST, Verena, 2003. Nebuďte obětí. Brno: ERA. ISBN 80-86517-61-6, str. 11). Využít potenciálu agrese, ukrytého v potlačovaném hněvu, a „opětovně regulovat pocit vlastní hodnoty“, je cesta k prosazení vlastních hranic, sebezáchovy a vlastního rozvoje v rámci vytváření prosociálních vztahů (KAST, Verena, 2010. Hněv a jeho smysl. Praha: Portál. 978-80-7367-760-2, str. 26).

Terapeutický koncept biosyntézy využívá přístupu psychologické práce, který se obrací ke zdrojům klienta, jež nastartují léčebný potenciál. Odkrývá paměťový systém pozitivní zkušenosti klienta, a podporuje tak vytváření aktuálních emocí rozšiřujících současnou perspektivu jednání, chování a prožívání pacienta. V terapii učíme člověka, který se rozhodl pro zásadní změny ve struktuře osobnosti, získávat kapacitu pro udržení vlastních zdrojů, aby se mohl během dlouhodobější práce přiblížit k emocím, jež jsou pro jeho psychiku ohrožující. Pro získání odolnosti a lepší fungování nervové soustavy není třeba odhalit všechny traumatické zážitky. Biosyntetická terapie odkrývá kontext (v terapii i mimo ni), v kterém budou zpracovány nové informace o pozitivních zdrojích (sebe)podpory, aby bylo ovlivněno vnímání a prožívání klienta. Otázky „Co je pro vás v tuto chvíli nejdůležitější? Která aktivita a způsob odpočinku je pro vás nejdůležitějším zdrojem? Který člověk a které lidské vlastnosti jsou pro vás vzorem? Jaké místo a jaký zážitek sytí vaše potřeby?“ směřují právě k tomuto cíli. Postupujeme s klientem během procesu terapie po malých krocích; emoční i kognitivní funkce se v případě vývojového traumatu obnovují zvolna a spolu s nimi způsoby chování. Proměna životních scénářů a formování konkrétních změn vyžaduje kromě pacientovy spolupráce, odhodlání a nasazení mnoha schopností jeho osobnosti i hojivé účinky času, pocit úspěšného zvládnutí náročných úkolů a zájem ostatních o jeho osobu. Biosyntéza se zaměřuje na esenci charakteru a povahy klienta, hledá prostředky, jak oživit všechny úrovně psychiky (přivést do nervového systému *pulzaci*), počítá s rozdělením pozornosti na jednotlivé oblasti – přirozeného pohybu, rytmu dechu, vztahu jako setkání, emocionálního vyjádření, koherentní mluvy a vnitřních obrazů - *detotalizuje* působení stavu nervového rozrušení. Terapeut soustředí svou mysl na explicitní vztah klienta k jeho osobě i důležitým postavám klientova života. Prostřednictvím svých emocí rozvíjí jeho implicitní vztahovou paměť a kognitivně ji spolu s klientem zpracovává slovně. Kontakt je uvědomován i na tělesné úrovni obou účastníků. Postupné kroky terapeutické procesní práce v obtížných místech historie klienta jsou doprovázeny návraty k pozitivním zdrojům zkušenosti v terapii i v životě pacienta (*titrace* a *pendulace*). Neurofyziologická regulace emočního vyprávění klienta probíhá na ose mozková kůra (hippokampus) – limbický systém (amygdala) – mozkový kmen, aby došlo k novému zpracování informací (Čepelíková, Z., Večeřová - Procházková, A., Interní materiály kurzu Psychosomatika v biosyntéze). Současný vývoj psychoanalytického myšlení shodně využívá tendence k „zachycení a zviditelnění životního pocitu, který se pojí s komplexem, a nanejvýš

ještě související obranu.“ Radost ze života a schopnost jej aktivně utvářet, stejně jako vývoj v oblastech, který komplex nezasahuje, „zlepšuje náš pocit vlastní hodnoty“ a dává sílu čelit problémům (KAST, Verena, 2003. Nebuďte obětí. Brno: ERA. ISBN 80-86517-61-6, str. 96-97).

Krize, trauma a strategie zvládání

Posttraumatický rozvoj začíná ve chvíli, kdy pacient v psychiatrické léčbě nebo klient dlouhodobé individuální terapie opouští strategii přežití (fungování je omezeno na udržování biologických funkcí), dostává se ke svým emočním kapacitám (utrpení, agrese) a zpracovává své zážitky na úrovni dospělého chování a zralejšího jednání. Objevují se u něj i výraznější změny v běžném životě. Prvním oporným principem na této cestě je uvědomění vlastních hodnot a postojů. Ty mohou klientovi pomoci **život znovu uspořádat**. Porozumění významu pocitů napomáhá rozvoji nových dovedností a nové emoční identifikaci s vlastní biografií. Dalšími úkoly terapie traumatu je zdůrazňování osobních kvalit a klientovo nalézání strategií vlastní emoční regulace. V bezpečném a důvěrném vztahu provázení narůstá odolnost traumatizovaného jedince a s ní další zdroje (sebe)podpory (ČEPELÍKOVÁ, Zuzana, 2019. Interní materiál kurzu Psychoterapeutického minima).

Z pohledu interpersonální neurobiologie Daniela J. Siegela je integrace osobnosti spojena s vnitřním nazíráním monitorující a modifikující funkce mysli. Podpora integrace znamená rozvíjení diferenciace i provázanosti – flexibility, adaptace, koherence, energizace a stability mysli. Pozornost aktivuje určité nervové dráhy a buduje **základ pro změnu** spojů mezi neurony, které šíří vzruchy pomocí procesu zvaného neuroplasticita (změny nervové tkáně v průběhu genetického vývoje vyvolaná dlouhodobými opakujícími se stimulacemi). Neurální integrace se projevuje ve funkcích prefrontálního kortexu. „Integrační vlákna z této části mozku propojují celou mozkovou kůru, limbickou oblast, mozkový kmen, samotné tělo a dokonce i sociální systémy.“ Z této integrace vychází podle terapie lékaře a psychoterapeuta Daniela Siegela devět funkcí středního prefrontálního kortexu: „tělesná regulace, souladná komunikace, emoční rovnováha, modulace strachu, reakční flexibilita, vhled, empatie, morálka a intuice.“ Tyto funkce se v první řadě podílí na pocitu duševní pohody. Jsou výsledkem a součástí reflektivních dovedností nahlížení do nitra a prvním osm z nich je prokazatelným výsledkem jistých a bezpečných láskyplných vztahů mezi rodiči a dítětem (SIEGEL, Daniel, 2018. Všímavý terapeut. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-7500-308-9, str. 283).

„Je psychopatologie výsledkem traumatu, zdravého vývoje vykolejeného destruktivními událostmi a skutečnou zkušeností“ (MITCHELL, Stephen, BLACKOVÁ Margaret, 1999. Freud a po Freudovi. Praha: Triton. ISBN ISBN 80-7254-029-7, str. 234)? Při práci s traumatem a se zdrojovými možnostmi klienta jsme v kontaktu s pamětí, která závisí na momentálním stavu (ideální podmínky terapie a důvěrnosti vztahu), abychom v terapeutické práci předešli škodlivému navracení klienta do minulosti. „Čím větší existuje podobnost mezi traumatickou vzpomínkou a stavem, ve kterém se nacházíme ve chvíli, kdy si tuto vzpomínku vybavujeme, tím více je tato vzpomínka posílena a s tím větší pravděpodobností tuto vzpomínku budeme prožívat namísto toho, abychom si ji pouze vybavili“ (HELLER, Laurence, LAPIERRE, Aline, 2016. Uzdravení vývojového traumatu. Olomouc: Fontána. ISBN 978-80-7336-836-4, str. 146). Opětovnému traumatizujícímu prožívání minulých bolestných zkušeností se v terapii vyhneme

vytvořením podmínek pro **léčivý zážitek**. Jádrem je klientova nová pozitivní zkušenost a uvědomění prožitého. Zkušenost zakotvená v těle a zažitá jako sytící v bezpečném prostředí.

Zvýšená ostražitost vyvolaná zvýšenou aktivací sympatiku, stejně jako zamrznutí nebo ztuhnutí způsobené zhroucením přetížené funkce parasympatiku, znemožňuje přiměřenou reakci organismu ve chvíli skutečného ohrožení. Nezpracovaná, obranná reakce člověka (pozornost přední části mozkové kůry přemístěná do zadní části udržující bdělost před potenciálně hrozícím nebezpečím) udržovaná zvýšenou aktivací nervové soustavy snižuje **odolnost a schopnost přizpůsobení** v dané situaci také v důsledku nedostatečného spojení s vlastní agresí. Symptomy nedostatečného uvědomování hrozby označujeme termínem disociace. V situaci bezpečí plní přední část mozkové kůry svou přirozenou funkci: stimuluje organismus k prozkoumání neznámého, **motivuje** ke zvídavosti, probouzí radost a nadšení. „Vývojové trauma způsobuje trvalou reakci autonomního nervového systému (ANS), jež vyvolává chronické vzorce a způsoby chování, které mají za následek narušení fyziologického a psychologického vývoje. Vztahové trauma může být tak intenzivní, že naruší všechny oblasti jedince, které by mu jinak pomohly se s daným traumatem vypořádat. Vývojové trauma může vést k dlouhodobým změnám v neurobiologickém fungování našeho těla, v našem chování, vývoji a fyzickém zdraví, v důsledku čehož se narušuje naše vnímání sebe sama, dochází ke zkreslení vlastní identity a dysregulaci celého psychofyziologického systému. Když vysoká úroveň aktivace není uvolněna, ANS se musí opakovaně zabývat příčinou neustálého pocitu ohrožení, který je nyní uložen v naší nevědomé paměti a s ní i v každé buňce našeho těla.“ Nouzovým řešením takového přetížení NS je znecitlivění organizmu, tonická imobilita podle P. Levina, odpojení od vlastního tělesného vnímání a od ohrožujícího okolního prostředí. Naše obnovená schopnost vypořádat se s nepříznivými životními podmínkami a schopnost různými způsoby a na různých rovinách existence „utěšit“ sebe sama znamenají ve výsledku **schopnost spojit se s vlastní životní silou** a energií (HELLER, Laurence, LAPIERRE, Aline, 2016. Uzdravení vývojového traumatu. Olomouc: Fontána. ISBN 978-80-7336-836-4, str. 141-151).

Starší psychoanalytický koncept pudů přichází s nápadně podobným tvrzením (Jacobsonová, 1964). Libido se zvolna rodí ze souboru dobrých zkušeností jako silná, pevná motivační síla v životě dítěte. Agrese je v ideálním případě přítomna v nižších hladinách. Rané prožitky mohou ovšem tuto rovnováhu pozměnit. Jsou-li z velké části frustrující a zaznamenávají-li se negativně, vytvoří se silnější a intenzivnější agresivní pud, který deformuje stále citlivý vývojový proces. Freud ve svých pozdějších spisech libido líčí jako syntetickou sílu, která věci spojuje, a agresivitu jako sílu, která spojení přetrhává. Přínosem pro zkoumání původu pudů a jejich fungování při rozvoji separace a individuace je tvrzení Jacobsonové, že „libido ve vývojových procesech na úrovni emocí sjednocuje protichůdné obrazy dobrých a špatných objektů a dobrého a špatného já. Agrese ve vývojových procesech aktivuje vědomí rozdílnosti, podporuje separaci a vznik oddělených obrazů sebe a druhých“ (MITCHELL, Stephen, BLACKOVÁ Margaret, 1999. Freud a po Freudovi. Praha: Triton. ISBN ISBN 80-7254-029-7, str. 74).

Nežádoucí a bolestné důsledky traumatu nebo krize jsou spojeny také s pozitivními dopady. Marek Preiss z Psychiatrického centra Praha zmiňuje pět kategorií **posttraumatického růstu**: vztahy s druhými lidmi, nové životní možnosti, osobnostní růst, spirituální změna a ocenění života. Zaujetí životního postoje může být podle logoterapie a jejího tvůrce Viktora Frankla jednou z aktivních reakcí na prožitou tragickou zkušenost směřující k naplnění smyslu vlastní existence. Když se zaměříme na pozitivní přínosy prožitého traumatu, neznamená to, že zapomínáme na nevratné změny, které s sebou trauma také přináší. Navzdory těžkostem se lze s traumatem vyrovnat; svědčí o tom např. úsloví „Všechno zlé je k něčemu dobré“ nebo

„Koho Bůh miluje, toho křížem navštěvuje“, když uvedeme alespoň dvě, která evokují další pořekadla běžně užívaná v hovorovém jazyce.

Prožité trauma může vést ke změně, přestože některým lidem poznamená život takovým způsobem, že se jim již nedostává sil k jeho aktivnímu překonání (Klímová, Šamánková). Posttraumatický růst (PTD) je **prožitek pozitivní změny**, která pro některé osoby znamená radikální osobní vývoj vyrůstající ze zápasu jedince s vysoce náročnými životními okolnostmi. PTD se projevuje „pocitem větší sounáležitosti a blízkosti, novými oblastmi zájmů a příležitostí, napřením vůle k věcem, které je třeba změnit.“ Objevuje se „pocit zvýšené sebedůvěry, lepší zvládání životních obtíží a zvýšení akceptace životního běhu.“ Člověk také „lépe rozumí duchovním potřebám svým i ostatních, spíše uvažuje o podstatných věcech v životě a lépe uzná možnosti, které nám život uděluje.“ Otázkou podle M. Preisse zůstává, zda toto platí i v případě těžkých traumatických zážitků. Působícím protektivním faktorem zůstává pocit kulturní či rasové identity, víra ve smysluplnost života a podpora v rodině. Naopak faktorem způsobujícím riziko je nedostatečná sociální podpora, duševní onemocnění, ženský rod a prožité trauma v dětství.

Klienti při psychologickém vyšetření vyrovnávání s traumatickými událostmi vykazují výrazné známky stresu (podle údajů 87%), ale i posttraumatického růstu (99%). MKI definuje trauma jako přímou odezvu „na stresovou událost nebo situaci (krátce nebo dlouho trvající) neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu, která pravděpodobně nebo téměř u každého vyvolá pronikavou tíseň.“ Trauma stejně jako krize, závažná událost nebo náročné životní okolnosti jsou provázeny ztrátou iluzí i přítomností pozitivního očekávání, ztrátou vize budoucnosti i připraveností ke změně, získáním citlivosti i síly. Latentní působení traumatických zkušeností se podle pozorované schopnosti *resilience* J. Křivohlavým (tj. nezdolnosti, houževnatosti) projevuje odhodlaným přístupem člověka k řešení vzniklých překážek a životních obtíží. Transgenerační přenos traumatu je spojován s dekompenzačním dopadem vlivu náročných životních okolností v rodině na další generace.

Strategie řešení náročných životních situací „znamená obvyklý přístup, jímž se snažíme překlenout a zvládnout určitou problémovou situaci“ (VYMĚTAL, Jan, 1995. Duševní krize a psychoterapie. Hradec Králové: Konfrontace. ISBN 80-901773-4-4, 1995, str. 27). Získáváme jej v dětství na základě osvojení vnitřních vztahových vzorců s rodiči a napodobováním zkušeností ostatních, ať už dospělých nebo vrstevníků. Na relativně ustálených způsobech řešení problémů se podílí genetická výbava jedince, ovlivněná historií jeho rodičů a prarodičů. Z konkrétních způsobů zpracování informací z vlastní rodiny, inspirací z literárních a životních příběhů v blízkém i vzdálenějším okolí krystalizují povahové rysy a osobnostní vlastnosti (*storidge*, *history* a *stories* podle Alberta Pesso) dotvářející osobní styl přístupu k problému. Na základě vlastní zkušenosti si pak podle možností vybíráme ty strategie řešení, které jsou osvědčené, úspěšné a vedou k cíli. Naši odolnost posiluje dobré zázemí domova, vlastní autonomie a identita i schopnost životní autenticity. Motivační sílu k řešení obtížných životních situací má hodnotový systém a postoj ke světu (VYMĚTAL, Jan, 1995. Duševní krize a psychoterapie. Hradec Králové: Konfrontace. ISBN 80-901773-4-4, 1995, str. 23). V lidské zkušenosti jsou nastřádány vývojově staré, **vrozené vyrovnávací strategie**, které mají za úkol zajistit přežití. Fyziologickou reakcí vegetativního nervstva, sympatiku, je útok a útěk. Ještě starší hyperkinetickou a neřízenou reakcí je panika. Útlumové reakce zajišťuje funkce

parasympatiku; nejvýraznější je krátkodobá reakce ztuhnutí, tzv. stavění se býti mrtvým. Fungování přirozených obranných mechanismů zajišťuje biologické přežití, ve velkém stresu se vyšší a zralejší vrstvy osobnosti stírají. Před fyzickou a psychickou bolestí se chráníme psychologickými **obrannými mechanismy** (např. regrese, disociace a skotomizace podle Rycrofta). Adaptační vědomé *(coping)* strategie, jež získáme díky osobní zkušenosti, můžeme v průběhu života svébytně rozvíjet a podílet se o ně v kontaktu s ostatními (VODÁČKOVÁ, Daniela a kol., 2002. Krizová intervence. Praha: Portál. ISBN 80-7178-696-9, str. 47).

Uchování vnitřní integrity osobnosti při vyrovnávání se s běžnými úkoly a požadavky okolí zajišťují **dynamismy adaptace a zvládání** (SMÉKAL, Vladimír, 2012. Pozvání do psychologie osobnosti. Brno: Barrister a Principal. ISBN 978-80-87029-62-6, str. 266). Jde o způsoby, jimiž člověk udržuje a obnovuje vnitřní pohodu a způsoby, jimiž čelí životním situacím a každodenním úkolům, a zároveň jde o způsob, jakým člověk dosahuje svých cílů a uchopuje své motivy. Podle toho, jak je člověk v souladu se sebou samým, jak akceptuje sebe sama a dokáže pozitivně ovlivňovat svůj vývoj, je také úspěšný při řešení úkolů života a je schopný obstát v sociálních situacích. Dostává-li se do konfliktu s okolím a nedovede zdolat obtíže a překážky i přes objektivní možnosti, dochází k **maladaptaci**. Adaptační dynamismy determinují a regulují individuální prožívání a jednání člověka při zátěži, v nových a v neobvyklých situacích, stejně jako jeho kognitivní a realizační schopnosti. Svízelné situace zpětně adaptační schopnosti ovlivňují ve směru jejich rozvoje. Nebezpečí může být vnímáno člověkem jako ohrožení stejně jako příležitost k růstu (pocit bezmoci nebo výzvy).
Když si neosvojíme a nezpracujeme pomocí vnitřních mechanismů akomodace, asimilace, transformace přijímané obsahy situace prostřednictvím reflexe a sebereflexe tak, aby se staly součástí naší osobnosti, determinují ideje, události, názory, morální vzory a schémata chování naše **obranné chování a prožívání**. Znemožňují nám zvládat nové podněty a situace konstruktivně a tvořivě (Smékal, V., 2012, str. 272). Podle Hilgarda (tamtéž) patří k obecným funkčním schématům adaptace diskriminační schopnosti výběru, selektivní funkce vědomí, časové zařazování událostí do života, citlivost, rozlišování cílů a prostředků, pohotovost ke změnám a kontrola. Obranné dynamismy se mohou stát tak naléhavými a dominujícími, že jsou pak překážkou osobnostního růstu. Konstruktivní řízení adaptace volní regulací prožitků i jednání je jednou z podmínek adaptační zralosti osobnosti.

Stresory čili zátěžové situace jsou prožívány jako stav frustrace. Mobilizace rezerv, alarmující a aktivizující vnitřní dynamika vede k nárůstu rezistence nebo naopak odhodlání a dochází ke zvládnutí stresu nebo ke zlomení síly. Náchylnost ke stresu zvyšuje tendence chovat se způsobem, který vyvolává stres (sklon reagovat zranitelně a nechat se zasahovat), naopak dovednost zachování a mobilizace rezerv posilují frustrační toleranci. Podle Beeche rozsah aktuálních životních stresorů a umění adaptace ukazuje míru způsobilosti je zvládat. Holmes a Rahe vyhodnocují události života podle toho, jak se přibližují kritické hranici adaptace.

K realizaci adjustivního optimálního jednání v oblasti dlouhodobých úkolů a náročných motivů má osobnost vyvíjet určité volní úsilí, vědomě vytyčovat cíle, vyjasňovat si je, promýšlet možnosti a podmínky k jejich dosažení a zvládat boj motivů i proces volby a rozhodování a umět provádět rozhodnutí. Hodnoty, potřeby, cíle, zájmy a averze jako motivy, zaměření do nitra a zaměření ven, inteligence (přizpůsobení, vhled a učení), schopnosti (vlohy, dovednosti, polarity reflexivnost-impulzivita, závislost-nezávislost, vyostřování-uhlazování), stimulace prostředí a výchova mohou být spolu s volními vlastnosti osobnosti a temperamentem chápany jako prostředky přirozené motivace u

klienta, stejně jako u pracovníka, k realizaci změny. (Smékal, V., 2012, str. 295-335). „Vůle něco chtít, umět udělat a něco tím způsobit, je aktivita Já“, týkající se „vlastní identity a spojená s pocitem vlastní hodnoty.“ Jáská aktivita je spojena s intencionalitou jednak ve směru vlastní explorace (vystoupit a ukázat, kdo doopravdy jsem), jednak ve směru aserce, vymezení sebe sama v situaci, kterou nepřijímáme (Kastová, V., 2003, str. 43).

Životní těžkosti, jejichž řešení přesahuje možnosti současné adaptace jedince, znemožní využít kapacitu ke zvládnutí situace z vlastních zdrojů; u člověka se objevuje traumatická reakce. Přirozená regulace nervové soustavy a s ní i vývoj jedince tak mohou být v určitých oblastech a na určitou dobu (někdy i trvale) blokovány. Následkem dlouhodobého duševního utrpení, emočního strádání nebo duševní nemoci dochází k výraznému omezení životních možností. Psychoterapie může vytvořit bezpečný prostor pro sdílení těch emocí, které jsou pro člověka za běžných okolností obtížně sdělitelné a těžko přístupné uvědomění právě proto, že ohrožují nejhlubší základy jeho biologického uspořádání a křehkou stavbu osobnostní struktury. Příležitost k nápravě poskytuje široká škála terapeutických možností. Aktivity zaměřené na osobní rozvoj přinášejí uspokojení a vedou k získávání nových zkušeností. Nabízejí lidem se zájmem o prohloubení vlastního sebepoznání nové příležitosti v oblastech dalšího osobnostního vývoje. Koučování, teorie řízení a zvládání (*control-mastery*) se orientují na rozvoj schopností sebeorganizace u klientů v psychoterapii (Silberchatz, 2005). Nacházení vhodných podmínek k nabídce terapie klientovi je právě příležitostí pro vyvinutí snah sociálního pracovníka.

Se schopností zvládat zátěž souvisí **duševní krize** (znamená nebezpečí a zároveň příležitost) a její potenciál ke změně. Podstatně se dotýká otázek smyslu naší existence díky celku bio-psycho-sociálně-duchovní jednoty života. Krize je výrazem „zauzlení psychického vývoje, životního příběhu, rodinného, sociálního, kulturního a duchovního kontextu.“ Je chápána jako „subjektivně ohrožující situace s významným dynamickým nábojem a s potenciálem změny,“ jako příležitost ke změně. Vyvolává pocity tísně a nouze; díky své naléhavosti vybízí k hledání řešení, které v danou chvíli ještě neznáme (Lorenc, J. In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 154). Aktivita k překonání osobní krize vychází z příznivého **obratu ke změně**, kdy již nenahlížíme na událost, která se nám stala, jako na ohrožující a nebezpečnou. Ve chvíli, kdy se promění náš pohled na naši životní situaci ve směru překonání a řešení krize, opadá ochromující stres a objevují se nové možnosti řešení. Člověk se v tomto psychickém procesu jednak obohacuje o nové schopnosti a kompetence, jednak získává zkušenost, která je již na dalším stupni jeho přirozeného vývoje. Cílem krizové intervence je „zvýšení fungování klienta“ (Špatenková, N., 2017, str. 14).

Schopnost sáhnout k volbě optimální zvládací strategie se objeví ve chvíli, kdy nahlédneme **význam kritické události** a zahrneme do úvahy rizika následného jednání. Sílu aktivně přistoupit k nastalé události získáváme i tím, že vyjádříme své pocity. Obracíme se s žádostí o pomoc na druhé**.** Strategie zvládání (*coping*) je „behaviorální, emocionální i sociální reakce s cílem regulovat vnější nebo vnitřní tlaky pramenící z interakce s prostředím“ (Lazarus, Folkmanová, 1984, podle Špatenková, 2017). Obtížnou situaci v pozitivním případě řešíme pomocí malých kroků a zachováváme si vědomí vlastních možností pro udržení vnitřní integrace a kontroly. Vyrovnáváme se s emocemi hrozícími zahlcením. Není-li to možné, pak je alespoň akceptujeme. Ochotu k přijetí nové situace (změny) získáváme díky

zahlédnuté naději, že krizi překonáme a přinese nám kýžené řešení (Parry, 1990 podle Špatenková, 2017).

První pomocí v krizové situaci je přijetí skutečnosti, že bezprostřední reakce člověka v krizi brání při adaptivním vyrovnávání s prudkou změnou. Člověk, který v tu chvíli není schopen uplatnit mechanismy zvládání stresu, potřebuje pomoci, aby dokázal nastalou situaci přežít a zvládnout. Jeho kompetence k řešení krize psychologicky podpoříme reakcí na jeho potřebu lidského kontaktu a posílením jeho pocitu bezpečí tím, že mu akutně poskytneme fyzické a emocionální pohodlí. Uklidňujeme rozrušeného člověka a podporujeme sdělování jeho okamžitých potřeb, obav a pocitů. Součástí krizové služby je i nabídka praktické pomoci informací stejně jako připomínka pomoci ostatních. Podpoříme tak klientovy adaptivní způsoby zvládání a jeho aktivní roli při jejím řešení (Dohnal, Dohnalová, Psychologická první pomoc. In: Špatenková, N., 2017, str. 27).

Zpracovaná krize a rozvinutí **strategií zvládání** (*coping*) umožňuje klientovi, aby se posunul na vyšší úroveň fungování. Emergentní psychoterapie, propojující prvky krizové intervence a psychoterapie, poskytuje možnost práce s akutním problémem vyvolaným krizí. Bellak (1983) vytvořil přístup primárně založený na psychoanalytické teorii s prvky systémové terapie a terapie učením. Když krátká terapie uspěje a klient nepožaduje extenzivnější změny, zůstává přístupem tzv. první volby. Zaměřuje se na hlavní rysy aktuální poruchy, hledá fokus a odkrývá historii problému. Odstraňuje nejvíc zatěžující symptomy a jejich příčiny. S jejím okamžitým efektem se může změnit celá adaptační struktura klientových reakcí. Díky nabídnuté primární a sekundární prevenci emergentní terapie lze u lidí s duševním onemocněním předejít vzniku závažnějších problémů a/nebo jejich chronifikaci, v rámci terciální psychoterapeutické prevence lze zabránit hospitalizaci člověka s dlouhodobým onemocněním při propuknutí psychózy (VODÁČKOVÁ, Daniela a kol., 2002. Krizová intervence. Praha: Portál. ISBN 80-7178-696-9, str. 66).

Terapeutická práce se souvisejícími životními tématy je nabídkou doprovázení klienta v prostředí rehabilitačních psychiatrických služeb na jeho cestě zotavování z nemoci v delším časovém úseku. Pro zpracování osobních témat má v individuální psychoterapii důležitou úlohu *zrcadlící*, *idealizující* a *blíženecký* přenos, který může být klientem v dobře navázaném terapeutickém vztahu využit pro rozvíjení autonomie a osobnostní identity (Kohut, H., 1977). Terapie může poskytnout respektující prostor pro uznání pacientovy často nezdařené, ale vždy nadějné pokusy o stálý růst navzdory nepřízni osudu. Nabízí empatii i ve chvíli, kdy pacient prožívá terapeutovy nedostatky. Přes nelehkou práci se silněji narušenými pacienty akcentuje Kohut víru v terapeutický proces. Každý z nás může být vnímán jako někdo, kdo vážně zápasí s problémy seberegulace, sebeúcty a vlastní životaschopnosti. Zkušenost s nepoznanými stránkami sebe sama během terapie může přinášet tvůrčí energii a vnášet osobní smysl do klientova života. Nalezené Já se v pojetí analytické psychologie stává prožitkem „skutečného jádra osobnosti, středem **lidské iniciativy s vlastní motivační silou zaměřenou k uskutečnění životních úkolů a překonání překážek.**“ Agresivní tlaky jsou vnímány jako důsledky poruch při formování self a záchrany části pocitu vitality ve zdecimovaném vnitřním světě. Agresivní degradace může být klientově vědomí odhalena jako způsob, jak se chránit před rizikem nové traumatizace. Internalizace terapeutického vztahu, pozvolná proměna osobnosti díky schopnosti snášet frustrace, zážitky vzájemné i vlastní regulace, narušení a obnovení vztahu. Silné momenty v průběhu terapeutického procesu jsou významným přínosem pro prohlubování osobního vztahu (MITCHELL, Stephen, BLACKOVÁ Margaret, 1999. Freud a po Freudovi. Praha: Triton. IBSN IBSN 80-7254-029-7, str. 186).

Základní předpoklady terapeutické práce a hlavní prostředky změny v přístupech využitelných pro práci s lidmi s psychickými poruchami

Stanislav Kratochvíl považuje „náhled, prožitek a nácvik“ za zásadní proměnné terapeutické změny (Cull, str. 309). S odkazem na přehledy zahraničních autorů (např. Garfield, Frank, Lambert) počítá mezi bazální faktory účinné léčby vztah mezi klientem a poradcem, výklad potíží, emoční uvolnění, konfrontace s problémem a posílení klienta. Poradci v oblasti komunikačních dovedností k terapeutickému postoji dodávají: „Potvrdit prožitky klientů, jejich váhu, ocenit je samotné a věřit v jejich schopnost změny,“ zkrátka uvidět spolu s klientem svět z jeho perspektivy, jsou kvality dobré práce terapeuta. Je-li pracovník „otevřený prožitkům klienta tak, aby se mohl dostat do blízkosti svých citů,“ a nebrání-li tomu ani podprahové procesy působící při „formulování hypotéz a provádění vyhodnocení klientových problémů,“ je pravděpodobně vytvořeno bezpečné a důvěrné prostředí. To dává pomáhajícímu pracovníkovi svobodu sledovat „působení klientova chování, vztahové vzorce a témata k řešení“ (Culley, Bond, 2008).

NA OSOBU ZAMĚŘENÝ PŘÍSTUP A TERAPEUTICKÝ VZTAH

„Rogers tvrdí, že lidské bytosti jsou ve své podstatě pozitivně motivovány vrozenou vnitřní hnací silou k růstu, zdraví a adaptaci“ (CASEMORE, Roger, 2008. Na osobu zaměřená psychoterapie. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-450-0). Filozofickým předpokladem Rogersova terapeutického přístupu jakožto „život potvrzujícímu způsobu bytí“ (Rogers, 1986) je přesvědčení o **léčivém působení důvěrného vztahu** s terapeutem. Samostatné rozhodování a zvýšená sebedůvěra získaná v průběhu terapie díky navázanému vztahu umožňují klientovi skutečně převzít odpovědnost za svůj život. V **procesu terapeutické změny** jde o to, aby klient mohl uvolnit své prožívání a mohl si cenit i těch svých zkušeností, které pro něj dříve nebyly přijatelné. Často proto, že nezapadaly do rámce představ, které si o sobě vytvořil v prostředí, které nepodpořilo jeho osobní růst. Pokud se začne člověk během terapie postupně stále více spoléhat na svůj úsudek, na to, jak rozumí svým pocitům a chápe své minulé zážitky, může důvěřovat vlastní zkušenosti a bude se moci osvobodit od nepřiměřených vnitřních i vnějších tlaků. „Budeme schopni dělat to, co máme pro sebe za správné a s čím se cítíme dobře“ (Casemore, 2008, str. 63).

I přestože jsou intelektové a kognitivní schopnosti pacienta situačně nebo trvale sníženy, lze pracovat terapeuticky ve vztahu využitím dostupné kapacity fyzické přítomnosti dvou osob, pracovníka a klienta. Terapeuti zaměření na osobu, Gary a Prouty, popisují zkušenosti ze zážitků bytí s klienty s minimální dostupnou úrovní vnímání. Terapeutický koncept **preterapie** vzniká na základě práce s psychickými stavy obtížně přístupnými uvědomování. Karel Hájek využil techniku **focusing** k zaměření pozornosti na proměnu tělového prožívání klientů jako zdrojového léčivého zážitku v procesu terapie, rozvoji možností vzájemné komunikace a sebeuvědomění pomáhajícího. „V procesu adaptace se prožívání posouvá a nepříjemné pocity ohrožení mizí. V rovině tělesného prožívání vznikají pocity jiné, odpovídající zvládání ohrožující situace, např. rozechvění, teplo, uvolnění. Myšlení ovládají představy, že situace bude překonána a zvládnuta, a radost z částečných úspěchů. Volně plynoucí prožívání odpovídá měnícím se událostem“ (HÁJEK, Karel, 2012. Práce s emocemi pro pomáhající profese. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0221-9, str. 52). Proces vědění může být obnoven, pokud k tomu existují u klienta kapacity.

Schopnost používat Self se v průběhu teoretického uvažování stává nejdůležitější terapeutickou dovedností. „Rozdíl mezi Já a sociálním Self“ je nejasný, může se objevit během terapie, v intimním vztahu, v situacích existenciální tísně nebo například při setkání s duševní poruchou. Práce s rodinami s problémem schizofrenie přivedla Davea Keitha k naléhavému, vynucenému ponoření do hlubin Já. „Ve složitém labyrintu Já není možné jednotlivé kategorie jasně odlišit a snaha vyhnout se **šílenství Já** nám brání, abychom si uvědomovali to, co nevíme, že nevíme.“ Používá takový model přístupu k Self, který všechny chyby, váhání a frustrace považuje za prostředek učení a růstu (BALDWIN, Michele, 2013. Osobnost jako terapeutický nástroj. Brno: Cesta. 978-80-7295-152-9, str. 30).

Ve stavu kongruence je terapeut plně přítomen, nedefenzivní, a tedy i zranitelný, a zároveň vědomý si potřeb, slabých míst a obran klienta v rámci daného kontextu, v tomto případě v terapeutickém sezení“ (Baldwinová, Osobnost jako terapeutický nástroj). Součástí vědomé práce v supervizi je i uvědomování a „nové nahlížení vlastních vývojových změn.“ Je to důležité pro **motivaci** k práci, zvlášť při setkání s velkými těžkostmi v prožívání klienta doprovázených vnímáním náročných životních situací. „Terapie je osobním vztahem fungujícím v rámci profesionální struktury, která stanovuje, že terapeut i klient budou vyvíjet **společné úsilí směrem k pozitivní změně** v klientově životě.“ O změně je snazší uvažovat mimo oblast obran a copingových strategií. Terapeut se může měnit, aniž by o to usiloval, tím, že se aktivně účastní na procesu změny u klienta. Primárním cílem terapie není změna terapeuta; díky tomu má větší svobodu pozorovat prostředí a proces (Harry J. Aponte, Joan E. Winterová, Výcvikový model Osobnost v praxi. In: BALDWIN, Michele, 2013. Osobnost jako terapeutický nástroj. Brno: Cesta. 978-80-7295-152-9, str. 140).

Historické podchycení konceptu nemocného léčitele (G. Miller a DeWitt C. Baldwinová) odhaluje fakt, že mimo důvěru, vřelost a empatii je nutná i **vědomá pozornost k vlastnímu Self**. Zaměřením na smysl pro vlastní zranitelnost, které se objevuje ve chvíli, kdy terapeut psychicky trpí, může vznikat nevědomé spojení, jež je schopné aktivovat v klientovi ozdravný proces. Během procesu tak mohou oba zažívat pocit celistvosti (Baldwinová, M., 2013, ISBN 978-80-7295-152-9, str. 28).
Prostor pro zranitelnost otevírá zároveň „**prostor pro otevřenost a změnu**“. Otevřenost „podporuje pocit porozumění, je modelem empatického přístupu a pochopení,“ kterého se klientům v jejich životě nedostává. „Pokud chtějí terapeuti pomáhat klientům v objevování potřeby a schopnosti růst, měli by vědět, že sami mají tyto potřeby a schopnosti,“ píše v závěru reflexe procesu V. Satirová (Terapeutův příběh. In: Baldwinová, M., 2013, str. 36-40).

Definice pracovního společenství v sobě zahrnuje vazbu na základě důvěry a náklonnosti, úkol, na kterém spolupracujeme, a cíl práce týkající se shody na krátkodobých a dlouhodobých výsledcích (Bordin). Podle Baarta (2001) má pracovní vztah mezi sociálním (terapeutickým) pracovníkem z výsledků dosavadních dostupných výzkumů obsahovat autentický a otevřený zájem pracovníka o osobu klienta v jeho vlastním světě a intervenční akce, zaměřené na výsledek. „Partnerství znamená neustálé vědomí toho, že pracovník a pacient jsou partnery ve společném úsilí: hledají příčiny a vysvětlení, snaží se o změny, získávání dovedností, poznávání. Partnerský přístup také umožňuje citlivěji vnímat nevyhnutelnou nerovnoměrnost vztahu, témata moci, symetrie a asymetrie ve vztahu.“ Respekt k potřebám a hodnotám klienta stejně jako reciprocita vztahu je prvním požadavkem navázání vztahu. Nemoc si vyžaduje neustálý monitoring prožívání a chování klienta včetně jeho klinického stavu. V komunikaci je kladen důraz na srozumitelnost a poskytování informací. Společná zodpovědnost buduje vzájemnou důvěru. Dynamický terapeutický přístup s nadějí na změnu je spolu s medicínskou akutní péčí charakteristikou moderní komunitní psychiatrie. Je samozřejmostí, že léčba je přizpůsobená

potřebám konkrétního jedince („need-adapted treatment“) v aktuální situaci (V. Probstová, Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni jedince; in: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 38-41).

Integrativní přístup k vedení a utváření poradenského a terapeutického procesu přirozeně vychází z toho, jak „navazujeme, udržujeme a vyhodnocujeme mezilidské vztahy“ (CULLEY, Sue, BOND, Tim, 2008. Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-452-6, str. 9). Věnuje pozornost tomu, jaké „interpersonální dovednosti se používají při řešení každodenních problémů“. V terapii vytváříme s klientem takový způsob společné práce, který je zaměřen na řešení konkrétních problémů nebo otázek. Vzájemné porozumění potížím vede ke „společnému odkrývání **nových pohledů na problém**, aby dotyčný člověk **získal sílu k jeho řešení.“** Naše návrhy a pobídky otevírají klientům nové možnosti řešení, v jejichž realizaci klienty doprovázíme a podporujeme. Rámec základních předpokladů (respekt k pohledu klienta a jeho lidské hodnotě) a primárních terapeutických hodnot (empatie, přijetí a autenticita) pomáhá klientům identifikovat a rozvinout jiné způsoby jednání. Pomáháme jim, aby přehodnotili a přeformulovali své problémy a potíže. Vybízíme klienty, aby zaujali jiný pohled na svůj problém, jenž jim dá více svobody a podpoří je v hlubším zkoumání. V příznivém prostředí se nebudou tolik obávat vyzkoušet jiné způsoby jednání, nacházet nový smysl a zkoumat, jaké významy dávají svým zkušenostem. Sami vědí nejlépe, jak se cítí, čemu věří a co si myslí. S pomocí pracovníka se snáz budou chtít dobrat toho, jaké důvody má jejich dosavadní jednání a také společně zvažovat, jaký výsledek má to, jak se chovají a získat potřebný vhled. Počítáme s tím, že v sobě mají potenciál překonat překážky, které jim brání v uskutečňování vlastních cílů. Pro směr, jenž si v životě stanovili, a způsob, jakým chtějí žít svůj život, jsou ochotni vyvinout úsilí, když jim bude stát za to, investovat do pracovní aliance s námi energii.

Reflektované porozumění klientově perspektivě označujeme podle Nelsona-Johnse jako *interní referenční rámec*, naše perspektiva zjišťující informace a ovlivňující směr terapie se nazývá pozicí *externího referenčního rámce*. Terapeutickou snahou je zprostředkovat porozumění mezi námi a klientem a dosáhnout shody v tom, co jej trápí a jak své potíže prožívá. „Společným úsilím při zkoumání problémů je pomoci klientům **odhalit smysl a význam jako základ pro změnu**“ (Culley, Bond, 2008, str. 96). Vyhodnocujeme, na jaké problémy se klient zaměřil, které oblasti byly naopak vynechány a zůstaly neprozkoumány. Ptáme se, jaké jsou důsledky těchto problémů pro klienta nebo někoho dalšího. Zajímáme se, kdy tyto problémy typicky vznikají, co se s tím už klient pokusil udělat, jak to zatím zvládá a odkud si bere podporu. Terapie zaměřená na řešení nebo krátkodobá terapie používá následující otázky, jak využít silné stránky: Když jste stál před podobným rozhodováním v minulosti, jak jste to vyřešil? Jak byste to mohl udělat znova? Jaké jiné náročné situace jste zvládnul? Jak obvykle přistupujete k hledání řešení při obtížném rozhodování? Jaký byl první malý krok, který jste pro vyřešení situace udělal?

Podobně lze při vyhodnocování problémů využít široký rámec identifikující tři dimenze naší existence (Gilmorová, 1973). Práce, vztahy a identita v každém vývojovém období zahrnují konkrétní úkoly. První oblastí je, jak nakládáme s časem, energií a se zdroji, aby byl život radostnější a uspokojivější. Dimenze

vztahů identifikuje náš posun k dávání a přijímání péče, povzbuzení, abychom vytvářeli stabilitu a kontinuitu. Oblast identity se týká témat oddělenosti, jedinečnosti, závislosti a nakonec odpovědnosti za rozhodování a za způsob naplňování požadavků ostatních. Další otázky týkající se obsahu terapeutické práce a osobního kontaktu lze formulovat takto: Proč klient přichází, jakou pomoc u mě hledá, co se změnilo od chvíle, kdy se rozhodl vyhledat pomoc, co již učinil pro vyřešení potíží. Všímáme si, jak tento člověk definuje své trápení, a zvažujeme, zda může mít ze společné práce užitek. Spolu s ním probíráme vhodnou terapii nebo poradenství podle toho, jaký styl klient upřednostňuje. Sami sebe se ptáme, zda jsme v této oblasti problémů kompetentní a zda já osobně mohu s tímto člověkem vytvořit vztah. Pracujeme zároveň s vlastní zkušeností. Jsme si vědomi, s jakými těžkostmi jsme se ve svém životě setkali a do jaké míry je vyřešili. Zamýšlím se nad tím, které intervence druhých mi byly v minulosti při mých potížích nápomocné a které mou situaci ztížily. Co z toho, co jsem v těžkých situacích udělala a jak jsem se zachovala, mi pomohlo (nebo nepomohlo) a co jsem si z toho vzala pro svůj život a pomoc druhým. Díky životním zkušenostem i zkušenostem s pomocí druhým si lépe uvědomuji, co a kde se mi profesně daří a co je pro mne překážkou na cestě vlastního rozvoje.

Základy krátké terapie zaměřené na řešení mohou být při sociálně-terapeutické práci užitečné z hlediska práce s rodinou. Představa změny a jejího funkčního modelu vzájemného ovlivňování emoční, kognitivní a behaviorální složky osobnosti nám jako sociálním pracovníkům pomáhá zaměřit svou i klientovu pozornost k tomu, co může v obtížné situaci pomoci a jakým směrem se lze posunout, aby vývoj dospěl k zdárnému řešení. Steve de Shazer, Insoo Kim Bergová a jejich kolegové v Milwaukee ve státě Wisconsin v devadesátých letech minulého století začínají do praxe sociálních pracovníků zapojovat terapeutický přístup a kromě tradiční ochrany práv především dětských klientů navrhují intenzivní psychologickou podporu celého systému rodiny.

Léčba spočívá v zaměření na přednosti rodinného systému a jeho členů, především výjimky z problémů (ty situace, kdy problém není přítomen). Žádoucí a uspokojivé sociální fungování klientů v budoucnosti zajišťuje *připojení* terapeuta v zájmu o společnou věc, aby mohlo být dosaženo úspěšného cíle (BERGOVÁ, Insoo Kim, 2013. Posílení rodiny. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0500-5, str. 52). Každý ze zúčastněných je schopen reagovat svými silami na nastalou obtížnou situaci a je sám zdrojem jejího řešení. Podpora systému (rodinného i týmového) v podobě intervencí a supervize a ochota změnit strukturu dané situace i představu pomáhání je zárukou toho, že pomoc přichází – provázející pracovník ji nabízí - a je přijímána tím, kdo o ni v situaci, se kterou si neví rady, požádá. Pomáhající sociální pracovník se soustředí na **interakce klientů a vazby v jejich prostředí**. „Pozitivní pracovní vztah zvyšuje klientovu motivaci a pomáhá větší spolupráci a otevřenosti vůči pomáhajícímu pracovníkovi. Aby došlo ke skutečné změně chování, musí klient dosáhnout změn ve vnímání a myšlení a začít dělat něco jinak než dosud“ (Bergová, 2013, str. 19). Je-li klient schopen popsat, co udělal, aby problém vyřešil, může opakovat chování, které mu pomohlo, aby se cítil lépe.

Pro systemický terapeutický přístup je typické hledání různých příčin problematických situací a jejich souvislostí za účelem zjištění, jak se podílejí na vzniku problému a jak na sebe vzájemně působí v rodinném systému. Napomáhá k otevřenosti různým pohledům a možnostem následných změn. Filozofií krátkodobé terapie zaměřené na řešení (Solution focused therapy) je, že každá malá změna vytváří **nový kontext pohledu na problém** a je již součástí zdravějšího

fungování. Změnu v každodenním běhu života přinášejí nové události vně i uvnitř rodiny i nové interakce mezi členy společenství ovlivněné novými zkušenostmi. Pracovníkovy intervence vnášející do prostředí nové pohledy a podněty. Pokud je problematická situace vnímána jako pozitivní, člověk se ve vztahu ke stejnému problému chová, myslí a cítí jinak, což přináší **jiný prožitek**. Hledání změny ve stabilitě problémového stavu, následné zhodnocení změny a otázky vedoucí k řešení problému jsou pracovníkovými terapeutickými nástroji. „Nedělej to, co nefunguje, a dělej místo toho něco jiného" je mottem tohoto terapeutického přístupu (Bergová, 2013, str. 25). Odhalení důvodu klientova trápení určuje míru pomoci terapeuta. Od rozšíření a využití dosavadních klientových možností se přikláníme k pomoci, jak snášet trápení, nebo nacházet prostředky, jak ho opustit, a posunout se od bytí k utváření života na základě vlastní autonomie: vzdělávání, doprovázení, poradenství a terapie (LUDEWIG, Kurt, 2011., Základy systemické terapie. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3521-4, str. 82). K hledání nového pojetí osobní identity při zpracování emoční zkušenosti z minulosti vede přístup narativní terapie, tedy vytváření životního příběhu v prostředí pomáhajícím vztahu. Člen rodiny je součástí rodinného systému, rodina je systém se svým vnitřním vývojem, otevřený vnějším společenským vlivům; zároveň každý v rodině je individualitou s různým druhem zkušenosti. Rovnováhu v rodině může někdy zajišťovat přítomnost psychiatrické poruchy jejího člena – rodinná dynamika funguje jako její spouštěč nemoci nebo ji udržuje. Je poruchou jedince zasažena a ovlivňována, a zároveň je z jiného úhlu pohledu nositelem potenciálu pozitivní změny.

„Rodina je hlavním zdrojem podpory nemocných" (Savenje, A., Rodina a psychiatrické onemocnění. In: str. 199). Rodina může být schopna vývoj klientova onemocnění pozitivně ovlivňovat, někdy k tomu bude potřebovat odbornou pomoc. Podle holandské terapeutky Anke Savenje záleží na tom, u kterého člena rodiny se projeví psychiatrická porucha, jak je závažná a na reakcích a charakteristických rysech rodiny. Tréninkové programy, které sama dlouhodobě připravuje, se zaměřují na informace, silné stránky, sdílení emocí, komunikaci v rámci rodiny a hranice rodinného kruhu, když hledá sociální pracovník spolu s rodinou efektivní způsoby řešení problémů intimních i společenských vazeb (také v rámci podpůrného zdravotnického systému). „Proč právě my?", „Co jsme udělali špatně?" a podobné otázky jsou první reakcí rodiny v případě, že u se u jejího člena objeví výrazné známky zvýšené zranitelnosti, *vulnerability*. Za komplexní faktory způsobující zátěž v rodině jsou považovány „určité formy nedostatku naplnění potřeb jednotlivých členů, konflikty mezi partnery, izolace klienta a rodičovské dovednosti" (READ, John, MOSHER, Loren, BENTALL, Richard, 2004. Models of Madness. Taylor & Francis. ISBN 020342039X, 9780203420393). Základem terapie rodiny je upřímná komunikace o emocích a ovlivnění vnímání a chápání potíží v interakci pomáhajícího pracovníka. Ptáme se, co je třeba udělat, aby se rodiče s dětmi nedostali do konfliktu, protože právě v době dospívání jsou jejich potřeby i přání rozdílné. Sociální pracovník při doprovázení rodiny (edukace a nácvik) a otvírání nových možností má na paměti především to, že v době, kdy se objevily příznaky nemoci u jejího člena, dělají všichni to nejlepší, co dovedou. Při společné práci si členové rodiny mohou připustit, že se dají věci dělat jinak a lépe, tváří v tvář nemoci jsou nejvíce přístupni své chování ovlivnit a rodiče dostávají možná první příležitost otevřeně mluvit o vlastním dětství.

Poradenská nebo terapeutická odborná pomoc je rodinou přijímána především jako podpora „expertního" řešení jejích členů. Přesvědčení a systémy víry v rodině se týkají výkladu nemoci, významu zdraví a představy způsobu, jak při řešení postupovat. Pocity tlaku a frustrace, které se s nemocí objevují, odhalují vzájemné vztahy a strategie v rodině. Podle dosavadních

zkušeností rodiny (pocit způsobilosti, selhání, úzkost) se krizová situace projevuje mírou vyjadřovaných emocí (*expressed emotion*) kritičnosti, nepřátelství nebo nadměrné angažovanosti či ztráty zájmu. Edukace rodinného poradce nebo sociálního pracovníka, trénink sociálních dovedností a nabídka rodinné terapie pomáhají získat náhled na situaci: normalizovat, vyjasňovat o odkrývat ambivalence rodinného systému (Savenje, A. In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 206).

V oblasti orientace se ptáme s klienty: Jaké způsoby chování považují za sociálně přijatelné? Proč okolí na mě reaguje právě tímto způsobem? Jaké úmysly se mnou konkrétní člověk má? Jak si myslím, že mě okolí vnímá, reaguje na mě a hodnotí mé chování? Jakou o sobě mám představu? Co od druhých očekávám? Jaké chování ocením a jak interpretuji jednání druhých? Jaké mám záměry a co se mi nelíbí? (SATIROVÁ, Virginia, 2006. Společná terapie rodiny. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-303-1)

Ve vztahu s lidmi s psychózou respektujeme jejich specifické nároky a přizpůsobujeme tomu naše reakce a své terapeutické postupy. Pacienti často mívají potíže s bazální důvěrou, blízkostí, závislostí; mají problém s tím, někoho potřebovat, a unést ztrátu. Jako sociální pracovníci se sami učíme schopnosti ustát jejich výrazné projevy emočních a komunikačních obtíží. Poruchy našich klientů často souvisí s učením, přenosem zkušeností a dovednostmi. Mnoho symptomů bývá spíše důsledkem sociálních aspektů onemocnění, někdy kombinací onemocnění a vlivu instituce (tzv. hospitalimus) nebo jsou jen „důsledkem toho, že se klienti brání přijetí pomoci či se nemohou se svým onemocněním vyrovnat v obavě před znehodnocením“ (Probstová, V., Vztah a komunikace s pacienty s psychózou; in: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 41). Je třeba počítat s tím, že mají za sebou často rovněž zkušenost, že se museli i opakovaně vzdát svých plánů a představ. „Díky specifitě fungování integračních a obranných mechanismů, typu konfliktu či deficitu“ vyžaduje skupina lidí s duševním onemocněním kromě odborné pomoci především chápavý lidský přístup, který může nabídnout i zaškolený laik.

Jednání pomáhajícího pracovníka je určováno akceptací a větší mírou aktivity při vytváření podpůrného prostředí. Stálost a spolehlivost jsou vlastnosti pomáhajícího, které člověk s duševní nemocí ocení nejvíce. Dodržování optimální vzdálenosti ze strany pracovníka vůči klientovi je prvním vstřícným krokem k navázání vztahu. Rozpoznání „významu, který má symptom pro klienta, umožní vnímat jeho emoce a vztahové potřeby.“ Pracovník neslibuje a planě neutěšuje; respektuje odlišnost i odlišné hodnoty svého klienta, protichůdné pocity dokáže uchopit a obsáhnout. Je schopen snášet úzkost a zůstat v klientově psychotické situaci s porozuměním. Člověk s psychózou může mít potíže zformulovat či sdělit své pocity. Terapeuticky působící pracovník chápe, že klient může mít problémy se soustředěním, porozuměním významu slov a trpět nedostatkem sociálních dovedností. Sociální pracovník může svým chováním v reálných situacích vytvářet pro klienta příležitost sociálního učení. Je dobré, když má dost jistoty, aby unesl nepřátelské projevy klienta, ať již plynou z frustrace, pocitu nepochopení nebo jsou namířeny proti jeho roli v instituci či systémem psychiatrické péče. „Základem pro prospěšnou komunikaci v pomáhajícím vztahu sociálních pracovníků je důležité pochopení reálné situace (někdy zastřené příznaky nemoci) a jeho vztahů s blízkými

osobami," uvádí dále Václava Probstová. Křehké testování reality klienta závisí na kohezním obrazu světa, který pro něj představuje jednota týmové spolupráce. Podle Mc Croryho mohou problémy v týmové spolupráci ohrozit klientův zdravotní stav.

Pacient může také pochybovat o schopnosti terapeuta pracovat s ním na společném cíli. Úskalím v terapeutickém pomáhajícím vztahu může být i zkreslené vnímání nebo přesvědčení klienta. „Překážky ve vztahu, které vnímáme, a s nimi spojené pocity, citlivě a adresně v klientovi oslovíme." Výrazné a přetrvávající reakce, založené na zkušenosti s významnými lidmi klientova života, jsou přenášeny bez uvědomění do vztahu s námi. V. Probstová upozorňuje na to, že práce s přenosem a protipřenosem je nejobtížnější rovinou terapeutického vztahu s klientem. Se závažností onemocnění narůstá množství indiferentních způsobů vztahování se pacienta k pomáhajícímu pracovníkovi, které budou bránit vytvoření vztahu důvěry, blízkosti a spolupráce. Napomáháme odstraňování překážek, aby terapeutický vztah opět rezonoval. Nejlépe tak, když se nám podaří rozpoznat, co se právě děje, a pak nabídneme naše pochopení situace společně s pochopením a obsažením pacientových pocitů a myšlenek. Účinnou strategií je adresovat postřehy týkající se našeho vztahu klientovi přímo a s dostatečnou citlivostí. (Probstová, V. In: Pěč, Probstová, 2009, str. 41-46).

Technika **motivačních rozhovorů** připravuje klienty ke změně závislého chování. Je to metoda vytvořená s cílem pomoci člověku, aby „se sám sobě zavázal, že se změní" (Miller, Rollnick, 2003). Teoretický základ vychází z filozofie ambivalence (nerozhodnosti) a zároveň z konfliktu mezi požitkem a zdrženlivostí (v mnoha významových rovinách). Principy a postupy se zaměřují na to, aby pomohly pracovníkovi zprostředkovat změnu v chování druhého člověka. V základu leží víra v mocnost samého lidského potenciálu obou zúčastněných.

Kritické momenty a předpoklady úspěšné terapie (plná podpora při zkoumání a řešení problémů) vycházejí z teorie a praxe Carla R. Rogerse. „Pochopení pro lidské nedostatky a názory a úcta k nim nás samé činí užitečnějšími pro druhé" (Wilson, Alcoholics Anonymous, 1976). Metoda motivačních rozhovorů (MR) opouští konfrontační způsoby synanonské terapeutické komunity. Narušení osobnosti vycházející z primitivních mechanismů obhajoby ega (popírání, racionalizace, regrese a projekce) předpokládá symptom poruchy osobnosti a vyžaduje od člověka „přijetí bezmoci" jako první krok léčby. Bateson (1971) přejmenoval nutný moment „sáhnout si na dno" jako moment krize vývoji, kterou vyvolá nebo urychlí terapeutická intervence s vyloučením agresivních a donucovacích postupů. MR jsou technikou předcházející popírání problému u klienta a vzniku odporu. Soustředí se na atmostéru soudržnosti a plného respektu a sází na vzájemnou úctu při samotné poradenské a terapeutické práci. Konfrontace, která přináší sebeuvědomění, umožní klientovi uvidět svou situaci jasně. Učinil již první krok ke změně.

Stav motivace jako „**stav připravenosti ke změně**" se v různých situacích a s časem proměňuje a lze jej ovlivnit (MILLER, William, ROLLNICK, Stephen, 2003. Motivační rozhovory. Tišnov: Sdružení SCAN. ISBN 80-86620-09-3, str. 14). Jde o vnitřní stav ovlivněný vnějšími faktory. Šesti fázemi procesu změny metody MR, inspirovaných modelem Jamese Prochasky a Carlem DiClementem z roku 1982, může projít klient i vícekrát, než dosáhne stability. Je to podobný cyklický proces, jaký navrhuje pro sledování procesu práce s problémem klienta Ivan Úlehla. Vstupními dveřmi do kruhu změny MR je fáze prekontemplace (daná osoba o možné změně

ještě nepřemýšlí a problém si neuvědomuje). V tuto chvíli člověk potřebuje dostat od pomáhajícího informace a zpětnou vazbu. S jistou mírou uvědomění problému (např. klientovi se nedaří chodit mezi lidi) dochází k ambivalenci (pohyb kupředu a nazpátek mezi různými důvody a obhajobami). Nerovnováhu může pomáhající pracovník začít ovlivňovat směrem ke změně (připomíná zisky a ztráty žádoucího chování). Ve fázi kontemplace změny hledá klient pomoc; pak se u něj čas od objevuje motivace k rozhodnutí něco udělat. Po určitou dobu se objevují při vhodné podpoře v představách klienta různé možnosti a návrhy. „Člověk se zavazuje k určitému činu se záměrem realizovat změnu." Napomáháme výběru nejlepších variant řešení a tomu, aby klient udělal vše potřebné k realizaci rozhodnutí ve fázi akce. Přijatelný, dostupný a efektivní klientův postup doprovázený intervencemi pracovníka napomáhá procesu udržování změny. Uklouznutí a relapsy jsou „normální a očekávané události, pokud se člověk snaží změnit dlouhodobé zvyky. Pomáhající by měl zabránit ztrátě odvahy a demoralizaci, napomáhat uvažování o změně, obnovit záměr a rozhodnutí, podpořit akci a udržovat její výsledky" (Miller, Rollnick, 2003, str. 17).

SKUPINOVÁ PRÁCE, TERAPEUTICKÁ KOMUNITA A SVÉPOMOCNÉ „PEER" AKTIVITY

„Uzdravování začíná, když jeden alkoholik mluví s druhým, sdílejí zkušenosti, posilují se a dodávají si odvahy" (Atmosféra změny, Miller, Rollnick, 2003, str. 7). Prospět druhému, zvýšená schopnost a ochota pomoci, volit v každém okamžiku autentický životní styl a nahradit prázdné místo (zaplňované náhradními způsoby uspokojování potřeb) konsenzuálním společenským modelem vztahům jsou zásadní přínosy terapeutické komunity (TK). Klíčovým prvkem léčebné komunity je „otevřenost a čestné zkoumání obtíží" (KALINA, Karel, 2008. Terapeutická komunita. Praha: Grada Publishing. 978-80-247-2449-2). Každodenní život společenství se stává základním materiálem terapie. Komunikace, reflektující dění a skupinové procesy v komunitě, prožívání a chování jednotlivců a jejich vyrovnávání s pravidly a s ostatními, je doplňována terapií skupinou a nabídkou individuálních rozhorů. Jako metoda vychází terapeutická komunita z modelové situace malé skupiny sloužící projekci a korekci vzorců prožívání a chování, které mají podíl na utváření, udržování a opakování životních problémů a konfliktů, aby si každý klient mohl osvojit nové, diferencovanější formy jednání. Jednotlivec se svou odpovědností je klíčový agens změny; společná pravidla jsou vytvářena pro podporu procesu změny. TK nabízí interpersonální principiální pojetí namísto utrpení v izolaci, morální a etické hranice společenství spolu s očekáváním osobního rozvoje a současně vyvíjí společenský tlak na změnu chování, případně celé osobnosti a změny životního stylu (riziko vyloučení a následného studu, možnost potrestání spojená s pocitem viny vedle pozitivního posilování, nabídky příkladů a vzorů). Soustředění na vnitřní hodnoty jako je důvěra, zájem, odpovědnost, péče, optimální sebeodhalení a péče působí terapeuticky jako osobně zakoušená nepsaná norma prosociálního liberálně-demokratického chování.

Struktura, napětí, soudržnost, normy, pravidla, role, atmosféra vytváření podskupina a společné cíle (malé) sociální skupiny spolu s uvažovaným konceptem skupinové dynamiky jsou vyjádřeny a naplňovány v terapeutických faktorech změny. Plná účast terapeuta na jedinečném vztahu s klientem v individuální terapii - porozumění a intervence přinášející úlevu a podporující kompetence konkrétního člověka (získávání korektivní zkušenosti, rozvíjení vztahu a nových forem chování, integrace změn a odpoutání zkráceně podle Balcara) je zastoupena skupinovou dynamikou, přímým spolupůsobením intrapsychických procesů (obohacené o asymetrii vztahu s terapeutem) a vlivem sociálního učení v terapii skupinové. Do úvahy o terapeutickém procesu zahrnujeme působící účinné

faktory změny: dodávání naděje, univerzalita, předávání informací, altruismus, korektivní rekapitulace primární rodiny, rozvoj socializace (komunikace), napodobující chování, interpersonální učení, skupinová soudržnost, katarze a existenciální faktory (YALOM, Irvin, 2001. Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Hradec Králové: Konfrontace. ISBN 80-86088-05-7, str. 21).

Peer programy umožňují zkušenost (s duševní nemocí) sdílet i předávat dalšímu člověku (s duševní nemocí) a mají navíc tu výhodu, že ovlivňují postoje pomáhajících pracovníků. Zkušenosti z Ameriky, Velké Británie a Holandska prokazatelně přinášejí dosažené výsledky při léčbě více i méně závažných duševních poruch. Peer konzultant oslovuje a zapojuje konkrétního klienta služeb do svépomocných aktivit a je plnohodnotným, integrovaným členem týmu péče o duševně nemocného. Skupiny zaměřené na zotavení ovlivňují systém poskytování služeb zdola podobně jako zakladatelské peer kluby (Fountain House, Treshold, Tree a další). Uživatelské hnutí „usiluje o optimalizaci a změnu přístupu k léčbě duševně nemocných." Vedle terapeutického vlivu peer programů se široce uplatňuje i společenský dosah uživatelského hnutí. Kromě způsobu poskytování psychiatrických služeb ovlivňuje hnutí recovery tvorbu politik, výzkum i vzdělávání a přijímá účast v destigmatizačních kampaních (materiál Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2016). Sociální hnutí v čele s jeho významnou představitelkou Judi Chamberlinovou veřejně upozorňují, že za jednáním trpícího člověka (pasivita, agrese a zanedbávání sebepéče) viditelným ve společném prostoru se ukrývají zcela odlišná vysvětlení, než že jde o výrazy projevu duševní choroby. Hnutí se podílejí na tvorbě rehabilitačních programů ACT, FACT i dalších.

Lektoři Dobrého místa na pavilonu 19 v PLB nabízejí příklady svépomocných činností (arteterapeutická, novinářská a literární dílna, ping-pong, ruční práce, diskusní a jiné zájmové kruhy atd.), jež inspirují vlastní zkušeností s nemocí k překonání obtíží na cestě k seberealizaci. Občanská i terapeutická komunita vycházejí z potenciálu jednotlivce, který jej realizuje díky otevřenosti, podpoře a vytváření podmínek ze strany širšího společenství, jím deklarovaných hodnotám, idejím, právům a principům, jež jsou institucionálně zakotveny a garantovány. Jedinec je ve své komunitě vnímám jako kompetentní řešit své problémy (*self management*) a přinášet své návrhy. Společenství podporuje vzájemnost, solidaritu, sociální a kulturní kapitál. Zmocněná (mobilizovaná) komunita je totiž chápána „jako cíl komunitní práce a zároveň jako zdroj, strategie řešení samotných problémů" (Gojová, podle ŠŤASTNÁ, Jaroslava, 2016. Když se řekne komunitní práce. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-2463356-5, str. 1).

Komunitní sociální pracovník aktivně ovlivňuje širší okolí klienta s využitím zdrojů všech aktérů (stakehoderů). Jeho uvědomění vlastního hodnotového systému (reflexi vyžadují hodnoty vlastní i profesionální) a odhalení sociálních priorit a potřeb dané komunity je základem dovednosti motivovat lidi v občanské komunitě, aby spojili své síly. Je jim oporou ve všech stádiích rozhodování až k realizaci jednotlivých komunitních projektů. „Bere v úvahu zkušenosti z vývoje místní komunity a snaží se rozšiřovat a prohlubovat porozumění komunity jejím obecným problémům i problémům určitých skupin" (HARTL, Pavel, 1997. Komunita občanská a komunita terapeutická. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-45-1, str. 48).

PSYCHODRAMA A TERAPIE UMĚNÍM

V individuální i skupinové práci lze s přihlédnutí k aktuálnímu psychickému stavu klienta terapeuticky využít metod napomáhajících sebevyjádření podle zvážení možností dostupných pacientovi. S velkou mírou zkušenosti a znalostí projevů duševních poruch u lidí z cílové skupiny člověku navrhneme, aby pohybem (psychogymnastika), obrazem nebo jiným symbolem vyjádřil své „zážitky, přání, postoje a fantazie." Může se stát protagonistou psychodramatu a využít jeviště, režiséra, pomocné herce a

publikum, aby se spojil se svou vnitřní zkušeností, projevil se navenek a vyjádřil kontakt (alespoň v představě) k ostatním; v ideálním případě rozšířil své sebepojetí, „pochopil vlastní reakce, porozuměl své situaci a naučil se korigovat svůj emoční projev“ (KRATOCHVÍL, Stanislav, 1997. Základy psychoterapie. Praha: Portál. ISBN 80-7178-179-7, str. 221). Na cestě pomoci klientovi k resocializaci se vyhýbáme proniknutí do minulých traumatických zážitků. Varianta psychodramatu podbarvená klavírním doprovodem Strossové (1984) je vhodná při terapeutickém využití hudební složky jako opory namísto osobní přítomnosti.

Umělecký přístup expresivních terapií pracuje s kreativním potenciálem jednotlivé nonverbální disciplíny: výtvarného umění, divadla, hudby a tance. Člověk se stane „tvůrcem prostřednictvím vlastního pohybu; dostane se k nevědomí, k základním tvarům života“ (Beate, Albrich, Expresivní terapie a arteterapie. In: PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3, str. 72). V terapeutickém procesu klient „ztvárňuje a posiluje vlastní já,“ které se tak stává vědomým. „Stabilizující, integrující a motivující účinek tvořivé činnosti pomáhá **překonat kreativní krizi,**“ rozhýbe klientův vnitřní svět, prostředí kolem něj a posílí jeho svobodu. Neverbální vyjádření otevírá široké pole interpretace i intervence pro podporu a rozvoj oblastí, ve kterých je klient zranitelný a nejistý. „Uvěřit vlastnímu vnímání a cítění“ a využít prostor kreace pro vyjádření skutečností obtížně přijatelných (pocity studu, bezmoci, špatného svědomí, méněcennosti) je možné v individuálním osobním projevu skrze materii hlíny, kamene, dřeva, papíru, plátna, barvy a prostřednictvím kreslicích materiálů. Neverbální terapie snáze zpracovává „témata důvěry, sebeúcty, destigmatizace, afektivity, psychotické zkušenosti s halucinacemi a hlasy, vztah mezi vnitřním a vnějším světem, reparace dětských traumat, vztahy a tělesná schémata“. Proces začíná motivací klienta pro společnou terapeutickou práci. Intervence rozvíjejí kreativní potenciál klienta a pomáhají mu projít tvůrčí krizí a překonat ji **výtvorem** – „vznikem tvorby“, jež je posléze reflektovaným prožitkem nově objevených možností vnímat, zažívat, reagovat, nacházet, oceňovat a získávat. Jednání vychází bezprostředně z toho, co je vidět, slyšet a co lze zakoušet hmatem; nese v sobě zkušenost, co vše (krásného) člověk dokáže v několika okamžicích uskutečnit, a tedy i zvládnout (Albrich, B. In: Pěč, Probstová, 2009, str. 75).

Drama jako léčebný prostředek nacházíme již ve 3. tisíciletí před naším letopočtem v Egyptě. Aristoteles hovoří o ozdravném účinku tragédií, které přímo reflektují skutečnost a vedou ke společné katarzi herců i diváků. V Athénách každoročně pořádali představení duševně nemocných. Prvotní přírodní kultury a katolická liturgie zdůrazňují sakrální prvek proměny během očistného procesu. Šamani vstupující do různých rolí léčí nemocné za zvuku hudby a rituálního tance. Dramaterapie podle definice britské asociace „pomáhá uchopit a zmírnit sociální a psychologické problémy a stává se nástrojem zjednodušeného symbolického vyjadřování, díky němuž jedinec poznává sám sebe, a to prostřednictvím tvořivosti, zahrnující verbální i nonverbální složku komunikace“. Staví na skupinových aktivitách a skupinové dynamice. Terapeut je součástí skupiny, kterou vede zevnitř a dle potřeby vstupuje do rolí. Pracuje s tématy, která se spontánně objevují, prostřednictvím „improvizace, vyprávění příběhu, pantomimy, rituálu, mýtu, hry.“ Klient si vybírá role podle své chuti, zájmu a potřeby. Nalezením rovnováhy mezi odcizením a podléháním skutečnostem a rolí pozorovatele a prožívajícího dospívá „herec“ k nalezení estetické distance v prostředí autentického a korektivního zážitku bytí. Zkoušeným rolím postupně propůjčují klienti své charaktery, jejich snaha získává směr – stávají se sami sobě herci, scénáristy a režiséry. Pomocí zpětné vazby se dostávají sami k sobě. Posílením sebedůvěry v přátelské přející atmostéře dramaterapeutické skupiny dospívá „účinkující“ k rozšíření emočního repertoáru, obohacení dosavadních sociálních rolí a zlepšení schopnosti navazovat vztahy a řešit mezilidské situace (Viktor Dočkal, Dramaterapie. In: Pěč, Probstová, 2009, str. 181).

Hudba v historii vystupuje jako nedílná součást rituálu, při němž stimuluje spolu s pohybem a tancem jak léčitele, tak víru pacienta i celého společenství, v uzdravení těla i ducha. Terapeutická práce za účelem odreagování a zmírnění stresu s lidmi s psychotickou zkušeností nebo psychickým onemocněním nabízí ohraničený prostor pro vyjádření a zkoumání vnitřního světa spolu s porozuměním symptomům. Odvrací pozornost od nepříjemných, trýznivých emocí a vnitřních hlasů tím, že je dokáže přehlušit. Poskytuje příležitost dát o sobě vědět pomocí nástroje, intenzity, rytmu. Ocenění hudebního vyjádření člověka s psychickým onemocněním podporuje sebevědomí klienta jako umělce. Jeho vystoupení jako člena skupiny je zároveň nácvikem sociálních komunikačních dovedností. Ukotvují v prožitku tady a teď i v léčivém prožitku reality samotné.

Taneční pohybová terapie vychází z myšlenky integrace těla a mysli. Její součástí je jednotný systém popisu pohybu podle Labanovy teorie. Intervenční snahy o změnu v myšlení a emocích se zaměřují prvořadě na oblast tělesné zkušenosti. Terapie využívá možnosti kreativity, metafory, konkretizace i abstrakce; jako hlavní zůstává úzdravná síla tvory. Tělo je základní, pevná stránka osobnosti. Pacienti jej mohou kontrolovat, ovládat jej a tvořivě s ním pracovat. Kontakt s vlastním tělem skrze jasné a silné vjemy přináší klientům více jistoty. Vědomá pozornost a bezpečný způsob zakoušení pocitů v taneční terapii pomáhá rozumět psychické sebeorganizaci a vlastnímu chování. Navázání kontaktu terapeuta s klientem skrze zrcadlení pohybu a doprovázení tancem umožňuje klientovi prožít blízkost v osobním kontaktu.

6. Závěr

Motivovat člověka se zvýšenou citlivostí k nárůstu schopnosti odolávat dalšímu zraňování a nabýt sílu lépe zvládat svůj život znamená respektovat u klienta především to, co u něj stres vyvolává. Metodika zotavení, zaměření na přítomnost a zplnomocňování Hollandera a Wilkena je uvedena mottem „Jdi svou vlastní cestou a nikdy se neztratíš." Chápu ji jako odpověď na otázky po smyslu našeho, všeobecně lidského konání, otázky vyslovené i nevyslovené, zoufalé, pátrající, zkoumající, udivené, vyplašené, nejisté i pochybující. Ptáme se všichni; my, já, ty, vy - stejně jako naši jednotliví klienti. Příležitost a právo ptát se společně nám dává naše profesní pozice nebo role. Spoléhám kromě odbornosti na svou zkušenost a klienti, nejlépe znalí sebe sama, spoléhají zase na tu svou. Mohou se naučit spolehnout na sebe více díky tomu, že já věřím tomu, co dělám. Mohou to vidět. Mohou dělat ještě něco víc – spolehnout se na zkušenost vlastní. Se zážitkem duševního rozpadu to není lehké. Pomáháme si s klientem vzájemně – nabízíme jeden druhému svou zkušenost. Učitel radža jógy, překládané jako jóga ovládnutí vnitřní podstaty, říká: „Ukazuj lidem sílu, kterou mají v sobě." Nejdřív se snažím tu sílu uvidět. Napřed u sebe; pak jsem schopná ji vidět u klienta. To on pozná, o to se nebojím.

Klienti rehabilitačních služeb, Center duševního zdraví, jsou více ohroženi stresem než běžná populace. Stres způsobuje mnoho faktorů: halucinace, bludy, tělové pocity, emoce, sociální tlaky, běžné každodenní nepříjemnosti, složité a náhlé události. Tyto nejčastější stresory u skupiny lidí s duševními poruchami pojmenovávají holandští autoři Wilken a Hollander spolu s jejich zranitelností a silou. Metodika se v první řadě zaměřuje na plnění přání a cílů klientů souvisejících s kvalitou jejich života. Vyrovnávání se zranitelností a posilování silných stránek je spolu s nabídkou psychoterapeutické práce hlavní náplní pracovní aliance s klientem. Zpřístupnění zvoleného prostředí a maximalizace kvality života klienta v daných sociálních podmínkách je obsahem sociální práce v systému rehabilitačních služeb.

Klienti ohrožení osobnostními poruchami, výkyvy nálad, depresemi nebo závislostmi na návykových látkách mohou s pomocí sociálně-terapeutické činnosti a psychosociální péče pomáhajícího pracovníka rozvíjet v prostředí rehabilitačních služeb dovednosti ze svých vlastních zdrojů (silných stránek) a přijímat podporu ze svého sociálního okolí. Intervence pracovníka vycházejí ze zjištěné a podporované motivace ke změně. Hledám a všímám si u klienta všeho, co může u sebe rozvíjet, ocením a podpořím každou jeho osobní kvalitu. Mnozí z těch, které jsem poznala, o možnostech svého rozvoje uvažují, a trápí se, když se jim v oblasti seberealizace nedaří uspět, když nejsou ve svém životě spokojeni. Mají své zájmy (např. šerm, šachy, umělecké činnosti aj.) oblíbená místa (domov, dům u babičky, chata, volná příroda) a blízké vztahy (rodiče, partneři a kamarádi) a znají hodnotu „svých věcí". „Pro mě v určitých fázích života, ať už s onemocněním nebo předtím ještě bez něj, byly šachy důležité a osvobodivé, i když třeba spjaté se svými vlastními pochybnostmi a traumaty. Byla to cesta; když už ne ze začarovaného kruhu, tedy aspoň po něm." Shodně popisují, třebaže každý po svém, potřebu změny vyvolanou nemocí, která se v různých podobách objevila a přiměla je osobní životní cíle vážit a realizovat. „Upínám se ke svému zlepšení v této hře, protože to zlepšení vyžaduje vytrvalost, charakter atd. Nechci to proto, že bych si myslel, že to má nějaký

extra přesah nebo velký význam pro lidstvo. Chci to pro sebe; částečně proto, abych se nemusel vnímat jako někdo, kdo v životě spíše prohrává, tedy abych se nemusel stydět a mohl třeba něčím chlubit, být na něco pyšný."

Rozhodnout se ke změně přesto není snadné. Obavy ze ztráty významu dosavadního života, prožitky skutečné ztráty (sebedůvěry, sociálního statusu, životních názorů a hodnot, práce atd.) jsou vysoce traumatizující. Největší oporou pro naši práci je podle dosavadních profesních zkušeností v sociální práci **formulování osobního životního cíle** klientem. Nemusí jít zpočátku vůbec o nic velkého. Vytvořím něco pro ostatní, svěřím se, vyslechnu starosti druhého, budu hledat řešení, půjdu tam, kde to mám rád, ráda, zůstanu tam, kde teď jsem, jsou nejčastější témata konkrétních cílů, se kterými jsem se u lidí s psychickými poruchami potkala. Každý jdeme za nějakým svým posláním; někdy urputněji, někdy ztrácíme zájem, ale když jsme se jednou dali na cestu, jdeme dál. Pokračujeme. Neseme břímě minulosti, někdy na ramenou těžkne, a jindy je zas lehčí díky tomu, že vidíme před sebe jasněji, daří se nám a jednáme v souladu se sebou. Růst a změna osobnosti probíhá po malých krůčcích. Krize si vyžaduje změnu; lidé se zkušeností nemoci se rozhodují vícekrát a častěji. Říkají, že by jinak nepřišli na to, co potřebují, (anebo že vůbec něco potřebují). Zkrátka poznali, že jim něco v životě chybí. Musejí mít dost síly, aby to zvládli, a tak se učí s ní v životě zacházet. Mohou nám z takových znalostí mnohé předat.

„V procesu zotavení je podstatné svá postižení rozpoznávat, být schopen je přijmout a naučit se je co nejlépe zvládat" (Hollander, Wilken, 2016, str. 109). Životní zlom vyvolaný krizí odráží obecný charakter lidského vývoje. Člověk se vyvíjí z hlediska zranitelnosti a současně ve svých schopnostech. Procesy učení, **vytváření copingových strategií**, přinášejí každému nové zkušenosti; zdařilé zvládnutí situace, méně zdařilé nebo selhání ve výkonu některé z funkcí. „Řadu výstředních způsobů chování lze označit za strategii přežití – lidé se snaží rozklíčovat nepřehlednou spleť událostí ovládajících jejich životy. Jakékoli chování spojované s truchlením se může skrývat za intenzivním prožíváním rozpadu života," upozorňují autoři CARe. Aktivní podíl samotného člověka v přístupu k událostem lze rozpoznat v jeho postoji. Např. bezdomovec „sám sebe může považovat za člověka se slabou vůlí, nebo za člověka aktivně se vyrovnávajícího s náročnými aspekty svého života," přispívá profesní zkušeností Lia van Doornová (Hollander, Wilken, 2016, str. 25).

Pro zvládání zranitelnosti podle ověřených zkušeností metodiky CARe jsou zapotřebí dvě věci: **vlastní síla člověka** a jeho **vnější zdroje**. Zvyšování tolerance vůči zátěži respektuje díky osvojení strategií zvládání míru stresu jedince. Hlavní úkol sociálního pracovníka je doprovázet klienta při **rozvíjení schopnosti copingu**; podpořit klientovu sílu k překonávání překážek. Nadměrný stres může vyústit v relaps. Pokud se snaha o zachování rovnováhy ukáže jako neadekvátní, nebo se člověku nedostává dostatečné podpory, hrozí, že stres překročí pro dotyčného únosnou mez a že dojde k psychotické nebo depresivní reakci. Zdroje nacházíme v oblasti funkcí, aktivit a participace. Zvládání pocitů ohrožení, ztráty nebo naopak výzvy záleží na osobním osvojení strategií zvládání zátěže přizpůsobené tlakům a podpoře sociálního okolí. Základní ochranu vytváří respekt k osobnímu prostoru a osobním možnostem klienta a

zároveň podpora projevů jeho síly efektivně reagovat na stresové podněty, které se objeví. K tomu slouží společně vypracovaný Plán časných varovných příznaků v metodice CARe.

Nabídnutý rámec psychoterapeutických přístupů v mé studentské práci má poskytnout dostatečnou teoretickou oporu pro přístup k lidem s duševním onemocněním. Ve spojení s výkladem duševních potíží a možnostmi jejich ovlivňování v terapii je filozofickým východiskem uvažování o poruše zdraví a dosahování nápravy. Životní energie udržovaná společným úsilím pracovníka a klienta ve směru zachování života je motivací, kterou mohou společně sdílet, přestože v některých případech se může jednat o klientovu motivaci život ukončit. Škála terapeutických přístupů vycházející z univerzálního zdroje, její bohatost a inspirace využitelná kreativně ve vztahu s klientem sociálních služeb je základem pro porozumění tomu, kdo vlastně člověk je a co potřebuje. To je z mého pohledu obsahem sociální práce s lidmi s duševní nemocí v rámci humanisticky orientované psychologie.

Motivace, vhodné požadavky a přiměřená očekávání ve zlomových bodech životních událostí nebo obdobích vývojových změn u klienta vedou k osobnímu pokroku. Na této cestě se klienti snaží s naší pomocí zachovávat rovnováhu a jsou podporováni v otevřenosti dalšímu vývoji (Ochock, 2005, podle Wilken, Hollander). Rozhodnutí ke změně, získané znalosti a dovednosti, schopnost vyrovnat se s postižením vedou k nárůstu odolnosti, vytrvalosti a naděje. Dbáme s klientem společně na to, abychom nezastínili možnosti a příležitosti pro rozvoj silných stránek soustředěním na hledání a odstraňování problémů. Nebezpečí tkví i ve věnování přílišné pozornosti limitům. Předzvěstí pozitivní změny bývají chvíle, kdy jsou určité zážitky pociťovány jako zlomové. Tehdy lze rozvinout jejich přínos a podporovat u klienta **počínající obrat k lepšímu**. Nepříznivá situace má pro klienta svůj význam, i když pocity, že život nemá smysl, mohou převažovat. Nové hodnoty, vize a přání jsou v tu chvíli skryty. Hledáme způsoby, jak s těmito prožitky u klienta spolu s ním pracovat a držíme stráž např. při práci se sebevražednými úmysly v podobě obeznámenosti (zpočátku alespoň teoretické) s těmito situacemi. Proces **truchlení a vyrovnání se ztrátami** je součástí terapeutické aliance s klientem. **Příběh zotavení** vzniká za naší společné účasti; osobní vztah profesionálního pracovníka ke klientovi a angažovanost v jeho příběhu uzdravování hraje významnou roli. Dokumentován je v metodickém podkladu Osobního profilu klienta. Získání sociálního **statusu**, utváření **identity** a klientovy kroky k **seberealizaci** (bydlení, vzdělání, práce a finance) úzce souvisí s pohledem profesionála nezatíženým omezeními nemoci. Podstatným přínosem pracovníka k zotavení je podle mého názoru vlastní postoj k nemoci, aktuální poruše schopností. Je skutečně postižení nezvratnou realitou? Vidím to, co klient dovede, co může dokázat sám nebo s pomocí? Motivací k opětovnému hledání smyslu je pro mne neustálé obnovování schopností, víry, důvěry a osobního vztahu s klientem.

Využití navrhovaných přístupů v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním v bakalářské práci respektuje míru kapacity klienta služeb rehabilitační péče a jeho ochotu ke spolupráci a zároveň fázi nemoci, ve které se právě nachází. Eklektické, integrativní použití jednotlivých metod je závislé na schopnostech a dovednostech sociálního pracovníka, tedy na míře jeho profesionality – stupni obeznámenosti s jednotlivými léčebnými terapeutickými přístupy.

7. Seznam použité literatury:

BALDWIN, Michele, 2013. Osobnost jako terapeutický nástroj. Brno: Cesta. 978-80-7295-152-9

BERGOVÁ, Insoo Kim, 2013. Posílení rodiny. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0500-5

BOADELLA, David, 2012. Biosyntéza. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4135-2

CASEMORE, Roger, 2008. Na osobu zaměřená psychoterapie. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-450-0

CULLEY, Sue, BOND, Tim, 2008. Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-452-6

ČEPELÍKOVÁ, Zuzana, 2019. Attachement a vývoj mozku. Interní materiál kurzu Psychoterapeutického minima

DEN HOLLANDER, Dirk, WILKEN, Jean Pierre, 2016. Podpora zotavení a začlenění. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-260-9945-1

DÖRNEL, Klaus, PLOG, Ursula, 1999. Bláznit je lidské. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-628-5

HÁJEK, Karel, 2012. Práce s emocemi pro pomáhající profese. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0221-9

HARTL, Pavel, 1997. Komunita občanská a komunita terapeutická. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-45-1

HELLER, Laurence, LAPIERRE, Aline, 2016. Uzdravení vývojového traumatu. Olomouc: Fontána. ISBN 978-80-7336-836-4

HOWARD, Sue, 2008. Psychodynamická psychoterapie, Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-455-7

KALINA, Karel, 2008. Terapeutická komunita. Praha: Grada Publishing. 978-80-247-2449-2

KAST, Verena, 2010. Hněv a jeho smysl. Praha: Portál. 978-80-7367-760-2

KAST, Verena, 2003. Nebuďte obětí. Brno: ERA. ISBN 80-86517-61-6

KRATOCHVÍL, Stanislav, 1997. Základy psychoterapie. Praha: Portál. ISBN 80-7178-179-7

LEVENSON, Hanna, 2016. Krátká dynamická psychoterapie. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1012-2

LUDEWIG, Kurt, 2011., Základy systemické terapie. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3521-4

MILLER, William, ROLLNICK, Stephen, 2003. Motivační rozhovory. Tišnov: Sdružení SCAN. ISBN 80-86620-09-3

MITCHELL, Stephen, BLACKOVÁ, Margaret, 1999. Freud a po Freudovi. Praha: Triton. IBSN IBSN 80-7254-029-7

MIKOTA, Václav, 1995. O ovlivňování duševních chorob. Praha: Psychoanalytické nakladatelství. ISBN 80-901601-5-8

PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2009. Psychózy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3

PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava, 2014. Psychiatrie pro sociální pracovníky. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3

PONĚŠICKÝ, Jan, 2005. Agrese, násilí a psychologie moci. Praha: Triton. ISBN 80-7254-593-0

RAHN, Ewald, MAHNKOPF, Angela, 2000. Psychiatrie. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-964-0

READ, John, MOSHER, Loren, BENTALL, Richard, 2004. Models of Madness. Taylor & Francis. ISBN 020342039X, 9780203420393

SATIROVÁ, Virginia, 2006. Společná terapie rodiny. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-303-1

SIEGEL, Daniel, 2018. Všímavý terapeut. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-7500-308-9

SMÉKAL, Vladimír, 2012. Pozvání do psychologie osobnosti. Brno: Barrister a Principal. ISBN 978-80-87029-62-6

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., 2017. Krize a krizová intervence. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80247-5327-0

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., 2017. Krize a krizová intervence. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80247-5327-0

ŠŤASTNÁ, Jaroslava, 2016. Když se řekne komunitní práce. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-2463356-5

VODÁČKOVÁ, Daniela a kol., 2002. Krizová intervence. Praha: Portál. ISBN 80-7178-696-9

VYMĚTAL, Jan, 1995. Duševní krize a psychoterapie. Hradec Králové: Konfrontace. ISBN 80-901773-4-4

YALOM, Irvin, 2001. Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Hradec Králové: Konfrontace. ISBN 80-86088-05-7

Příloha 1

K tématu úzdravy a zotavení (recovery) se ptám a prosím o odpověď:

Můžete nějak charakterizovat období, kdy jste se byli vědomi svého potenciálu (kapacity) k určité (i malé) změně ve vašem životě?

Co bylo v té době to, s čím jste byli převážně nespokojeni? Je něco konkrétního, co se vám vybavuje a mělo to vliv na vaše rozhodnutí ke změně?

Jak se na tom podílely vaše vztahy k blízkým, jejich starost a nabídka pomoci?

Co osobně považujete za největší úskalí v obtížných fázích vaší nemoci?

Co a kdo vás držel nad vodou, když jste ztráceli víru, že se váš stav zlepší?

Pomohla vám nějak psychoterapie nebo jiný podpůrný profesní vztah? Co jste zvládli sami? Co pro vás znamenají slova vytrvalost, nezdolnost, naděje?

Jak jste se vypořádali se situací, když se symptomy objevovaly znovu?

Jak byste nyní popsali svůj životní cíl, přání, touhy a představy o tom, jak být šťastný?

Nakonec otázka týkající se perspektiv, očekávaných výsledků zotavení a sdíleného povědomí o potenciálu úzdravy – prosím o pár slov, které máte spojeny s pojmy: sebeúcta, duševní zdraví, hodnota, smysl a účel života, zkušenost s nemocí, uvědomění si sebe sama, nezávislost, zodpovědnost za vlastní život.

Jestli chcete, můžete se se mnou podělit o to, co přinesla vaše zkušenost s duševní nemocí ostatním.