



Skálův institut, Praha 2, Apolinářská 4

Bulletin 2023



Závěrečné teoretické práce – Výcviková komunita č. 15a

Sebezkušenostní výcvik v integrativní psychoterapii 2019 – 2023

OBSAH

- Využití psychoterapie při práci s pacienty v terénní péči
 - *Kateřina Bobovniková*
- Psychoterapie pocitu viny z pohledu různých přístupů
 - *Alena Bogdanová*
- Léčba traumatu využitím somatických technik s respektem k bio-psycho-socio-spirituální dimenzi člověka.
 - *Monika Černá*
- Profesní sebepečce terapeuta skrze soucit sám se sebou a kognitivní restrukturalizaci
 - *Pavčina Faistová*
- Využití arteterapeutických technik ve skupinové práci v kontextu integrativní psychoterapie.
 - *Horáková Klára*
- Vybrané psychoterapeutické techniky používané v integrativní psychoterapii
 - *Kristýna Hudcová*
- Možnosti psychoterapie v domovech pro seniory
 - *Lenka Knotková*
- Vězeňské programy pro léčbu závislostí (včetně dalších komorbidních duševních poruch) a jejich efektivita
 - *Tomáš Koňák*

- Faktory predikující setrvání pacientů ve střednědobé léčbě závislosti
 - o *Zuzana Jandova*
- Využití online terapie v integrativní psychoterapii
 - o *Jana Kozolková*
- ADHD u dospělých a psychoterapie
 - o *Jiřina Kuželová*
- Terapeutická práce s dospívajícím klientem v rámci sociálně aktivizační služby
 - o *Kamila Málková*
- Psychosociální rehabilitace psychiatrických pacientů podle modelu CARE
 - o *Hana Míčová*
- Poruchy attachmentu u dětí umístěných v dětském domově se školou
 - o *Markéta Pavlů*
- Transgenerační přenos z hlediska agresivního chování
 - o *Iveta Skálová*
- Terapie v terénu s klienty Terénního programu SEMIRAMIS
 - o *Dorota Skokanová*
- Téma kojení v integrativní psychoterapii
 - o *Barbora Skybová*
- Psychosociální intervence při perinatální ztrátě
 - o *Barbora Tománková*
- Psychoterapeutické přístupy v léčbě deprese

- *Judita Trenklerová*
- Všímavost a soucit se sebou v psychoterapii
 - *Eva Vadovičová*
- Práce s emocemi v integrativní psychoterapii
 - *Radka Voskovcová - Vaksmanová*

Využití psychoterapie při práci s pacienty v terénní péči

Kateřina Bobovnicková

„Všechny cesty vedou k lidem.“

Antoine de Saint-Exupéry

ÚVOD

Tato práce se zabývá tématem využití psychoterapeutických postupů při práci s pacienty se schizofrenií v terénní péči. Vybrala jsem si toto téma, protože pracuji jako psychiatrická sestra v psychiatrické ambulanci v Prostějově, a součástí rozšíření nabízené péče je také možnost návštěv u pacientů v jejich vlastním prostředí. V případě doporučení psychiatra a se souhlasem pacienta pak společně s pacientem sestavujeme plán pro budoucí spolupráci, který zahrnuje předběžný časový harmonogram našich setkávání a cíle, na kterých budeme pracovat (kontrakt). Při úvodním zamyšlení nad tematikou a studiem materiálů jsem si čím dál více připouštěla obšírnost a hloubku problematiky. Postupně jsem si uvědomovala, že tento pocit zodpovídá „neuchopitelnosti“ pacienta se schizofrenií jako takového. Tato práce svým rozsahem zdaleka nemůže obsáhnout vše. Proto se zaměřím jen výsekově na stěžejní body, které by měly vytvořit ucelený náhled na dané téma.

SPECIFIKA PRÁCE PSYCHIATRICKÉ SESTRY V TERÉNU

Terénní péče, jinde nazývaná jako domácí, nebo komunitní znamená poskytování služeb a podpory pacientům na správné úrovni, ve správné podobě a ve správné chvíli, aby bylo dosaženo co největší úrovně nezávislosti a soběstačnosti (Jarošová, 2007).

Historické okénko

Péče o nemocné byla původně svěřena šamanům, později ženám bylinkářkám. Ve středověku došlo k založení prvního řádu řeholních sester Augustínek, které se specializovaly na ošetrovatelské služby v rodinách. V roce 1859 vznikla v Anglii koncepce domácí péče, jejímž autorem byl William Rathbon společně s Florence Nightingalovou. V České republice zajišťovaly tuto péči až do roku 1950 sestry Českého červeného kříže.

Péče o duševně nemocné se však napříč historií ubírala svou vlastní cestou. V minulosti si lidé neuměli duševní poruchy vysvětlit a přisuzovali je díky tomu nadpřirozeným silám, případně božímu trestu. Od těchto domněnek se odrážel také způsob léčby. První zmínky o léčbě duševně nemocných jsou zachyceny již v době starého Egypta. Tehdy nacházeli pacienti útočiště v chrámech. Obecně převažoval názor, že duševně nemocní jsou stíženi zlými duchy a měli by být izolováni, aby neobtěžovali okolí (Petr, Marková a kol., 2014). K prvním velkým změnám v psychiatrii došlo po Velké francouzské revoluci. Nástup psychoanalýzy Sigmunda Freuda měl velký význam v léčení neuróz a později i v léčbě psychóz. Systém péče o duševně nemocné v Česku se tehdy nijak výrazně nelišil od ostatních zemí v Evropě. První špitál pro duševně nemocné vzniknul již v roce 1458 ve Znojmě. V 19. století začaly vznikat první psychiatrické léčebny. Sestry byly v těchto dobách výhradně součástí institucionálního způsobu léčby. K výraznějším změnám ve prospěch komunitní péče u nás došlo až po roce 1989.

Současná situace

V současné době je psychiatrická péče v České republice realizována prostřednictvím systému vzájemně propojené sítě služeb. Základní prvky této sítě jsou psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, psychoterapeutické ambulance, lůžková

zařízení a zařízení systému komunitní péče, která jsou propojena s oblastí sociálních služeb – Centra duševního zdraví.

Od roku 2013 probíhá v České republice Reforma psychiatrické péče. V tomto směru je spolupráce s pacienty v jejich domácím prostředí jedním z důležitých článků celého řetězce komplexní péče o pacienty s duševním onemocněním. Ze zasedání výboru psychiatrické společnosti ČPS JEP ze dne 1. 3. 2023 vyplývá, že na základě třístupňového modelu psychoterapie ve zdravotnictví uveřejněného ve věstníku 12/2022 vznikly návrhy nových výkonů pro seznam zdravotních výkonů, kam budou zařazeny i psychiatrické sestry, které prošly psychoterapeutickým výcvikem. Upravený návrh bude procházet schvalovacím procesem v červnu 2023 (Psychiatrická společnost ČSLP JEP, Zápis zasedání výboru, on-line). Z výše uvedeného vyplývá, že psychoterapie bude hrát v práci psychiatrické sestry mnohem větší roli, než v minulosti. Pro pacienty to znamená mnohem větší svobodu při výběru způsobu léčby, a tím možnost komplexnějšího přístupu, díky možnosti kombinování různých forem léčby.

Kompetence psychiatrických sester

Obecně lze říci, že kompetence psychiatrických sester jsou legislativně vymezeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků. Odbornost psychiatrické sestry se označuje číslem 914.

Mezi výkony, které mohou psychiatrické sestry samostatně vykonávat, patří tyto:

- zavedení/ukončení individuální psychiatrické rehabilitace
- psychiatrická rehabilitace individuální
- zhodnocení psychického stavu pacienta
- skupinové podpůrné terapeutické aktivity
- psychoedukační a podpůrný rozhovor s rodinou
- telefonická konzultace sestry v péči o pacienta
- krizová intervence prováděná sestrou pro péči v psychiatrii
- sledování pacienta po terapeutické intervenci
- edukace a reedukace

Podrobný popis konkrétních výkonů je k nahlédnutí na stránkách MZČR (viz. odkaz ve zdrojích).

Ať už jsou kompetence jakékoliv, vždy je vhodné provádět je na psychoterapeutickém podkladě. Paradoxem je, že i když se při práci s psychotiky doporučuje supportivní, podpůrný, šetrný přístup – zdánlivě povrchný, přenosově a protipřenosově jde často o nejintenzivnější zátěž s ohledem na často hluboká poškození osobnosti pacientů a používané primitivní obrany. Proto je hlavním pracovním nástrojem sestry její osobnost. A k profesionální výbavě patří také schopnost uvědomovat si nejen, jak se vztahuje k pacientům, ale také to, jak se vztahuje sama k sobě. Schopnost sebereflexe je v práci v pomáhajících profesích důležitá obecně. Rozvíjet tyto dovednosti je možné v rámci sebezkušenostního výcviku, nebo supervize.

SCHIZOFRENIE

Všichni pacienti, kteří jsou v ambulanci zařazení do terénní péče, mají diagnózu z okruhu schizofrenie. Pro potřeby této práce a zasazení do kontextu psychoterapeutického přístupu při spolupráci s pacienty bych chtěla níže jen okrajově nastínit problematiku tohoto onemocnění.

Schizofrenie patří mezi závažné psychické poruchy a je charakterizována poruchami myšlení, vnímání a osobnosti. Dalším významným projevem je porucha emotivity především kvalitativního charakteru: emoční nepřiměřenost, oploštělost, chudost. Onemocnění často vzniká v mladém věku a probíhá buď kontinuálně, nebo v relapsech (Dušek a Procházková, 2011). Příčina vzniku není dosud zcela jasná. Lze sem ovšem zařadit genetické vlivy, zátěžové situace, užívání drog a alkoholu u predisponovaných jedinců, sociální komplikace, nebo potíže u porodu.

Klinické formy schizofrenie

- *Paranoidní (F20.0)* – je nejčastější formou schizofrenie. Charakteristické jsou bludy a halucinace. Mohou se vyskytovat afektivní raptly, či podrážděnost. Ze somatických příznaků jsou časté bolesti hlavy, nechutenství a poruchy spánku. Onemocnění probíhá epizodicky a postupně vznikají rezidua.

- *Hebefrenní (F20.1)* – tato forma se rozvíjí pozvolna. Hlavním projevem je hypomanická nálada. Pacienti mají klackovité chování, které je doprovázeno grimasami a nesmyslným šklebením. Bývají přítomny poruchy koncentrace a myšlení. Onemocnění postupně přechází v deterioraci s emočním ochuzením a oploštěním.
- *Katatonní (F20.2)* – hlavními projevy této formy jsou poruchy psychomotoriky ve smyslu hypokinetického a hyperkinetického syndromu. V projevech pacientů je patrná bizarnost, manýrování, ceremoniály, někdy se vyskytuje zmatená inkohrentní řeč. Onemocnění vzniká obvykle náhle bez prodromálních příznaků.
- *Reziduální (F20.5)* – vzniká, jako následek proběhlého onemocnění s výrazným narušením osobnosti a hlubokým zásahem do její struktury. Subjektivně se projevuje ztrátou zájmů, energie, neschopností rozhodování a navazování interpersonálních vztahů. Nejedná se však o poruchu intelektu.
- *Simplexní (F20.6)* – v tomto případě je častá emoční oploštělost, až otupělost. Pacienti se obtížně zapojují do společnosti, zanedbávají své povinnosti, může docházet ke kriminální činnosti. Onemocnění má progredientní průběh a končí jako reziduální schizofrenie, nejčastěji s defektem (Dušek a Procházková, 2011).

Příznaky

Onemocnění se může projevovat různě, ale v zásadě lze příznaky rozdělit do dvou základních skupin na pozitivní a negativní. Somaticky je v úvodu onemocnění často přítomná nespavost, bolesti hlavy, únava, celkové vyčerpání, může být přítomno nechutenství. Pozitivní symptomatika zahrnuje nejčastěji přítomnost bludů, halucinací. Dále vzrušenost, pozitivní katatonní projevy, jako jsou echomatismy, stereotypie, manýrování, bizarní projevy, impulsy a raptý. Pojem negativní symptomatika obecně označuje příznaky, mezi které patří psychomotorický útlum, zpomalená reaktivita, hypobulie až abulie, ztráta spontaneity a autismus. Dále sem patří neproduktivní katatonní příznaky, jako je negativismus, stupor, flexibilitas cerea, katalepsie (Dušek a Procházková, 2011). Tyto negativní příznaky jsou někdy laickou veřejností hodnoceny jako lenost a neschopnost. Další skupinu příznaků častých u onemocnění schizofrenií

tvorí kognitivní příznaky. Typické je zhoršení pozornosti, poruchy paměti, poruchy soustředění.

Postižení psychických funkcí se u pacientů se schizofrenií projevuje ve více oblastech.

- *Osobnost* – se již premorbidně může vyznačovat charakteristickými rysy, například plachostí, planým filozofováním. V průběhu nemoci pak dochází k netečnosti. Pacienti jsou plně pohlceni ve svém vnitřním světě, který při přítomnosti halucinací a bludů bývá pestrý a zcela nahrazuje realitu. Postupně dochází k dezintegraci osobnosti a vnitřní svět se rozpadá.
- *Myšlení* – porucha myšlení je považována za jeden z hlavních příznaků schizofrenie. Bývá inkoherní a nesouvislé (slovní salát). Charakteristická je přítomnost bludů, které mohou být perzekuční, megalomaničké, nebo úkorné. Bludy bývají nevyvratitelné, pacienti je považují za realitu. Mohou být trvalé, nebo při dlouhodobém trvání onemocnění mohou odeznívat.
- *Vnímání* – bývá výrazně narušeno nejčastěji výskytem halucinací (čichových, zrakových, tělových) nejčastěji však sluchových. Kdy pacienti slyší šelesty, slova, celé věty, nebo rozhovory dvou a více hlasů. Pacienti často mívají pocit vkládání myšlenek, nebo jejich ozvučování, či odcizování.
- *Jednání* – je odlišné od chování schizofreniků v rámci premorbidní osobnosti a také od jednání zdravých lidí. Často je výrazně ovlivněno halucinacemi, nebo bludy a může být v podstatě nevypočitatelné. Pacienti se mohou dopouštět i trestné činnosti. Nezřídka dochází také k sebezabití.
- *Emotivita* – se u pacientů v průběhu onemocnění výrazně mění. Může docházet k patologickým výkyvům nálad od mánie po depresi. Zpravidla však v průběhu onemocnění dochází k emočnímu vyhasínání. K tomuto dochází zejména u těžších forem onemocnění. Pacienti postupně propadají lhostejnosti a uzavírají se před světem (Dušek a Procházková, 2011)

Diagnostika

Diagnostika schizofrenie je poměrně obtížná. Obecně lze říci, že k diagnostikování je nutná přítomnost jednoho, nebo dvou pozitivních, či negativních příznaků (nejčastěji se jedná o halucinace, či bludy). Odebírá se psychiatrická anamnéza a velmi důležité je posouzení psychického stavu, kdy je důležité zaměřit se především na vnímání, řeč, celkový vzhled, myšlení, emotivitu, intelekt. Jako součást psychiatrického vyšetření se provádí vyšetření somatické včetně neurologického. Mezi pomocná vyšetření se řadí vyšetření psychologické, kontrolní odběry na přítomnost psychoaktivních látek a zobrazovací metody – výpočetní tomografie, pozitronová emisní tomografie, jednofotonová emisní výpočetní tomografie (Češková, 2007).

Průběh

Schizofrenie je onemocnění epizodické. Vleký začátek a časný projev negativních symptomů svědčí o těžším a nepříznivém průběhu. Často se vrací opakovanými atakami, jako tzv. relaps. Znovu propuknutí nemoci se projevuje tzv. varovnými příznaky, ke kterým patří úzkost, deprese, napětí, sociální stažení, kognitivní deficit, podezřívavost vůči okolí. Včasné rozpoznání těchto příznaků má zásadní význam pro prevenci relapsu. Ataka onemocnění trvá obvykle šest měsíců. Zpravidla se jedná zprvu o pozitivní příznaky, po několika týdnech léčby pozitivní příznaky pozvolna ustupují a jsou střídané příznaky negativními. Po propuštění z nemocnice zasahují do kvality života významně právě negativní příznaky, spolu s kognitivním deficitem (Petr, Marková a kol., 2014). Obecně se uvádí, že třetina pacientů se po první atace časem vrátí k běžnému životu a nemoc už se nevrátí, u další třetiny pacientů dojde k úzdravě, ale nemoc se po nějaké době vrátí v další atace. Poslední třetina pacientů má trvalé následky a s příznaky nemoci se potýká celý svůj život.

Léčba

Pilířem léčby schizofrenie jsou antipsychotika. Jejich podávání je doplněno o psychoterapii a psychosociální léčbu. Důležitou součástí léčby je nácvik sociálních dovedností a psychoedukace, kdy je nutné podávat pacientovi a jeho rodině adekvátní informace. Do léčby patří také psychiatrická rehabilitace. Ve vztahu k individuální symptomatice onemocnění jsou používány jako komedikace ostatní druhy psychofarmak (antidepresiva, anxiolytika, hypnotika). V omezené míře se používá transkraniální magnetická stimulace, nebo elektrokonvulzivní terapie a to zejména u farmakorezistentních pacientů (Petr, Makrová a kol, 2014).

K účelům psychiatrické rehabilitace jsou využívána Centra duševního zdraví a denní stacionáře. Ty poskytují rehabilitační péči, jejíž součástí jsou programy pro nácvik praktických dovedností, rovněž mají za cíl zamezit, případně zkrátit dobu hospitalizace. Existují samostatně, jako součást psychiatrické nemocnice, ambulance, nebo jiného psychiatrického zařízení. V dnešní době je důraz kladen na léčbu komunitní, kde se uplatňuje vliv resocializace a snaha o znovuzачlenění do života.

VYUŽITÍ PSYCHOTERAPIE PŘI PRÁCI S PACIENTY V TERÉNNÍ PÉČI

Zmíněné způsoby léčby by měly probíhat na pozadí psychoterapeutického vztahu a porozumění. Psychoterapie, či obecně psychosociální intervence usilují v obecné rovině o posílení vnitřních zdrojů ke zvládnání a adaptaci, aby pacienti mohli co nejlépe odolávat nárokům vnějšího prostředí. Jednotlivé intervence by měly reagovat na vícevrstevnatost potřeb pacientů se schizofrenií. Mezi tyto potřeby patří především zmírnění symptomů, získání dovedností a obnovení sociálních rolí, ale také nabytí autenticity, uvědomění si vlastní životní kontinuity a vytvoření perspektivy do budoucnosti. V neposlední řadě jsou to potřeby posílení schopnosti zvládnout svoje problémy vlastními silami a potřeba participace ve společnosti - zaměstnání, přátelé, sociální kontakty (Pěč, Psychiatrie pro praxi 2009, on-line).

Z výše uvedeného je zřejmé, že pro dobrou spolupráci s pacienty není možné držet se striktně jednoho psychoterapeutického přístupu. Pokud vezmeme v úvahu vícevrstevnatost potřeb pacientů, ale také fázi onemocnění, ve které se pacienti právě nacházejí a pokud chceme pacientovi ušít terapii na míru, pak je východiskem integrace různých psychoterapeutických přístupů a intervencí, které využíváme v závislosti na aktuálním stavu pacienta. V následujících řádcích uvádím pouze ty přístupy, které využívám ve vlastní praxi.

Psychodynamická psychoterapie

Z psychodynamického hlediska je hlavním cílem v kontaktu s pacienty podpora rozšiřování psychického prostoru, podpora rozlišování mezi přítomností a minulostí, podpora verbalizace myšlenek a pocitů. Ogden se pokusil popsat fáze průběhu psychóz z psychoanalytického pohledu, kdy rozlišuje 4 základní stadia:

1. *stadium neprožívání* – fragmentace psychiky psychotického pacienta ústí do pocitu vyprázdňenosti, sdíleného pacientem i terapeutem. Setkávání s pacienty jsou prázdná, bezobsažná, ale nikoliv emocionálně zatěžující. Je spíše přítomna nezajímavost a nuda. Terapeutickým cílem v této fázi je pokus vytvořit podmínky pro obnovení pacientovy schopnosti myslet a prožívat. Během návštěv spíše sloužit jako kontejner projektivních identifikací ze strany psychotického pacienta.

2. *stadium projektivní identifikace* – pacient se odvažuje prožívat skrze terapeuta a současně testuje jeho schopnost vlastní – často chaotické a ohrožující – prožitky unést a vrátit je zpět v benignější podobě. U verbálně aktivnějších pacientů se v této fázi mohou objevovat např. suchá a monotónní líčení zážitků a dat; pocity vyčerpání na straně terapeuta souvisejí se snahou pacienta zbavit se vlastní prázdnoty.

3. *stadium psychotického myšlení* – je spojeno s aktivací některých symptomů, dochází ke znovuoživení útoků na percepční aparát pacienta, jsou přítomny halucinace, bludné myšlení, je narušena schopnost testovat realitu. Popsané stadium může představovat i nebezpečí suicidálních pokusů či násilných útoků proti druhým osobám, pokud převažují paranoidní projekce. Sebevražda bývá často neočekávaná, protože okolí může mít pocit, že pacientův stav se vlastně zlepšuje.

4. *stadium symbolického myšlení* – dochází k redukci popsané symptomatiky, objevuje se obnovený pocit relativního klidu, pacient objevuje nové formy myšlení, ale rovněž potěšení z myšlení, dříve vymizelé. Současně se ale může objevovat výraznější depresivní symptomatika, spojená s pocity bezcennosti a viny v konfrontaci se svými četnými selháními, objevuje se pocit nedostatečnosti s následnými snahami o kompenzaci (Zahradník, Psychiatrie pro praxi, 2006, on-line).

Kognitivně behaviorální psychoterapie

Kognitivně behaviorální terapie nabízí široké spektrum intervencí. V případě sluchových halucinací se uplatňují metody odvádění pozornosti (sluchátka na poslech hudby, čtení, rozhovor, plánování různých činností). Obecně lze říci, že cílem je zlepšení kognitivních funkcí i zlepšení sociální kompetence, zmírnění psychotických příznaků a zlepšení sociálních dovedností. Uplatňuje se velmi dobře nácvik sociálních dovedností, kde se zaměřujeme zejména na zlepšení komunikačních dovedností, jednání s druhými lidmi, prosazování zájmů a plánování vhodných činností (Pěč, Psychiatrie pro praxi, 2009, on-line).

V praxi je tento přístup často využíván zejména prostřednictvím tréninku řešení konkrétních problémů. Kdy spolu s pacienty určíme problém, rozčleníme ho na několik kroků a hledáme různé způsoby řešení. Mezi nimi pak pacienti volí pro ně nejlepší způsob.

Rogersovská psychoterapie

Při spolupráci se schizofreniky jsou velmi významné také techniky rogersovské psychoterapie, protože právě tito pacienti se díky své nemoci často ocitají v situaci, kdy nejsou pochopeni okolním světem, a ani oni sami jej nemusí chápat. A velmi často se cítí být ohroženi okolím. Tento psychotherapeutický přístup, jehož specifickým rysem je, že vychází z pacienta a podněcuje jeho samostatný rozvoj je postaven na důvěrném rozhovoru, kdy je pacient plně respektován, ale zejména je kladen důraz na otevřenost a vřelost terapeuta (Kratochvíl, 2017).

I v dnešní době, kdy je kladen důraz na destigmatizaci, je časté nedůvěřivé chování od okolí. Roli hraje také sebestigmatizace, kdy si pacienti po zaléčení ataky uvědomují své dřívější nepřiléhavé chování, vzniklé například pod vlivem halucinací a pociťují velmi často stud. Proto je důležité, aby se pacient cítil akceptován a přijímán bez podmínek. Zejména upřímnost k pacientům je velmi důležitá, protože psychotičtí pacienti velmi dobře vycítí, pokud se nechováme kongruentně (autenticky).

Existenciální psychoterapie

Existenciální pojetí spolupráce s pacienty by nemělo být upozaďováno. Schizofrenie se velmi často projevuje v mladém věku a tím výrazně ovlivňuje další zbytek pacientova života, který se tak může ubírat úplně jiným směrem, než se původně mohlo zdát. Pacienti často po proběhlé atace hledají otázky na své odpovědi. *Proč právě já? Co bude dál? Stane se to znovu? Co mám dělat? A bude to mít smysl?* Vzniká tak konflikt, který pramení z konfrontace člověka s podmínkami vlastní existence. Pacienti často ztrácí smysl své existence, cítí se rozladění, nespokojení a bezmocní. V těchto otázkách musíme k pacientům přístupovat s vnímavostí a s uvědoměním si důležitosti smyslu života u lidí. A snažíme se pomoci jim najít smysl života v něčem novém, nebo je podpořit v jejich předchozím počínání (Yalom, 2006).

V tomto kontextu se velmi často setkávám také s rodiči mladých pacientů, kteří se cítí „zrazeni životem“ a bezmocní ve snaze pomoci svému dítěti. Je důležité vyslechnout

jejich pocity a pomoci jim hledat společně novou cestu nejen pro své děti, ale také pro ně samotné.

V neposlední řadě je v ambulantních podmínkách a v terénu nejčastěji využívána podpůrná psychoterapie. Jejím cílem je funkční a sociální podpora. Klade důraz na edukaci pacienta i jeho rodinných příslušníků, zvyšování adherence k léčbě, přináší návrhy konkrétních řešení, povzbuzení. Programy psychoedukace se zaměřují na zvýšení informovanosti pacientů, zlepšení jejich názoru na onemocnění, rozpoznání prvních varovných příznaků relapsu. V našich podmínkách je využíván program PRELAPS a na některých pracovištích program CESTA. Významnou roli hraje také dobrá spolupráce s rodinou, či pacientovým okolím, která umožňuje včas reagovat na zhoršení a změny stavu. V rámci podpůrné psychoterapie je důležitá mezioborová spolupráce nejčastěji s psychologem, praktickým lékařem a sociálními pracovníky, kteří společně vytváří síť služeb.

ZÁVĚR

V době probíhající Psychiatrické reformy, která od roku 2013 prošla určitými fázemi a reakce jsou nyní při hodnocení toho, co se podařilo a nepodařilo mnohdy bouřlivé, je pro mě důležité uvědomění, že ať už bude spolupráce s pacienty probíhat kdekoliv, vždy jde především o setkání lidské.

Práce s pacienty se schizofrenií je velmi časově náročná. Je těžké získat důvěru lidí, kteří jsou ovládáni cizími hlasy. Necítí se bezpečně ani ve vlastním pokoji, mnohdy nevěří svým nejbližším. Proto považují za nepřipustné svěřovat se cizím lidem. Často tak dochází k disimulaci a skutečné problémy mohou zůstat skryté. Nejdůležitějším faktorem pro práci v terénní péči je utváření terapeutického vztahu, který je založený na vzájemné důvěře. Protože vzájemná důvěra je těžištěm dobré spolupráce.

SEZNAM LITERATURY A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 80-7345-114-1.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2150-7.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 7. vydání. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1227-0.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra(Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

YALOM, Irvin D. *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-147-6.

<https://www.psychiatrie.cz/spolecnost-zapisy-ze-zasedani-vyboru/3639-zapisy-z-jednani-vyboru-ps-cls-jep-a-cps-z-s-pro-rok-2023>

<https://szv.mzcr.cz/Vykon?cols=Odbornost%2CCisloVykonu%2CNazevVykonu%2CKategorie%2CDobaTrvani%2COmezeniMistem%2COmezeniFrekvenci%2CPrimeNaklady%2COsobni%2CBodyRezijni%2CBodyCelkem%2CRevize%2CDetail&cislovykonu=&nazevvykonu=&odbornost=914&aktivni=true>

https://www.solen.cz/artkey/psy-200902-0005_Psychoterapie_u_psychoz.php

https://www.solen.cz/artkey/psy-200605-0005_Psychodynamicke_aspekty_schizofrennich_psychoz.php

Psychoterapie pocitu viny z pohledu různých přístupů

Alena Bogdanová

OBSAH

ÚVOD

1. Strategický přístup
2. Narativní terapie
3. Systemická rodinná terapie subosobnosti
4. Psychoterapie pocitu viny pomocí psychodramatických technik
5. Schema - terapie
6. Integrativní přístup k psychoterapii viny

ZAVĚR

POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA

ÚVOD

Pocit viny je velmi zkoumaný osobní fenomén. Je to jeden z nejbolestivějších a nejtísnivějších pocitů, který narušuje vnitřní klid, způsobuje bolestivé sebičování a stává se také účinným nástrojem manipulace pro ostatní. Přitom pocit viny představuje pro člověka poměrně běžný a bolestivý jev. Uvažuje se o něm v různých modelových paradigmatech a v závislosti na nich se předpokládá, že má různou povahu a různé modely, jak se s ním vypořádat. To bezpochyby určuje důležitost jejího zohlednění v kontextu psychoterapie.

Přístupy představené v této práci interpretují povahu viny různými způsoby, a proto nabízejí různé strategie a nástroje pro psychoterapeutickou práci. Každý přístup obsahuje ustanovení, která jej odlišují od ostatních psychoterapeutických přístupů. Zároveň se porozumění pocitu viny, jeho povaze a terapeutickým cílům jednotlivých přístupů může překrývat, což svědčí o integrativním přístupu k psychoterapii pocitu viny. Rozdíly v psychoterapeutických přístupech umožňují psychologům rozšířit pohled na problematiku pocitu viny a vzájemně se obohatit.

1. STRATEGICKÝ PŘÍSTUP

Autory tohoto přístupu jsou Paul Vaclavik a Gio Nardone. Strategický přístup je jeden ze směrů klasické systémové rodinné psychoterapie, který vychází z obecné systémové teorie. Strategický terapeut se zaměřuje na vztahy, které si každý jedinec buduje sám se sebou, s druhými lidmi a s okolním světem. Cílem strategické terapie je dobře fungující vztah v kontextu osobní reality jedince. Ve středu pozornosti strategického terapeuta nejsou důvody, díky nimž se člověk dostal do problematické situace, ale jeho způsoby, jak se s problémem vyrovnat v přítomném okamžiku (2).

Z pohledu strategického terapeuta lze na vinu nahlížet jako na jev, který ovlivňuje percepčně-reaktivní systém člověka. Když je člověk zachvácen pocitem viny, proces výměny pocitů ve vnímavě-reaktivním systému je rigidní. Abychom rigiditu systému prolomili, nezačínáme tím, že si problémy budeme uvědomovat, ale tím, že člověka navedeme, aby se cítil jinak.

Při pocitu viny si člověk vystavuje přísné kritice a ztrácí sebeúctu. Vztahy s blízkými jsou budovány na základě povinností. Vnější svět je vnímán jako nebezpečný, odsuzující a odmítavý, jako by si ho člověk musel zasloužit, aby v něm mohl být. Tradičně se terapie skládá ze čtyř částí:

1. Zkoumání problému.
2. Odblokování problémové situace.
3. Konsolidace změny.
4. Ukončení terapie.

Ke změně dochází jak během sezení díky tomu, že se člověk cítí jinak (prožívá emocionálně korektivní zážitek), tak mezi sezeními díky dobře zvolené strategii, která člověku umožňuje náhodně prožít plánovanou událost.

Hlavní pokusy o vyřešení problému osoby, která prožívá pocit viny:

- schovívavý a podpůrný vztah k činnosti druhé osoby (vůči níž se cítí vinen);
- vzdání se vlastních potřeb ve prospěch vůle druhého;
- vyhýbání se problematickým situacím.

Prozkoumáváním každého z učiněných pokusů vede terapeut k otázce: "Když budete pokračovat v této činnosti,lepší se vaše situace, nebo se zhorší?". Tato otázka vytváří slabé přesvědčení, že osoba šla po chybné cestě, což pomáhá zablokovat neefektivní pokusy.

Ve strategickém přístupu se používá paradox. Například tímto paradoxem je předpis v prvním sezení, který vám pomůže rozpoznat a zablokovat neúčinné pokusy: "Jak to udělat, aby to bylo ještě horší?". "Kdybyste se vědomě nechtěli zbavit pocitu viny, ale ještě více ho prožívat, co byste museli udělat nebo neudělat?". Nebo se například probírá otázka, která má pomoci odhalit sekundární přínos pocitu viny pro klienta: "Když jste se zbavil pocitu viny, jakým problémům budete muset čelit?". V dalším sezení se problémová situace obvykle odblokovává: symptomatika se zmírňuje a člověk se vzdává iracionálních pokusů, které podnikal.

Klient, který prožívá pocit viny, se zpravidla vrací v myšlenkách zpět do minulosti a obviňuje se z chyb, které kdysi způsobil. Zde dobře funguje předpis, který pomáhá hodit minulost za hlavu: "Rozjímejte o nádherou trosek". Je to svého druhu domácí úkol, který člověku pomáhá přijmout to, co se již stalo. Když probíhá proces odpoutání se od pocitu viny, objevuje se spousta hněvu, který je třeba správně nasměrovat. V takovém případě se ve strategickém přístupu používají "Dopisy hněvu". Při vzájemné interakci s okolím člověk, který prožívá pocit viny, zpravidla dělá ústupky, je nucen dělat věci, které dělat nechce, ale není schopen je odmítnout, proto je dalším cílem strategického přístupu naučit klienta říkat "ne".

Rozdíl ve strategickém přístupu spočívá v tom, že se přizpůsobuje klientovi. Ne všichni lidé jsou připraveni pracovat do hloubky. Tento přístup se častěji používá u lidí bez schopnosti hluboké reflexe a se sklonem k racionalizaci.

2. NARATIVNÍ TERAPIE

Narativní terapii vytvořili australští psychoterapeuti Michael White a David Epston a stále se úspěšně rozvíjí. Narativní přístup se soustředí na souvislost vnímání sebe sama lidmi, jejich schopnosti ovlivnit svůj život, autorovu pozici ve vztahu k vlastní historii na jedné straně a společenské (kulturní, ekonomické, politické) faktory na straně druhé. Řada problémů, s nimiž se lidé potýkají, je důsledkem všudypřítomného srovnávání sebe sama a ostatních s normami a standardy slušného a úspěšného života, které jsou přijímány v různých sociálních skupinách. (3)

Terapie pocitu viny je v tomto přístupu založena na metodě externalizace. V narativní psychoterapii je spolupráce terapeuta s klientem strukturována tak, aby klient mohl zaujmout aktivní, autorský postoj ke svému životu. Zároveň se vytváří odstup mezi osobou, která zaujímá tuto autorskou pozici - která může hodnotit, interpretovat události svého života, rozhodovat o tom, co je pro ni důležité - a určitými aspekty svého života, jako je například pocit viny, což umožňuje tyto aspekty zkoumat a měnit a zároveň vytvořit verzi sebe sama, která bude tyto změny realizovat a uvádět v život. Při zodpovídání externalizujících otázek člověk (klient) oddělí to, co zkoumá a co mu může, alespoň v některých aspektech, způsobovat utrpení - problém -, a toho, kdo problém zkoumá, nahlíží na něj a rozhoduje o jeho místě v jeho životě - autora. Na základě otázek narativního terapeuta tentýž autor současně vytváří svou preferovanou verzi sebe sama jako toho, kdo může změnit vztah k problému. Na základě této preferované verze sebe sama, sestávající z jeho vlastních zvolených hodnot a intencí, jakož i z jeho vlastních zkušeností s aktivním působením ve vlastním životě, se sebou samým jako s autorem svého života, se dotýčný rozhodne, jak by chtěl s pocitem viny naložit v tomto případě - například s ním domluvit, rozejít se s ním, odebrat mu hlas -, a toto rozhodnutí uvede v život. Daří se mu to, protože pocit viny není jeho nedílnou součástí, stejně jako on sám. Je autorem a verzí, kterou nyní vytvořil. (4)

Takže v narativní terapii může člověk oddělit pocit viny od sebe samého, prozkoumat jeho účinky, zanechat pozitivní, pokud nějaké existují, a změnit svůj vztah k pocitu viny na preferovaný, znovu získat autorství a pocit aktivity, s nimiž si pocit viny neseď.

3. SYSTÉMOVÁ RODINNÁ TERAPIE SUBOSOBNOSTÍ

Richard Schwartz je zakladatelem Systémové rodinné terapie subosobností. „Celý svět je divadlo a lidé v něm jsou herci“ – Shakespearův aforismus je všeobecně známý a už se s ním nikdo nehádá. Nikdo také nepolemizuje s výrokiem, který ztratil svého autora: každý člověk je celý svět. Ale další krok se může zdát nečekaný, i když je celkem logický: každý člověk, každý z nás je celé divadlo, kde se může hrát drama, komedie, one-man show nebo přeplněný epos. Daří se řediteli tento proces řídit? Vycházejí spolu herci? Přidáme-li k tomu, že mezi „herci“ jsou děti a staří lidé a mnohé z nich spojuje příbuznost a společná paměť, některé se zmocňuje nejsilnější vášně a jiné nejhlubší lhostejnost, pak tato metafora dává částečnou představu o tom, co je teorie podosobností. A rozdíl mezi přístupem amerického psychoterapeuta Richarda K. Schwartze k terapii podosobností od ostatních je následující. Nejčastěji jsou podosobnosti považovány za samostatné postavy a klient je vyzván, aby s nimi komunikoval postupně, pokaždé pouze s jednou. Zatímco středem Schwartzovy pozornosti je interakce v rámci skupiny „postav“, které terapeut považuje za systém či „vnitřní rodinu“, přičemž uplatňuje již známé metody rodinné terapie a vytváří nové. (5)

Každá subosobnost má svůj vlastní charakter, soubor postojů, škálu emocí a způsob komunikace. Projevy jednotlivých subosobností mohou vypadat různorodě: jako silně vyjádřená přesvědčení, včetně těch, která klient hodnotí jako problematická, nutkavé chování, deprese nebo například jako Pocit viny.

Rozlišují se skupiny subosobností, jako např.:

- **Vyhnanci.** Když se snažíme zapomenout na trauma potlačováním pocitů, vytváříme "vyhnanství". Vyhnanci jsou nejcitlivější členové vnitřního systému, charakterizované jako zraněné, zneužívané, traumatizované, které v sobě nesou pocity bolesti, odmítnutí a hanby a někdy i hněvu.

- **Manažeři** jsou subosobností, zajišťují izolaci vyděděnců od Samosti v zájmu bezpečnosti systému, žijí ve strachu z vyděděnců ze strachu, že by se jejich těžké pocity a vzpomínky mohly dostat do vědomé části psychiky. Manažeři se vyznačují takovými vlastnostmi, jako je opatrovnictví, rychlé rozhodování, zodpovědnost, zájem o bezpečnost.

- **Hasiči** jsou reaktivní části, které reagují na znevýhodnění Vyhnanců potlačením jejich aktualizovaných pocitů. Projevy Hasičů se můžou projevovat jako sebedestruktivní

a společensky neakceptovatelné chování: přejídání, nutkavé chování, alkoholové opojení, záchvaty vzteku, křik apod.

Subosobností s pocitem viny můžou vykazovat "uvíznutí v čase". Nezřídka jsou nositeli negativních přesvědčení o sobě samých z doby, kdy daná osoba získala těžkou, traumatizující zkušenost. Pocity a představy získané během takových událostí se mění v zátěž minulosti.

Pocit viny považuje Systémová rodinná terapie subosobností za subosobnost. Tento typ subosobnosti lze zařadit do bloku Manažeři, protože pocit viny varuje před výskytem situací, v nichž by se Vyhnanec mohl aktualizovat. Tato subosobnost se stará o vztahy a dodržuje normy chování stanovené okolní komunitou, kulturou a rodinou. Subosobnost «pocit viny» bývá nositelem břemene minulosti. Příkladem těchto přesvědčení může být vnímání vlastní bezcennosti, nehodnosti, nedostatečnosti atd.

Podíváme se na možnou psychoterapeutickou práci s pocitem viny:

- 1) Zvýraznění subosobnosti a její oddělení od samotné osobnosti.
- 2) Dalším krokem je diagnostická práce, jejímž cílem je vyhledat vnitřní části spojené s pocitem viny a určit specifiku jejich vztahu, včetně hledání procesu polarizace.
- 3) Třetím krokem je objasnění pozitivních záměrů subosobnosti "pocitu viny". Na základě zkušeností můžeme říci, že nejčastějším pozitivním záměrem pocitu viny, který leží na povrchu, je udržet vztah s osobou, vůči níž vzniká, a získat její schválení. Pocit viny brání aktivaci Vyhnance tím, že předvídá situace podobné těm, které prožil. Pocit viny navrhuje číst reakce významných osob a vyhovět jim, být citlivý a přizpůsobit se, aby se udržel kontakt. Pozitivními záměry této části je uchránit člověka před bolestí, hrůzou a zoufalstvím traumatizované části.
- 4) Práce s Vyhnancem - uzdravení. V této fázi terapeut Vyhnance podporuje, utěšuje, a tím ho uzdravuje tak, aby činnost subosobnosti "pocit viny" již nebyla nutná.
- 5) Dalším krokem je odstranění zátěže minulosti, tedy myšlenek a postojů rodiny, které byly vneseny v dětství.
- 6) Posledním krokem je krok k vnitřní harmonizaci, kdy je subosobnosti "pocitu viny" přidělen nový, příjemnější úkol k udržení vnitřní rovnováhy. V této fázi procesu se zpravidla obraz a dokonce i jméno této subosobnosti změní k nepoznání.

Takže můžeme shrnout, že hlavním cílem Systémové rodinné terapie subosobností je harmonizace vnitřního systému prostřednictvím odstranění omezení.

4. PSYCHOTERAPIE POCITU VINY POMOCÍ PSYCHODRAMATICKÝCH TECHNIK

Psychodrama je psychoterapeutická metoda založená na aktivitě. Její zakladatel Jacob Levi Moreno věřil, že hlavním problémem moderní společnosti je "nutkavý konformismus", tedy napodobování druhých místo toho, aby člověk byl sám sebou. Hlavním úkolem psychodramy je odreagování a následné osvobození člověka od destruktivních, neúčinných, ale hlavně nepříjemné pocity nebo velmi reálnou újmu způsobujících vzorců reagování a chování. Nebo jinak řečeno, obnovit schopnost člověka být spontánní.

Pokud jde o teorii pocitu viny, psychodrama vnímá pocit viny jako destruktivní zkušenost odlišnou od pocitu odpovědnosti. Je to "destruktivní emocionální reakce jedince na sebeobviňování a sebeodsuzování", v podstatě agrese namířená proti sobě samému.

Při práci s prožitkem viny je poměrně často účinné navrhnout klientovi, aby zahájil psychodramatický dialog s osobou, před kterou tento prožitek má, a začal s ní o něm mluvit. To se může projevit například tím, že klientovi odpovíte: ""Chápu to správně, když předpokládám, že jste mu chtěl jakoby říct, že jste mu svými slovy nechtěl ublížit?" - a po vyslechnutí této repliky se klient mentálně přizpůsobí této komunikaci a někdy v ní mentálně skončí. To samo o sobě často posouvá klientovu zkušenost z bodu, kde se zasekla. To znamená, že v takových místech jako by klientovi chybělo buď odhodlání, nebo podpora, nebo vlastní přesná slova, aby se do této komunikace pustil. A právě s tím zde může terapeut pomoci:

- Vytvořit pro klienta podpůrné prostředí (např. svým dobrým přístupem k němu), ve kterém se klient může rozhodnout zkusit trochu odvážnější kroky.

- Pomáhat klientovi lépe porozumět jeho prožitkům a převést je do přesných slov, která může říci svému partnerovi.

- Pomáhat klientovi lépe porozumět zkušenostem druhé osoby a díky tomu lépe porozumět svým vlastním zkušenostem.

- Pomáhat klientovi na základě výměny rolí najít efektivní formy komunikace.

Tato možnost je vhodná zejména pro práci s prožitky viny ve vztazích, kde je naděje na dobrou komunikaci. A obvykle stačí jedna nebo dvě otázky ve zmíněném stylu na začátku, abyste zjistili, zda je to možné.

Je důležité si uvědomit, že lidé s neurotickým pocitem viny nemají právo se mýlit - buď jsou ideální, nebo nula. Zde nepomůže pouhé konstatování: "Ach, každý dělá chyby." A strategie spočívající například v tom, že sehraje rodové drama, abychom vinu vrátili jednomu z předků, nebude fungovat, respektive pomůže, ale ne na dlouho.

Často se stává, že se téma viny projeví jako skupinová záležitost. V takové situaci může dobře pomoci psychodramatická rozcvička, která se zaměřuje na "neobvyklé" chování - navazování očního kontaktu, doteky, pohyby, které jsou příjemné, nebo naopak zaujímání nepohodlných póz, aby si člověk všiml, že je ve skupině příležitost udělat něco neobvyklého, a přitom zůstat jako skupina pohromadě. Navíc, když všichni účastníci dělají společně něco, co není příliš známé, tak to přispívá ke sblížení.

Pozornost je třeba věnovat také chronickým pocitům viny. Chronické pocity viny mají tendenci vznikat v rodinách, kde rodiče často a systematicky kritizují dítě a přenášejí na něj svou vlastní odpovědnost. I když v reálném životě dospělý člověk nemusí s kritizujícím rodičem dlouho žít a výčitky a obvinění na svou adresu už neslyší, v jeho vnitřní realitě se tento proces reprodukuje se záviděníhodnou pravidelností. Jazykem psychodramatu řečeno, ve struktuře psychiky takového člověka "vnitřní rodič" neustále kritizuje a "vnitřní dítě" se neustále cítí provinile. Zpracování pocitu viny probíhá prostřednictvím formování a posilování tzv. vnitřního dospělého. Tato část se formuje v dospělosti na základě existujících představ a zkušeností. Není závislá na postoji vnitřního rodiče a je schopna stát se pro vnitřní dítě ochráncem nebo ideálním rodičem.

(1)

Formování a posilování této části v psychodramě probíhá prostřednictvím přehrávání scén, tentokrát pro jedince nových. V těchto scénách se objevuje nová, zdrojová postava, další objekt, který přebírá funkci ochrany dítěte: mluví se o odpovědnosti dospělých za dítě, o absenci viny, ale hlavně o absenci potřeby být dokonalý nebo vinný, aby byl člověk milován. Jejich přehráváním klient postupně integruje tuto zkušenost a postava vnitřního dospělého se ve vnitřní realitě stává stále zřetelnější. Díky tomu jsou navyklé pocity viny nahrazeny přiměřenými reakcemi, včetně zralé odpovědnosti, a schopností být spontánní se vrac.

5. SCHEMATERAPIE

Podle mezinárodních výzkumů je používání schematerapie jednou z neúčinnějších metod práce v klinické praxi a psychologickém poradenství, a to nejen při léčbě různých druhů poruch osobnosti, ale i při řešení běžných problémů klientů.

Schematerapie zahrnuje koncepty psychoanalytického přístupu, teorie připoutání J. Bowlbyho, Gestalt terapie a teorie objektových vztahů. V tomto typu psychoterapie jsou osobnostní problémy vnímány jako důsledek neuspokojených nebo nadměrně uspokojených potřeb v dětství, což vedlo k rozvoji raných maladaptivních schémat (EDS).

Podle Jeffrey E. Younga je na rozdíl od kognitivně-behaviorální terapie schematerapie při řešení poruch osobnosti účinnější, protože se více zaměřuje na tři hlavní body: destruktivní emoce tvoří spolu s kognitivními a behaviorálními problémy hlavní příznaky poruch osobnosti. Schematerapie využívá intervenci do osobního prostoru pacienta nebo jinými slovy intervenci, která se s těmito emocemi vypořádává. Postupy schematerapie se mohou zaměřit na řešení pocitů viny.

Z pohledu schematerapie se pocity viny objevují u lidí, kteří mají vysoká očekávání ohledně svého chování ve vztahu k ostatním. V situacích, kdy jim nedokážou dostat, se cítí provinile. Nejčastěji jsou tyto standardy způsobeny tím, že se tito lidé domnívají, že nemohou prožívat negativní pocity vůči druhým, že musí být ve všem vstřícní a že musí uspokojovat potřeby druhých, nikoli své vlastní. V takovém případě by se práce terapeuta měla zaměřit na to, aby si klient uvědomil své problémy a faktory, které k nim přispěly, a aby si vytvořil vhodné vzorce reakcí charakteristické pro režim "zdravého dospělého".

Lidé se sklonem k chronickému pocitu viny byli obvykle vychováváni v prostředí:

a) potřeby pečovat o duševně nebo tělesně nemocného rodiče (fenomén "parentifikace");

b) když jeden z rodičů v průběhu hádek nebo rozpadu vztahu využil dítě k uvolnění emocionálního napětí tím, že diskutoval s ním o negativních aspektech vztahu s druhým rodičem;

c) když je v rodině agresivní člen, který se uklidní, až když ostatní členové rodiny uspokojí jeho potřeby;

d) Pozorování chování rodiče při víkarnem učení.

Bylo zjištěno, že u profesionálů v pomáhajících profesích nejsou psychické problémy v této skupině neobvyklé. Práce schématického terapeuta, zaměřená na nápravu chronické viny, spočívá v oblasti rozvíjení klientova porozumění původu jeho psychických problémů, učení se dovednostem zvládnání maladaptivního chování a

formování zdravějších forem reakcí (posilování režimu "zdravého dospělého") a modifikace maladaptivních kognitivních schémat na adaptivnější a zdravější. (6)

6. INTEGRATIVNÍ PŘÍSTUP K TERAPII POCITU VINY

Integrativní přístup ve vědecké oblasti je historicky poměrně starým fenoménem. Ovšem v západní psychologii a psychologické praxi je novým směrem jak pro odborníky, tak pro lidi vyhledávající psychologickou pomoc. Metody práce, které se opírají o integrativní přístup, používají různorodé psychoterapeutické techniky. Integrativní psychoterapie zohledňuje mnoho přístupů k psychickému fungování člověka: humanitní, psychoanalytický, vývojovou psychologii, teorii objektových vztahů, Gestalt terapii, self-psychologii, kognitivně-behaviorální a tělesnou psychoterapii.

Každý přístup poskytuje cenné vysvětlení psychologických procesů a každý z nich je posílen výběrovou integrací s ostatními.

Zajímavý je také model integrativní psychoterapie založený na zohlednění tzv. obecných terapeutických faktorů. Existuje určitý počet faktorů, které způsobují pozitivní terapeutickou změnu, a tento počet faktorů lze využít v neomezeném počtu psychoterapeutických metod. Nalezení modelu změny, tj. nalezení společných faktorů, které jsou chápány jako procesy vedoucí ke změně, jsou společným prvkem různých metod integrativní psychoterapie. Model založený na zohlednění společných (základních) procesů je charakteristický pro všechny formy psychoterapie. Přístup založený na společných faktorech usiluje o vytvoření nákladově efektivnějších a účinnějších terapií založených na těchto společných prvcích.

Integrativní přístup nabízí ekletický přístup k terapii pocitu viny - rozdílné metody pro různé pacienty. Někteří pacienti se stejným problémem mají různé požadavky, silné a slabé stránky. Tyto rozdíly mohou ovlivnit jak prognózu, tak i diagnózu. Některým pacientům může prospět psychoterapie zaměřená na tělo. Jiným pacientům přinese skvělé výsledky psychodrama a kognitivní psychoterapie. Při řešení pocitů viny můžeme pozorovat tendenci ke kombinaci individuální terapie a dalších forem psychoterapie, jako je skupinová a rodinná terapie. Výhodou skupinové psychoterapie je, že intenzita terapeutického působení je rozložena mezi členy skupiny. Zatímco ekleticismus klade důraz na technickou a praktickou stránku, na selektivní využití různých typů intervenčních technik aplikovaných na konkrétní situaci, integrace je častěji asociována se syntézou jediné teorie založené na různých přístupech.

Cílem terapeuta pracujícího s pocitem viny v integrativním modelu psychoterapie je, aby se pacient aktivně účastnil všech fází procesu. Jednou ze základních podmínek terapie je navázání důvěrného vztahu mezi pacientem a psychoterapeutem. Tato spolupráce má podobu terapeutické dohody, v níž se psychoterapeut a pacient domlouvají, že budou společně pracovat na odstranění pacientových symptomů nebo na korekci jeho chování.

Z praxe víme, že při řešení pocitů viny se první sezení integrativní psychoterapie obvykle zaměřují na propojení s pacientem, nastínění problému, překonání pocitů bezmoci, volbu prioritního směru, odhalení souvislostí mezi iracionálními přesvědčeními a emocemi, zjišťování charakteristických rysů v myšlení a vnímání, určení oblastí možných změn a zapojení pacienta do integrativního přístupu. Terapeut podporuje pacienta, aby se vyjádřil a uvedl problémy, na kterých by chtěl pracovat. Na začátku každého sezení tak terapeut spolu s pacientem rozhodnou, jakému okruhu problémů se budou během rozhovoru věnovat. Terapeut může také aktivně využívat domácí úkoly. Cílem těchto úkolů je povzbudit pacienta, aby se vyjádřil, aby projevil své pocity, emoce a zkušenosti v souvislosti s tím či oním problémem. Například v integrativní psychoterapii lze takovou fázi zařadit jako "agendu" ze struktury sezení v kognitivně-behaviorální terapii. Agenda obvykle začíná krátkým přehledem pacientových zkušeností z předchozího sezení. Potom je pacient veden k tomu, aby vyjádřil, na jakých problémech by chtěl během dnešního sezení pracovat. Někdy psychoterapeut sám navrhuje témata, která považuje za vhodná. Na konci sezení se shrnou důležité závěry psychoterapeutického sezení (v některých případech písemně) a společně se analyzuje emoční stav pacienta. Na závěr se společně s ním rozhodne o povaze samostatného domácího úkolu, jehož cílem je upevnit psychoterapeutické úspěchy dosažené během sezení.

Někdy se práce s pocitem viny neomezuje pouze na úzkou škálu psychoterapeutických intervencí, ale vyžaduje zásah konzervativnějších metod (např. zapojení psychofarmak).

ZÁVĚR

Pocit viny je jedním z nejtěžších lidských psychických stavů. To však neznamená, že pocit viny nelze ovlivnit terapií. V uvedené práci mnou byly analyzovány různé přístupy k terapii pocitu viny. Různorodost přístupů naznačuje, že integrativní přístup může s tímto pocitem poměrně efektivně pracovat. Integrativní psychoterapie poskytuje

flexibilitu při práci s pocitem viny a také podporuje individuální přístup k pacientům. Proto pokud integrativní terapeuti při řešení konkrétních situací využívají různé strategie, přístupy, metody a teoretické koncepty, nedělají to náhodně, ale způsobem, který je založen na terapeutově klinické intuici a na dobré znalosti a porozumění existujícím problémům a intervencím, které mají být u konkrétního pacienta použity.

POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA

1. Ilyin E. Psychologie svědomí: vina, stud, pokání. Petrohrad: "Petr". 2016. str.76.
2. Nardone J. Magická komunikace. Strategic Dialogue in Psychotherapy / Nardone J., Salvini A. Moskva: Reed Group Publishing. 2011. str. 355.
3. White M. Narativní mapy praxe. Úvod do narativní terapie. M.: Genesis. 2010. str. 7,8.
4. "Psychologie rodiny a psychoterapie" N2, 2017| <https://familypsychology.ru/>
5. R. Schwartz „Systémová rodinná terapie subosobností“ M.: Scientific World. 2011. str. 175.
6. článek Schematerapie v kontextu psychologického poradenství (<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=35295993>)

**Léčba traumatu využitím somatických technik
s respektem k bio-psycho-socio-spirituální dimenzi
člověka.**

Monika Černá

Úvod

3

1.

Trauma

1.1 Základní

pojmy

4

1.2

Emoce

5

1.3 Posttraumatická stresová

porucha

6

2. Mozek, nervový systém a jejich role v uchování traumatických vzpomínek

7

3.

Paměť

3.1 Senzorický systém a sensorická

paměť

9

3.2 Somatická

paměť

9

3.3 Explicitní a implicitní
paměť

10

3.4 Obranná reakce na připomenutou
hrozbu

12

4. Tělo jako zdroj uzdravení traumatu

4.1 Somatické
techniky

15

- Propojení implicitního s explicitním • Znovuvyjednávání • SIBAM • Udržování tempa příběhu traumatu • Duální uvědomování • Svalový tonus • Fyzická hranice • Problematika doteku s klientem a terapeutem
- Zmírnění závěru sezení

5. Spirituální složka psychoterapie

5.1

Spiritualita

19

5.2 Trauma a
spiritualita

20

Závěr

22

Zdroje

27

Přílohy

1 Emoce • 2 Mozek, limbický systém • 3 Rizika práce s tělem • 4 Propojení implicitního s explicitním – jednotlivé kroky • 5 Znovuvyjednání • 6 SIBAM11 • 7 Udržování tempa příběhu • 8 Rozvíjení duálního uvědomování • 9 Svalový tonus, napětí vs. uvolnění • 10 Fyzické hranice – varianty techniky • 11 Dvanáct kroků Anonymních Alkoholiků • 12 Schéma japonského modelu Šťastného života Ikigai

Úvod

Během sebezkušební části výcviku jsem řadu náročných životních zkušeností z vlastní minulosti nahlédla jako traumatické. Rovněž při práci s klienty a na skupinových supervizích se s tématem **trauma** setkáváme poměrně často.

V praxi znám ráda teoretické pozadí a souvislosti dějů a procesů, které probíhají.

Proto jsem se rozhodla zjistit více a věnovat závěrečnou teoretickou práci právě traumatu.

Tato práce vznikala postupně několik měsíců.

Prvotním impulsem byl zájem o **trauma**, jak vzniká, udržuje se v paměti a jaké jsou možnosti jeho uzdravení (**1. kapitola**).

Při studiu zdrojů jsem objevila řadu informací podstatných pro pochopení traumatu.

Jedná se primárně o **mozkové struktury a nervový systém**, které jsou do vzniku, udržování a následně uzdravení traumatických prožitků zapojeny (**2. kapitola**).

Dalším významným klíčovým faktorem pro pochopení života traumatických vzpomínek je **paměť**, její druhy a funkce (**3. kapitola**).

Vzhledem k poměrně široké škále možností **léčení** traumatu jsem se omezila na okruh technik využívajících v léčení traumatu **tělo** (**4. kapitola**).

Během času, stráveného nad tématy výše uvedenými, mi stále „vzadu v hlavě“ běželo, že člověk je bytost bio-psycho-socio-spirituální. Nestačí pracovat s myslí a tělem, svou roli hraje i **spiritualita**. Vystala další výzva, zjistit, co je spiritualita a jaké jsou možnosti jejího využití v psychoterapeutické práci, konkrétně léčení traumatu (**5. kapitola**).

V **závěru** jsem se pokusila propojit získané poznatky a shrnout prvky **spirituality** konvenující s prvky **terapeutické práce** s traumatem.

V rámci nutného zúžení množství duchovních směrů a nauk jsem se vzhledem k socio-kulturní tradici Evropy zaměřila na **křesťanství**.

Práci uzavírají příklady **Biblických veršů** odkazujících k **uzdravení** v komplexním bio-psycho-socio-spirituálním rozměru.

1. Trauma

Pro orientaci v tématu uvedu v této úvodní kapitole základní pojmy a definuji trauma.

1.1 Základní pojmy

- **Stres** – *nespecifická reakce těla na jakýkoli požadavek negativní, ale i pozitivní.*
- **Traumatický stres** – nejextrémnější forma stresu, pramení z traumatické události.
- **Posttraumatický stres (PTS)** přetrvává i následně (post) po traumatické události.
- **Posttraumat. stres. porucha (PTSP)** – naakumulovaný stres vede ke vzniku symptomů
- **Flashback** (reminiscence) vysoce zneklidňující přehrávání implicitních sensorických vzpomínek na traumatické události, někdy s vybavením si explicitní číste, někdy bez ní. Sužovaný člověk není schopen odlišit realitu od minulosti, velmi intenzivní pocity prožívá, jako by se odehrávaly v současnosti.
- **Trauma** je pevně svázáno s instinktivními reakcemi těla na domnělou hrozbu; fixuje se v podobě **emocí** (především strach, hrůza a hněv), **navyklých afektivních stavů** a nálad (deprese, bipolarita, letargie) a je **odehráváno** různými sebedestruktivními repetitivními typy chování. **Traumatická vzpomínka** je uchovávána **v mozku** a **zadržována v těle**.
- **Traumatické vzpomínky** jsou utkvělé a neměnné, vryté hluboko do mozku, těla a psýchy (...) mohou vynořovat v podobě nevědomého odehrávání (bezděčné vystavování se riziku nebo časté úrazy). (Levine 2017, s. 6-7, 21).
- **Traumatická zkušenost** nás ovládá prostřednictvím psychických (**procedurálních automatismů** (viz dále procedurální paměť pozn. aut.) – *k rozřešení proto nepovedou rady, medikace, pochopení ani nápravné intervence, ale pouze zpřístupnění životní síly, vrozené touhy vytrvat a uspět; tu lze probudit jasnějším a hlubším vnímáním svého vnitřního světa, tedy pocíťováním vlastních tělesných instinktů, kdy tělo tuhne a stahuje se, kdy a jaké se dostavují emoce, vzpomínky a nutkání.* (Selye, in Rotschldová, s. 9)

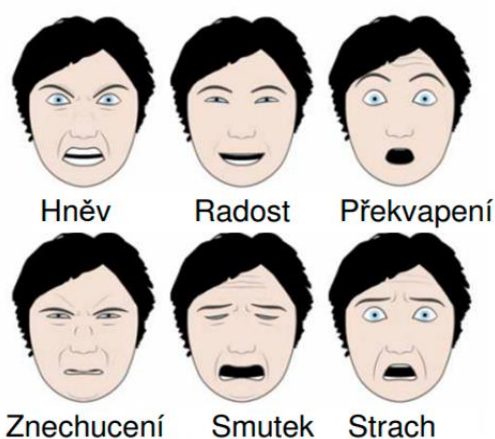
- **Traumatické vjemy** mohou dalekosáhle ovlivňovat následné reakce, chování a emoční stavy – mysl i tělo je neustále ve střehu, aby bolestné vzpomínky nepronikaly do vědomí.

K **uzdravení traumaických vzpomínek** je zapotřebí je bez posuzování sledovat a vnímat jednoduše jako to, čím jsou: **signály ke spuštění vrozených motorických programů** a nechat se jimi vést.

Na rozdíl od tohoto přístupu **mentální sebekontrola** podléhá stresu, *otevívá cestu panice, impulzivnímu chování, zamrznutí nebo zhroucení*. (Kolk van der, In Levine 2017, s. XVI)

1.2 Emoce¹ (v souvislosti s léčením traumatu) je potřeba chápat jako jasné signály umožňující **vyhledat procedurální vzpomínku** v katalogu **motorické paměti**. Spojují dohromady **motivy**, na jejichž základě jednáme. Klíčová je skutečnost, že **emoční vzpomínky** jsou prožívány v těle jako **fyzické vjemy** (Levine 2017, s. 22).

(Více o emocích viz příloha 1)



Paul Ekman (1934), americký psycholog, emoce, mimika

Dle teorie Antonia Damasia o **somatických markerech** se prožívání emocí skládá

z **fyzických pocitů** (vyvolaných v reakci na různé podněty), které jsou zakódovány a uloženy jako **implicitní vzpomínky** (viz dále) spojené s podnětem (klasické podmiňování) a později mohou být spouštěny vlivem podobných podnětů. (Rotschildová, s. 56)

¹ **Umírněné** pozitivní **emoce** (radost, láska, sounáležitost, cílevědomost, ochota ke spolupráci, mírumilovnost) a pocitové nuance napomáhají dynamickému navazování vztahů v čase relativního bezpečí.

Subkortikálně vyvolané „**negativní**“ **emoce** střední až vysoké intenzity (zejm. strach a hněv) upozorňují na nebezpečí, vybízejí

k rozpoznání jeho zdroje, vyhodnocení reálné hrozby a provedení akcí nezbytných k ochraně a obraně sebe i druhých.

Mírný až středně silný **hněv** nás udržuje bdělé, pokud něco ohrožuje naše vztahy či ambice. Vede nás a povzbuzuje k odstranění překážek, nápravě vztahů a dalšímu rozvoji.

Silný strach (hněv, děs nebo vztek) nás nutí jednat okamžitě, přímočaře a s krajním nasazením (útok-útek). Nemůžeme-li tyto akce dokončit nebo jsme zahlcení, následuje **zamrznutí** nebo zhroucení – stav bezmocné nehybnosti, v němž šetříme energií, dokud nebezpečí nepomine. (Levine, 2017 s. 43)

V Češtině nalezneme řadu slovních spojení, která uvádějí emoční problém v souvislosti

- Co/kdo vám nedá spát?
- Co vám zní v uších?
- Co se vám honí hlavou?
- Co máte na srdci?
- Z čeho/koho vás bolí srdce?
- Co vám leží v žaludku?
- Z čeho/koho se vám chce zvracet?
- Na co/koho se chcete vykašlat?

s tělem. V rozhovorech s klienty proto hlídáme následující a podobná vyjádření:

1.3 Posttraumatická stresová porucha (PTSP)

PTSP je komplexní psychobiologický stav; může se rozvinout v reakci na 3 typy událostí:

- 1) ohrožující život nebo fyzickou integritu (nebo jsou tak vnímány)
- 2) je-li dotyčný svědkem násilných činů páchaných na někom jiném
- 3) o nějakém násilí zaslechne, nebo násilím neočekávaně zemře někdo blízký

Oblasti mozku (více viz kap. 2, příloha 2) zodpovědné za **sebeuvědomování** (mediální části prefrontální kůry) a **vnímání** vlastního těla (insula) jsou často **atrofované**. Mozek i tělo se naučilo uzamykat oblasti, které tlumočí bolest a strast.

Riziko spočívá ve skutečnosti, že **stejně oblasti mozku zodpovídají za přenos pocitů radosti, slasti, smysluplnosti a sounáležitosti**.

Negativní posuzování sebe sama a druhých vyvolává v mysli i těle **napětí**, které (mimo jiné) **znemožňuje učení**. *Cesta k uzdravení traumatických vzpomínek nevede konkrétními kroky směřujícími k „nápravě“, ale prozkoumáváním nových způsobů pohybu, dýchání a fyzických interakcí.* (Kolk van der, Bessel A. In Levine 2017, s. XV – XXIII)

2. Mozek, nervový systém a jejich role v uchování traumatických vzpomínek

Mozek získává vstupní data prostřednictvím **senzorických cest**² (pěti smyslů) a **vestibulárního smyslu**³. Veškeré prožitky jsou zašifrovány, zaznamenány a vybavovány prostřednictvím synapsí. Komunikace mezi **neurony** probíhá formou elektrického impulsu nebo prostřednictvím **neurotransmiteru** (např. adrenalin, noradrenalin). Prostřednictvím souboru synapsí se jednotlivé myšlenky spojují do **konceptů** a váží ke konkrétním událostem⁴.

Nervový systém, limbický systém a jejich funkce pro přežití organismu
Vzruchy, tedy i traumatické hyperpodráždění, zprostředkuje **limbický systém**⁵ (reguluje emoční projev a chování zajišťující přežití); je v úzkém vztahu s **autonomním nervovým systémem** (ANS), který reguluje hladkou svalovinu a další orgány⁶. ANS má dvě větve:

- **sympatická** (SNS) – primárně oživována ve stavech úsilí a stresu
- **parasympatická** (PNS) – aktivní ve stavech klidu a uvolnění.

² **Eferentními** (odstředivými) nervovými vlákny mozek reguluje tělesné pocity a chování • **Aferentními** (dostředivými) informuje zpětně mozek o vnitřním stavu a pozici v prostoru.

³ Určuje, kterým směrem je nahoru

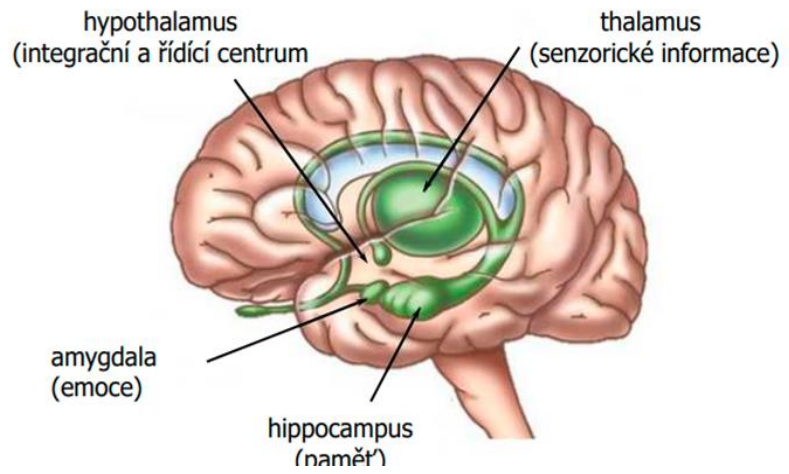
⁴ **Kognitivní paměť** vzniká spojováním nervových vláken prostř. synapsí v mozku • **Somatická paměť** vyžaduje spojení senzorických nervů s mozkiem, kde dochází k zaznamenání událostí.

⁵ **Limbický systém**, dříve označovaný jako **čichový mozek** (*rhinencephalon*), je název komplexního uskupení mozkových struktur ležících po stranách thalamu. Nejde o samostatný systém, ale seskupení částí koncového mozku, mezimozku a středního mozku. Podílí se na podpoře mnoha funkcí, např. emocí, chování, dlouhodobé paměti a čichu.

⁶ Srdce a oběhová soustava, ledviny, plíce, zažívací trakt, močový měchýř, střevo, oční zornice.

(Více viz příloha 2)

LIMBICKÝ SYSTÉM



Hypotalamicko-pituitární adrenalinová osa (HPA axis)

Limbický systém reaguje na ohrožení tak, že uvolňuje **stresové hormony**, které mají za úkol připravit tělo na obrannou reakci⁷.

Jakmile ohrožení skončí (boj/útek byl úspěšný), kortizol zastaví pohotovostní reakci a produkci adrenalinu a noradrenalinu, čímž pomůže obnovit tělu **homeostázu**.

Pokud bezprostředně hrozí smrt, útek není možný nebo ohrožení přetrvává dlouho, může limbický systém současně aktivovat PNS, což zapříčiní stav **strnutí** (tonická imobilita).

Pokud limbický syst. vyhodnotí, že v organismu je **dostatek sil**, má čas a prostor k útěku, tělo se dá do **běhu**. Je-li dostatek sil k **obraně**, ale není čas uprchnout, volí **boj**. Pokud **není** k dispozici **čas ani síla** pro boj nebo útek, pak tělo **strne**.

Racionální úvahy nemají na nervový systém vliv.

Skutečnost, že **strnutí je automatické**, v psychoterapii často usnadňuje obtížný proces odpuštění sobě samému.

⁷ **Amygdala** signalizuje poplach **hypotalamu**, který spouští dva systémy:

- 1) aktivace SNS
- 2) uvolnění **kortikotropinu** (CRH)

Aktivace SNS následně aktivuje **nadledviny**, které uvolní epinefrin a norepinefrin (**adrenalin** a **noradrenalin**) k mobilizaci těla pro **boj** nebo **útek**. Zároveň CRH aktivuje **hypofýzu**, aby uvolnila **adrenokortikotropní hormon** (ACTH), který rovněž aktivuje nadledviny, aby uvolnily hydrokortizon (**kortizol**).

3. Paměť

Klíčem k pochopení, jak fungují traumatické vzpomínky, je paměť, její druhy a funkce.

Paměť je *rekonstruktivní proces*, informace jsou neustále tříděny, doplňovány, mazány, reorganizovány a aktualizovány za účelem přežití a usnadnění života. Hlavním rozhodujícím faktorem, **co a jak** si z konkrétní události vybavujeme, může být náš **okamžitý pocitový stav**. Vybavované obrazy a myšlenky, které se vynořují na poli našeho vědomí, jsou vyvolávány a (nevědomě) vybírány tak, aby odrážely náš aktuální emoční stav – momentální nálada a vjemy strukturují vztah ke vzpomínkám, jak s nimi zacházíme a jak je rekonstruueme.

Učení je proces ustalování vzorců, afektů, chování, vjemů a představ (tzv. **engramů**) na základě předešlých zkušeností. Hlavním faktorem, ovlivňujícím proces učení, je **emoční dopad** vzpomínky.

3.1 Senzorický systém a senzorická paměť

Veškerá paměť (souhrn všech prožitků) začíná se **smyslovými** (senzorickými) **vstupy**. Smysly poskytují **nepřetržitou** zpětnou vazbu mozku ohledně stavu vnitřního i vnějšího prostředí⁸.

3.2 Somatická paměť

*Mozek je programován duševními zkušenostmi, které mají svůj odraz v těle (...), myšlenky a emoce jsou provázány změnou svalového tonu. Pokud chceme změnit navyké vzorce chování, musíme **změnit somatické okruhy***

⁸• **exteroceptory** – podněty formou **pocitu vědomě** či **nevědomě** přenášeny k mozku;

• **Interoceptory** – z vnitřních orgánů, svalů a pojivových tkání.

Interocepce obsahuje dva hlavní typy: **propriocepce** a **vestibulární smysl**. Propriocepce se skládá z **kinestetického smyslu** (kinestéze) a **vnitřního smyslu** (viscerocepce).

• Kinestetický smysl je nejdůležitější pro implicitní, procedurální paměť, je aktivní v době bdělosti a funguje automaticky. Přestože je většinou neuvědomělý, lze si jeho uvědomování zvyšovat.

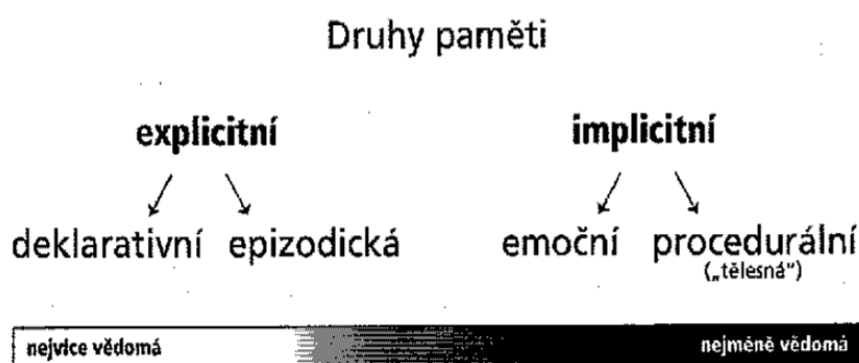
• Vnitřní smysl, náš „vnitřní pocit“, pomáhá identifikovat a pojmenovat emoce. Každý ze základních emocí (strach, zlost, stud, smutek, zájem, frustrace, štěstí) má svůj doprovodný soubor fyzických pocitů stimulovaných modelovou aktivitou v mozku. Tato biologie emocí v těle a mozku se nazývá afekt.

propojující vjemy, myšlenky, vzpomínky a reakce. Hlavním posláním terapeuta je sledovat tyto somatické změny a pracovat s nimi. (Kolk van der, Bessel A. In Levine 2017, s. XIV – XXIII)

Vnitřní vjemy a nezákladnější pocity nevycházejí z mozkové kůry (neokortex), ale nejhlubších vrstev mozkového kmene (limbický systém) – traumatizovaní lidé se proto děsí toho, co se odehrává v jejich nitru.

3.3 Explicitní a implicitní paměť

Vzpomínky na traumatické události mohou být zakódovány jak **explicitně**, tak **implicitně**. Lidé trpící PTS a PTSP postrádají explicitní informaci nezbytnou pro přiřazení smyslu somatickým symptomům (tělesným pocitům, z nichž mnohé jsou implicitními vzpomínkami na nějaké trauma.



Vědomá **explicitní paměť** se skládá z faktů, konceptů a představ. Je závislá na slovech (ústní podání, psaný jazyk). Zahrnuje fakta, popisy, pamětní operace⁹ a **historické umístění události**. Explicitní vzpomínka umožňuje vyličít událost jako soudržný příběh.

Podkategorií **explicitních** vzpomínek jsou **deklarativní** (narativní) – objektivní, oproštěné od citů a emocí, „chladná“, věcná data. Umožňuje sdělovat kusé informace ostatním.

Druhý typ – **epizodické**, jsou „vřelé“, plné pocitových odstínů (pozitivních nebo negativních). Tvoří dynamické rozhraní mezi „racionální“ (deklarativní) a „iracionální“ (implicitní, emoční) sférou; podporuje tvorbu ucelených narativů,

⁹ příběh, popis, převedení zkušenosti do slov, vytváření chronologie, vytěžení smyslu, aj.

přesvědčivých příběhů, které vyprávíme sami sobě i druhým a které našemu životu dávají smysl.

Nevědomá **implicitní** (nedeklarativní) **paměť** souvisí s ukládáním a vybavováním naučených postupů a chování¹⁰. Snadněji zaznamenává traumatické události (amygdala nepodléhá vlivu stresových hormonů, které potlačují aktivitu hipokampu). Zneklidňující emoce, rušivé tělesné pocity a matoucí behaviorální impulzy mohou existovat v implicitní paměti **bez přístupu k informacím** o kontextu (Rotschildová, s. 39).

Implicitní, velmi silné vzpomínky lze označit za **žhavé**. Organizují se **kolem emocí** (emoční paměť) nebo dovedností – **procedur** (procedurální paměť)¹¹, které tělo provádí automaticky (**motorické vzorce**¹²). Tyto navyklé reakce zaplétají do emočního stresu, odtělesnění a duševního zmatku.

Procedurální vzpomínky jsou velmi silné, houževnaté a trvanlivé. *Zafixované maladaptivní emoční a procedurální vzpomínky stojí za všemi traumaty i řadou vztahových i sociálních problémů* (Levine, 2017 s. 40).

Bez propojení a zpracování surových emocí, fyzických pocitů, faktů a příběhů a bez komunikace s druhými se nemůžeme vymanit z moci traumatu (kdy budoucnost je jen opakováním minulosti) a vykročit do budoucnosti, která staví na nových zkušenostech, informacích a možnostech (Levin 2017, s. 16-17)

Skryté vrstvy prvotních implicitních zkušeností nás pohánějí a řídí, musíme je odhalit a chápat, pokud chceme účinně pracovat s traumatem a paměťovými stopami, které zanechává v mysli i těle (Levine, 2017 s. XXII, 10, 21).

Kategorie implicitní paměti zahrnuje chování naučené prostřednictvím klasického nebo operativního podmiňování, která mohou být zapojeny do **naučených reakcí na trauma**.

¹⁰ např. jízda na kole

¹¹• **emoční** vzpomínky mají silný vliv na naše chování • **procedurální** mají hlubší vliv a určují naši životní dráhu

¹² **Motorické vzorce** můžeme rozdělit do tří kategorií: 1. naučené motorické dovednosti 2. dlouhodobě naprogramované nouzové (sebezáchovné) reakce, 3. reakční tendence přibližování a vyhýbání se – **apetence** (expanze, extenze, snaha o fyzický kontakt) a **averze** (motorické akce zpevnění, kontrakce, retrakce).

Klasické podmiňování je pravděpodobně mechanismem tvořícím základ traumatických spouštěčů (s traumatem se spojí řada vodítek, klíčů, záchytných bodů), které v budoucnosti vyvolají podobnou reakci, aniž by si dotyčný byl vědom příčiny. Může být obtížné spouštěče vysledovat a klasické podmiňování tak může vytvářet řetězce podmíněných podnětů, kdy jednotlivý spouštěč může být generace vzdálený. Klasicky podmiňované propojené generace traumatických spouštěčů mohou zapříčinit stále se zvětšující úroveň omezení, vyhýbání a nakonec oslabení (Rotschildová, s. 41).

3.4 Obranná reakce na připomenutou hrozbu

Vzpomínka na traumatickou událost může být různá:

1) vzpomínka v přesných detailech, přesně popíše, co se odehrálo. PTS, PTSP přetrvává, protože dotyčný není schopen v události nalézt smysl. Obtěžují intenzivní emoce nebo fyzické pocity, fyzická či emocionální otupělost, pocit marnosti.

2) vzpomínají si jen málo, nebo vůbec; sužováni fyzickými pocity a emocionálními reakcemi, které nedávají žádný smysl v současném kontextu.

V obou případech je **obtížné** si uvědomit, že událost je již minulostí a nebezpečí pominulo.

Amygdala a **hypokampus** hrají hlavní roli v uchovávání vzpomínek, jsou *zapojené především do zaznamenávání, evidování a zapamatování traumatických vzpomínek* (Nadel a Jacobs, 1996, van der Kolk, 1994 in Rotschldová, s. 15).

Amygdala napomáhá se zpracováním silných emocionálních vzpomínek spojených

s prožitky hrůzy a děsu. Je vysoce aktivní nejen v průběhu traumatické události, ale i při vzpomínkách na ni.

Hypokampus umisťuje vzpomínky na jejich místo v životní ose, časovém a prostorovém kontextu, dává jim počátek, střed a konec. Jeho aktivita bývá v průběhu traumatické hrozby potlačena, událost nemá proto možnost zaujmout náležité místo v minulosti a dál narušuje prožívání v přítomnosti.

Vzpomínky na trauma se mohou vynořit nečekaně a způsobit náhlou paniku.

Lidé se děsí nejen traumatu samotného, ale také **vlastních reakcí** na prožité trauma. Schopnost zorientovat se v bezpečí a nebezpečí je snižena, jako nebezpečné se mohou jevit současné události nebo prostředí.

Může nastat **disociace**, symptom akutní stresové poruchy, a to ve škále od prostého zapomenutí až po disociativní poruchu osobnosti. Lidé s PTSP při popisování průběhu jejich traumatické události uvádějí změněné vnímání času, omezené vnímání bolesti, absenci strachu. Disociace je prvoplánově instinktivní

reakcí (obranou), která má za úkol chránit člověka od utrpení, ale může přispívat k následnému rozvinutí PTSP¹³.

¹³ U PTSP přetrvávají symptomy zvýšeného podráždění v ANS. V minulosti se pozornost při léčbě zaměřovala na úzkostné syptomty, problémy s adaptací, a farmakolog. Intervenci. V současnosti se do léčby traumatu zapojuje řada psychoterapeutických směrů, které využívají samotné **tělo jako zdroj léčení**.

Ne každá traumatická událost vede k rozvinutí PTSP. Existuje řada **faktorů**, které traumatický stres mohou **ovlivnit**: **příprava** na očekávaný stres (pokud je to možné), **úspěšná reakce** formou boje (útok) či útěku, vývojová **historie**, **názorový systém**, předchozí **zkušenosti**, vlastní **síly a zdroje podpory** (rodina, komunita, instituce)

4. Tělo jako zdroj uzdravení traumatu

Trauma představuje *krajní nahromadění „sebezáchovné“ energie, která nemohla být plně a smysluplně využita*. Pokud se postupně uvolňuje a poté přesměruje ze symptomatické odbočky zpět do přirozené dráhy, nevědomé prožitky se nenásilně, automaticky a plynule začlení do struktury osobnosti. *Na tom, zda dokážeme onu spoutanou energii rytmicky uvolnit, závisí, zda nás zničí nebo posílí* (Levine, s. 385).

Hlavním **cílem terapie traumatu** je **odsunout jej na jeho místo v minulosti**. K tomu je zapotřebí zapojit procesy **explicitní paměti**, které zajistí **kontext** události v čase a prostoru.

Všechny teoretické přístupy zabývající se traumatem mají společné dvě věci: jsou **vysoce strukturované a direktivní** (práce vyžaduje **strukturu a směr**)¹⁴.

Prosté **uvědomování si těla** umožňuje *vyhodnotit, zpomalit a zastavit traumatické hyperpodráždění a je prvním krokem k interpretování somatické vzpomínky*. Jedná se o *přesné, subjektivní vědomí tělesných pocitů vznikajících na základě podnětů, jež mají původ jak vně¹⁵, tak uvnitř¹⁶ těla*. (Rotschildová, s. 129-134)

K **oddělení minulosti od přítomnosti** lze využít těla. Např. pohyb prstu, paže, vstát a projít se (atd.) pomůže posílit realitu tady a teď, vnímání, že trauma už neprobíhá.

Nejprve pracujeme s následky traumatu

Každá traumatická událost se skládá ze tří stadií:

1) okolnosti **vedoucí** k traumatické události

2) **traumatická událost**

3) okolnosti **následující**, v krátkodobém (minuty, hodiny) i dlouhodobém (dny, týdny, měsíce) měřítku. To, co následuje po události může být někdy více devastující, než událost samotná. Pracujeme proto **nejprve** se záležitostmi, které **následovaly**. Tento přístup významně redukuje zátěž, když se později zabýváme samotným incidentem.

¹⁴ Pouhé sledování psychického procesu probíhajícího u klienta vede buď k vyhýbání se traumatickým vzpomínkám nebo přehlacení (více o rizicích viz. Příloha 3)

¹⁵ **Exteroceptory** přinášejí do mozku informace z vnějšího prostředí

¹⁶ **Interoceptory** přinášejí do mozku informace z vnitřního prostředí těla

Jedním z cílů terapie traumatu je pomoci jedincům pochopit jejich tělesné pocity. Nejdřív je musí pocítit a identifikovat na úrovni těla, pojmenovat je a popsat význam těchto pocitů v jejich současném životě¹⁷. (Rotschildová, s. 59)

¹⁷ Ověřujeme klientovo uvědomování si těla a důvěřujeme mu: *Pomohlo vám to? Jste klidnější? Dokážete se lépe ovládat? X Tohle nepomáhá? Cítíte se hůř?* Méně schopný/á zvládat každodenní život? V tom případě zkusíme něco jiného.

Metoda **somatického prožívání** eliminuje riziko akutního strachu a fyzické agitace, které hrozí v terapiích založených na podrobném znovuprožívání traumat. Výzkumy uvádí experimenty – **katarzní prožitky**¹⁸ a **abreakce**¹⁹ v souvislosti s vysoce návykovým přívalem adrenalinu a endogenních opioidů a riziko konfabulací. (Levine 2017, s. 10)

Levinův přístup pomáhá klientovi překonat „nutkání k destruktivní interpretaci“ a vybudovat vnitřní pocit vlády nad dříve nekontrolovatelnými pocity a reakcemi (bezmocná rezignace, nezvladatelný hněv). (Kolk van der, Bessel A. In Levine, 2017, s. XVIII)

Somatické prožívání rozpouští zamrzlé pocity studu, zármutku, hněvu a ztráty tím, že umožňuje **dokončit a rozřešit** zahlcující nápor traumatu na tělo. Aby klient byl schopen překonat „nutkání k destruktivní interpretaci“ a vybuodoval si vnitřní pocit vlády nad dříve nekontrolovatelnými pocity a reakcemi, musí nejprve získat zkušenost **vtěleného jednání**, které nahradí bezmocnou rezignaci nebo nezvladatelný hněv. (Levine, 2017 s. XVII)

Pro některé klienty může být uvědomování si celého těla vzdálené, děsivé, nepatřičné či frustrující. Pak postupujeme **nepřímo**: dotazy na teplotu v místnosti, na čem sedí, mají-li žízeň. Zkoumáme kinestetiku: *Aniž byste se díval, v jaké pozici jsou vaše ruce/nohy?* (Rotschildová, s. 129-134)

Zásadní je, aby klient vnímal **tělesné pocity**, které cítí, jako **přátelské**, jsou měřítkem a ukazatelem jeho potřeb. Čím lépe je s nimi v kontaktu, tím méně strachu probouzejí.

Uvědomování si momentálních tělesných pocitů může člověka **ukotvit** v přítomném okamžiku (tady a teď) a usnadní mu tak **oddělení minulosti** od přítomnosti. Průzkum těla by měl být **poměrně rychlý**²⁰ (nikoli uspěchaný), otázky klademe v přítomném čase. Dochází k „upouštění páry“ a zredukování tlaku.

¹⁸ **Katarzní prožitky** jsou provázeny vysoce návykovými přívaly adrenalinu a endogenních opioidů (endorfinů).

¹⁹ **Abreakce** je proces, při němž si člověk uvědomí a znovuprožije vytěsněnou traumatickou událost.

²⁰ Setrvávání u každého pocitu **dlouho** s sebou nese **riziko** rozvíření více vzpomínek, na což klient nemusí mít kapacitu

Stále sledujeme reakce působené ANS²¹, monitorujeme rostoucí hyperpodráždění a napětí v obličeji. Pravidelně uplatňujeme **brzdné mechanismy** (vracíme klienta k **pevným bodům** a na **bezpečná místa**), které **snižují úroveň podráždění**. Tím předcházíme vyšplhání podráždění na úroveň disociace, strnutí či stavu přílišného zahlcení.

²¹ Při posuzování aktivace ANS lze využít stupnici SUDS, Subjective Units of Disturbance Scale, Wolpe, 1969

4.1 Somatické techniky

• Propojení implicitního s explicitním

Pokud PTSP rozdělí mysl a tělo, odpojí se **implicitně** zapamatované obrazy, emoce, somatické pocity a chování od **explicitně** uchovávaných faktů a významu traumatické události. Vyléčení traumatu vyžaduje **propojení** všech aspektů, vytvoření kompaktního příběhu. Zásadně důležitou součástí procesu uzdravení je přiřazení smyslu implicitně zakódovaného v kontextu traumatické vzpomínky. Klientovi pomáháme, aby byl schopen **cítit a uvažovat současně**, tedy vnímat své pocity, emoce, obrazy, myšlenky a chování a současně formulovat kompaktní **závěry o vztahu mezi nimi**.

• Znovuvyjednání

V mezní situaci člověk zapojuje **motivační** (řízen systémem dopaminovým) a **aktivační** (systémem noradrenergickým) systémy v mozku, terapeutický proces tedy musí vybudit oba tyto systémy²². Když si klient dovolí sledovat svoje vnitřní procesy, aktivuje mozkové dráhy, které propojují **racionální** oblasti mozku s **emočními**, což představuje *jediný způsob, jak vědomě reorganizovat percepční systém mozku* (více o technice viz příl. 5).

• SIBAM²³

Při procesech uzdravování traumatu se řídíme „mapou“ vnitřních prožitků jednotlivce.

V **netraumatizovaném** stavu tvoří jednotlivé složky plynulou, srozumitelnou adekvátní reakci. Primitivní senzorické procesy tak mohou být rozvinuty do smysluplných narativů.

Při **nerozřešeném traumatu** jsou jednotlivé složky buď příliš úzce spojené (**nadkritická** vazba) nebo disociované a roztříštěné (**podkritická** vazba). (jednotlivé kroky viz příl. 6). (Levine, 2017 s. 51 - 52)

²² Používáme věty: „všimněte si toho, co se děje“ a „všimněte si toho, co bude následovat“

²³ Model SIBAM slučuje neurofyziologické, somatické, smyslové, behaviorální a afektivní aspekty prožívání

• Udržování tempa příběhu traumatu

Čím větší množství detailů klient používá, tím větší je riziko hyperpodráždění. Kontrola ANS přispívá ke snesitelnosti a stravitelnosti procesu. (jednotlivé kroky viz příl. 7)

Někdy může nastat obava, že **emoce**, spojená s vnímáním tělesného pocitu bude příliš silná. Tento strach brání v navázání skutečného hlubokého kontaktu s emocí a jejím prostřednictvím s tělem. Emoce však bývají zpravidla daleko slabší, než se klient domnívá.

Při práci s klientem dbáme na:

- Vybudování bezpečí – věnujeme pozornost osobní komfortní zóně, hranicím, pozici a vzdálenosti (ponecháváme klientovi možnost kontroly)
- Propojujeme uvědomování si těla s kognitivním hodnocením (*Jak víte, že vám to vyhovuje?*)
- Klient určuje, na čem chce pracovat (průběžně ověřujeme zakázku)
- Propojujeme uvědomování si těla (fyzické pocity) s emocemi
- Pojmenujeme (vnitřní) část (klienta), která se chce s traumatem vypořádat (postavit se mu) a posilujeme ji, využíváme jako spojence. Kde a v čem je jeho síla?: *Kde tu sílu cítíte v těle?* Slovní vyjádření nahlas: (např.) *Dokážu s tím něco udělat!*
- Definujeme tu část (realitu), která to nechce – jak se projevuje, jaké ji doprovází emoce
- Vybudujeme **pevný bod** pro případ, že se práce vyvolá nadměrnou úzkost
- Ponecháváme klientovi kontrolu, ale směřujeme proces a určujeme směr (*Myslím, že můžeme pokročit dál. Myslíte si to také?*)
- Vést klienta do vzpomínek jen tak hluboko, na co má zdroje (kognitivní, fyzické, emoční)
- Pokud se dostane na hranici strnutí nebo disociace, odchýlíme se k pevnému zdroji
- Ověřujeme spojení s bezprostřední realitou (*Jaká je teď vzdálenost mezi námi?*)
- Zkoumáme **nejprve události následující** po traumatu
- Jakékoli podezření či nejasnost zkoumáme a ověřujeme. Především s pocitem odpovědnosti bývají spojená různá rozhodnutí, soudy a přesvědčení. Přiřazení **uvážlivé** (reálné) **odpovědnosti** bývá v překonání traumatu **rozhodující**.
- Vedeme klienta k pochopení **významu** traumatu – to bývá rozhodující pro integraci do kontinua

- Prověřujeme souvislosti a realitu – zjišťujeme klientův náhled, závěry a úsudky. Důsledky, které si představoval (závažnější než skutečně jsou) významně ovlivňují závažnost reakce na trauma
- Zaměřujeme pozornost na smysly, které byly v době traumatu dostupné
- Ověřujeme, zda ví, proč jsme položili tu konkrétní otázku – napomáháme kognitivnímu procesu.
- Končíme, pokud jsme dosáhli užitečného vhledu a ANS je zpět na primární aktivaci PNS. Zdroje jsou na svém místě, aby napomáhaly dalšímu procesu uzdravování traumatu.

• Duální uvědomování

znamená schopnost udržovat povědomí o jedné nebo více oblastech prožívání současně; jedná se o nástroj pro **brzdění a kontrolu** vlivu.

Při běžném vnímání jsme schopni dělat **kompromisy** mezi mnoha vnitřními a vnějšími podněty, které zaměstnávají naši pozornost. V procesu **prožívání** naše soustředění přesouvá vnímání mezi pocity, pohyby, aktivitami – tzv. **referenční body**. Uvádíme je v soulad, tvoříme z nich kompaktní celek, který nazýváme **realitou**.

Lidé s PTSP věnují pozornost převážně **vnitřním podnětům**, svět interpretují z tohoto pohledu a **ztrácejí rozlišovací schopnost**. Vnější vlivy ztrácejí na významu, snižuje se schopnost zpracovávat více podnětů současně a obvyklé vyvažování mezi tím, *co cítím v těle (vnitřní podněty)* a *co navenek (vnější podněty)*. Toto závažné překroucení reality vyvolává další psychické utrpení (Rozvíjení duálního uvědomování viz příl. 8).
(Rotschildová s. 167-174)

• Svalový tonus, napětí vs. uvolnění

Základem stavu, který obvykle nazýváme „tenze“ je chronická kontrakce svalu. Pro někoho v psychické tenzi může být uvolnění²⁴ velmi prospěšné. Problematické je u některých jedinců, kdy navozené uvolnění může přivodit nebo urychlit traumatickou reakci či flashback, zvýšit hyperpodráždění a úzkost²⁵ (více viz příl. 9).

• Fyzické hranice

Interpersonální hranice vymezuje to, co pociťujeme jako svůj osobní prostor, kdy se vzdálenost od druhé osoby mění z příjemné či neutrální na nepříjemnou²⁶ (varianty techniky viz. příl. 10).

²⁴ Masáž, horká koupel, progresivní svalová relaxace, svalový strečink, aj.

²⁵ Ověřené studie zatím neexistují, nicméně několik článků zmiňuje zvýšení úzkosti v důsledku relaxačních technik (Heide a Borkovec, 1983, 1984; Jacobsen a Edinger, 1982; Lehrer a Woolfolk, 1993 in Rotschildová, s. 175)

²⁶ V tzv. *kritické vzdálenosti* zvířata přecházejí od ostražitě bdělosti k útoku.

- **Problematika doteku mezi klientem a terapeutem**

U stabilnějších klientů nemusí být s dotekem v terapii problém, pokud se terapeut zeptá a klient souhlasí. V obtížnějších případech (např. zneužívání, znásilnění) může být při nežádoucím doteku terapeut vnímán jako pachatel.

Aby byl klient schopen požádat

o dotek v rámci své sítě blízkých lidí, přijmout ho a využít, musí si nejprve vybudovat schopnost vnímání a respektování vlastních hranic.

- **Zmírnění závěru sezení**

Vybavíme klienta možnostmi využití brzdících mechanismů, aby získal důvěru ve vlastní schopnosti kontrolovat (spouštět a vypínat) svoje traumatické vzpomínky. Odvaha konfrontovat se s hlubokými vrstvami traumatu narůstá, pokud si je klient vědom, že může vzpomínku kdykoli přerušit. Udržování klientova rozrušení na nízké úrovni zaručuje, a obeznamenost klienta s jeho zdroji zajišťuje, aby se proces nevymkl kontrole.

5. Spirituální složka psychoterapie

Během studia zdrojů o traumatu a jeho léčení pomocí technik využívajících tělo, mi stále „vzadu v hlavě“ jela připomínka, že jsme bytosti bio-psycho-socio-spirituální. To mě přivedlo k otázce **využití spirituality** v psychoterapeutické práci.

V této kapitole představím pojem **Spiritualita** a zaměřím se na sedm jejích úrovní.

5.1 Spiritualita

Pojem **spiritualita** bývá vymezován různým způsobem, souvisí zejména s různými způsoby vztahování se k Bohu. (Vojtíšek, Dušek a Motl, 2012, s. 10 in Hůlková, 2018). Základem je latinské slovo **spiritus** (duch, dech, vánek), v hebrejštině **ruach**, v řečtině **pneuma** (dech, duch, vzduch). Analogie dechu a ducha je výstižná, prostupuje vším a není viditelný očima. (Smékal, 2017, in Hůlková, 2018, s. 20).

Spiritualita se vztahuje k individuálnímu, vnitřnímu životu člověka. Zahrnuje jeho ideály, postoje, myšlenky, pocity a modlitby směřované k božskému, vyššímu světu. Jde o osobní vztah k transcendentnímu bytí, v křesťanství ve smyslu působení *Ducha Svatého*²⁷ (Schreurs, 2002, in Hůlková, 2018 s. 25).

Spiritualita je snaha dosáhnout cíle, kterému je připisována nejvyšší hodnota. Tento cíl se stává centrálním tématem života člověka. (Tillich 1957 in Hůlková, 2018 s. 25)

Sedm rovin spirituality

1. Rovina dogmat, nejvíce odpovídá modelům **náboženství** – předpoklady, koncepty a teorie např. o vzniku světa, jeho zániku, teze o fungování světa, jak ho lépe pochopit.

2. obřady a rituály (ceremonie, obřadní úkony, svátky); na osobní rovině **modlitba**, meditace, jóga, rozjímání; specifické **lokality** (chrámy, posvátná

²⁷ Ve druhé polovině 20. století dochází k pozměnění pojmu, šíří se hnutí New Age, které (nezávisle na náboženských autoritách a institucích) prosazuje východní náboženství a různé alternativní směry. Spiritualita je poté vnímána jako „složka osobnosti, která se vytváří vnímáním posvátnosti, rozvíjí se ve vztahu k posvátnému a různými způsoby tento vztah projevuje“ (Vojtíšek, 2010, s. 104).

V rámci renesance zájmu o spiritualitu v 60. letech vyvstala nová témata šamanismu, meditace, východních duchovních nauk, mystických tradic a původní přírodní moudrosti. V r. 1967 vznikla pracovní skupina (mj. Maslow, Sutich, Grof) zabývající se „mimořádnými stavy vědomí“, vznikl termín **transpersonální psychologie**.

místa); **pomocné faktory** (roucha, kadidla, mantry, gesta, zvony, hudba, zpěv atd.

3. **normy a hodnoty dané** „shora“, Boží příkázání, která udržují řád; vnitřní nastavení toho, co by se mělo dodržovat a jaké jsou etické zásady.

4. **vyprávění** – náboženství má své legendy o prorocích a mučednících a příběhy

o zázracích. Spiritualita má vyprávění o hrdinech, jedinečných osobnostech s osobní zkušeností se spiritualitou

5. společenství umocněné pocitem posvátnosti, sdílení těchto prožitků, vzájemná inspirace, prohlubování a společné oddávání se vnitřnímu prožívání.

6. tvořivost: – hudba, výtvarné a další druhy umění, výroba rituálních a jiných předmětů.

7. zážitky spontánní nebo vyvolané duchovní praxí, ve smyslu „soukromého náboženství“, přírodní úkazy, inspirace z umění, odevzdání se v partnerském vztahu, porod, smrtelné ohrožení života, atp. Důvodem je *průnik do jiných rovin vnímání, než je všední a každodenní realita*. (Vojtíšek, Dušek a Motl, 2012, s. 29, in Hůlková, 2018).

Existenciální prázdno, deprese, ztráta smyslu bytí jsou témata, která zůstávají i pokud člověk stabilizoval svoji psychickou rovinu. Spirituální přístupy souvisejí s objevováním **jiných úrovní vědomí**, než je konvenční orientované na hmotnou realitu (hlubinně zážitkové metody relaxace, meditace, jógická cvičení, holotropní dýchání apod.). (Kalina, K., a kol.: Drogy a drogové závislosti. Praha 2003, s.92 33, in Plocová 2012)

V psychoterapii popularizovali spirituální úroveň bytí **Anonymní alkoholici (AA)** ve svých 12ti krocích k uzdravě (viz příloha 11). Hovoří zde o vztahu k **Vyšší moci**, která má pomoci obnovit zdraví a navrátit smysl životu. Velkým tématem je vzdání se svého závislého Já, sebestředného pojetí, pocitů ublíženosti a hostility, učení se pokornému naslouchání a přijetí možností, které život reálně poskytuje.

Podstatou **náboženského prožitku** je akt **oživující síly** – *spiritu* v jádru žité zkušenosti.

Zaměření dovnitř, vnímavost a citlivost vůči vlastním vnitřním vjemům umožňuje člověku zažít jemný vnitřní posun, vibraci, mravenčení, uvolnění a pocit otevřenosti. (Levine in Kolk van der, Bessel A. In Levine 2017, s. XVII)

5.2 Trauma a spiritualita

Všechny velké duchovní tradice rozvíjejí dechové, pohybové a meditační techniky, které umožňují snášet a lépe integrovat hluboké emoční a percepční stavy.

Spirituální rozměr témat v psychoterapii: • *Jaký je smysl (mého) života?* •

Co je

v životě důležité? Na čem opravdu záleží? • Proč mám v životě dělat dobré věci a kde tomu vzít sílu? • Co dělat s vlastním selháním. Co s vlastními chybami a vinami, které nelze odčinit? • Co s pocitem křivdy? Jak najít cestu k odpuštění a ke smíření s druhými?

• *Jak přijmout tajemství smrti? Bude něco po smrti? • Je nějaký bůh?*

Peter A. Levine ve své knize *Němé zpovědi* (Maitreia, 2019) poukazuje na **přirozený a nerozlučný vztah mezi traumatem a spiritualitou** (s. 383-384). Zmiňuje *nečekané „vedlejší účinky“* které se objevují ve chvíli, kdy jeho klienti zvítězili nad děsivými symptomy traumatu: extatická radost, pronikavá jasnost myšlení, snadné soustředění, všeobjímající pocit jednoty, vlny hřejivého mravenčení, vřelost a radost hluboké a trvalé prožitky soucitu, klidu a celistvosti. V souvislosti s těmito mimovolnými, dynamickými a hluboce působivými zážitky si uvědomil, že v reakcích klientů se projevuje *něco, co je **správné a přirozené** – nikoli chybné a patologické, tedy vrozené samoregulační a samoléčebné procesy*²⁸.

C.G.Jung²⁹ se domnívá, že *Cítění přebývá v oné prapůvodní části psýchy, která je nejnáchylnější k náboženské zkušenosti. Víra ani rozum samy o sobě nemohou s duší pohnout: bez cítění se náboženský význam stává prázdným intelektuálním cvičením.*

Z jiného zdroje³⁰ vyplývá, že **tytéž části mozku, které umožňují rozřešení traumatu, jsou klíčové i pro nejrůznější mystické a duchovní stavy.**

Logoterapie

Významné postavení mezi terapeutickými směry, které vyzdvihují duchovní složku osobnosti, patří logoterapie **V. E. Frankla**.

Součástí duchovní dimenze je schopnost svobodného rozhodování a zaujetí stanoviska vůči podmíněnostem. Se svobodou se pojí i odpovědnost za naplnění životního **smyslu**, kterým člověk dosahuje **sebetranscendence**.

Prvořadým úkolem je, podle Frankla, dovést pacienta k **existenciální religiozitě**, tedy víře podněcené svobodným rozhodováním.

²⁸ Teoretickým východiskem pro Levina je článek Rolanda Fischera *A cartography of the Ecstatic and Meditative States* publikovaný v prestižním časopise *Science* v r. 1971, kde popisuje model spojení různých (autonomních-instinktivních) aktivit sympatiku a parasympatiku a meditativních zážitků. Psychofyzilogické pozadí některých mystických stavů odpovídá škále „transpersonálních“ zážitků, jimiž procházelo Levinovi pacienti při rozplétání a uvolňování svých traumat.

²⁹ *Kundaliní jóga a hlubinná psychologie* (Olomouc, Fontána 2018) in Levine s. 387

³⁰ Newberg, A., Aquili, E., Rause V. Of 02) *Why God Won't Go Away: Brain Science and the Biology of Belief*. NY Ballantine Books in levine 2019, s. 387

Smysl života srozumitelně definuje také např. japonské "**IKIGAI** – šťastný a dlouhý život". Učí, jak se radovat z malých věcí, dosáhnout naplnění života v rušném světě a najít klid při odpočinku (schéma viz příloha 12).

Závěr

Na tomto místě se pokusím pracovním způsobem definovat (pro účely této práce) rozdíly v pojmech spiritualita, náboženství a víra:

Spiritualita počítá s existencí duchovního světa.

Náboženství je systém dogmat a hodnot, založený na soustavě symbolů, představ, jednání, rituálů, atd.

Víra je osobní, intimní záležitost. Důvěřuji faktům, nebo tvrzením, která nelze ověřit nebo zaručit. Můžu věřit ve vztahy, dobro či smysl svojí práce, v systém, v sebe, v Satana, že

v sušenkách z Penny není jed na krysy, že se mnou řidič autobusu úmyslně nehavaruje... **Náboženská víra** je založená na přijetí existence Boha,

křesťanská víra počítá s dobrým milujícím laskavým Bohem Otcem stvořitelem, který s člověkem má dobré úmysly a může ovlivňovat jeho život.

Hlavní světová náboženství respektují bio-psycho-socio-spirituální rozměr léčení nemoci či traumatu (některá alespoň do určité míry), resp. prevenci:

-bio: rituální tance, pohyby, klekání, klanění při modlitbě, cvičení (Tai Chi, Čchi-kung, Falun Dafa, jóga), aj.

-psycho: podpora psychické stability definováním hodnot, stanovováním cílů a motivací

k jejich dosahování, možností pozitivně ovlivňovat smysl života druhých (Halama, 2003, str. 50 in Janštová, s. 47).

-socio: možnost vypovídat se, pospolitost, společenství, sdílení, společná modlitba, aj.

-spirituální: vyšší autorita, vyšší smysl, duchovní svět.

Porovnala jsem 7 rovin spirituality s postupy psychoterapeutické práce (jak mě teoreticky, sebezkušeností, nácvikem vedení skupin i supervizemi vybavily 4 roky výcviku),

a došla k závěru, že **spiritualita je běžnou**, nedílnou (mnohdy neuvědomovanou) **složkou** každé **psychoterapeutické práce**.

- Klient i terapeut mají každý svůj systém **dogmat**, jak funguje svět a vztahy.
- Rovněž rovina **obřadů** a **rituálů** se do terapeutické práce promítá. Jak se s klientem přivítáme, postupy v práci, způsob úhrady, zda klienta vyprovodíme ke dveřím... Rovněž mnohé TP techniky jsou samy o sobě obřadem či rituálem nebo obsahují jeho prvky.
- Téma **hodnot** a **norem** je běžnou součástí TP rozhovorů, ať už jsou klient s terapeutem v těchto otázkách ve shodě, neutrální, či v příkrém rozporu. Právě tato oblast pro mě osobně představuje výzvu, oddělit sebe a svoje představy „správného života“, svoje hodnoty a normy nevnucovat, omezit se na nabídku či osobní zkušenost.
- **Vyprávění** a příběhy jsou základem TP rozhovoru. Příběh klientova života, jeho pohled a podání vlastní minulosti včetně všech zkreslení a rizik, že posloucháme „jeho pohádku, legendu, mýtus“ značně vzdálený od reality. Využíváme sebeodhalení terapeuta, vzory a příklady, inspirativní příběhy „úspěšných“ lidí, filmy a knihy s motivačními příběhy, atp.
- Rovinu **společenství** realizujeme na úrovni TP vztahu, ve skupinách běží skupinové procesy, řešíme osobní, pracovní a další vztahy klienta, ve kterých žije, chce je navazovat, rozvíjet nebo ukončit.
- **Tvořivost** využíváme v TP technikách (např. Cesta životem jako řeka, Moje vztahy jako strom, Moje rodina jako zvířata, aj.), v arteterapii, využíváme tanec, TP pomůcky, atp.
- V neposlední řadě napomáhají TP procesu **zážitky** ať už během TP sezení, nebo mimo něj: setkání se sebou samotným, přijetí a komunikace se všemi rovinami vlastní osobnosti, AHA momenty, „náhody“ a „náhodná“ setkání, aj.

Položila jsem si dvě otázky:

Čím lze obohatit TP práci, přistupujeme-li k ní s **vírou**, tak jak ji mají na mysli např. AA?

Co říká **Boží Slovo (Bible)** o traumatu, jak může víra v Boha přispět k jeho uzdravení?

Bůh (v křesťanském pojetí) je autor **pravidel** (desatero), která vymezují prostor, ve kterém se lze bezpečně, bez rizika negativních následků pro život, pohybovat. Přijmeme-li Bibli jako živé Boží Slovo, lze ji užít k vymezení hranic bezpečného jednání, nasměrování

k jednání, využít zkušenosti z příběhů pro inspiraci v rozhodování, atp.

- V těžkých životních situacích se můžeme ztotožnit s Davidem, autorem Žalmů. Zhruba polovina je o nebezpečích a traumatech, která prožíval. Své těžkosti řešil s Bohem, a o následných vítězstvích je ta druhá polovina Žalmů.

- Podstatné je, aby dotyčný se svým traumatem **nezůstal sám**. V křesťanství funguje instituce zpovědi, rozhovor s knězem (kazatelem), rituální postup vymazání „hříchu“, rozhřešení. Šamanismus využívá k uzdravení společenství, rituály, modlitby šamana.

- Významná je **společná modlitba**, přítomní definují, v čem je problém, říkají to nahlas, spoléhají na „vyšší autoritu“, která má schopnosti a možnosti problém (který se aktuálně jeví jako neřešitelný) vyřešit. Problém předají a opustí s vědomím, že udělali, co bylo v jejich silách a možnostech.

- Děkování, adorace, chvalozpěvy či rituální modlitby přepnou pozornost jinam, vedou

k odpoutání od problému, přepnou mysl na něco pozitivního:

Vždycky se radujte. Neustále se modlete. **Za všech okolností buďte vděční**, neboť to je Boží vůle pro vás v Kristu Ježíši. Ducha neuhašujte. Proroctvími nepohrdejte. Všechno prověřujte; dobrého se držte, zla

v každé podobě se varujte.

Tesalonickým 5:16-24

- Křesťanská zvěst stojí na víře, že Ježíš nesl hřích a nemoc za všechny. I když takové věci do života přicházejí, nemusíme se s nimi ztotožnit, ale mít naději na uzdravení:

Vezměte na sebe mé jho a **učte se ode mne, neboť jsem tichý a pokorný v srdci; a naleznete odpočinutí svým duším**. Vždyť mé jho je příjemné a mé břemeno je lehké.”

Matouš 11:29-30

- Lze použít jako oporu v pochybnostech o **spravedlnosti** světa, v momentech etických dilemat, kdy ideální řešení neexistuje a lze pouze volit menší zlo. Víra, že Bůh garantuje spravedlnost (přestože tomu moje chápání současné situace nenasvědčuje) umožňuje předat těžkosti jemu a netrvat na svém:

Hospodin je milostivý, **spravedlivý**, náš Bůh se slitovává.

Hospodin je ochránce nezkušených: byl jsem vyčerpán, a **dopřál mi zvítězit**.

Můžeš opět odpočinout, moje duše, neboť **Hospodin se tě zastal**.

Žalm 116

- Ve víře v Boha se mohu **spolehnout na vyšší autoritu**, která zná nejlepší řešení. Stejně jako dítě se v bezmoci spolehne na „velkého tátu“, který si s řešením situace poradí.

- Je-li život příliš těžký, potřebujeme **vyšší smysl**. V obdobích těžkostí a důsledku traumatu smysl a směr ztrácíme. Pokud nevidíme smysl v ničem jiném, ve víře ho lze najít vždycky. O tom píše např. J. A. Komenský ve svém posledním spise **Unum Necessarium** (Jedno nezbytné).

Během studia zdrojů jsem průběžně hledala Biblické verše zmiňující uzdravení a přemýšlela, jak jejich význam propojit s koncepcí této práce.

Veršů je ohromné množství a jejich rozborem bych se už dostávala do sféry **teologie**.

Vybrala jsem proto pouze několik ze Starého a Nového zákona a na nich se pokusím ukázat, že léčení nemocí a traumat probíhalo na všech úrovních bio-psycho-socio-spirituálního komplexu člověka.

-bio • Příklad veršů, kdy došlo k uzdravení těla (zde na základě poslušnosti pokynu):

Sestoupil tedy, ponořil se sedmkrát do Jordánu podle slova muže Božího a **jeho tělo se obnovilo** a bylo jako tělo malého chlapce – byl čist. 2.

Královská 5, 14

Potom tomu člověku řekl: „**Natáhni svou ruku.**“ **Natáhl ji, a byla zase v pořádku a zdravá** jako ta druhá.

Matouš 12, 13

-psycho • V jiných případech uzdravení vyžadovalo změnu emoci či smýšlení, očekávání dobrého a ochotu v uzdravení uvěřit:

„**Jdi, a staň se ti, jak jsi uvěřil.**“ A v tu hodinu byl jeho sluha uzdraven.

Matouš 8, 13

Neboť si říkala: „Jestliže se jen dotknu jeho šatu, budu zachráněna.“ Ježíš se otočil, a když ji spatřil, řekl: „**Buď dobré mysli, dcero, tvá víra tě zachránila.**“

Matouš

9, 21 až 22

Ten člověk uvěřil slovu, které mu Ježíš řekl, a šel.

Jan

4, 50 až 53

-socio • v této oblasti je významné **společenství, podpora** blízkých, společná víra

v dobro, změnu či úspěch:

Přistoupili jeho otroci a přemlouvali ho. Říkali: Můj otče, kdyby ti prorok pověděl nějakou velkou věc, cožpak bys to neudělal? Tím spíše, když ti řekl: Umyj se a budeš čistý. 2.

Královská 5, 13

V některých případech bylo nezbytné, aby Ježíš z blízkosti nemocného vyhnal ty, kdo

v jeho uzdravení nevěřili:

Říkal: „Odejděte! Vždyť ta dívka nezemřela, ale spí.“ I posmívali se mu. **A když byl zástup vyhnán,** vešel, uchoпил její ruku a děvče se probudilo.

Matou

š 9, 24 až 25

Jak vyplývá z dříve uvedených souvislostí TP práce s rovinami **-spirituality,** důležitá je **modlitba** (v některých případech spojená s půstem):

Mojžíš tedy **úspěšně volal k Hospodinu** a Hospodin mu ukázal dřevo, které hodil do vody a voda zeslázla.

Exodus 15, 25

Pavel k němu vešel, **s modlitbou na něho vložil ruce a uzdravil ho.** Když se toto stalo, přicházeli i ostatní nemocní z ostrova a byli uzdravováni.

Skut

ky 28, 8 až 9

Bible uvádí také řadu příběhů, kdy se nejednalo o nemoc nebo trauma, ale „Ježíš vyhnal duchy **slovem**“. Tady se už ocitám na poli **exorcismu**, což není mým cílem. Uvedu proto pouze poznatek, že zde spatřuji **společný princip s hypnoterapií** či sugescí (resp. autohypnózou či autosugescí), kdy právě na základě moci a fungování (jednání) **slov** vložených do podvědomí dochází ke změně myšlení a jednání:

Když nastal večer, přinesli k němu mnoho démonizovaných; i **vyhnal duchy slovem a všechny nemocné uzdravil**, aby se naplnilo, co bylo řečeno skrze proroka Izaiáše: ‚On sám naše slabosti vzal a nemoci nesl.‘

Matouš

8, 16 až 17

Tehdy k němu přivedli **démonizovaného**, který byl slepý a němý. Uzdravil ho, takže ten němý a slepý mluvil a viděl.

Matouš

12, 22

Ježíš mu pohrozil a **démon od něho vyšel**; a od té hodiny byl chlapec uzdraven.

Matouš 17, 18

Náš zápas totiž není proti krvi a tělu, ale **proti vládám, mocnostem a světovládcům přítomné temnoty**, proti duchovním silám zla v nebeských sférách.

Efeským 6:12

Téma **využití spirituality** v psychoterapeutické práci vyžaduje další podrobné studium, řadu zajímavých zdrojů jsem objevila až při psaní Závěru. Je to téma na samostatnou práci, zde jsem se ho dotkla pouze okrajově.

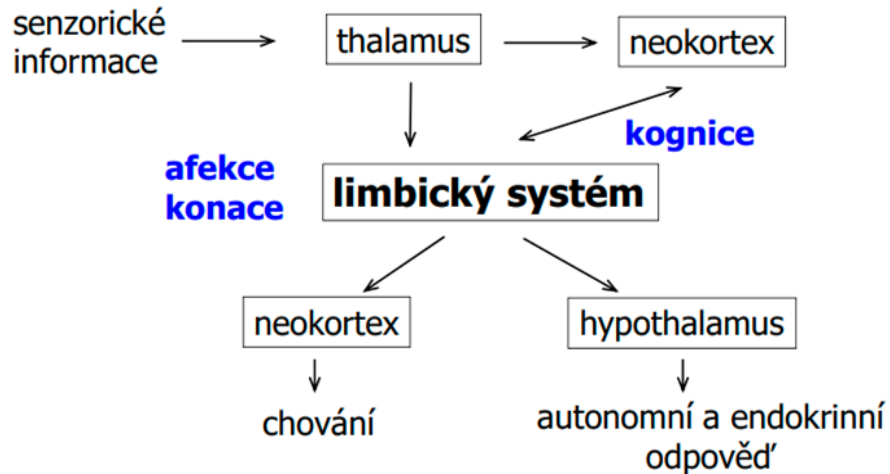
Rovněž téma **exorcismu** je nad rámec této práce, nicméně jej vnímám jako další oblast ke zkoumání, stejně jako možnosti **šamanských technik**, které mě lákají k podrobnějšímu seznámení a případnému využití v mojí budoucí terapeutické práci.

Zdroje

- Allione Tsultrim: *Pečuj o své démony*. Maitrea 2012. ISBN 978-80-87249-38-3
Bible, Český studijní překlad © 2009
- Frouzová, Magdalena: *Prezentace Spirituální psychoterapie*, Skálův institut
- Hůlková, Adriana: *Role spirituality v životě věřících psychoterapeutů*. HTF UK
Praha 2018
- Janštová Eva: *Spiritualita a duševní zdraví*. Masarykova univerzita, FF Brno
2015
- Levine, Peter: *Probouzení tygra*. Maitrea 2011. ISBN: 978-80-87249-21-5
- Levine, Peter: *Trauma a paměť*. Maitrea 2017. ISBN: 978-80-7500-253-2
- Levine, Peter: *Léčba traumatu*. Maitrea 2019. ISBN: 978-80-7500-404-8
- Lowen, Alexander: *Bioenergetika*. Portál, Praha 2015. ISBN 978-80-262-0864-8
- Lowen, Alexander: *Cesta k vibrujícímu zdraví*. Portál, Praha 2016. ISBN
9788026211211
- Lowen, Alexander: *Radost*. Maitrea, Praha 2016. ISBN 978-80-7500-198-6
- Mate, Gabor: *Moudrost traumatu, film*
- Němeček, Filip: *Vztah mezi psychoterapií a náboženstvím u V. E. Frankla*. Bcl
práce, HTF UK Praha 2011
- Plocová, Monika: *Psychoterapie v léčbě závislosti*. Bcl práce, UJAK Praha 2012
- Rotschildová, Babette: *Tělo nezapomíná*. Maitrea, Praha 2015. ISBN 978-80-
7500-122-1
- Tolimatová, Jarmila: *Vykročte z úzkosti*. Praha Portál 2019. ISBN 978-80-262-
1509-7
- Švíglerová, Jitka: *Prezentace Limbický systém*, Skálův institut

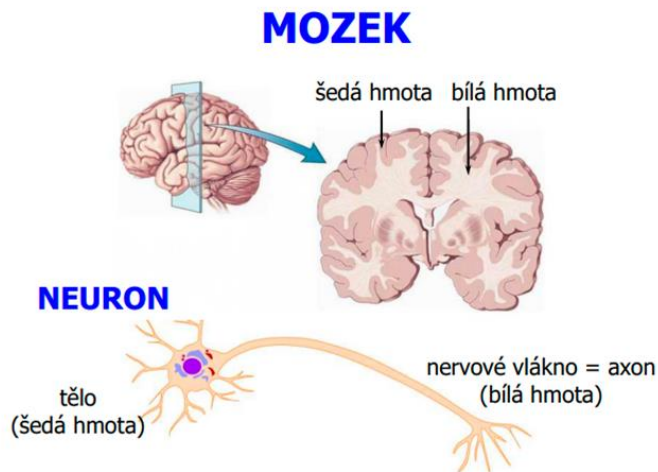
NEUROFYZIOLOGICKÝ PODKLAD EMOCÍ

Papezův okruh



podnět	emoce	reakce
překážka, nepřítel	hněv	útok, agrese
úspěch	radost	úsměv, uvolnění
nečekaná situace	překvapení	dle situace
nepříjemnost	znechucení, odpor	únik
ztráta, neúspěch	smutek	pláč, apatie
nebezpečí	strach	útěk, boj, strnutí

Mozek, limbický systém

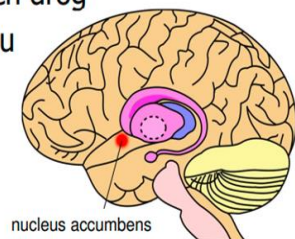


HIPPOCAMPUS NEBOLI MOŘSKÝ KONÍK



CENTRUM ODMĚNY

- nucleus accumbens v LS (dopamin)
- uspokojováním drivů
- přibližovací reakce
- cílové místo návykových drog
- spuštění placebo efektu



BIOLOGICKÁ MOTIVACE

- vrozená potřeba a tendence uspokojovat životní potřeby
- vnitřní stav organismu (puzení) → aktivace vzorce chování (vrozený) → redukce vnitřního stavu
- 1. **instinkty** – geneticky podmíněný vzorec chování není ovlivněn zkušenostmi (nižší živočichové)
- 2. **drivy** – genetický podmíněný vzorec chování je modifikován zkušenostmi (vyšší živočichové)

DRIVY • rozdílné vzorce chování u jedinců stejného druhu (vyšší živočichové) • rozvoj neokortexu → kontrola fylogeneticky starších mozkových oblastí včetně LS • uspokojování potřeb společensky akceptovatelnou formou

DRIVY 1. vegetativní – hlad, žízeň 2. z ohrožení – strach, vztek, agrese 3. reprodukční – rozmnožování a péče o potomky 4. výchovné – vyhledávat nové sensorické podněty 5. sociální – kontakt s ostatními jedinci, potřeba být uznáván, milován

PARALIMBICKÁ ASOCIAČNÍ KOROVÁ OBLAST • kontrola vrozeného emočního a motivačního chování • výchova, věk, vliv alkoholu • Dean Falk: „Když se přestaneme ovládat a chováme se nepříčetně, ozývá se v nás zřejmě malý šimpanz, který sedí v mozku každého člověka a bezohledně prosazuje svoji vůli.“ • poškození (mírně narušený intelekt) – pseudodeprese: apatie, ztráta vůle, emoční otupělost, pokles libida – pseudopsychopatie: infantilní, agresivní, vulgární, hyperaktivní, bez společenských

zábran, frivolní, promiskuitní sexuální chování

Rizika práce s tělem

Některá traumata jsou velmi ničivá pro tělesnou integritu, pokus cítit tělo může přespříliš vyvolat kontakt s traumatem, vyvolat zahlcující pocity či dekompenzace. 2) klient se může cítit být „tlačen“ do správného vnímání svého těla a vybuduje si jistý druh výkonnostní úzkosti. V obou případech nejprve rozvíjíme pocit bezpečí, terapeutický vztah, vnitřní a vnější zdroje, pevné body. Vstup do tělesných oblastí odložíme, až bude klient klidnější.

Trvalé stejně jako navracené vzpomínky mohou být vysoce **přesné**, ale stejně tak mohou obsahovat řadu **nepřesností**. Např. Vzpomínka na týrání může být pravdivá, ale pachatel, jeho věk, místo atd. může být zaznamenáno nepřesně. Pokud máme tu možnost, správnost vzpomínky **ověřujeme**.

V případě, že terapeut nebo klient cítí potřebu neověřené vzpomínce přidělit status *pravdivá* nebo *nepravdivá*, nastává **terapeutické dilema**, tzv. *reflexivní přesvědčení* (Van der Hart, Nijenhuis, 1999 in Rotschildová, s. 195).

Jednoznačné přiřknutí pravdivosti či nepravdivosti by zásadním způsobem určilo další směřování terapie a je třeba se mu vyhnout. Je zapotřebí pokračovat v práci **bez** dalšího **posuzování**.

O klientově minulosti si vedeme zápis a ptáme se: *Co vás přivádí na terapii **ted'**? Co vás vede k podezření* (např. o zneužívání v minulosti)? *Co vedlo k tomuto podezření*

v současnosti? Co to **ted'** spustilo?

Jako první řešíme aktuální spouštěč, současnou událost, která klienta přivedla na terapii.

Rizikem je rovněž **vytváření prognóz** a řešení pouze **psychických příčin** somatických problémů. Bereme v úvahu širší skutečnosti, celkový životní styl, vývojovou etapu, hormonální změny, atp. Vždy s velkou dávkou **zdravého rozumu**.

Technika Propojení implicitního s explicitním – jednotlivé kroky

V průběhu terapie:

- Klient se distancuje od svého strachu
- Může se bát svůj strach cítit – často z důvodu, že si emoci představují daleko silnější, než ve skutečnosti je
- Může se nechat unášet svým příběhem – použijeme brzdny mechanismus, aby se příliš neponořil/a
- Při integraci tělesných pocitů může bagatelizovat, nebo přehánět – vedeme k realistickému vjemu.
- Kontrolujeme vzdálenost mezi sebou a klientem (riziko disociace)
- Smích a humor významný pomocník pro řešení hyperpodráždění a disociace
- V přestávkách (přesun na oblíbené místo) spojujeme smyslové vjemy (fyzické pocity) s pevným bodem
- Čím větší má nad sebou klient kontrolu, tím víc získá odvahy postavit se děsivé minulosti
- Dochází k pochopení obran jako významných zdrojů ke zvládnutí situace v minulosti
- Věnujeme pozornost (nevědomým) pohybům – ptáme se po jejich smyslu
- Propojujeme obraz traumatické události s disociovanou emoci
- Pokud nastane třes v souvislosti s uvolňovanou emoci, necháme ho probíhat
- **Vytváříme most mezi terapií a běžným fungováním**

Technika Znovuvyjednání

Znovuvyjednání je postupným a přeně dávkovaným nahlížením senzorio-motorických prvků, z nichž se skládá příslušný traumatický engram (paměťová stopa).

Zpřístupňujeme procedurální vzpomínky spojené se dvěma dysregulovanými stavy ANS – **hyperexcitací** (zahlcení) a **hypoexcitací** (uzamčení a bezmoc) a **vedeme** klienta

k dokončení příslušných nedokončených **reakcí**.

Léčba končí **propojením znovuvyjednaných procedurálních vzpomínek** s rekalibrovanými **epizodickými a narativními vzpomínkami**.

Míra emoční excitace v reakci na hrozbu opisuje vzestupnou, resp. sestupnou **křivku**, na níž **v určitých bodech** dochází k prudkému **nárůstu**, resp. **Poklesu**.

Emoce slouží jako signály, které aktivují vrozené (motorické) vzorce:

1. **Zastavení a zpozornění – zvědavost**
2. **Strnutí a orientace** – soustředěná **pozornost, zájem a připravenost**
3. **Vyhodnocování** – silné **zaujetí**, snaha **přiblížit** se nebo **vzdálit**
4. **Apetenční** nebo **averzivní** reakce – **libost** či **nelibost**

Následují aktivní sebezáchovné reakce a emoce pro stav nouze:

5. **Reakce „útok“** nebo **„útěk“** – **ohrožení, strach**

Jsou-li tyto aktivní reakce (v průběhu traumatické události) přerušeny, následuje:

6. **Zamrznutí** – **akutní strach, hrůza, děs**
7. **Schoulení se, uzamčení a zhroucení** – **bezmocná hrůza**

Pokud je **potenciální ohrožení** vyhodnoceno jako **zanedbatelné**, sled počátečních fází (1., 2., 3.) se okamžitě **přirozeně obrátí** a organismus se vrátí

do stavu uvolněné bdělosti.

Pokud poplašná reakce na potenciální hrozbu není dostatečně zažehnána, výzva k mobilizaci prudce zesílí. **Emoce pro stav nouze** (5., 6., 7.) spouštějí procedurální motorické programy se **zvyšující se intenzitou**. Tyto procedurální reakce mají zřetelné rysy procesů řízených ANS. Fázi 5. podporuje **sympaticko-adrenalinový systém**, který mobilizuje k **aktivní reakci na ohrožení**.

Pokud **hrozba přetrvává** nebo jsou **obranné akce přerušeny**, následuje fáze 6., provázená zvýšením již spuštěné sympaticko-adrenalinové excitace přechodem na „**hyperpohon**“ a současným **znehynbáním**.

Je-li **hrůza** vnímána jako **neodvratná** či **smrtečná**, přecházíme do fáze 7. – **hluboká beznaděj a bezmoc**. Tělo a mysl se **zhroutlí**, metabolické procesy (trávení, dýchání, krevní oběh, tvorba energie) se zastaví.

Do stavu **uzamčení** nás uvádí **primitivní nemyelizovaná větev parasympatického nervového systému** prostřednictvím **bloudivého³¹ nervu**. V tomto stavu organismus současně **naplno akceleruje i brzdí**, dynamika ANS je taková, že může téměř **okamžitě** přejít z **dominance sympatiku** k (vagové) **dominanci parasympatiku** (z hyper- do hypoexcitace) a zpět. Člověk v této nestabilní záchvatovité fázi se ocitá v pekce traumatu, ve stavu děsivé paralýzy, propuká v něm slepá zuřivost a přitom nemá dost energie k činu.

Má-li být trauma zvuvyjednáno musí být defenzivně-orientační sekvence převrácena **dokončením příslušných procedurálních vzpomínek** (fáze 5., 6., 7.) Při rozřešení vysoce aktivovaných stavů a obnova aktivnějších reakcí (tam, kde docházelo k uzamčení) postupujeme od 7. fáze k 1.³²

Sekvenční znovuvyjednání vrací klienta k zaměření na přítomnost, účinnější seberegulaci a vnitřní vyváženost. Známkou úspěšného dokončení procesu je **návrat ANS do stavu dynamické rovnováhy a uvolněné bdělosti**. (Levine, 2017 s. 47 - 50)

³¹Vagového, desátého hlavového

³²Zuvyjednání je často zapotřebí zopakovat několikrát

Technika SIBAM

- **Sensation** – interocepční (nitrotělní) **vjemy** (odhadujeme z řeči těla):
kinestetické (vzorce svalového napětí), propiocepční (změny polohy těla), vestibulární (zrychlení a zpomalení pohybu), viscerální (vjemy z útrob a krevního řečiště)
- **Image – obraz**
odkazuje k vnějším smyslovým vjemům (5 smyslů)
- **Behavior – chování** (jediný projev, který můžeme pozorovat přímo)
gestika, mimika, držení těla (postavení páteře), vegetativní projevy (kardiovaskulární a dýchací soustava), viscerální (pohyby v trávicím traktu), archetypální chování (mimovolní gestika nebo změny v držení těla nesoucí univerzálně platné významy).
- **Affect – afekt** odkazuje k základním emocím (strach, hněv, smutek, radost, znechucení) a pocitovým konturám – pocity přitažlivosti/odporu, prospěšnosti/škodlivosti odvozené z vjemů (pocitovaných smyslů), tedy ukazatele, kterými se řídíme v každodenním životě.
- **Meaning – význam**, který přiřazujeme celku zkušenosti tvořenému kombinací složek SIBA. Patří sem i utkvělé myšlenky spojené s traumatem. Klienta vedeme ke zpřístupnění kompletní škály neustále se vyvíjejících vjemů a pocitů proto, aby jim mohl připsat nové a dovolit starým *negativním* přesvědčením, aby se v procesu znovyvejdání transformovala.

Udržování tempa příběhu

Vyprávění lze rozdělit do tří stadií:

- 1) pojmenování traumatu; pokud to jde bez zjevného vzrušení či disocice, přejdeme k 2)
- 2) popis traumatu v hrubých obrysech pojmenováním hlavních událostí; pokud zachází do detailů, přerušit a vrátit – tím zabráníme případnému hyperpodráždění. Volíme takové tempo, aby nacházel smysl ve vlastních reakcích a událostech, které je způsobily
- 3) doplnění detailů, o každém incidentu zvlášť; k tomu může být připravený hned, nebo až po několika letech (!!). Pravidelně přerušovat, monitorovat aktivaci ANS, v přestávkách vracet k pevnému bodu. Tento postup dává klientovi pocit kontroly nad vlastními vzpomínkami, což dříve nebylo možné.

Podněty zvenčí mohou v klientovi spustit traumatickou reakci (senzorická paměť), zcela jej zahltní, aniž by měl tušení, co ji způsobilo. Z tohoto důvodu je důležité **identifikování traumatických spouštěčů**:

- *Co právě teď cítíte ve svém těle? Budte co nejméně přesný, konkrétní.*
- *Vzpomeňte si, kdy jste se naposled cítil /a klidný/á? – bod A*
- *Kdy jste se začal/a cítit rozrušený/á? – bod B*
- *Přesouvejte se mezi body A a B a všimněte si pečlivě detailů. O čem jste přemýšlel/a? Co cítíte v těle?*
- *U každého kroku se ptá sám sebe: Je tohle tím, co mě rozrušilo? A sleduje svou emoční a tělesnou reakci*
- *Spouštěče identifikujeme podle zvýšení rušivých tělesných pocitů nebo emocí*

Rozvíjení duálního uvědomování

Aby se klient mohl bezpečně zabývat traumatickými vzpomínkami, musí být schopen uvědomovat si přítomnost a odlišovat ji od minulosti. V opačném případě hrozí riziko hyperpodráždění a flashbacku.

Vědomí, že současné prostředí je traumatu prosté představuje velmi užitečný nástroj pro uzdravení nesouladu mezi **prožíváním** a **pozorováním** sebe sama. Klienty učíme jak přesouvat pozornost mezi vnitřním prožíváním (*co se děje v těle?* v souvislosti s nějakou psychicky náročnější událostí) a aktuální realitou (*co vnímáte svými smysly?*).

Využití duálního uvědomování při úzkostných a panických atakách

Zásadní je uvědomování si rozporu mezi **prožívajícím já** a **pozorujícím já**.

Jednoduchá technika vyžaduje **akceptování** a **vyslovení** (v duchu nebo nahlas) reality obou dvou já: *Cítím teď velký strach* (paniku, úzkost) – realita prožívajícího já – **a³³ nacházím se teď v naprostém bezpečí** – realita pozorujícího já. **Přijetí obou realit rychle zredukuje úzkost, zatímco úzkost eskaluje s nepřijetím reality prožívajícího já.**

Využití duálního uvědomování na flashbacky

Flashbacky nelze předvídat, k jejich spuštění může dojít kdykoli a kdekoli. Prvním krokem je naučit dotyčného flashback zastavit a předcházet jeho dalšímu nástupu. Kontrolování flashbacků umožňuje přistupovat k traumatickým vzpomínkám po jednotlivých stravitelných porcích.

Pokud dojde ke spuštění flashbacku v průběhu sezení, **terapeut je vnímáný jako nebezpečný**. V takové situaci je nutné probudit klientovo pozorující já, s přiměřenou autoritou ho přivolat zpět do místnosti a přejít k práci se smyslovým vnímáním.

Postup pro zastavení flashbacku je založen na principech duálního uvědomování a uvádí v soulad prožívající já s pozorujícím:

- *Právě teď prožívám.....* (aktuální emoce)

³³Spojka **a** hraje důležitou roli ve spojení obou frází, tedy akceptaci prožívajícího i pozorujícího já.

- *a v těle cítím*..... (minimálně tři tělesné pocity)
- *protože si vzpomínám*.....(pouze pojmenovat trauma názvem, bez detailů)
- *současně se dívám kolem sebe a*.....(jaký je rok, kde jsem + zapojení 5 smyslů)
- *a tak vím, že* (trauma pojmenovat pouze názvem) *se už **ted'** neodehrává*

Svalový tonus, napětí vs. uvolnění

V případech, kdy navozené uvolnění může přivodit nebo urychlit traumatickou reakci či flashback. Je vhodnější **udržování svalové tenze**, která **zvyšuje sebedůvěru** a omezuje pocity bezmoci a zranitelnosti. Spolehlivým vodítkem je prosté uvědomování si těla. Ti, kdo cítí při relaxaci větší úzkost, mohou mít větší prospěch z napětí. Pozitivní či negativní reakce na napínání či uvolňování svalů se může projevit obecně v těle, konkrétního svalu, nebo jeho části.

Aerobní cvičení se nedoporučuje jedincům s panickými atakami, zvýšená dechová a tepová frekvence mohou být spouštěči traumatu. Zde je prospěšné **pomalé soustředěné cvičení** za stálého uvědomování si těla, s pozorností vůči konkrétním svalům a pocitům (Bodydynamic, 1988-92 in Rotschildová s. 177). Vhodná jsou cvičení k posílení klidu, stability a vědomé přítomnosti. Cílem je vybudovat **pozitivní pocit přebývání v těle**, aby se dál rozvíjela motivace tělo obývat.

Fyzické hranice – varianty techniky

Terapeutická vzdálenost

S klientem volíme vzdálenost a vzájemné natočení tak, aby se cítil příjemně a v bezpečí.

Cvičení pro zkoumání hranic:

Dva, jeden stojí, druhý se zvolna přibližuje. První řekne STOP v okamžiku, kdy se začne cítit nepříjemně. Stojící mění úhly postavení a referuje o svých fyzických a emocionálních vjemech.

V případech, kdy nastávalo v minulosti dlouhodobé překračování hranic (zneužívání, prostituce), pacient neví, kde je jeho bod STOP. Zkoušíme vzdálenost a vzáj. postavení a zkoumáme, co se v pacientovi děje.

Fyzická hranice na úrovni kůže

Traumatické události doslova pronikají pod kůži fyzicky i psychicky. U klientů pracujeme na opětovném vybudování pocitu hranice na úrovni kůže, což často vede ke snížení hyperpodráždění a zvýšení pocitu kontroly nad vlastním tělem.

Cvičení: klient si tře kůži na těle; pokud se nerad dotýká sám sebe, může využít zeď, polštář, ručník, aj. Kde se jeho tělo dotýká čeho? „*Tohle jsem já.*“ „*Tady končím.*“

Vizuální hranice

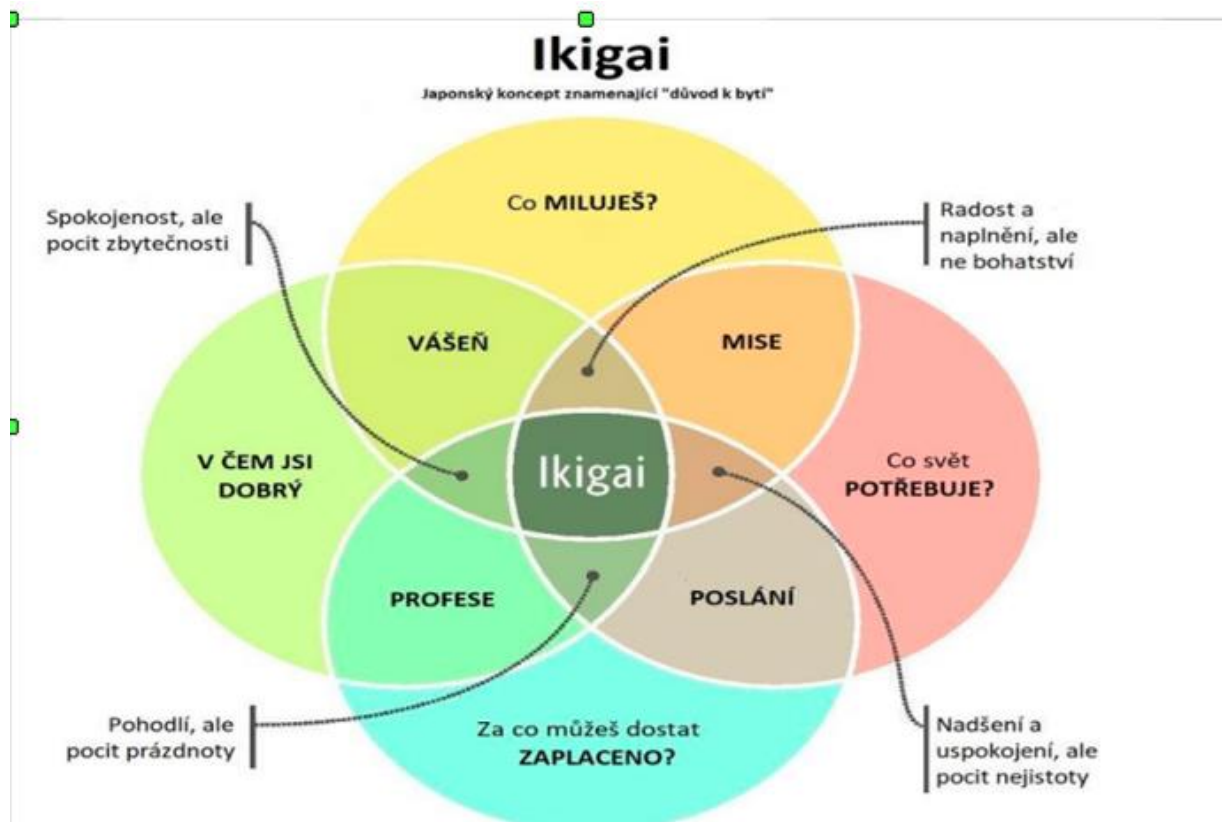
Pro klienta může být nepříjemným vměšováním už to, že se na něj někdo dívá, reakce mohou být velmi silné. Základ těchto pocitů často tvoří intenzivní pocity studu nebo rozpaků. V takovém případě prostě jen odvrátíme zrak jinam.

Dvanáct kroků Anonymních Alkoholiků

Dvanáct kroků AA je řada zásad duchovní povahy, které v případě, že se uskutečňují jako způsob života, mohou potlačit posedlost pitím a umožnit trpícímu stát se znovu šťastným a užitečným plnohodnotným člověkem.

1. Přiznali jsme svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy se staly neovladatelné.
2. **Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše může obnovit naše duševní zdraví.**
3. **Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha**, tak jak ho chápeme.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sebe samých.
5. **Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.**
6. Byli jsme zcela připraveni k tomu, **aby Bůh odstranil** všechny naše charakterové vady.
7. **Pokorně jsme Ho požádali**, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu všech lidí, kterým jsme ublížili a dospěli jsme k ochotě jim to nahradit.
9. Provedli jsme tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolila, s výjimkou kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.
10. Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali.
11. **Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem**, jak jsme Ho chápali my, **a modlili se** pouze za to, aby se nám dostalo poznání Jeho vůle a síly ji uskutečnit.
12. Výsledkem těchto Kroků bylo, že **jsme se duchovně probudili** a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech našich záležitostech.

Schéma japonského modelu Šťastného života Ikigai



Teoretická práce
30.4.2023

Profesní sebepéče terapeuta skrze soucit sám se sebou a kognitivní restrukturalizaci

Pavčina Faistová

Osnova

Úvod

- 1) Sebecpěče
 - a. Profesní sebecpěče
- 2) Mindfulness
 - a. Obecně o mindfulness
 - b. Výzkumy o mindfulness
 - c. Mindfulness během dne terapeuta
 - d. Praktická cvičení
- 3) Soucit sám se sebou
 - a. Obecně o soucitu sám se sebou
 - b. Praktická cvičení
- 4) Kognitivní restrukturalizace
 - a. 5 musturbací
 - b. Selektivní abstrakce
 - c. Vytvoření přehnané představy
 - d. Katastrofizace
 - e. Dichotomní myšlení
 - f. Komplexita a volba

Závěr

Zdroje

Úvod

V této práci se věnuji sebepéči terapeuta založenou na mindfulness a jeho využití v každodenní praxi. Díky mindfulness si plně uvědomujeme naše myšlenky, emoce, pozice těla v nejrůznějších situacích. Můžeme si jich všimnout a nechat jít, nebo je můžeme modifikovat. Druhou část této práce tedy zaměřuji na modifikaci myšlenek prostřednictvím kognitivní restrukturalizace a modifikací emocí (studu) prostřednictvím soucitu sám se sebou. Každé téma je prodrchnuto praxí terapeutů a je psáno za účelem sebepéče terapeutů.

Sebepéče

Sebepéče (self-care) je komplex určitých, záměrně činěných aktivit za účelem udržování fyzické a psychické pohody, které jsou vykonávány z vlastní iniciativy jedince (Lovašová, 2016, s. 36).

Jde tedy o aktivity:

- záměrně vykonávané - rozhodnutí přijmout sebepečující přístup ve svém životě a vědomě konat činnosti směřující k ochraně a zlepšení zdraví,
- pravidelné – je potřeba si vypěstovat pravidelný návyk zdravé sebepéče pro budování stabilní a dobré psychické odolnosti a zásobárny podpůrných zdrojů,
- jedinečné – každý preferuje jiné aktivity dle svých zájmů.

Lee a Miller (2013, s. 98) rozlišují sebeděči osobní a profesní. Osobní sebeděče je definována jako záměrné praktikování určitých aktivit, které podporují celkové zdraví, osobní a životní pohodu. Profesní sebeděče podle autorek navíc zahrnuje záměrné praktikování aktivit na podporu efektivního zapojení se do profesní role tak, aby se udrželo celkového zdraví a osobní pohoda. Bloomquist et al. (2015, s. 301) uvádí, že hlavním cílem sebeděče je chránit se, vypořádávat se se stresem, redukovat stres a s ním spojené negativní důsledky, které mohou nastat v náročných pracovních podmínkách.

Profesní sebeděče by měla předcházet nebo řídit dopady stresu, který je spojen s výkonem povolání, zvyšovat pracovní výkon, snižovat riziko vyhoření a udržovat profesní spokojenost. Do profesní sebeděče jsou zahrnuty následující oblasti:

- Pracovní zátěž a organizace času – pro sebeděči v oblasti pracovního vytížení je důležitá organizace úkolů a času stráveného nad nimi, přestávky během dne, dovolená, konání pracovních úkolů pouze v pracovní době, stanovení si priorit v pracovních úkonech.
- Profesní role – zaměření pozornosti na profesní roli – zvědomění si vlastní role v rámci terapie obecně, ale také při práci s konkrétním klientem. Je důležité, aby terapeut znal svá omezení, která ho mohou limitovat při práci s určitými cílovými skupinami či etickými dilematy.
- Všímat si vlastních reakcí – rozpoznání vlastních reakcí vůči klientům, strategií zvládnání stresu, zvyšování sebevědomí - to jsou důležité prvky oblasti sebeděče.
- Profesní sociální podpora – jde o významný zdroj povzbuzení, získání zpětné vazby, vedení a zkušenosti od kolegů a supervizorů.
- Profesní rozvoj – zaměření se na to, jak se terapeut cítí ve své profesní roli. Formální strategie pro posílení profesního rozvoje zahrnují další vzdělávání, účast na konferencích či odborných seminářích (Lee a Miller, 2013, s. 100-101).

Mindfulness

Mindfulness (všímavost) je charakterizována jako bdělost, která přichází skrze zaměření pozornosti na přítomný okamžik a přijímání každého okamžiku a každé zkušenosti neposuzujícím způsobem (Kabat-Zinn, 2003, s. 145).

Mindfulness stojí na předpokladu – neposuzování, myslí začátečníka, trpělivosti, neusilování, důvěry, přijetí a „nechání být“.

- Neposuzování - vede k uvědomění si tady a teď našich procesů - soudů, automatických myšlenek, myšlenkových vzorců, reakcí těla, a zároveň nereagování na ně. Tím, že odstoupíme od hodnocení a označování, dojdeme k nestrannému pohledu na naše myšlenky. Tím se dostáváme do role nestranného pozorovatele, který nemusí na všechno reagovat (Kabat-Zinn, 2016, s. 71-72).
- mysl začátečníka - zkušenosti nám sice pomáhají promptně se přizpůsobovat novým situacím, mnohdy nám ale brání vidět jiné aspekty situací. Tento princip nám dovolí zkoumat se zájmem situace v celé jejich podstatě, bez předsudků, očekávání a nálepek (Kabat-Zinn, 2016, s. 74).
- princip trpělivosti – dovoluje přijímat každý okamžik v jeho plnosti s vědomím, že všechno se může odehrávat pouze v určitém čase. Cílem je netoulat se v mysli v minulosti, nebo budoucnosti, a kontrolovat mysl, aby zůstávala v přítomném okamžiku (Kabat-Zinn, 2016, s. 73).
- Neusilování – tím se snažíme o to, aby se člověk oprostil od záměru a neustálého snažení se (Kabat-Zinn, 2016, s. 75-76).
- princip důvěry – díky mindfulness se člověk učí být zodpovědný za to, kým skutečně je a učí se naslouchat a důvěřovat sobě samému, čímž se prohlubuje důvěra v sebe samého a důvěra k ostatním lidem (Kabat-Zinn, 2016, s. 74-75).
- princip přijetí – vychází z přijetí toho, co se právě odehrává. Jde o přijetí každodenních mrzutostí, proti nimž člověk často bojuje a plýtvá zbytečně svojí energií (Kabat-Zinn, 2016, s. 76-77).
- princip „nechat být“ - učí setrvat s nepříjemnými myšlenkami, stresově náročnějšími situacemi a myšlenkovými vzorci takovými, jaké jsou. Jde pouze o jejich soustavné pozorování. Díky tomu můžeme na problémy hledět z jiné perspektivy (Kabat-Zinn, 2016, s. 77-79).

Mindfulness je tedy způsob, jak pečovat o vlastní mysl. Mysl totiž celé dny přemýšlí, v noci sní. Je neustále zaměstnaná. Mindfulness může člověku pomoci přerušit proud myšlenek, které se mu honí hlavou (Hasson, 2015, s. 28). Též nám pomáhá vnímat jemnější aspekty emocí v každodenním životě. Zvyšujeme tím jemné povědomí o afektech, myšlenkách a způsobech reakce na stres a napětí – stejně jako potěšení (Norcross & VandenBos, 2018, s. 162). Důsledkem praktikování všímavosti je snížení napětí a stresu, lepší povědomí o pozitivních zážitcích, větší spojení s ostatními a lepší ocenění našeho vlastního smyslu pro lidskost (Shapiro & Carlson, 2009).

Výzkumy

Hromadí se výzkumy, které potvrzují četné přínosy všímavosti v péči o sebe pro odborníky v oblasti duševního zdraví. Bylo zjištěno, že praktikující pracující v oblasti duševního zdraví uváděli zlepšení v regulaci emocí, snížení stresu a zlepšení empatie, bytí v přítomnosti, sebelaskavosti a soucitu k sobě. (Dunn et al., 2013b).

Zároveň zatím neexistuje žádný přesvědčivý důkaz, že tito praktici vyškolení ve formální praxi všímavosti měli lepší léčebné výsledky než ti, kteří ne. Klienti těchto praktiků uvádění efektivnější pracovní spojení a větší spokojenost se sezením, ale ne významné rozdíly v celkovém úspěchu psychoterapie. Můžeme tedy s jistotou konstatovat, že trénink všímavosti poskytuje psychoterapeutům účinnou péči o sebe, ale nemusí nutně vést k lepší péči pro pacienty (Norcross & VandenBos, 2018, s. 164).

Při osobním užití pravidelná praxe všímavosti vede k cenným neurobiologickým změnám. Systematický výzkum (Chiesa a Serretti, 2010) ukazuje, že všímavá meditace způsobuje zvýšenou aktivaci prefrontálního kortexu a předního cingula. Tyto změny mohou usnadnit sníženou emoční reaktivitu na negativní emoce a fyzickou bolest pozorovanou v klinických výsledcích. Podobně i přehled neurovizuálních studií funkčních a strukturálních změn mozku (Hatchard et al., 2017) zjistil, že trénink MBSR pozitivně ovlivňuje oblasti mozku související s pozorností, introspekci a emočním zpracováním. Zvýšené uvědomění

v přítomném okamžiku může nastat prostřednictvím zvýšené aktivity ostrůvku šedé hmoty mozkové a snížené emoční reaktivity prostřednictvím aktivity amygdaly.

Mindfulness během dne terapeuta

Den terapeuta nezačíná prvním klientem v terapeutovně. Začne dříve. Už při zazvonění budíku, vstaneme, uděláme hygienu, oblékneme se a budeme profesně připraveni. Nicméně většinu z nás tam ještě čeká snídaně pro děti, obstarání domácího mazlíčka, udělání svačin, hodit várku prádla a dostat děti do školy. Už po tomto někdy můžeme mít pocit, že jsme pracovali půl dne, a to jsme ještě ani neodešli z domu. Přijdeme do terapeutovny, zkontrolujeme e-maily, zjistíme, že jich tam máme 5, 3 zmeškané hovory a 2 SMS zprávy.

Mindfulness můžete efektivně využít během dne. Než začnete pracovní den, udělejte si 2 minutovou pauzu. Krátké centrovací cvičení začněte věnováním pár sekund narovnáním se, hlubokým dýcháním. Uvědomte si přítomný okamžik. Co bylo může odplavat a co bude nevyřešíte. Poté si na pár sekund vybavte, co vás zaujalo na předchozím sezení s klientem, který má přijít. Jak jste se cítili na konci minulého sezení. Naladte se na společně strávený čas (Norcross & VandenBos, 2018, s. 163). Též je vhodné toto cvičení praktikovat před každou konzultací.

Podle klinických studií tato krátká všímavá pauza pravděpodobně povede k tomu, že budete mít lepší vztah ke klientům a rychleji pocítíte jejich emoční stavy. Dosáhnete tedy lepšího naladění a následně vyšší účinnosti (Dunn et al., 2013a, 2013b).

Dále je vhodné praktikovat cvičení mindfulness na konci pracovního dne. Zkontrolujte, zda máte naplněné základní potřeby a poté se posaďte vzpřímeně na židli. Odložte vědomě veškeré myšlenky ze všech sezení, pocity, které ve vás zanechaly stopu. Jen spočiňte v přítomném okamžiku a buďte v tichu tak dlouho, jak jen budete cítit, že je vám to příjemné. Až budete chtít, cvičení opusťte, naladte se na přechod domů (Norcross & VandenBos, 2018, s. 164).

Všímavost je možné také využívat k pozici při terapii. Zkuste během terapie vzpřímit páteř a zároveň uvolnit tělo na židli – tělo je vycentrované, rovné, klidné a pozitivní. Tím se aktivuje fyziologický pocit vyrovnanosti a lépe se sladí mysl a tělo dohromady (Norcross & VandenBos, 2018, s. 165).

Pokud máte emočně náročné sezení, nebo se před sezením potřebujete navrátit do soustředěného stavu, jednoduše zaměřte svoji pozornost mimo sebe. Prohlédněte si prostředí místnosti. Několikrát se zhluboka nadechněte a vydechněte. Nechte stres odeznít a vnitřně se vraťte do své homeostázy. Můžete se též zaměřit na nějaký pozitivní a laskavý impuls vůči sobě a projevít ho (Norcross & VandenBos, 2018, s. 165).

Také je možné si pomocí všímavosti více zvědomovat přechody během dne. Když dopíšete e-mail, ukončíte hovor atp. Zkuste si uvědomit okamžik, kdy daná aktivita končí. V ten moment vědomě pouštějte předchozí činnost a dávejte prostor k navození nového záměru s novou aktivitou. Zvyšuje to sebeuvědomění při každé nové činnosti nebo mezilidské interakci (Norcross & VandenBos, 2018, s. 173).

Podobným přechodem je ukončování terapie s klientem. Takové ukončení může být spojeno s pocitem odvedení dobré práce, vděčností, pocitem dokončení a též i pocitem ztráty. Vědomé pouštění klienta z terapie může být spojeno i s jistou mírou spirituality. Vědomě můžeme projevít důvěru v osobní odpovědnost klienta a víru v pravděpodobný růst i po skončení terapie. Klienti si již osvojili zdroje a dovednosti poskytované terapeutem, a mají přístup k dalším zdrojům, včetně duchovních a sebeaktualizačních sil (Norcross & VandenBos, 2018, s. 217).

Díky všímavosti si můžeme více uvědomovat své myšlenky, emoce, pozice těla v různých situacích. Vše k nám patří a není možné se toho zbavit. Funguje to většinou automaticky. Je možné s myšlenkami, emocemi, jen být a pouštět je, nebo je také můžeme modifikovat. Soucit sám se sebou nám pomáhá lépe přijmout své omyly a selhání, přistoupit k sobě s laskavěji. Díky němu měníme své emoce (stud). Můžeme však také modifikovat své myšlenky – kognitivní

restrukturalizací. Základním procesem je v daném případě sebeuvědomění a sebe-monitoring.

Pěstování soucitu sám se sebou

Sezení s klientem je u konce a končí neúplným pocitem. Lámeme si hlavu, co nám uniklo, jestli jsme něco neřekli špatně. Mnohdy to děláme i sebekritickým způsobem, kdy si říkáme: „To jsem měl/a říct.“ „To zrovna nebylo nejlepší vyjádření.“ Soucit sám se sebou se ukazuje jako nejúčinnější, když přemýšlíme o svých chybách v terapii, selháních či bolestivých zkušenostech z terapie (Norcross & VandenBos, 2018, s. 168-169).

Soucit sám se sebou představuje emočně pozitivní postoj k sobě v okamžicích, kdy prožíváme nějaké trápení, selhání nebo si uvědomujeme nějaký osobní nedostatek. Namísto sebekritiky nám soucit sám k sobě umožňuje, abychom smířlivěji přijali svoje chyby a věnovali si v ten okamžik péči, jakou skutečně potřebujeme. Díky soucitu k sobě se bolestivým pocitům nevyhýbáme, ale ani na nich neulpíváme. Uvědomujeme si je a prožíváme je s pochopením a vědomím, že takové zkušenosti patří k životu a někdy je prožívají všichni lidé. Pokud zaujmeme takovýto postoj, dojde ke změně v naší mysli a negativní emoce je vystřídána pozitivnější (Neff, 2003).

Soucit sám k sobě se skládá ze tří složek: 1) laskavost, 2) smysl pro obyčejnou lidskost, 3) všímavost. To nám může pomoci vlídněji přistupovat sami k sobě. Formální praxe soucitu sám k sobě zahrnuje především meditace (milující laskavost, láskyplné dýchání) a neformální praxe se věnuje láskyplné sebesmluvě, uklidňujícím dotekům jako součástí každodenního života (Norcross & VandenBos, 2018, s. 169).

Neformální každodenní praxe může znít slovy: „Ať jsem v bezpečí.“ „Ať jsem milován.“ „Můžeš to takto vyjádřit.“ „Svoji kreativitu jsi použil/a k efektivní intervenci, skvělé.“ „Nechci, abys trpěl/a.“ (Norcross & VandenBos, 2018, s. 169).

Všíímavá soucitná meditace zahrnuje třeba i 5-ti nebo 10-ti minutovou meditaci – zaměření se na přítomný okamžik, kdy poté se můžeme zaměřit na oblíbeného „ukončeného klienta“, dále na současného „dobrého klienta“ a poté na „obtížného klienta“ (argumentuje, kritizuje a ponižuje). Nakonec se zaměřte na sdílenou lidskost s tímto obtížným jedincem. Přijměte jeho strach a zranitelnost a přinášejte s ním soucit stejným způsobem, jakým chcete, aby se jednalo s vámi.

Norcross a VandenBos (2018, s. 172) uvádí, že jejich kolega vděčnost praktikuje tak, že pokud má cestovat za prací do nějaké destinace, najde si, který kolega v dané destinaci působí. Vzpomíná s vděčností na společné zážitky, poděkuje danému člověku za společně strávený čas a pozve ho na jídlo. Baví ho plánování pracovních záležitostí s ohledem na kolegy v dané lokalitě a společné zážitky.

Kognitivní restrukturalizace

„To, co si jednou vložíte do hlavy, to je tam navždy.“ Cormac McCarthy

Kognice je termín vztahující se k získávání a zpracování informací a k používání znalostí. Řadí se sem především vnímání, pozornost, paměť, utváření konceptů, asociace, jazyk, představivost a řešení problémů. Slovo pochází z latinského slovesa *cognoscere* („poznávat, zkoumat“) (Národní zdravotnický informační portál, online).

Kognitivní restrukturalizace je metoda, která slouží k tomu, aby si klient uvědomil, které myšlenky v něm vyvolávají nepříjemné emoce (depresi, úzkost), prozkoumal platnost těchto myšlenek a našel myšlenky „racionální“, které vliv původních myšlenek zmírní, a tím zmírní i jejich emoční dopad. Jde o nejužívanější metodu v KBT a jejími tvůrci jsou A. Ellis a A. T. Beck (Možný, Praško, 1999).

Stejně tak jako naši klienti, tak i my máme v hlavě množství iracionálních přesvědčení a i my se mnohdy stáváme obětí kognitivních chyb. Někdy se stává, že přebíráme zodpovědnost za naše klienty, podléháme nárokům svého

vlastního perfecionismu, katastrofizací svých případů, dichotomnímu přemýšlení o výsledku terapie (Norcross & VandenBos, 2018, s. 121).

Nyní si vezmeme jednotlivé kognitivní chyby. V první řadě se jedná o terapeutické musturbace (musturbace vychází se slova „must“ – muset).

1) Musím být u svých klientů úspěšný

„Musím dělat u svých klientů výborné interpretace. Musím jim více pomáhat. Nesmím selhat.“ Pokud v tomto žijeme, dříve či později narazíme na velké zklamání. Je důležité si uvědomit, že terapie má u většiny klientů úspěch, nicméně zdaleka ne u všech. Jsme lidé a budeme dělat chyby. Předcházet tomu můžeme tak, že si každý vytvoří své rozumné standardy úspěchu a s nimi „měřit“ své klienty s ohledem na veškeré okolnosti případu.

2) Musím být jedním z lepších terapeutů

„Každé terapeutické sezení musí být dobré, přinášet své ovoce.“ Norcross a VandenBos (2018, str. 126) uvádí, že se na svých workshopech ptají, kdo z terapeutů by se označil za průměrného terapeuta. Téměř vždy terapeuti uvádí, že mají dojem takový, že jejich terapie je účinná na 75 %. Nicméně je statisticky nemožné, aby všichni byli nadprůměrnými terapeuty. Je důležité přijmout, že zkrátka i my se nacházíme na 50 percentilu účinnosti naší terapie (i když třeba jen u některých klientů).

3) Musím být ke svým klientům hodný.

„Musím se vyhýbat citlivým problémům, které by mohly rušit nebo rozčilovat mé klienty.“ Někdy máme pocit, že pokud nás má klient rád, tak to znamená, že odvádíme dobrou psychoterapii. Nicméně jemná konfrontace je však druhou stranou péče. Dobrý terapeutický vztah je paralelou dobrého rodičovství. Stejně jako dobrý rodič poskytuje dítěti lásku, tak i disciplínu a poctivé řešení problémových oblastí. Je vhodné, abychom jako terapeuti vedli klienty k vystavování se situacím, kterým se vyhýbají. Jednotlivá sezení nemusí být pro klienta příjemná.

4) Protože pilně pracuji, moji klienti by měli též.

„Když zadám domácí úkol, moji klienti by je měli mít hotové vždy včas.“
„Měl/a bych mít pouze motivované a pracovité klienty.“ Všichni se někdy cítíme frustrovaní z nedostatku motivace našich klientů a je pro nás těžké vidět, když klient se o nic nezajímá a je lhostejný k terapii. Je však vhodné přijmout, že i tací klienti jsou a zřejmě jsou v období, kdy to tak mají. Navíc oni terapii platí za naši práci, nikoli za svou. Takže i když jim budeme ukazovat výhody změny, jsou to oni, kdo se rozhodnou, zda ji chtějí, nebo ne.

5) Musím být během sezení uvolněný/á a užívat si společnou práci.

Důsledkem mohou být myšlenky typu: „Budu dělat psychoterapeutické techniky takové, které mě baví bez ohledu na přínos klientovi.“ „Toto téma klienta mohu využít i ke své vlastní terapii.“ Bohužel práce se nazývá prací a mnohdy není vzrušující, zábavná a jednoduchá. Tak to je (Norcross & VandenBos, 2018, s. 124-128).

Další kognitivní chybou je selektivní abstrakce. Selektivní abstrakce vede k soustředění se na detail vytržený z celého kontextu a k opomíjení mnohdy důležitějších charakteristik situace. Například v depresivní náladě si postižený všímá pouze svého neúspěchu a odmítnutí (Praško, Možný, Šlepecký, 2007, s. 57).

Představte si situaci, kdy máte již tři měsíce v péči klienta, který se postupem času vůbec nezlepšuje. Stále je stejně úzkostný, má stejné množství panických atak v čase jako když k vám přišel. Vyzkoušeli jste snad úplně všechno – různé terapeutické postupy, techniky, chodíte na supervize, ale stejně žádný pokrok. Můžete cítit naprosté selhání, zklamání (Norcross & VandenBos, 2018, s. 129).

Minimalizovat selektivní abstrakci je možné několika způsoby: 1) sledujte své případy, abyste si lépe pro sebe na vlastní škále vyhodnocovali, jak vypadá úspěšná a neúspěšná terapie, 2) přijmout svá omezení dovedností, 3) rozlišujte selhání sebe jako osoby a případu (Norcross & VandenBos, 2018, s. 129).

Další kognitivní chybou je vytváření přehnaných představ. V pomáhajících profesích často můžeme sklouznout k tomu, abychom překračovali svoje hranice. Volá nám klient, který nutně potřebuje konzultaci, novinář by s námi rád udělal rozhovor, na facebooku se objeví skvělý workshop, který byste zrovna potřebovali absolvovat, kolega vám nabídl, že byste společně mohli vytvořit kurz. Nabídek kolem vás jsou spousty a vy víte, že by se třeba i nějaké peníze hodily.

V tomto případě je potřeba získat realistický náhled na svou pracovní zátěž a okolnosti v životě. Norcross a VandenBos (2018, s. 131) navrhují zpochybňovat svá nereálné očekávání, vytvářet si hranice na základě svých priorit v žebříčku hodnot a asertivně své hranice chránit. Například moje děti v tomto životním období mají přednost před pořádáním kurzů. Když se takto vymežíme, je však třeba vypořádat se s emocionálními dopady tohoto rozhodnutí – mírnou vinou ze zklamání lidí, potencionální lítostí nad tím, že jsme nevydělali více peněz, pochybnostmi, zda v budoucnu se vůbec taková nabídka ještě vyskytne.

Katastrofizace je další častou kognitivní chybou. Je to proces zahrnující zvětšení podnětů bolesti související s pocity bezmoci, a celkově pesimistické orientaci na svět (Symptomy, online). „Moje nezisková organizace bude muset skončit, protože stát ukončil možnost čerpání grantů na naši činnost. Nové peníze v současné době neseženu a budu muset propouštět svoje kolegy.“ Takovéto myšlení nás svým způsobem chrání, abychom nebyli překvapeni, když by taková situace nastala. Nicméně takovéto myšlení nepomáhá k vyřešení situace.

K překonání katastrofizace je třeba vyvinout nové strategie: 1) ukázat, že to nejhorší ještě nenastalo, 2) určit skutečnou pravděpodobnost, že to nejhorší se může stát, 3) vyhodnotit důsledky, pokud by se nepravděpodobně nastal nejhorší scénář (co nejhoršího se v té situaci může stát?) (Norcross & VandenBos, 2018, s. 133).

Další kognitivní chybou v tomto kontextu může být dichotomní myšlení. Černobílé myšlení nejlépe vystihuje fráze: „Všechno nebo nic.“ Myšlenky typu „Dnes jsem nic neudělal.“ „Všechna dnešní sezení byla náročná.“ Nejlepším lékem na danou kognitivní chybu je kvantifikace řečeného. Uvedené věty je možné přeložit

následovně: „Dnes jsem udělal 3 menší úkoly a vypracoval jsem malou část většího úkolu.“ „Dnes jsem měla 3 náročná sezení a 2 sezení byly standardní.“ (Norcross & VandenBos, 2018, s. 133-134).

Též můžeme své myšlení restructurovat tím, že přijmeme složitosti života. V terapiích se setkáváme s mnohými příběhy, přičemž v nich hraje svou roli množství proměnných. Zkrátka příběhy jsou velmi složité a jako terapeuti bychom měli přijmout nejen složitost situací, ale i jejich nejednoznačnost. Nikdy se nedozvíme úplně všechno. Dále je v naší práci důležité přijmout fakt, že vše je výsledkem naší dobrovolné volby. Je jednoduché říkat, že věci musíme dělat, protože to je součást života. Dostáváme se tím však do vlastní bezmoci. Nicméně, když si zvědomujeme, že vše, co děláme, je výsledkem jen a jen naší volby, přijímáme zodpovědnost za náš život. Tyto kognitivně-existenciální přístupy nám pomáhají s korekcí našich mylných myšlenek (Norcross & VandenBos, 2018, s. 135-136).

Tuto část zakončím s tím, že jako terapeuti na sebe mnohdy klademe poměrně vysoké nároky. Jsme přece odborníci na duševní zdraví, tak sami musíme být naprosto emocionálně v pořádku. To jsou velmi velká očekávání, která často vedou k velkému zklamání. Sám Freud (1937/1964b, s. 247) uvedl, že „analytici jsou lidé, které se naučili provozovat určité umění; kromě toho jim však může být dovoleno být lidskými bytostmi jako kdokoli jiný.“

Závěr

Jakmile začneme pracovat s lidmi, tak je klíčové uvědomovat si důležitost profesní sebepěče. Pomáhá nám to zůstat v profesní pohodě a předcházíme tím syndromu vyhoření. Cílem této práce bylo představit nástroje k sebepěči terapeuta. Vybrala jsem sebepěči prostřednictvím mindfulness – tedy zaměření pozornosti na přítomný okamžik a přijímání každého okamžiku a každé zkušenosti neposuzujícím způsobem. To nám umožňuje vnímat své myšlenky, emoce i pozice těla v různých situacích. Nicméně nemusíme pouze myšlenky a emoce nechat jít, můžeme je modifikovat. Modifikací myšlenek skrze kognitivní

restrukturalizaci a změnu emoce (studu) prostřednictvím soucitu sám se sebou vědomě měníme náš psychický stav na pozitivnější a tím dlouhodobě pečujeme o sebe a dle výzkumů uvedených v textu vytváříme lepší pracovní spojení.

Zdroje

BLOOMQUIST, Kori R et al., 2015. Self-care and Professional Quality of Life: Predictive Factors among MSW Practitioners. *Advances in Social Work* [online]. 16(2), 292-311 [cit. 2023-04-18]. ISSN 2331-4125. Dostupné z: Self-care and Professional Quality of Life: Predictive Factors Among MSW Practitioners (semanticscholar.org)

CHIESA, A., SERRETTI, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine*, 40, 1239-1252.

DUNN, R., CALLAHAN, J. L., SWIFT, J. K., IVANOVIC, M. (2013b). Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness. *Psychotherapy Research*, 23, 78-85.

FREUD, S. (1964b). Analysis terminable and interminable. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 23). London: Hogarth Press. (Original work published 1937).

HASSON, Gill. *Technika Mindfulness: jak se vyvarovat duševní prokrastinace pomocí všímavosti a bdělé pozornosti*. Praha: Grada, 2015, 231 s. ISBN 978-80-247-5213-6.

HATCHARD, T., MIODUSZEWSKI, O., ZAMBRANA, A, O'FARRELL, E., CALUYONG, M., POULIN, P. A, et al. (2017) Neural changes associated with mindfulness-based stress reduction (MBSR): Current knowledge, limitations, and future directions. *Psychology and Neuroscience*, 10, 41-56.

LEE, J. J., & MILLER, S. E. (2013). A self-care framework for social workers: Building a strong foundation for practice. *Families in Society*, 94(2), 96–103. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.4289>

LOVAŠOVÁ, Soňa, 2016. Koncept starostlivosti o seba z pohľadu sociálnej práce. *Grant journal* [online]. 5(2) [cit. 2023-04-18]. ISSN 1805-0638. Dostupné z: <https://www.grantjournal.com/issue/0502/PDF/0502lovasova.pdf>

KABAT-ZINN, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10 (2), p. 144-156 [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future (institutpsychoneuro.com)

KABAT-ZINN, Jon a Libor VÁLEK. *Život samá pohroma: jak čelit stresu, nemoci a bolesti pomocí moudrosti těla a mysli*. V Brně: Jan Melvil Publishing, 2016, 616 s. Pod povrchem. ISBN 978-80-7555-012-5.

Národní zdravotnický informační portál. *nzip.cz* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 15.04.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

NEFF, K. D., 2003. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion, Psychology Press: *Self and Identity*, 2, p. 223-250 [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: Sai2.3.-9357 223..250 (self-compassion.org)

NORCROSS, J. C., Gary R. VANDENBOS. *Leaving it at the office : a guide to psychotherapist self-care*. New York : The Guilford Press, 2018, 276 s., ISBN 9781462536467.

PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-80-7254-865-1.

SHAPIRO, S. L., CARLSON, L. E. (2009). *The Art and Science of Mindfulness: Integrating Mindfulness into Psychology and the Helping Professions*. Washington DC: American Psychological Association, 2009, 212 s., ISBN 1433804654.

Symptomy. *symptomy.cz* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2009-2022 [cit. 15.04.2023]. Dostupné z: [katastrofizace - příznaky a léčba \(symptomy.cz\)](https://www.symptomy.cz). ISSN 2336-6540.

Využití arteterapeutických technik ve skupinové práci v kontextu integrativní psychoterapie.

Klára Horáková

Úvod

Pro svou teoretickou práci jsem si vybrala téma využití specifických arteterapeutických technik v práci se skupinou. Jsem přesvědčena, že arteterapeutické techniky skýtají velký potenciál v individuální i skupinové psychoterapeutické práci a mnohdy mohou být skvělým nástrojem, jak lépe porozumět sobě i ostatním. V této práci cílím především na dvě techniky: rodinnou koláž a tématickou fotografii. Každá z uvedených technik má široké využití a záleží na přístupu terapeuta, jak se rozhodne s technikou pracovat. V textu uvádím své zkušenosti a vlastní preferovaný přístup a pohled na možné využití. Neznamená to však, že techniky nenabízejí další možnosti.

V této práci vycházím především z teorie skupinové práce a arteterapie a své lektorské a poradenské práce na FFUK. Již čtvrtým rokem pracuji se studenty vysokých škol v rámci podpůrných skupin s prvky arteterapie a artefiletiky a ráda bych zde přiblížila mé zkušenosti a možnosti využití výtvarných technik kolegům, kteří pracují terapeuticky, ale v jejich praxi arteterapeutické techniky chybí, nebo je zařazují jen velmi zřídka.

Na poli terapeutické práce vnímám, že řada terapeutů se arteterapeutických technik obává. Domnívám se, že je to způsobeno různými důvody, zejména však vlastními obavami z nedostatečného výtvarného talentu, nebo z obavy, že arteterapeutické techniky jsou příliš limitující.

Tyto negativní postoje určují ochotu, nebo spíše neochotu kreativní techniky využívat. Doufám, že má práce přispěje k větší otevřenosti a chuti využívat v terapii výtvarné techniky a probudí větší zájem a chuť ke kreativnější terapeutické práci.

Skupinová dynamika terapeutické skupiny

“Skupinová psychoterapie je postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem. Tím se liší jak od individuální psychoterapie, v níž jde o vztah mezi terapeutem a jedním pacientem, tak od kolektivní či hromadné psychoterapie, ve které působí terapeut léčebnými prostředky na více pacientů současně, avšak nevyužívá systematicky to, co se mezi nimi děje.” (Kratochvíl, 2009, str. 15)

Ve skupinové terapii se setkávají lidé, kteří mají společný cíl a jednotliví členové skupiny se podílejí na vzájemné podpoře a interakci, což může být velmi užitečné pro mnoho lidí.

Výhodou skupiny je možnost sdílet zkušenosti s ostatními lidmi, kteří procházejí podobnými problémy, a možnost se od nich učit, popř. se inspirovat jejich přístupem.

Terapeut pomáhá skupině vytvářet bezpečné prostředí, ve kterém se lidé mohou otevřeně a upřímně vyjadřovat, sdílet své problémy a zkušenosti a společně hledat řešení.

Mezi výhody skupinové terapie patří mimo jiné i nižší náklady na terapii pro její členy a menší časová dotace ze strany terapeuta. Skupinová práce a zejména ta, kdy chceme zapojit prvky arteterapie je však náročnější pro arteterapeuta. V první řadě je potřeba vybrat vhodný prostor, kde se budou moci lidé věnovat malování a bude zde dostatečné technické zázemí. Dále je potřeba myslet na dostatek výtvarného materiálu, a veškeré potřeby, které jsou s výtvarnou činností spojeny (voda, hadříky, čistící přípravky, nádoby na vodu, podložky na kreslení atd.) Kromě těchto praktických a organizačních věcí, je potřeba

zabezpečit nezbytné podmínky pro práci se skupinou, tzn. že terapeut musí umět správně nastavit hranice diskrétnosti, dodržovat časovou osu, dát dostatečný prostor na reflexi apod. Vyžaduje se od něho také větší pohotovost a obratnost při korigování skupiny. Po zajištění všech potřebných podmínek pro terapeutickou i tvůrčí práci se skupinou, je možné využít potenciál, který výtvarné techniky nabízí a užívat benefity, které se nabízejí, tzn., že metody využívané při skupinové práci mohou být více akčnější, účastníci se rychleji zapojují a dochází k intenzivní spolupráci členů skupiny. (Šicková, Fabrici, 2002, str. 43..)

Ve skupině vzniká řada specifických forem komunikace, ať už verbální nebo neverbální. A je dobré si uvědomit, na kolika možných úrovních komunikace probíhá. Komunikace ve skupině může probíhat :

- mezi jedincem a jeho já
- mezi jednotlivými členy skupiny
- mezi jednotlivými podskupinami členů
- mezi vedoucím skupiny a jednotlivými členy
- mezi vedoucím skupiny a skupinou jako takovou
- mezi skupinou a institucí, v rámci které vznikla
- mezi skupinou a okolní společností

Všechny tyto způsoby komunikace ovlivňují nejenom členy, atmosféru skupiny, ale také činnost, kterou skupina provádí. (CAMPBELLOVÁ, J., 1998. s. 21 - 22)

Pojem “krásno” v terapii

Osobně jsem přesvědčena, že v širším pojetí je některé arteterapeutické techniky možné využívat i v běžném terapeutickém procesu, aniž bychom byli limitováni výrazným výtvarným talentem terapeuta i klienta. Myslím si, že v

širším rámci lze k arteterapii přistupovat jako k umění vnímat či vytvářet “krásno”.

Obecně lze říci, že vnímání krásy může hrát v psychoterapii důležitou roli. Rozvíjení schopnosti pozorovat a vnímat “krásné” kolem nás, může sloužit jako prostředek k uvolnění napětí, zlepšení nálady a posílení vnitřního pocitu pohody.

Vnímání krásy může pomoci klientovi získat novou perspektivu na svůj život, posílit jeho sebevědomí a vyvolat pocit radosti a uspokojení. Pokud je klient ve stresu nebo depresi, vnímání krásy může pomoci zmírnit jeho negativní emoce a zlepšit jeho náladu.

Krása může být vnímána a prožívána různými způsoby, jako například při sledování uměleckých děl, v přírodě, v hudbě, při meditaci nebo při vnímání vnitřních pocitů a myšlenek.

Při terapeutické práci může terapeut využít různé techniky, aby klientovi pomohl vnímat a prožívat krásu. Jako jednu z nejdostupnějších možností se nabízí podpořit klienta v aktivních procházkách v přírodě a přimět ho ke sledování a všímání si světa kolem sebe. Myslím si, že aktivita klienta, procházka v přírodě a podpora v tom, aby vnímal klid a krásu kolem sebe, je pro psychickou pohodu zcela zásadní. Tuto všímavost později můžeme rozvinout na všímání si svých vnitřních pocitů a proudů myšlenek a vnímání tělesných pochodů.

Pokud jde o klienta, který je esteticky zaměřený, můžeme mu doporučit, aby si vyzkoušel dokumentovat zajímavé detaily či obrazy fotoaparátem, popř. aby si scénérii, která ho zaujme namaloval. Tento proces může být zajímavým podnětem v terapeutickém rozhovoru. Dobré je také klienta podporovat v kulturním rozhledu. Osobně se mi u klientů osvědčilo (pokud s tím klient přichází) vést rozhovor o estetickém zážitku z výstav, knihy či filmů, které klient shlédl či přečetl.

Jako další techniku, při které se můžeme s klienty zaměřit na vnímání a prožívání „krásna“ je vizualizace. Klientovi díky ní můžeme dopřát esteticky příjemný zážitek a rozvíjet jeho fantazii a všímavost. Klienta můžeme vést k

vytváření vlastních vizuálních obrazů a přimět ho pracovat s různými aspekty, jako jsou barvy, tvary, textury, kompozice atd.

Vizualizace se obecně považuje za bezpečnou a účinnou metodu v rámci psychoterapie. Nicméně, jako u každé terapeutické techniky, existují i určitá rizika, která by měla být brána v úvahu. Může se stát, že se místo příjemných myšlenek a obrazů začnou vyjevovat sebezničující myšlenky a obrazy a celý proces imaginace se zablokuje. K takovému zablokování dochází nejčastěji u začátečníků a je mimo jiné projevem určitého strachu z toho, co by se z hlubin mohlo vynořit. (A. L, Seifert, 2004, str. 189).

Terapeut by měl klást důraz především na klientovo nastavení a momentální rozpoležení a vytvořit bezpečný prostor tak, aby se během vizualizace cítil komfortně.

Přínosy a pozitiva malování a kreativních technik ve skupinové práci

V této části bych chtěla uvést jaká pozitiva může přinést zařazení výtvarných technik do skupinové práce.

Důvodů, proč zařadit arteterapeutické techniky do skupinové práce může být celá řada. Pokusím se vyjmenovat ty, které považuji za stěžejní.

1. Výtvarné umění je důležitým způsobem komunikace a sebevyjádření. Ve chvílích, kdy klient těžce hledá slova, nebo se daná skutečnost složitě popisuje, může být výtvarné znázornění jasnější a srozumitelnější, než složitý a zdouhavý popis slovy. Malování umožňuje účastníkům vyjádřit své myšlenky, pocity a zkušenosti vizuálním způsobem, který může být obtížné vyjádřit mluveným slovem. To může být užitečné zejména pro jedince, kteří bojují s verbálním vyjadřováním.
2. Každý člen se může zapojit dle svých schopností a momentálního rozpoležení. Avšak členy spojuje tvoření na společné téma ve stejný čas a

na stejném místě. To, jak se jedinec zhostí zadaného tématu a jak aktivně se zapojí, může být cenná informace pro něj i pro skupinu. Vzájemná diskuze pak může jednotlivcům pomoci získat nové poznatky a pohledy na své jednání a díky zapojení ve skupině může zažít novou, korektivní zkušenost.

3. Tvoření může být zábavné a členové díky společné práci mohou zažívat radost a pocit sounáležitosti. Celkově lze říci, že malování ve skupinovém prostředí podporuje sociální interakci a může mezi účastníky vytvořit pocit společenství. Když jednotlivci sdílejí svá umělecká díla a diskutují o nich s ostatními, mohou si vzájemně vytvořit hlubší spojení a empatii.
4. Členové se postupně naučí, že důležitý je proces tvorby, pocit uvolnění, společná debata a zážitek. Naučí se vnímat a hovořit o svých vnitřních pochodech s pomocí výtvarného díla. Malování může přispívat k hlubšímu sebeobjevování, prozkoumání vlastního vnitřního světa a nahlédnutí do vlastních myšlenek a pocitů. Účastníci mohou objevit nové aspekty sebe sama a lépe porozumět svým vlastním zkušenostem.
5. Členové vytvářejí výtvarné artefakty, ke kterým je možné se v průběhu času vracet a je dobře pozorovatelný vývoj a změna skupiny i jednotlivých členů.
6. Relaxace a snížení stresu: Malování může být relaxační a uklidňující činností, která může pomoci snížit stres a úzkost. Může také podporovat všímavost a může být použita jako forma meditace.

Celkově lze říci, že malování může být mocným nástrojem skupinové psychoterapie, jelikož poskytuje účastníkům další způsob komunikace pomocí neverbálních technik. Způsob, jak se ve skupině vyjádřit a vzájemně komunikovat je v případě využívání výtvarných i jiných kreativních technik bohatší a nabízí širší paletu možností vzájemné komunikace a podpory.

Nástrahy výtvarných technik ve skupinové práci

Výtvarné techniky mohou být ve skupinové práci velmi užitečné, ale také mohou přinést některé nástrahy a je potřeba si uvědomit, že využívání výtvarných technik nemusí být vhodné pro každého. Někteří lidé se mohou cítit příliš nejistí a zapojení do skupiny je pro ně obtížné. Může se také stát, že někteří členové skupiny mohou mít pocit, že jejich dílo a zachycené téma či problémy jsou příliš osobní na to, aby byly sdíleny s ostatními. Celkově lze říci, že v určitých situacích může být zapojení výtvarných technik méně flexibilní, protože se musí brát ohledy na potřeby a rozpoložení jednotlivých členů z celé skupiny a zároveň se musí brát v potaz náročnost dané techniky.

Níže uvádím některé z nástrah, se kterými se můžeme setkat při zařazování výtvarných technik do skupinové terapie:

1. Různá úroveň dovedností: Členové skupiny mohou mít různou úroveň výtvarných dovedností, což může vést k frustraci pro ty s menšími dovednostmi a k zpoždění práce pro celou skupinu.
2. Rozdílné preference: Členové skupiny mohou mít různé preference pro různé výtvarné techniky, což může vést k neshodám a sporům v rámci skupiny.
3. Komunikace: Skupina by měla mít rozvinutou schopnost komunikace, aby mohla úspěšně spolupracovat, sdílet zážitky z tvoření a v neposlední řadě dovednost koordinovat svou práci. Pokud se členové skupiny nedomluví, může to vést k nedorozuměním a obtížím při společné práci.
4. Časový a materiálový limit: Každý člen skupiny musí být schopen efektivně plánovat a koordinovat svou práci v rámci časového a materiálového limitu, aby dokončil svou výtvarnou činnost včas a s dostupnými zdroji. Může se stát, že jedinec, který je organizačně méně zdatný naruší průběh skupiny.

5. Nechuť společně spolupracovat a tvořit. Pokud členové skupiny nejsou schopni spolupracovat a koordinovat svou práci, mohou být výsledky nekvalitní a neuspokojivé.
6. Přílišná dominance či submise některých jedinců ve skupině. Někteří účastníci mohou být introvertní a mít potíže s prezentováním svých nápadů v rámci skupiny, zatímco jiní mohou být příliš dominantní a zabírat si velký prostor, popř. potlačovat nápady ostatních.
7. Další potenciální nástrahou může být omezená flexibilita některých technik, které mohou být příliš limitující pro účastníky s různými nápady a přístupy. To může vést k tomu, že někteří členové se budou cítit omezeni a nedostatečně zapojeni.

Aby se členové skupiny vyhnuli těmto nástrahám, je důležité mít jasný plán, jakým způsobem budou techniky probíhat a nepodcenit přípravu. Je dobré se zamyslet nad tím, jakým způsobem budou členové skupiny spolupracovat a koordinovat svou práci. Dále je důležité vytvořit prostor pro otevřenou komunikaci a respektovat různé dovednosti a preference jednotlivých členů skupiny. (srov. Liebmann, 2010, str. 21)

Pro terapeuta může být zapojování výtvarných technik do skupinové práce náročnější než "pouze" verbální práce se skupinou, protože musí zvládat více interakcí mezi klienty a pracovat s různými potřebami a typy osobnosti.

Nicméně, skupinová terapie může být pro terapeuta i velmi uspokojivá, jelikož může vidět, jak se skupina vyvíjí a klienti rostou a vyvíjejí se.

Strukturovaná vs. nestrukturovaná výtvarná práce ve skupině

Některé arteterapeutické skupiny pracují “nestrukturovaným “ způsobem, to znamená, že skupina se setkává v určitém čase na určitém místě, ale každý si dělá svou vlastní práci. Pokud však chceme hovořit o psychoterapeutické skupině a zařazováním výtvarných technik v průběhu skupiny, měli bychom zvážit, jak moc budeme do společné práce vnášet jasnou strukturu.

Pracovat “strukturovaně” může znamenat mnoho věcí. Pod strukturou si můžeme představit pouze jednoduché pravidlo udávající pokyn “malujte co chcete, ale zvolte si pouze tři barvy”, nebo může jít o činnost více definovanou, např.: “Vyberte si jednu pastelku a ved'te s druhým člověkem neverbální rozhovor na stejném kusu papíru.” Je-li cílem sdílet společnou zkušenost, vyplatí se být velmi konkrétní a specifikovat kritéria práce. (Liebmann, 2010, str.23) Stále je však důležité vytvářet prostor pro individuální volbu na dané úrovni. tzn., že autor může vždy částečně volit, jak se techniky zhostí, popř. jakými prostředky téma ztvární.

Během mých skupin pracuji s velkou mírou struktury. Je to z mnoha důvodů, z nichž některé vyjmenuji níže. Obecně mohu říci, že mi jasně formulované zadání paradoxně pomáhá vzbudit větší kreativitu ve skupině. Pozoruji totiž, že pokud je zadání jasnější, lidé se v daných mantinelech pouštějí do většího experimentu a to i ti jedinci, kteří se projevují úzkostněji, popř. mají pocit, že “neumí kreslit”. A naopak, pokud je zadání moc volné, stává se, že někteří členové “neví jak do toho” a dělá jim obtíž překonat počáteční ostych, nebo je zahltí úzkost a pocit neschopnosti či nerozhodnosti. Dle Liebmana jsou výhody strukturované arteterapeutické skupiny především tyto (srov. Liebmann, 2010, str. 24) :

1. Řada lidí má velké obtíže vůbec začít. Jasně téma může udat bod, od něhož se lze odrazit.
2. Některá úvodní témata mohou pomoci skupinám přiblížit podstatu arteterapeutické práce a jejího pozitivu. To platí zejména v případě, kdy lidé ve skupině nejsou s tímto přístupem obeznámeni a výtvarnou techniku chápou ve smyslu dřívějších školních hodin výtvarné výchovy.
3. Některé skupiny jsou velmi nejisté a mají-li být funkční, potřebují strukturu.

4. Skupina se díky správně zvolené výtvarné technice může dostat rychleji k jádru tématu, resp. problému či situace, který se ve skupině řeší.
5. Sdílení tématu může napomoci semknutí skupiny
6. Témata a cvičení mohou být interpretována na mnoha úrovních a být použita pružně, aby vyhověla různým potřebám. Je-li to vhodné, skupina se sama může podílet na volbě tématu.
7. Určitá témata mohou napomoci členům skupiny vytvářet si vzájemné vztahy.
8. V některých případech mohou rozličná témata pomoci lidem vybočit ze “zajatých kolejí” mimo jiné i tím, že usnadňují práci.

Arteterapie

“Výtvarné umění či tvořivost měly vždy velký význam pro lidstvo a to nejen z hlediska estetického přínosu. Umění bylo odjakživa komunikačním prostředkem vždy (pouze více či méně vědomě) využívalo svého terapeutického potenciálu. Nejstarší umělecká díla vznikla ve službách rituálu, nejdříve magického, pak náboženského. Už u tvůrců pravěkých jeskynních maleb bylo výtvarné vyjádření symbolem, jimž si pravěký člověk ozřejmoval svůj vztah ke světu.”
(Lhotová, 2010, str.17)

Jak již samotný pojem „arteterapie“, napovídá, jedná se o spojení umění (latinsky „ars“) a léčení či léčby (řecky „thérapeiá“).

Jaroslava Šicková definuje arteterapii jako soubor uměleckých technik a postupů, které mají za cíl kromě jiného změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit smysluplného života.

Dalším přínosem tohoto terapeutického přístupu může být dřívější rozeznání chorobných psychických změn u některých typů diagnóz, či abreakce negativních pocitů a zážitků. Výhodou arteterapie je v tomto směru je mimo jiné trvalost jejich produktů, v nichž je možné sledovat posuny a vývoj v čase, jak jsem již zmiňovala v výše.

Důležitou úlohu v arteterapeutickém procesu hrají použité materiály, které jsou jedním z významných faktorů celkového kreativního terapeutického dění. Jejich prostřednictvím lze dynamicky odhalit své nitro, ale fungují také jako sensorické stimulanty či mají význam z diagnostického hlediska (Šicková-Fabricsi, 2005). Příkladem lze uvést např. barevné výstřižky, či přírodniny, které autor organizuje v prostoru, či na plochu papíru. To, jaký charakter má materiál a jak s ním autor zachází vypovídá o jeho momentálním rozpoložení. Práce s materiálem a jeho prostorové umístění pak přispívá k větší organizaci vlastních myšlenek a vnímání životních událostí v souvislostech. Z terapeutického hlediska je významné, pokud se klient na výběru materiálu podílí.

Arteterapie je jedním z psychoterapeutických postupů. Pracuje s výtvarným projevem klienta, a to jak s finálním výsledkem tvůrčí aktivity, tak přímo s procesem tvorby.

Koláž

Koláž je výtvarná technika, při které se vytváří nový obraz z výstřižků, obrázků nebo fotografií. Důležitá je již samotná příprava na koláž, která spočívá ve výběru vhodného materiálu.

Při tvorbě koláže dochází k rozstříhání nebo roztrhání zvoleného materiálu, tedy oddělení, odhození zbytku, rozlišení toho, co autor považuje za „figuru“ oproti zbylému „pozadí“. Pokud je materiál stříhán, jsou vytvořeny jasné struktury, oproti tomu, kdy je materiál trhán a okraje nejsou tak přesné a častěji dochází k náhodným tvarům, které mohou působit velmi dynamicky. Důležitý je rovněž podklad, na který se fragmenty lepí, a tím je většinou bílý nebo barevný papír různého formátu. Míra, v jaké je prostor vyplněn, má stejný interpretační význam jako v interpretaci kresby nebo malby. „Cílem koláže je vnést nový

pořádek do chaosu, množství podnětů a možností, které se klientovi nabízejí.“
(Šicková-Fabricsi, 2005, s. 48)

Při tvorbě koláže je dobré věnovat pozornost již samotnému procesu sbírání materiálu a podkladů pro koláž. Tato technika může být použita jako prostředek pro vyjádření emocí, myšlenek a pocitů, které se mohou těžko vyjádřit slovy. V psychoterapii může být koláž použita k zobrazení vnitřního stavu klienta. Tím mu pomůže přiblížit se ke svým emocím a získat lepší porozumění sebe sama. Klienti mohou vytvářet koláže týkající se různých témat, jako jsou například jejich cíle, sny, obavy, vztahy a emocionální stav. Pomocí této techniky mohou objevit a prozkoumat vztahy mezi těmito tématy a získat nové perspektivy na svůj život.

Během své práce se skupinou, nejčastěji zařazují téma koláže v rámci rodinných vztahů. Je překvapující, jak koláž velmi rychle objasní vzájemné vztahy a někdy velmi spletité rodinné vazby. Velkou výhodou je i skutečnost, že autor se při tvorbě zamýšlí nad mnoha aspekty, kterým běžně nevěnuje pozornost. Při tvorbě koláže je autor vystaven rozhodování, jak jednotlivé fragmenty umístit na plochu- tedy nad blízkostí a vzdáleností jednotlivých členů, nad tím, jak je znázornit a jaký atribut jim přisoudit apod. V průběhu terapie může terapeut použít rodinnou koláž k tomu, aby klientům pomohl prozkoumat své vztahy a emocionální reakce na ně. Terapeut může členy skupiny požádat, aby popsali, co každý obrázek znamená a co k němu cítí. Tímto způsobem mohou klienti identifikovat vzorce chování a vztahové dynamiky, které mohou být nezdravé nebo kontraproduktivní.

Terapeut může ve skupině použít koláž k diskusi o různých tématech, jako jsou například:

- Jak se klient cítí vůči různým členům rodiny?
- Jaké jsou jeho představy o vztazích v rodině?
- Jaké jsou jeho očekávání od jednotlivých členů rodiny?

Rodinná koláž může také pomoci vidět vztahy mezi lidmi v životě klienta z jiného úhlu pohledu. Mohou vidět vztahy, které jsou užitečné a podpůrné, stejně jako vztahy, které mohou být toxické a potřebují zlepšení. Pacienti také mohou identifikovat, jaké vztahy chtějí posílit a jaké vztahy by mohli být lépe vyvážené.

Celkově lze říci, že rodinná koláž může být užitečným nástrojem při psychoterapii, který umožňuje lépe pochopit své vztahy a emocionální reakce na ně. Práce s rodinnou koláží přináší nové vhledy a poznání jak pro autora koláže, tak i pro ostatní členy skupiny i terapeuta a proto je velmi vhodným nástrojem pro terapii.

Fotografie

Použití fotografie, jako arteterapeutického materiálu jsem začala využívat během pandemie Covidu-19. Vzhledem k tomu, že skupina měla probíhat online, stála jsem před výzvou, jak celou skupinu pojmout, což se zpočátku zdálo být velmi komplikované. Bylo potřeba vymyslet způsob, který by členy skupiny aktivizoval a zároveň nebyl náročný na výtvarný materiál. Ukázalo se, že vytváření fotografického materiálu bylo dobrou volbou a dokázalo členy skupiny přimět k individuální práci a následně i ke společné reflexi. Jako pozitivum vnímám i fakt, že se díky výpravám za zajímavým obrazovým materiálem dařilo členy skupiny aktivizovat k delším procházkám do přírody či za architekturou, nebo je zaměstnat při instalaci foceného obrazu.

Myslím si, že fotografování může být účinným nástrojem v psychoterapii, jelikož lze fotografiemi získat mnoho informací o způsobu, jakým klient vidí svůj svět a jak se s ním identifikuje. Vytváření obrazového materiálu může také pomoci pacientovi lépe porozumět sobě samému a svým pocitům a myšlenkám. Níže jmenuji některé z nápadů, jak s fotografiemi během skupinové práce pracovat.

1. Fotografický deník: Klient může fotografovat věci, které ho trápí, nebo které mu přinášejí radost a vytvářet tak fotografický deník. Tyto fotografie mohou být použity k diskuzi a prozkoumání pacientových emocí a myšlenek.
2. Fotografický projekt: Klient si může zvolit fotografický projekt, kdy cílem jeho fotografování jsou předměty nebo lidé, kteří mu připomínají určitou událost, kterou se ve svém životě momentálně zabývá. Fotografie mohou být použity k diskuzi a prozkoumání témat, jako je strach, ztráta, životní změna.
3. Fotografická meditace: Pacient může fotografovat přírodu nebo jiné příjemné prostředí a použít tyto fotografie k meditaci a relaxaci.

Moje osobní zkušenost s fotografováním jako terapeutické techniky je prozatím na počátku. Každopádně se domnívám, že fotografie má v sobě značný potenciál. Je potřeba si také uvědomit, že samotný přístup k fotografii se v posledních letech dramaticky proměnil a fotografování nyní vnímáme jako naprostou součást běžného života. Samotná diskuze nad tématem jak a proč jsem zachytil danou věc na fotografii a jaký cíl danou fofografií sleduji je často velmi zajímavá a díky skupinové diskuzi přináší zajímavé vhledy autorům i ostatním členům skupiny.

Při používání fotografování a používání obrazového materiálu je důležité mít na paměti, že každý klient je jedinečný a nemusí mu tento způsob práce vyhovovat. Je i možné, že ukazování fotografií (zejména v rámci skupiny) může klient vnímat jako zásah do jeho soukromí a cítit se nekomfortně. Z tohoto důvodu je vždy potřeba si se členy skupiny nastavit jasná pravidla a vykomunikovat si souhlas s technikou. Psychoterapeut by měl být maximálně citlivý, empatický a respektovat pacientovy potřeby a hranice. V každém případě však je důležité respektovat soukromí a ochranu osobních údajů klientů, kteří se rozhodnou použít fotografii jako součást terapie.

Závěr:

V této práci jsem se snažila přiblížit skupinovou práci s využitím arteterapeutických technik - především koláže a fotografie. Myslím si, že výtvarná práce je skvělým prostředkem, jak vnést do skupiny nový impulz a netradiční zážitek.

V úvodu práce jsem se zaměřila na přínosy a pozitiva malování a kreativních technik ve skupinové práci a také na rizika spojená se zařazováním výtvarných technik do skupinové práce. Dále jsem se věnovala skupinové dynamice a tématu strukturované a nestrukturované skupinové práci.

Doufám, že se mi podařilo přiblížit využití výše jmenovaných arteterapeutických technik ve skupinové práci a objasnit čím mohou být pro členy skupiny i

terapeuty obohacující. Cílem mé práce bylo vzbudit větší zájem o výtvarné techniky a jejich použití v psychoterapeutické praxi.

Literatura:

CAMPBELLOVÁ, J. Techniky arteterapie. Praha: Portál, 1998.

SEIFERT A.L., SEIFERT T., SCHMIDT P., Aktivní imaginace: práce s fantazijními obrazy a jejich vnitřní energií. Praha: Portál, 2004., Praha

LHOTOVÁ, Marie. Proměny výtvarné tvorby v arteterapii. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2010.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. Základy arteterapie. Praha: Portál, 2002

LIEBMANN, Marian. Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci. Vyd. 2. Přeložil Johana ELISOVÁ. Praha: Portál, 2010.

KRATOCHVÍL, Stanislav. Skupinová psychoterapie v praxi. 3., dopl. vyd. Praha: Galén, c2005.

KŠAJT, František. Hovory arte. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2015

Vybrané psychoterapeutické techniky používané v integrativní psychoterapii

Kristýna Hudcová

Úvod

Tématem závěrečné teoretické práce jsou vybrané psychoterapeutické techniky používané v integrativní psychoterapii. Cílem práce je představit čtenářům přehled vybraných technik, které se používají v hlavních psychoterapeutických směrech. Pro práci integrativního terapeuta je přirozené, že se ve své praxi snaží o flexibilní použití

principů různých psychoterapeutických směrů dle potřeb pacienta, se kterým právě pracuje. Měl by tedy mít přehled o tom, jaké techniky v terapii může použít, odkud daná technika pramení a co je jejím záměrem.

Tato práce nejprve shrnuje přehled závěrečných prací SI, které se zabývají popisem specifických technik určitého psychoterapeutického směru. Dále se zabývá stručným vymezením využití technik v terapii, jak tomu je v současné době s akcentem na integrující přístup v terapii. Poté práce obsahuje popis jednotlivých technik, které hlavní proudy v psychoterapii do praxe zavedly.

Závěrečné práce SI na téma techniky v terapii

V rámci závěrečných prací Skálova institutu vzniklo již několik takových, které se zabývají popisem specifických technik určitých psychoterapeutických směrů. Tato kapitola tyto práce shrnuje a odkazuje na ně, aby si čtenář v případě zájmu dané techniky mohl snadno dohledat. Techniky, které jsou zahrnuty již v dřívějších pracích SI nejsou popsány v této práci. Upozorňujeme tedy především na práci Techniky gestalt terapie (Mikulková, 2004), neboť Gestalt terapie patří mezi základní psychoterapeutický směr a je jistě dobré pro integrativně orientovaného terapeuta mít přehled o jejích technikách.

Přehled prací

Mikulková Gabriela: Techniky gestalt terapie, Bulletin 2004, str. 111-117 (odkaz: https://www.skaluvinstitut.cz/files/literatura/D_46.pdf)

Práce se zabývá vymezením Gestalt terapie a jejích kořenů a popisuje následující techniky: technika centrování na problém; techniky na přijetí svých polarit - prázdná židle (rozhovory se svými odmítanými polaritami); techniky na přijetí zodpovědnosti - zakončení věty (a nesu za to odpovědnost); technika přehrávání; technika "Mohu dokončit větu?"; technika řízené fantazie; technika integrace.

Brožová Hana: Relaxační techniky, Bulletin 2004, str. 2-7 (odkaz: https://www.skaluvinstitut.cz/files/literatura/D_46.pdf)

Práce popisuje teoretická východiska pro relaxace a meditace, cíle relaxace a stručný teoretický popis několika relaxačních technik. Relaxační techniky popsané v této práci jsou např.: autogenní trénink, mantry, Jacobsonova progresivní meditace, Dynamická meditace neboli Kundalíni meditace, práce s dechem, relaxační masáže, Kineziologický test, Progresivní relaxace, apod.

Waltersová Jenny: Některé techniky práce se snem z pohledu gestalt terapie, Bulletin 2004, str. 247-250 (odkaz: https://www.skaluvinstitut.cz/files/literatura/D_46.pdf)

Práce podává teoretické vymezení snů a práce s nimi z pohledu gestalt terapie. Podrobněji popisuje techniky jako jsou techniky na zpřítomnění snu, techniky na důležitá místa ve snu, techniky zaměřené na neúplné sny, a další specifické techniky - asociace, skupinové asociace, interpretace prožitkem nebo technika sen jako dopis pro mne, apod.

Mária Chládková: Možnosti využití projektivních technik v psychoterapii, Bulletin 2004, str. 26-35 (odkaz: https://www.skaluvinstitut.cz/files/literatura/D_47.pdf)

V této práci nalezneme teoretické vymezení projekce a možnosti jejího použití v terapii. Podrobněji jsou zde popsány techniky - test jména, test tří přání, test zlatého věku, technika kdybych se znovu narodil, technika kouzelná moc, projektivní obrázky apod. Také se práce zabývá možnostmi interpretace pacientových projektů.

Klenerová Eva: Relaxační techniky v psychoterapii, Bulletin 2008, str. 130-135 (odkaz: https://www.skaluvinstitut.cz/files/literatura/D_37.pdf)

Tato práce se zabývá vymezením relaxačních technik v psychoterapii a popisuje podrobněji tyto relaxace: Schultzův autogenní trénink, Jacobsonova relaxace, Řízená imaginace, Meditační techniky, Relaxace hudbou, Práce s dechem, Jógová relaxace.

Vybrané techniky pozitivní psychologie, Eliška Veselá, Bulletin 2021 str. 125 - 136 (odkaz: https://www.skaluvinstitut.cz/files/literatura/D_283.pdf)

Práce se zabývá důsledným popisem technik pozitivní psychologie a jak je aplikovat při sezení s klientem. Najdeme zde tyto techniky: What Went Well, Inventura pozitivních emocí, Deník vděčnosti a její vyjádření, Seznam dobrých vlastností, dovedností, úspěchů, Vychutnávání, Zvyšování prožitku Flow, Odpouštění, Práce s nadějí, Technika 3D neboli NÁvod PRO život, Přeznačkování.

Martina Reizerová: Výcvik ve Skálově Institutu – uplatnění principů integrativní psychoterapie, Bulletin 2015 str. 134 - 147 (odkaz: https://www.skaluvinstitut.cz/files/literatura/D_89.pdf)

Zajímavou prací z hlediska shrnutí toho, zda a jaké techniky, postupy práce z různých psychoterapeutických směrů jsou využívány a představeny frekventantům výcviku SI, je práce Martiny Reizerové z roku 2015. Tato práce shrnuje principy výcviku SI a také se vyjadřuje k tomu, co výcvik SI uplatňuje z hlavních psychodynamických směrů. Autorka se vyjadřuje ve stručnosti tak, že výcvik SI se hojně prolíná s psychodynamickými a psychoanalytickými principy a že frekventanti na základě sebezkušenosti zakouší metody a techniky tohoto směru (interpretace minulých zážitků, dětství, práce s obrannými mechanismy, práce s odporem, práce se sny apod.). Dále pak z oblasti gestalt terapie je ve SI přítomen prvek zaměření na přítomnost a na skupinách se využívá hodně technika "prázdné židle". V rámci výcviku SI jsou frekventanti také hodně podporováni pro práci s tělem (všímání si tělesných projevů, emocí v těle, relaxační cvičení během komunit, teorie zaměřená na představení práci s tělem v psychoterapeutickém sezení, apod.), tedy čerpají ze směrů zaměřených na tělo (Bioyntéza). Dále je zde popsáno, že během výcviku SI se frekventanti také seznamují jak teoreticky, tak prakticky s principy a metodami práce KBT. Během výcviku je na KBT zaměřen jednak nácvik dovedností, ale i teoretické semináře, kde se frekventant může s tímto směrem dobře seznámit. Dalším směrem, který je v SI hojně zastoupen je interpersonální terapie - transakční analýza. Během výcviku se hrají hry a praktikují se techniky TA, tak aby si frekventant určil svou

osobnostní polohu. Existenciální směry jsou ve výcviku SI zastoupeny především díky sebezkušenostní části, kdy řada témat frekventantů souvisí se smyslem a hodnotami. V neposlední řadě jsou v SI zastoupeny i prvky z rogersovské terapie, a to především v první části výcviku, kdy dochází k odhalování frekventantů a ve skupině se hodně podporuje empatické, vřelé a interpretující prostředí.

Techniky v terapii

Psychoterapie má řadu definicí. O integrativní definici se pokouší Norcross (in Prochaska & Norcross, 1999, s. 16) a jeho definice zní: "Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí." Z hlediska technik je pro nás důležitá část definice, která hovoří o záměrné aplikaci klinických metod, které můžeme považovat právě za specifické techniky, které se v psychoterapii využívají.

Využívání technik v terapii je poměrně neprozkoumané pole z hlediska výzkumného zájmu. Existuje jen málo výzkumů takových, které se tímto tématem zabývají. Dle dosavadních výzkumů můžeme techniky rozdělit do tří faktorů dle tradičních teoretických orientací. Dle McNeilly a Howard (1991) je rozdělení následovné: direktivní/behaviorální techniky, psychodynamické/na minulost zaměřené techniky a afektivní techniky (Říhářek & Roubal, 2019).

V roce 2009 se autoři Thoma a Cecero ve svém výzkumu zabývali otázkou, zda je integrativní používání technik v psychoterapii spíše výjimkou nebo pravidlem. Integrativní terapeuti již ze své podstaty nepoužívají ve své praxi výhradně techniky, které jsou spjaty s jednou výchozí terapeutickou orientací, ale spíše se snaží najít techniky z různých teoretických polí, tak aby nejvíce vyhověl potřebám daného klienta. Nicméně je otázkou do jaké míry toto dělají i terapeuti, kteří se hlásí k jednomu určitému psychoterapeutickému směru. Bylo zjištěno, že až 95% dotazovaných britských terapeutů využívá techniky z různých směrů bez ohledu na jejich hlavní terapeutickou orientaci. To se shoduje se závěry z výzkumu Thoma a Cecera, kde se ukázalo, že většina

terapeutů, kteří se hlásili k určité terapeutické orientaci (KBT, humanistické, psychodynamické), využívali více technik, které pochází mimo jejich základní orientaci. Výzkumníci si také pokládali otázku, jaké techniky jsou podporovány napříč všemi terapeutickými orientacemi a sestavili seznam 23 takových technik. Tyto techniky byly rozlišeny na základě jednotlivých orientací, ze kterých původně vychází. Seznam technik je následující:

Humanistické techniky	<p>Empatie - snaha porozumět světu z klientova úhlu pohledu</p> <p>Poskytování nepodmíněného pozitivního odměňování</p> <p>Být v terapii autentický a kongruentní</p> <p>Reflektování pocitů</p> <p>Podpora klientova zaměření na současné vnitřní pocity a vjemy</p> <p>Vcítění se do toho, čemu se klient vyhýbá nebo bagatelizuje prostřednictvím empatického zaměření</p>
Kognitivní techniky	<p>Rozporování maladaptivních nebo zkreslených přesvědčení</p> <p>Učení klienta rozpoznat, jak jejich myšlenky, předpoklady a přesvědčení způsobují různé emocionální odpovědi</p> <p>Učení klienta rozpoznat a měnit jejich systémy "měl bych", "musím", "slušelo by se"</p>

	Odkrývání jádrových přesvědčení
Behaviorální techniky	<p>Plánování a podpora takového chování, které je alternativní k problémovému chování</p> <p>Plánování nebo podpora příjemných aktivit v životě klienta</p>
Psychodynamické techniky	<p>Podpora klienta k náhledu na jeho životní události a situace</p> <p>Prozkoumávání raného dětství</p> <p>Prozkoumávání a interpretace emocionálních problémů klienta ve vztahu k problematickým mezilidským vztahům</p> <p>Prozkoumávání a interpretace změny role jako zdroje stresu</p>
Gestalt techniky	<p>Podpora pozornosti k přítomnému okamžiku</p> <p>Podávání klientovi zpětné vazby o jeho napětí v těla nebo způsobu mluvy v přítomném okamžiku</p>
Existenciální techniky	<p>Pomoc při objevování smyslu a účelu</p> <p>Podpora klienta k autenticitě směrem k terapeutovi</p> <p>Pomoc klientovi při objevování přání a potřeb, tak aby je klient mohl naplnit</p>

Systemické techniky	Podpora klienta v prozkoumávání jeho role v maladaptivním rodinném systému
Konstruktivistické techniky	Nabídnutí pozitivního přerámování, tak aby byl klient schopen změnit svoje vyprávění o jeho situaci

V roce 2019 Říháček a Roubal provedli studii, která se snažila zmapovat využívání psychoterapeutických technik u českých psychoterapeutů. Dle jejich výzkumu byla nejpoužívanější intervence byla vyjadřování empatického porozumění (které je dnes chápáno jako faktor společný všem přístupům v terapii). Další hojně používané techniky byly otázky na výjimky z problému a zvědomování a zesilování emocí. Dále pak techniky vycházející z KBT, a to behaviorální experiment, kognitivní restrukturalizace, nácvik zklidňujícího dýchání a nácvik sociálních dovedností nebo technika focusingu. V závěru studie autoři zmiňují, že ačkoli terapeuti preferovali ve své praxi různé techniky, často se jednalo o kombinaci různých teoretických přístupů, což je v souladu s výzkumy, které dokládají značnou oblibu eklekticismu či integracionismu v psychoterapeutické praxi.

Techniky využívané v psychoanalytických směrech

V psychoanalytických směrech je při psychoterapeutickém procesu kladen velký důraz na zvyšování vědomí klienta, které se děje pomocí čtyř hlavních technik psychoanalytické terapie, a to konfrontace, objasňování, interpretace a propracování (Prochaska & Norcross, 1999).

Konfrontace a objasňování

Tyto dvě techniky jsou si vzájemně podobné. Jedná se v podstatě o zpětné vazby, které analytik dává pacientovi. Při konfrontaci se terapeut ujišťuje, že si pacient je

vědom činů a zážitků, které souvisí s analýzou. Konfrontuje klienta s jeho pocity, např.: “Zdá se mi, že se na mě zlobíte.” Objasňování následuje často po konfrontaci s určitými pacientovými obsahy a je více detailnější a obsáhlejší než konfrontace. Pacient udává detaily ke svým pocitům (Prochaska & Norcross, 1999).

Interpretace

Tato technika je považována za nejdůležitější a tradiční analytický postup. Interpretace je chápána jako proces, kdy se z nevědomého stává vědomé. Díky interpretaci se dostáváme v terapii za to, co je zjevné a nalézáme pro psychologické jevy význam a příčinnou souvislost. Díky interpretaci se pacienti učí nahlížet na vědomé zážitky jako na zkušenosti, které byly způsobeny nevědomými procesy a učí se hledat kořeny své dospělé zkušenosti v raných zážitcích (Prochaska & Norcross, 1999). Nicméně analytik je zpravidla zdrženlivý ve vnášení interpretací a čeká až na dobu, kdy se klient sám již téměř přiblížil k objasnění problému (Kalina, 2013).

Propracování

Jedná se o pomalou a opakující se práci s vhledy, která je založena na interpretaci odporu a přenosu. Zde si pacienti začínají silně uvědomovat své obrany, pudy a symptomy. A zároveň si začínají uvědomovat, že existují jiné a vyzrálejší způsoby ovládní svých instinktů. V této fázi terapie pacient upouští od svých obran a začíná používat zvládací mechanismy (Prochaska & Norcross, 1999).

V knize Psychoanalytická psychoterapie: příručka pro praxi z roku 2022 popisuje psychoanalytička Nancy McWilliamsová dva základní procesy v psychoanalytické terapii, na které je v současné praxi psychoanalýzy kladen důraz, a to na naslouchání a mluvení.

Naslouchání

Psychoanalytický terapeut zdůrazňuje naslouchání jako odbornou schopnost, chápe ji jako ukázněnou, meditativní a emočně vnímavou činnost, při které jsou potřeby na sebevyjádření a sebepotvrzení psychoterapeuta podřízené psychickým potřebám klienta. Naslouchání je zde chápáno jako důležitější než mluvení. Mluvení je viděno jako forma důkazu toho, že terapeut svému klientovi naslouchá. Psychoanalyticky orientovaný terapeut vychází z toho, že už samo naslouchání má terapeutický účinek - pacienti často poprvé zažívají, že je někdo opravdu poslouchá a pamatuje si, co říkají. Naslouchání má funkci především tu, aby se klient cítil s terapeutem bezpečně a měl prostor pro vlastní myšlenky, asociace a interpretace, aby byl naslouchajícím terapeutem podpořen v cestě za vlastním poznáním (McWilliams, 2022).

Mluvení

V současné psychoanalytické praxi je terapeutovo mluvení chápáno jako podpora pro rozvoj společného porozumění, které vysvětluje pacientovu zkušenost. V nynější psychoanalytické zkušenosti se tedy opouští od nutnosti perfekcionisticky interpretovat minulost pacienta, která dominovala na počátcích rozvoje psychoanalýzy. Mluvení má především napomáhat psychoterapeutickému procesu, proto je potřeba, aby první terapeutova slova směřovaly k vybudování bezpečí, sdělení pacientovi, že mu chce porozumět a vysvětlení důležitých stránek terapie. Dále je užitečné, aby terapeut některé z prvních sezení věnoval celkové anamnéze klienta a poté by se měl terapeut především zaměřit na rozvoj schopnosti klienta hovořit sám o sobě volně s plným emočním zaujetím. Terapeut k tomu používá otázky typu: "Můžete mi o tom říci více? Byla jste někdy v podobných situacích? Jak se cítíte, když mi to říkáte?" (McWilliams, 2022).

Pokud klient mluví volně sám, nemusí terapeut zasahovat nápomocnými otázkami a reaguje na klienta spíše až ke konci sezení. Tato odezva může mít podobu otázky na objasnění pacientovi zkušenosti, vyjádření podpory k dalšímu hovoru o tématu, nebo podpora prozkoumání pocitů, které pacient měl, když klientovi sděloval své zkušenosti, apod. Pokud má pacient těžkosti volně mluvit, je možné se ho doptávat na jeho sny, sny v dětství, na pacientovi fantazie. Tímto konkrétním doptáváním

terapeut rozšiřuje povědomí klienta o tématech, která jsou v terapii vítaná (McWilliams, 2022).

Techniky vycházející z KBT

Práce s automatickými myšlenkami

Práce s automatickými myšlenkami má v KBT zásadní pozici a vychází z teorie, která říká, že interpretace určité situace je často vyjádřena v automatických myšlenkách a ovlivňuje následnou tělesnou, emoční reakci a chování jedince. Automatické myšlenky můžeme rozdělit dle platnosti (správnosti) a užitečnosti (prospěšnosti). V praxi se nejběžněji setkáváme s tím, že jsou automatické myšlenky nějakým způsobem zkresleny, anebo jsou sice správné, ale závěry z nich jsou chybné (např.: “Neudělal jsem, co jsem měl, a proto jsem špatný člověk.”). V KBT se pacienti učí, jak určovat své nefunkční myšlenky, zhodnocovat je a následně pozměňovat (Beck, 2018).

Následující odstavce popisují, jak KBT terapeut pracuje s automatickými myšlenkami v sezení s pacientem. Nejdříve KBT terapeut vysvětlí pacientovi, co jsou to automatické myšlenky. Nejlépe na příkladu, který uvádí pacient. Pokud pacient vypráví nějakou situaci, kterou prožil, či nějaký problém, terapeut mu položí otázku - “Co vám běželo hlavou?” (toto je základní otázka na zjišťování AM - automatických myšlenek). Pacient může odpovědět například, že “nejsem dost dobrá/ý”. Jakmile pacient toto vysloví, proběhne edukace pacient o tom, co je AM. Poté terapeut a pacient společně názorně zobrazí AM na papír, napíše tzv. kognitivní model, kde se popíše situace, myšlenka a emoce pacienta. Kognitivní model názorně ukáže pacientovi, že to, co si myslí ovlivňuje jeho emoce. Po zjištění první automatické myšlenky je dobré dále pokračovat v dotazování, díky kterému se může přijít na další důležité myšlenky. Pacient je vybízen k tomu, aby se učil rozpoznávat AM i v období mezi sezeními, a to tak, že pokud si všimne, že se mu zhoršuje nálada, tak aby se sám sebe zeptal (nebo si představil, jak se ho terapeut ptá), co mu teď běží hlavou a poznačil si to (Beck, 2018).

Jakmile v terapii s pacientem určíme, která AM je pro něj důležitá a stresující a také zjistíme pacientovi reakce (tělesné, emoční, behaviorální) na ni, můžeme ji poté s pacientem hodnotit. Hodnocení Am má za cíl ukázat pacientovi, jak moc je jeho AM založená na pravdě, co AM pro pacienta v životě znamená a co mu způsobuje a co by s ní měl dělat. Základním cílem hodnocení AM je tedy jejich zpochybnění. Zde je důležité zmínit, že na každé AM může být také nějaká pravda a tedy ne vždy je zcela zpochybnitelná. K hodnocení používáme tzv. Sokratovské dotazování, což je sada otázek pro prozkoumání AM (Beck, 2018).

Jaké mám důkazy, které tuto myšlenku podporují? Jaké důkazy svědčí proti této myšlence?

Existuje nějaké jiné vysvětlení?

Co nejhoršího se může stát? Kdyby se to stalo, jak bych se s tím vyrovnala?

Co nejlepšího se může stát?

Jaký je nejpravděpodobnější výsledek?

K čemu to vede, když své AM věřím?

Co by se stalo, kdybych své myšlení změnila?
--

Co bych řekla (konkrétnímu člověku), kdyby byl ve stejné situaci jako já?

Co bych měla udělat?

Pokud během hodnocení zjistíme, že je AM pravdivá, dále se v sezení zaměřujeme na řešení, zkoumáme neplatné závěry, pomáháme pacientovi smířit se se skutečností. Po zhodnocení AM žádáme pacienta o shrnutí toho, o čem jsme si povídali, aby došlo k ukotvení změny v pohledu na AM (Beck, 2018).

Práce s jádrovými přesvědčeními

Dalším důležitým konceptem, se kterým se v KBT pracuje je jádrové přesvědčení. Jádrová přesvědčení jsou chápány jako nejniternější názory člověka na sebe samého, na druhé lidi nebo na svět. Jádrová přesvědčení se u člověka vyvíjí od raného dětství na základě genetických predispozic k vývoji osobnostních rysů, ale také díky interakci s klíčovými osobami a mnoha jiných zážitků. Jádrová přesvědčení jsou rozdělena do třech kategorií (Beck, 2018).

Týkající se bezmocnosti	Jsem neschopný. Potřebuji druhé lidi. Jsem bezmocný. Jsem oběť.
Týkající se nepřijatelnosti	Nikdo mě nemůže milovat. Jsem nesympatický. Jsem nechtěný.
Týkající se bezcennosti	Jsem odpad. Jsem špatný.

V praxi terapeut s jádrovými přesvědčeními pracuje tak, že nejdříve udělá hypotézu o jádrovém přesvědčení pacienta (na základě automatických myšlenek, doptávání, shromažďování info apod.). Poté opatrně nabídne svůj koncept jádrového přesvědčení daného pacienta pacientovi. Poté terapeut edukuje pacienta o jádrovém přesvědčení. Vysvětlí mu, že jádrové přesvědčení je jen myšlenka, které silně ,a která se nemusí zakládat na pravdě. Tato myšlenka může mít kořeny v událostech z dětství. Jakmile pacient pochopí jádrové přesvědčení a identifikuje nějaké své (např.: “Jsem vadný.”), může mu terapeut pomoci ve vytváření pozitivního jádrového přesvědčení. Je lepší vytvářet částečně pozitivní přesvědčení, ta jsou pro pacienty lépe přijatelná než extrémně pozitivní přesvědčení (např.: “Jsem vadný.” - “Jsem normální, mám jak nedostatky, tak i přednosti.”) (Beck, 2018).

Po formulaci nového pozitivního jádrového přesvědčení dochází v terapii k práci na posilování těchto nových jádrových přesvědčení. To terapeut může dělat pomocí zdůrazňování pozitivních informací o pacientovi (záměrně se na ně doptává) a nebo pomoci pacientovi dívat se na jeho zážitky skrze nové jádrové přesvědčení, jinak řečeno, vyzvat klienta, aby hledal důkazy pro nové jádrové přesvědčení (např.: “Mohl/a byste si tento týden všimnout věcí, které ukazují na to, že jste normální.”) (Beck, 2018).

K tomu, aby pacient změnil své negativní jádrové přesvědčení může terapeut využít následující techniky.

Pracovní list

Jádrové přesvědčení:
Důkazy podporující přesvědčení:
Důkazy odporující přesvědčení:
Správnost jádrového přesvědčení:
Alternativní přesvědčení:

Technika extrémních kontrastů

Pacient je vyzván, aby se srovnal s někým (jeho známý, známá postava, fiktivní postava), kdo prokazatelně splňuje negativní vlastnost, které se vztahuje k jádrovému přesvědčení pacienta (Beck, 2018).

Využití metafor, filmů a příběhů

Na základě nějaké postavy ukázat nefunkčnost jádrového přesvědčení, kterému pacient věří (Beck, 2018).

Řešení problémů a nácvik dovedností

Tato technika se zaměřuje na reálné problémy v životě pacienta. Terapeut povzbuzuje pacienta, aby na sezení sdílel a vymýšlel řešení situací a problémů, které mezi sezeními prožívá a nebo která ho čekají. Terapeut k tomu může využívat otázky, které cílí na to, jak pacient řešil již podobné problémy ve svém životě, nebo využít otázku, co by poradil svým známým, kdyby řešili situaci, kterou řeší on (Beck, 2018).

Rozhodování

Tato technika má pacientovi pomoci při rozhodování. Terapeut může pacienta vyzvat k tomu, aby sepsal výhody a nevýhody pro každou možnost mezi, kterými se rozhoduje, případně k nim poté přiřadil hodnoty a pomoci pacientovi vybrat nejlepší řešení (Beck, 2018).

Změna zaměření pozornosti

Tuto techniku využívá terapeut, pokud se pacient potřebuje soustředit na nějakou činnost a je kontraproduktivní, aby se zabýval analýzou AM, jádrovým přesvědčením apod. Nebo pokud pacienta trápí vtíravé myšlenky a jejich restrukturalizace nefunguje. Při této technice se pacient učí přijímat AM a nenechat se jimi rozptýlit. Případně je možné pomoci pacientovi hledat rozptylující aktivity (procházka, televize, sprcha, apod.). Je dobré pacienta upozornit, že změna zaměřená pozornosti je jen řešení v krátkodobém měřítku (Beck, 2018).

Relaxace a všímavost

Existuje řada typů relaxací, které se pacient může naučit, popřípadě si je pouštět na videích, zvukových nahrávkách apod (Beck, 2018).

Odstupňované zadávání úkolů

Tato technika učí pacienty zaměřovat se na dílčí kroky, které vedou k cíli. Zmírňuje, tak pacientovo zahlcení, když by se zaměřoval na dosažení cíle jako takového. Je dobré jednotlivé dílčí kroky, které vedou k cíli pacienta názorně s pacientem nakreslit a zobrazit pomocí schodů vedoucích k cíli (Beck, 2018).

Expozice

Tato technika je jedna ze základních v KBT a také často používaná KBT terapeutů. Základním principem této techniky je vystavení se pacienta podnětu či situaci, která u něj vyvolává úzkost, a kterému se díky této úzkosti vyhýbá. Při expozici obávanému podnětu či situaci se klient naučí pocít strachu a úzkosti vydržet a zvládnout, aniž by provedl zabezpečující (vyhýbavé) chování. Expozici lze provádět v imaginaci, nebo in vivo (tedy naživo) (Beck, 2018).

Hraní rolí

Tato technika je v terapii vhodná pro řadu cílů, jako je například určení AM, jádrových přesvědčení, posílení sociálních dovedností, nacvičení určitého komunikačního stylu apod. Pacient je vyzván, aby společně s terapeutem sehrál nějaký problém, situaci, která ho trápí. Někdy může i terapeut zaujmout pacientovu roli (Beck, 2018).

Technika “koláče”

Tato technika se používá jako grafické znázornění pacientových myšlenek. Může se použít ke stanovení cílů, k určení odpovědnosti za určitý výsledek, nebo pokud

pacientovi chybí náhled na nevyrovnaný život (může se použít zobrazení koláčů s reálným a ideálním vynakládání času) (Beck, 2018).

Seznam úspěchů

Pacient je vyzván k tomu, aby si vedl denní záznamy pozitivních věcí, které udělal. Tato technika podporuje pacienta k tomu, aby si všímal dobrých věcí ve svém životě a jeho úspěchů, podporuje u pacienta pozitivní emoce (Beck, 2018).

Techniky využívané v existenciálních terapiích

Klasická existenciální terapie (Binswanger, Heidegger, Boss apod.) využívá jen minimum technik. Dle ní technicky zaměřené terapie spíše posilují pacientovo chtění, aby ho terapeut "dal do kupy". Existenciální směry se snaží především o to, aby pacient navázal autentický vztah s terapeutem a začal svůj život žít více svobodněji. Je pro ně tedy typické zaměření právě na vztah klient-terapeut (Prochaska & Norcross, 1999).

Jedna z technik, která by se zde dala zmínit, je existenciální konfrontace.

Existenciální konfrontace

Tato technika se liší od konfrontace psychoanalytické. Při této technice existencialisté odhalují vlastní zkušenost s pacientem, kterou prožívají během sezení. Nejedná se tedy o zrcadlení pacientovi zkušenosti, jak tomu je při psychoanalytické konfrontaci. Existenciální terapeut tedy může s pacientem například sdílet, že se dnes s pacientem na sezení cítí úzkostně (Prochaska & Norcross, 1999).

Hlavními alternativami existenciální terapie jsou existenciálně - humanistické terapie, logoterapie, terapie realitou. V následující kapitole se budeme věnovat pouze jedné z těchto orientací, a to logoterapii a jejími technikami.

Techniky využívané v logoterapii

Paradoxní intence

Tato technika vychází z toho, že daný jedinec zažívá strach z různých situací ve svém životě. Pokud se jeho strach prohlubuje, má nakonec strach ze samotného strachu. Logoterapie se ptá na to, co by se ale stalo, kdyby si člověk přál to, čeho se bojí. Odpovědí je, že by v přeneseném slova smyslu vzal strachu vítr z plachet. Na základě tohoto přesvědčení Frankl v roce 1947 ve své knize *Psychoterapie in Praxis* popsal metodu paradoxní intence. Základem této metody je schopnost sebedistance (zaujetí odstupu od sebe samého). Člověk si přeje splnění strachu a usmívá se tomu. Jde tedy hlavně o humor a pomocí humoru se pacient učí čelit strachu. V sezení terapeut a pacient společně v rámci dialogu vyladují paradoxní intenci, tak aby byla dobře formulovaná a nakonec pro pacienta úsměvná. Příkladem může být to, že se pacient bojí, že bude koktat přede všemi, když bude přednášet. Pacient si tedy má nejen přát, aby při prezentaci koktal, ale bude se zároveň bavit představou, jak všem ukáže, jak se dá perfektně koktat (Kosová, 2014).

Dereflexe

V této technice se jedná o prohloubení jedincova zaměření se na smysl a léčivé sebezapomenutí. Vychází z předpokladu, že u jedince došlo k přehnanému sebezaporování a díky tomu se dostavilo jedincovo přehnané chtění něčeho dosáhnout - například spánku, slasti apod., které má ale opačný účinek než je požadovaný. Dereflexe pomáhá jedinci směřovat pryč od symptomu (například nemůžu usnout) směrem ke smysluplnému cíli. Díky tomuto směřování dochází k redukci symptomu jako k vedlejšímu produktu (Kosová, 2014).

Změna postoje

V rámci logoterapie je kladen důraz, aby jedinec změnil svůj postoj k životu, a to od nezdravého postoje, který často na začátku terapie zaujímá, směrem k postoji zdravému. Zdravý postoj k životu je podle logoterapie takový, kdy se člověk považuje za tvůrce svého života a přitom vnímá své vnitřní i vnější hranice. Opakem je tedy nezdravý postoj, který je spojovaný s pasivní rolí oběti, rezignací, zoufalstvím, stagnací a lhostejností (Kosová, 2014).

Proto, aby terapeut pomohl pacientovi svůj postoj změnit může využít následující techniky.

Cesta časem

Základem této techniky je vždy imaginace. Tato technika nabízí 3 varianty a to:

- Úvodní relaxace, po které je pacient veden k představě podívat se na aktuální obtížnou situaci pohledem starého, moudrého a laskavého člověka. Terapeut vyzývá klienta, aby si následně při této představě kladl otázky: “Pro co se vyplatí žít? Pro co je potřeba se angažovat? Jak vidíte z pohledu starého člověka dnešní zranění?”
- Úvodní relaxace, po které je pacient veden k představě, že se stal starým moudrým člověkem. Při této představě má pacient pozorovat změny ve svém těle. Poté je pacient vyzván, aby se tohoto starého člověka s jeho neduhy i duševní silou, moudrostí a laskavostí zeptal na radu, aby vyslovil otázku, která ho tíží a představil si, co mu starý člověk odpoví.
- Úvodní relaxace, po které následuje imaginace, která se zaměřuje na představu, že pacientovu situaci prožívá jeho dítě. A následně představě toho, co by mu poradil.

Imaginace následků

Relaxace, poté terapeut vyzve pacienta, aby si představil, jak by jeho obavy mohly dopadnout. Na vyslovenou představu reaguje slovy: "Co se stane pak?" Tato otázka vede k vyslovení všech obav z dané situace, čímž dochází ke snížení existenciálního ohrožení (Kosová, 2014).

Hodnota a cena

Tato metoda má vést pacienta k akceptaci ceny za jeho rozhodnutí coby přirozené danosti. K tomu se používá metafora obchodu, která je pacientovi přednesena následovně. Když jdu do obchodu něco koupit, například chléb, počítám, že za něj budu muset zaplatit. V restauraci si mohu objednat, co chci, ale nakonec přijde číšník s účtem. Poté se pacient a terapeut zaměřují na hledání těchto souvislostí ve všedním životě. To pomáhá klientovi formovat postoj k tomu co v životě chci a co jsem za to ochoten zaplatit (Kosová, 2014).

Použití rituálů

Rituály se v terapii mohou využít například ve formě loučení se s těžkou minulostí. Pacient se nejdříve vypovídá, vypláče a pak se s tím, co se stalo symbolicky rozloučí. Loučení se může udát například zapálením svíce, psaním dopisu, apod. Rituál se používá tam, kde je potřeba emočního odpoutání, vymezení nebo ohraničení (Kosová, 2014).

Techniky využívané v terapii zaměřené na člověka

Reflexe

Terapeut se zde snaží být pečujícím a kongruentním zrcadlem pacientových pocitů a tím mu pomáhat při uvědomění zážitků a pocitů, které popírá (Prochaska &

Norcross, 1999). Reflexe je charakteristickou technikou v rogersovské terapii pro vyjádření empatie, porozumění pro klienta. Díky reflexi si také terapeut hlídá to, aby předčasně interpretoval nevědomé obsahy, které by byly pro pacienta příliš zaplavující (Kalina, 2013).

Terapeutovo sebevyjádření

V rámci této techniky terapeut mluví o vlastních pocitech během terapie s klientem. Terapeut předpokládá, že pokud bude o svých pocitech mluvit, povzbudí k takovému chování i klienta (Prochaska & Norcross, 1999).

Techniky využívané v Adlerovské terapii

Biblioterapie

Adler mezi prvními terapeuty hojně používala a sám i psal svépomocné knihy pro edukaci svých klientů. Při biblioterapii je pacientovi specificky doporučeno, aby si přečetli určitou knihu na určité téma. To může pacientovi pomoci při uvědomění si životního stylu a poruchy. Cíle biblioterapie jsou poučit se, povzbudit se, posílit se, prozířit, propojit se a pozvednout se (Prochaska & Norcross, 1999).

Analýza životního stylu

Tato technika slouží k objasnění celkového vzorce a stylu pacientova života. Obsahuje údaje o rodinné konstelaci, jako je pořadí při narození, pohlaví sourozenců, nepřítomnost rodičů a pocity, které byly u dítěte posilovány. Na tyto údaje je pak nahlíženo jako na vlivy, které vedly k tomu, že se jedinec rozhodl pro určitý životní styl. Dále tato analýza obsahuje interpretaci základních kognitivních omylů (přílišná generalizace, pokřivení životních nároků, minimalizace sebehodnoty, nerealistické cíle, kterých je třeba dosáhnout, nesprávné hodnoty). Po vytvoření analýzy životního stylu je pacientovi její znění předneseno terapeutem, jde tedy i o jakousi edukaci pacienta a

zároveň terapeut umožňuje pacientovi diskuzi ohledně jeho analýzy (Prochaska & Norcross, 1999).

Technika Jako by

Tato technika má za cíl povzbudit pacienty v experimentování s novými životními alternativami. Terapeut navrhne pacientovi, aby se v dané situaci choval jen jako by, tak jak vlastně chce. Například, pokud se pacient bojí telefonovat, terapeut mu navrhne, aby pacient předstíral, že se nebojí telefonovat. Klient si tak své chování, roli může vyzkoušet "nanečisto", nemusí se hned rozhodovat pro nový životní styl, ve kterém by znělo, že se nebojí telefonovat (Prochaska & Norcross, 1999).

Technika zmáčknutí knoflíku

Tato technika má za cíl ukázat klientovi, že mají reálnou možnost ovládat své emoce. Hlavní práce se zakládá na fantazijích klienta. Klienti mají zavřít oči a představovat si nějakou příjemnou událost ve svém životě, kdy se cítili velmi šťastní. Poté si mají vybavit naopak události velmi ponižující a zraňující a uvést, jaké pocity cítí při nich. Poté si mají představit opět příjemné scény. Tím se klienti učí, že si mohou vytvořit jakékoliv pocity, které chtějí, stačí se rozhodnout, na co budou myslet (Prochaska & Norcross, 1999).

Techniky využívané v interpersonální terapii

Psychoedukace

V interpersonální terapii je kladen velký důraz na vzdělávání klienta. Očekává se od klienta, že se seznámí s pojmy transakční analýzy a přečtou si nějakou základní literaturu (Kalina, 2013)

Strukturální diagnóza

Tato technika se používá na začátku terapie s klientem. Terapeut se snaží zmírnit zmatek pacienta tím, že mu přesně vymezí jeho problém pomocí analýzy konfliktů mezi stavy ega (Rodič, Dospělý, Dítě). Tato technika je také vzděláváním klienta. Technika obsahuje různé grafy a schémata, jak se ego-stavy pacienta uplatňují v jeho interpersonálních vztazích a znázorňuje také typické problémy a zkřížené transakce pacienta. V této fázi terapeut často klade otázky, které pacientovi pomohou se více orientovat ve svých ego stavech a tím je lépe poznávat (V jakém stavu ega teď jste? Která vaše část to řekla? apod.) Poté terapeut pracuje pomocí komplementárních transakcí a (záměrně) zkřížených transakcí (terapeut se snaží dostat pacienta buď do komplementární nebo zkřížené komunikace) (Kalina, 2013).

Nazkoušení scénáře

Tato technika se převážně využívá při skupinových sezeních. Terapeut zde aktivně připravuje scénu pro protagonistu, kterým je pacient s naléhavým problémem. Ten, jakmile skupině problém přednese, tak společně s dalším členem skupiny přehrává scénku, která obsahuje problém protagonisty. Další členové skupiny představují různé ego stavy - dva Rodiče, Dítě a Dospělého. Ti se během scény různě projevují jako jednotlivé stavy ega. Po scéně dochází k diskusi mezi Dospělými, kteří diskutují o významu scény z různých úrovní (Prochaska & Norcross, 1999).

Techniky využívané v systemické terapii

Systemická terapie má velkého využití především při práci s rodinou. Jedince vnímá jako součást určitého systému. Klade důraz na komunikaci mezi členy rodiny, společenství a uvědomování si dysfunkčních pravidel chování v rámci těchto systémů. Systemická terapie má několik proudů jako je například Milánská škola, komunikační terapie, strukturální terapie, apod. (Křížová, 2020). V této kapitole jsou vybrány některé techniky, které tyto směry systemické terapie používají.

Cirkulární dotazování

Tato technika se používá hojně v rodinné terapii pro zjištění interakcí mezi členy rodiny. Při této technice používá terapeut tzv. nepřímé dotazování. Terapeut se neptá na názory pacienta, ale na to, co si myslí, či přeje jiný člen rodiny. Tato technika probouzí u pacienta empatii, také slouží k lepšímu porozumění mezi členy rodiny a pomáhá budovat vztahy mezi nimi. Terapeut může používat otázky typu: "Co by teď řekla vaše matka, kdyby tu byla? Co znamená váš hněv pro vaši manželku?" (Illeová, 2007).

Otázka po zázraku

Tato technika se zaměřuje na zjištění pacientova cíle pro terapii. Ptá se na to, jak pacient vidí svou budoucnost, ale soustředí se na fantazii pacienta, pro kterého je jednodušší si svou budoucnost představit formou hry. Otázka může mít například podobu: "Představte si, že dnes v noci, zatímco Vy budete spát, stane zázrak, a Váš problém se vyřeší. Vy to ale nevíte, protože jste spal. Podle čeho to poznáte? Podle čeho to poznají Vaši blízcí?" (Illeová, 2007).

Přerámování nebo také pozitivní konotace

Tato technika odstraňuje negativní pohled na situaci, vlastnosti pacienta a označuje je pozitivně. Terapeut se pokouší vidět patologické chování pacienta jako smysluplné. Vnímá takové chování pozitivně jako snahu o soudržnost systému. Terapeut upozorňuje rodinu, že ví, že jejich chování je motivováno dobrými úmysly a touhou po přežití v systému. Příkladem může být tvrzení klienta "Jsem líný.", přerámované terapeutem: "Takže to může znamenat, že si dovolíte odpočinout?". Klient může začít vnímat novým způsobem sebe nebo rodinnou situaci (Illeová, 2007).

Škálování, srovnávací otázky

Tyto techniky se používají pro posuzování změny z pacientova hlediska nejčastěji na škále od 0-10. Přitom není podstatné číslo samotné, ale spíše posun na škále, nebo

to co jednotlivé číslo znamená pro pacienta. Terapeut se poté může doptávat na to, co nejmenšího by musel udělat, aby se na škále posunul výše, nebo na čem pacient pozná, že se posunul (Křížová, 2020).

Terapeutická dvojná vazba

Tato technika vychází z předpokladu, že za vznik symptomu, problému u pacienta může existovat dvojná vazba v jeho prostředí (v rodině). Dvojná vazba u klienta podporuje pocit, že nic nemá smysl a on nemá na vybranou. Charakteristické pro dvojnou vazbu je, že obsahuje pravidla, která jsou vzájemně neslučitelná (např.: “Buď mi bližší, ale nedotýkej se mě.”, “Pomoc mi, ale nepleť se do mých záležitostí”). Pokud terapeut správně vytvoří terapeutickou dvojnou vazbu, dá klientovi dvě možnosti - buď s ním spolupracovat a nebo spolupráci odmítnout. Pokud se pacient rozhodne s terapeutem spolupracovat, jeho chování přestává být bezmocným, ale je takové, které si pacient sám zvolil. Pokud odmítne spolupráci, přestane projevovat problematické chování, což je cílem terapie. Klient se tak buď zbaví bezmocného chování nebo symptomu. Například páru, který se hádá a neumí s tím přestat, terapeut přeznačuje hádání jako výraz emocionálního zájmu o druhého a doporučí jim hádat se a tím si vyjadřovat vzájemnou lásku. Absurdita této situace může donutit pár, aby se přestali hádat a tím terapeutovi dokázali, že je nepochopil. Nicméně si brzy uvědomí, že když se nehádají, je doma větší klid a oni si více rozumí. Pokud by manželé poslechli radu terapeuta, začali by se hádat vědomě a ne proto, že nemohou přestat (Prochaska & Norcross, 1999).

Rodinné sousoší a další zobrazovací techniky

Tato technika slouží pro vyjádření míry blízkosti v rodině pomocí vzdálenosti mezi např. židlemi, nebo jeden z členů rodiny rozestaví celou rodinu v prostoru. Touto technikou vzniká ukázka vztahů, se kterou se dá dále pracovat v terapii (Křížová, 2020).

Závěr

Práce poskytuje stručný přehled konkrétních existujících technik, které jsou využívány v psychoterapii různých směrů. Záměrem práce bylo poskytnout takový přehled technik, který by byl využitelný v praxi s klientem. Domníváme se, že především pro integrativního terapeuta je důležitá znalost a přehled o různých technikách, které může v praxi s pacientem použít. Doufáme, že práce přispěla k možnosti rychle se zorientovat v existenci základních terapeutických technik, které je možno využít.

Práce nicméně nepostihla všechny možné techniky, které se dají v terapii využít, v práci jsou vynechané techniky zaměřené na tělo a jistě další. Použití technik také závisí na fantazii a kreativitě terapeuta, je jistě možné si představené techniky upravit dle sebe a aktuální situace pacienta, vztahu s ním apod., nebo dokonce nějakou techniku, aktivitu pro klienta na sezení vytvořit.

Zdroje:

Beck, J. S. (2018). Kognitivně behaviorální terapie: základy a něco navíc. Stanislav Juhaňák - Triton.

Illeová, M. (2007). Systemický přístup, sociální práce a komunikace [Magisterská diplomová práce]. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Grada.

Kosová, M. (2014). Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest. Grada.

Křížová, S. (2020). Systemická terapie při práci s dětmi s problémy v chování [Diplomová práce]. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky.

McWilliams, N. (2022). Psychoanalytická psychoterapie: příručka pro praxi. Portál.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Grada.

Řiháček, T., & Roubal, J. (2019). Využívání psychoterapeutických technik v praxi. *E-psychologie*, 13(1), 1-17. <https://doi.org/10.29364/epsy.335>

Thoma, N., & Cecero, J. (2009). Is integrative use of techniques in psychotherapy the exception or the rule? Results of a national survey of doctoral-level practitioners. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46(4), 405-417. <https://doi.org/10.1037/a0017900> (Thoma & Cecero, 2009)

Faktory predikující setrvání pacientů ve střednědobé léčbě závislosti

Zuzana Jandova

1. Úvod

Rozpoznání faktorů, ovlivňujících rozhodování závislých o tom, jak dlouho setrvají v léčbě závislosti je důležité pro matching daného člověka ke službě v rámci systému léčebné péče v ČR. Tato služba pro něj bude v jeho aktuální situaci nejhodnější, nejlépe naplní jeho potřeby a pokud možno ho podpoří v posunu na kruhu změny, jak ho popsali Procházka a DiClemente.

V tradičním pojetí léčby závislosti byla za hlavní hybnou sílu motivace považována frustrace, plynoucí z bezvýchodnosti situace, v níž pacient padl na dno. V tu chvíli považoval léčebnu za nutné zlo (Kalina, 2015). Dnešní systém léčebné péče, od adiktologických poraden a ambulancí až po terapeutické komunity, směřuje k tomu, aby se klient do léčby zapojil v pravou chvíli a na pravé místo (do pro něj nejhodnějšího typu služby). V této práci se zaměřuji na střednědobou ústavní léčbu, u které platí: ani příliš brzy - ve fázi rizikového užívání, která se dá zastavit ambulantní cestou za možné podpory terénních služeb, nebo ve chvíli, kdy jsou na něj podmínky léčení příliš náročné, ale ani pozdě - ve fázi kdy už pacient kvůli své závislosti přišel o fungující sociální zázemí a kontakty, a tím přišel o potřebnou motivaci a podpůrné zázemí, do kterého by se mohl vrátit po léčbě. Motivaci pro samotný vstup do léčby mají klienti různou, v mnoha případech se jedná o nátlak z klientova/pacientova okolí tedy partnerů, dětí, rodičů či zaměstnavatelů (Miovský & Bartošíková 2003), často přicházejí k léčbě až po dekompenzaci fyzického nebo psychického stavu.

Terénní práce

Terénní programy se dají považovat za pomyslný začátek systému léčebné péče o závislé. Pro mnoho klientů jsou první službou, se kterou se vůbec setkají a za jejíž podpory, se v některých případech, dokážou v tomto systému posunout do dalších typů služeb. Terénní práce je oproti ostatním službám výjimečná ve dvou hlavních ohledech. Prvním je přístup ke klientům, terénní pracovník chodí mezi potenciální klienty a aktivně je oslovuje, projevuje o ně zájem. Druhým je místo, kde probíhá, tím je otevřená drogová scéna (ulice, kluby, festivaly a další veřejná místa) a uzavřená drogová scéna (byty, domy, ubytovny). I přes rozdílný přístup je základním etickým principem umožnit klientovy tyto služby odmítnout. Klíčoví je také nízký práh, jinak řečeno, služba se místě a do určité míry i časově přizpůsobuje klientům, je flexibilní k jejich potřebám, anonymní a nevyžaduje abstinenci.

Nízkoprahová kontaktní centra

Kontaktní centra (K centra) stojí na podobných principech jako terénní práce, jen jsou vázané na určité místo, kam klienti dochází. Obě tyto služby často fungují ve velmi blízké spolupráci, bývají zajišťované stejnými pracovníky. Díky tomu je možné velká provázanost pro klienty, mohou bezpečně navštívit K centrum s jistotou, že se tam potkají s těmi samými lidmi, se kterými již dříve navázali vztah v terénu.

Detoxifikační jednotky

Detoxifikační jednotky jsou určeny ke zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou, které nevyžaduje intenzivní péči v jiném zařízení (např. na jednotce intenzivní péče (Nešpor 2003).

Mohou být součástí oddělení pro léčbu závislosti v psychiatrických nemocnicích, nebo oddělené jednotky v rámci nemocnic. Domácí detoxifikace je v české republice využívána minimálně. Většina rezidenčních programů, jako jsou terapeutické komunity a zařízení střednědobé léčby (bez vlastní detoxifikační jednotky), vyžadují od pacientů před nástupem absolvovat ústavní detoxifikaci.

Substituční léčba

Při užívání nelegálních drog jsou, kromě jiného, velká rizika ve způsobu aplikace, v nestejně koncentraci návykové látky, toxických příměsí, které tyto drogy obsahují a

v krátkodobosti účinku (častější aplikace). Substituční léčba tato rizika eliminuje. Spočívá v podávání látky – léku s dlouhodobějšími účinky, jasným složením bez toxických příměsí, podávané perorálně. Substituční léčba probíhá ambulantně, při hospitalizaci na detoxifikační jednotce, či odvykací léčbě (s postupným snižováním dávky až k vysazení) ve zdravotnických zařízeních. O vstupu do substitučního programu vždy rozhoduje lékař. V ČR se nejčastěji používá metadon, syntetický opiát podávaný v podobě tekutiny, nebo buprenorfin, ten je podávaný v tabletách. Obecně se dá říct, že metadon je vhodný pro pacienty, kteří mají vůči opiátům vypěstovanou vyšší toleranci, naopak buprenorfin pro pacienty s nižší tolerancí. Komplexní substituční léčba obsahuje i nefarmakologické složky, jako poradenství, psychoterapii (individuální, skupinovou), sociální práci, rodinou terapii, pracovní terapii, a různé další formy sociální rehabilitace.

Denní stacionáře

Poskytuje péči na pomezí mezi ústavní a ambulantní péčí. Funguje 6 hodin přes den, každý všední den, neposkytuje lůžka. Zbytek dne, tedy odpoledne a večer mohou klienti trávit doma, ve svém přirozeném prostředí se svou rodinou. Podobně jako u ústavní léčby i zde se k práci s klienty využívá mnoho prvků z terapeutických komunit, pravidelné setkání členů týmu s klienty, léčba rozdělení do fází, skupinová terapie, strukturovaný program dne a mají jasná pravidla, jejichž dodržování je podmínkou setrvání v léčbě.

Krátkodobá ústavní léčba

Dle Hellera a Penicetovské (2011) je v případě, že pacient není schopen zvládnout abstinenci sám ani za podpory ambulantního zařízení, nutná jeho hospitalizace. Za smysluplnou dobu je považována taková hospitalizace, která trvá minimálně 4 – 6 týdnů. To je minimální interval nutný k úplné detoxifikaci. Tedy odstranění z těla všech návykových látek i následků, které tyto látky v organismu způsobují. Dá se tedy považovat za legitimní pomoc minimálně v okruhu Harm Reduction i pro chronické pacienty.

Střednědobá ústavní léčba

Střednědobá ústavní léčba je pobytová léčba zprostředkovaná zdravotnickými zařízeními, jako jsou psychiatrická nemocnice, nebo oddělení pro léčbu závislosti, a kde jsou pacienti z pravidla 3 – 6 měsíců. Tato zařízení uplatňují prvky převzaté z terapeutických komunit, jako jsou pravidla, režim, skupinová terapie, komunitní setkání, trénink odpovědnosti a další terapeutické programy, liší se v nastavení režimových opatření a přístupu k pacientům.

Terapeutické komunity

Terapeutické komunity (TK) jsou definované jako specializované rezidenční zařízení, zabývající se pomocí klientů učinit v životě změny vedoucí k trvalé abstinenci. V TK je poskytována střednědobá a dlouhodobá odborná léčba trvající 6 – 18 měsíců. Cílovou skupinu tvoří lidé závislí většinou na nealkoholových návykových látkách, ve středním až těžkém stupni závislosti. Klienti často mají kriminální anamnézu a těžší psychosociální, případně i somatické, poškození (nejčastěji hepatitidu typu B a C). Věk klientů se v TK obvykle pohybuje v rozmezí 18 – 35 let. Existují i komunity zaměřující se na mladší klienty. V dnešní době několik TK nabízí matkám možnost léčit se spolu se svými malými dětmi, aby nebyl jejich vztah poškozen dlouhodobým odloučením. Ve většině TK se společně léčí ženy i muži, obvykle je však zakázáno, aby tvořili partnerské dvojice. V České republice jsou TK součástí komplexního systému léčebné péče, mnou být v působnosti jedné organizace poskytující i další sociální služby a služby pro závislé, případně fungují jako samostatná organizace s funkční provázaností na další odborná zařízení. Zřizující organizace je obvykle nestátní. Ve státním sektoru fungují TK jako zařízení sociálních služeb či jako oddělení lůžkového zdravotnického zařízení. Statut zdravotnického zařízení však pro TK není obvyklý. Nabízí bezpečné a podnětné prostředí podporující růst a zrání, které probíhá především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál TK se nachází v neustálém propojení mezi realitou a terapií, mezi každodenním spoližitím na jedné straně a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a druhé straně (Kalina a kol., 2001).

Doléčování

Vymezení pojmu doléčování není úplně jednoznačné. Často je obtížné se shodnout, kdy a komu je následná péče indikovaná, respektive od kdy lze mluvit o doléčování a kdy je to ještě samotná léčba. Pokud vyjdeme z Kruhového modelu změny chování, jedná se o poslední fázi procesu změny a pak sem patří intervence zaměřené na udržení změn životního stylu závislého (Marlatt, Barrett, 1994). Akreditační standardy (2001) definují cílovou skupinu pro programy následné péče jako: „osoby abstinující s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce, kdy se preferují osoby, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu a to ambulantní či residenční, s náhledem na problematiku závislosti a motivací k dlouhodobé abstinenci“. Z této definice tedy vyplývá, že následná péče je určena osobám, které absolvovaly ambulantní či residenční léčbu. V praxi se však setkáváme i s osobami bez předchozí odborné péče. U nichž lze nalézt minimálně základní

náhled na to, že potřebují dlouhodobou abstinenci od své primární drogy a k tomu je pro ně nezbytná podpora a pomoc. Často na úrovni praktických věcí, při znovunacházení svého místa ve světě a společnosti neboli integrace do normálního života.

Komplexní zhodnocení pacienta

Předpokladem účinné léčby je podrobné zhodnocení pacienta a jeho stavu a následná indikace vhodného léčebného programu. Závislost většinou nezahrnuje pouze užívání drog, je s ní spojena i spousta dalších problémů. Ovlivňuje normální fungování v rodině, na pracovišti, ve škole i širokém okolí. Je spojeno s velkým rizikem dalších nemocí, které souvisejí s životním stylem závislých a toxickým účinkem drog nebo s rizikovým způsobem jejich aplikace. Neexistuje jediná léčba, která by se hodila pro všechny, stejně jako neexistuje pacient, který by těžil ze všech typů programů. (Kalina 2003)

Ne všichni pacienti reagují stejně dobře na léčbu a žádná z forem léčby není dostačující pro všechny drogově závislé. Drogově závislí jsou heterogenní skupinou, u níž se projevuje mnoho různých úrovní závažnosti, psychopatologie, sociálního fungování, sociální podpory a stability (Carroll, 1999).

V zahraničí pro účely takového hodnocení vznikla celá řada standardizovaných postupů, jako jsou schémata pro strukturovaný rozhovor, a dotazníky. Nejosvědčenější a nejpoužívanější z nich je Addiction Severity Index (ASI). Českou verzi evropské modifikace Europ-ASI vytvořili a na českou populaci standardizovali Kubička a Csemy (1996, 1997, 1998).

„Matching“

Jakkoli propracovaný manuál ke komplexnímu zhodnocení pacienta se nedá považovat za samospasný mechanismus, do kterého se zadají parametry a na jejich základě se určí jediný vyhovující program léčby. Takové zhodnocení je pouze východiskem, na jehož základě je možné danému pacientovi doporučit, pro něj nevhodnější, typ léčby. Dalšími okolnostmi, kromě diagnózy samotné, mohou být psychologické charakteristiky, doba trvání návykového chování, sociální situace, síť sociálních vztahů, trestní stíhání, stádium motivace, zkušenost s různými léčebnými programy, věk, pohlaví, náboženské vyznání, aj (Nešpor, 2003).

„Párování potřeb a intervencí“ či „přizpůsobení léčby pacientům“ je velice populárním tématem, protože relativně rychle stoupa počet léčebných programů a stávají se různorodějšími

a odlišnějšími v délce, zaměření, typu a obsahu. Nabídka služeb se zvětšuje a to ne jen v počtu, ale také ve spektru možností jednotlivých služeb.

Díky tomu je možné uplatnit tendenci o větší individualizaci péče o pacienta. Zaměřenou ne jen na jeho základní diagnózu, ale i další kritéria na straně pacienta.

Historie faktorů ovlivňujících léčbu

Charakteristickými znaky klientů přijímaných do léčby v terapeutických komunitách jsou: většina klientů pochází z rozpadlých rodin, má aktuálně rozvrácené rodinné zázemí a nedostatek pozitivní sociální podpory. Více než 2/3 klientů jsou nebo byli v konfliktu se zákonem a více než 2/3 klientů neměly během posledního roku žádné zaměstnání (Galanter a Kleber 1999 a NIDA 2002). K dalším závažným rysům patří závislost na více drogách a problémy s duševním zdravím. (Kubička a kol., 1982).

K nejdůležitějším výzkumně zjištěným prediktorům výsledků patří (podle EMCDDA, 1999; Tims et al., 1997; De Leon, 2003): *Věk při začátku závislosti*: Když u pacienta vznikne závislost, až po 20. roce věku, má až trojnásobně větší šanci na změnu životního stylu směrem k úplné abstinenci, než pacient, u něž závislost vznikla ve věku nižším než 16 let při srovnatelné poskytnuté péči. U pacienta, který se stal závislým v dospělosti, užívání návykových látek tolik neovlivnilo osobnostní zránění a zvládnání důležitých vývojových úkolů v dospívání.

Délka drogové kariéry: čím déle pacient užívá návykové láky a pohybuje se v drogové subkultuře, tím je dosažení léčebného efektu obtížnější a méně nadějný. Toto zjištění je podstatným argumentem pro včasnou intervenci a včasný začátek léčení, což bohužel může narážet na nedostatek pacientovi motivace.

Psychopatologické komplikace: pacienti, kteří v léčbě směřující k abstinenci se často vyznačují výraznými emočními a osobnostními komplikacemi, jako jsou deprese, těžší neurózy a poruchy osobnosti.

Kriminální anamnéza: závažnější a opakovaná trestná činnost často významně souvisí s neúspěchem v léčbě.

Motivace k léčbě: úroveň motivace při nástupu předznamenává setrvání v léčbě a její výsledek. Významným zdrojem motivace může být i tlak okolí (rodina, úřady, soudy apod.). Toto je obecně považované za vnější a tudíž méně účinnou vnější motivaci, ale ze své praxe vím, že pro počátek léčby může být i vnější motivace zásadní. Dává pacientovi prostor a alespoň nějaký

čas na získání většího náhledu a tím prohloubení vnitřní motivace, která je zásadní pro další fáze léčby.

Dalším faktorem ovlivňujícím míru účinku léčby je délka programu. Tabulka číslo 3 ukazuje prokázanou abstinenci u klientu terapeutických komunit, kteří podstoupili 12, 6 nebo 3 měsíční léčbu. Na první pohled je zřejmé, že délka léčby má na následnou abstinenci jednoznačný vliv. Ovšem neplatí to do nekonečna je výzkumy prokázáno, že léčba trvající déle než rok není významně úspěšnější, naopak po léčbě trvající 24 měsíců klienti udrželi abstinenci kratší dobu, než po 9 měsíční léčbě. To platí i u mimořádně nezralých a těžce psychosociálně

Dny po skončení léčby	„Přežití bez relapsu“ (% klientů)			
	Předčasné ukončení	Skončení v řádném termínu (podle délky léčby)		
		120 dní	240 dní	360 dní
10	55	75	90	99
20	45	65	85	85
50	26	48	60	75
100	19	38	50	68
150	13	32	42	62
200	11	30	40	56
300	10	25	38	50

narušených kiltů (Kalina, c2003). Ztráta kontaktu s vnějším prostředím na tak dlouhou dobu, jim činí problémy.

Vliv předčasného ukončení léčby na udržení abstinence (Kalina, c2003)

Cíle výzkumu

Úspěšně absolvovaná střednědobá léčba závislosti je základním předpokladem k dlouhodobé abstinenci od závislostního chování. Hlavní cílem výzkumu je identifikovat faktory, které ovlivní setrvání pacientů ve střednědobé léčbě závislosti, a to:

Hypotézy (výzkumné otázky)

- 1) Identifikace konkrétních charakteristik pacientů podstupujících střednědobou léčbu závislosti v PNHB.
- 2) Identifikace faktorů významných pro řádné ukončení léčby.
- 3) Zhodnocení zda má návyková látka či typ závislostního chování vliv na setrvání ve střednědobé léčbě.
- 4) Identifikace faktorů významných pro délku léčby.

Zkoumaný soubor

Do studie byli zařazení všichni po sobě jdoucí pacienti, kteří dobrovolně zahájili střednědobou léčbu závislosti v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod na odd. 5 v období od 1. 1. 2016 – 31. 12. 2019. Soubor bude čítat nejméně **400** dospělých jedinců, mužského i ženského pohlaví různého věku.

Zkoumané faktory

Hledání dat se zaměří na socioekonomickou situaci každého respondenta, na délku užívání návykové látky, jaká látka, případně závislostní chování to bylo, zda měl respondent předchozí zkušenost s léčbou závislosti, má nějakou somatickou, nebo psychiatrickou komorbiditu nebo

rodinnou predispozici k závislosti či psychické nemoci, jestli byl v minulosti odsouzen k výkonu trestu odnětí svobody (VTOS) a zda byl adoptován.

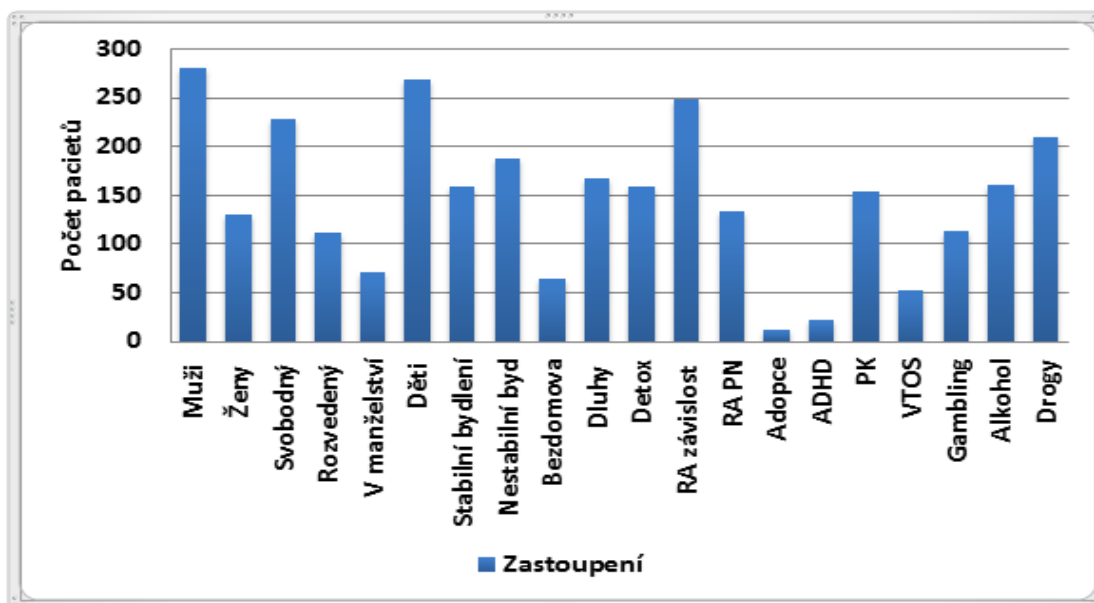
- Sociometrická situace: věk, pohlaví, rodinný stav, děti, vzdělání bydlení dluhy
- Výkon odnětí svobody
- Předchozí léčby: psychiatrická ambulantní, psychiatrická ústavní, detoxifikace
- Věk prvního užití
- Délka užívání
- - Návyková látka: alkohol, THC, kokain, pervitin, buprenorfin, heroin, BZD, hazardní hraní
- Psychiatrická komorbidita: ADHD, psychóza, úzkostně depresivní porucha, Bipolární afektivní porucha
- Somatická komorbidita: infekce, cukrovka, vysoký tlak, úrazy hlavy, epilepsie, jaterní onemocnění, onemocnění pankreatu,
- Rodinná anamnéza závislosti či jiné psychiatrické choroby
- Adopce

Základní charakteristiky souboru

V letech 2016 – 2019 se na oddělení střednědobé závislosti dobrovolně léčilo 411 pacientů, byli to převážně muži, pacienti byli ve věku 18 – 67 let (medián 39 let). Nejvíce jich bylo bez stabilního partnerského vztahu, svobodných či rozvedených a 65,5 % jich má děti, většina z nich má střední vzdělání (SOU 156 a SŠ 150 ze 411). Mnoho z nich mělo nestabilní bydlení nebo byli úplně bez domova a 167 jich mělo dluhy. (viz tab. 1)

Z tabulky 1. se dá vyčíst i nejčastější adiktologická anamnéza: závislost v rodině se vyskytovala u 248 pacientů, jiná psychická choroba v rodině u 134 a psychiatrická komorbidita u 154 samotných pacientů. Poměr zneužívané látky i závislostního chování je alkohol 161, nealkoholové drogy 209 a patologické hráčství 113.

Graf 1: Základní charakteristika souboru



Tab. 1. Základní demografická data, jak ovlivňují řádné dokončení léčby

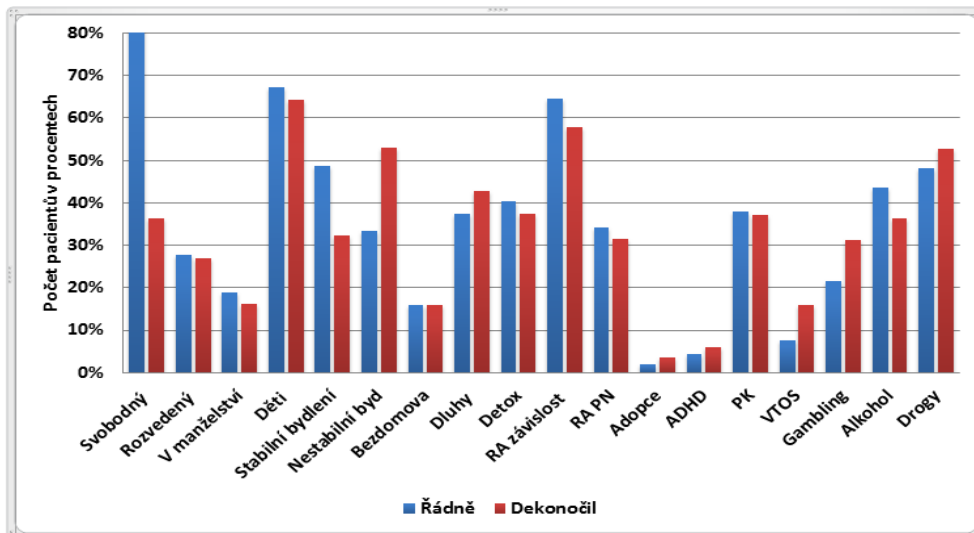
Charakteristika	Všichni (N=411)	Dokončil řádně (N=158)	Nedokončili (N=253)	P
Muži (%)/ženy	281 (68,4)/130	107 (67,7)/51	174(68,8)/79	N. S.
Věk, roky (medián, rozpětí)	39 (18–67)	39 (21–64)	37 (18–67)	0,0043
Rodinný status				0,0005
Swobodný	228 (55,5%)	136 (86,1%)	92 (36,4%)	
Ženatý/vdaná	71 (17,3%)	30 (19%)	41 (16,2%)	
Rozvedený	112 (27,3%)	44 (27,8%)	68 (26,9%)	
Léčebný stupeň při propuštění				0,0001
0	108 (26,3%)	1 (0,6%)	107 (42,3%)	
1	86 (20,9%)	4 (2,5%)	82 (32,4%)	
2	71 (17,3%)	23 (14,6%)	48 (19%)	
3	77 (18,7%)	62 (39,2%)	15 (5,9%)	
3A	69 (16,8%)	68 (43%)	1 (0,4%)	
Děti Ano	269 (65,5%)	106 (67,1%)	163 (64,4%)	N. S.
Dosažené vzdělání				0,0002
Základní	69 (16,8%)	11 (7%)	58 (22,9%)	
Střední odborné	156 (38%)	62 (39,2%)	94 (37,2%)	
Středoškolské	150 (36,5%)	67 (42,4%)	83 (32,8%)	
Vysokoškolské	36 (8,8%)	18 (11,4%)	18 (7,1%)	
Bydlení				0,0007
Stabilní	159 (38,7%)	77 (48,7%)	82 (32,4%)	
Nestabilní	187 (45,5%)	53 (33,5%)	134 (53%)	
Bez domova	65 (15,8%)	25 (15,8%)	40 (15,8%)	

Dluhy ano	167 (40,6%)	59 (37,3%)	108 (42,7%)	N. S.
Detox ano	159 (38,7%)	64 (40,5%)	95 (37,5%)	N. S.
Věk 1. užití (medián, rozpětí)	17 (8–60)	17 (10–60)	17 (8–54)	N. S.
Délka užívání (medián, rozpětí)	10 (1–43)	10	10 (1–42)	N. S.
Nastoupená léčba (pořadí, medián, rozpětí)	1. (1–28)	1. (1–12)	1. (1–28)	N. S.
Rodinná anamnéza závislosti	248 (60,3%)	102 (64,6%)	146 (57,7%)	N. S.
Rodinná anamnéza psychických nemocí	134 (32,6%)	54 (34,2%)	80 (31,6%)	N. S.
Adopce	12 (2,9%)	3 (1,9%)	9 (3,6%)	N. S.
ADHD	22 (5,4%)	7 (4,4%)	15 (5,9%)	N. S.
Psychiatrická komorbidita	154 (37,5%)	60 (38%)	94 (37,2%)	N. S.
VTOS	52 (12,7%)	12 (7,6%)	40 (15,8%)	P=0,0148
Gambling	113 (27,5%)	34 (21,5%)	79 (31,2%)	P=0,0407
Alkohol pouze	161 (39,2%)	69 (43,7%)	92 (36,4%)	N. S.
Drogy	209 (50,9%)	76 (48,1%)	133 (52,6%)	N. S.

Řádné dokončení léčby

Jak je popsáno v tabulce 1, je pro posouzení řádného dokončení léčby signifikantních několik faktorů. Pacienti, kteří svou léčbu dokončili řádně, jsou signifikantně starší oproti těm, kteří se rozhodli léčbu předčasně ukončit nebo byli disciplinárně vyloučení pro zásadní porušení pravidel léčby. Dále můžeme mezi faktory pozitivně ovlivňující řádné dokončení zařadit rodinný stav svobodný, vyšší vzdělání a stabilní bydlení. Naopak negativně je ovlivňuje, pokud mají v anamnéze výkon trestu odnětí svobody (VOTS). Dalším signifikantně rizikovým faktorem pro řádně dokončenou léčbu je patologické hráčství. Za zmínku jistě stojí i současná diagnóza ADHD tento faktor sice není signifikantně významný v porovnání celého souboru, protože zastoupení těchto pacientů bylo v souboru poměrně malé (jen 22 pacientů). Nicméně podíváme-li se na tuto skupinu samostatně je zde nedokončených léčeb výrazně více tedy 68,2%, než těch řádně dokončených. Ve své praxi pozoruji nárůst pacientů se současnou diagnózou poruch spojených s užíváním drog a ADHD, zřejmě díky lepší diferenciální diagnostice ADHD u dospělých pacientů v posledních letech. Nejvíce pacientů řádně dokončilo léčbu z léčebného stupně 3A 43% jeden pacient v LS 3A je zařazen do sloupce nedokončili, jednalo se o disciplinární propuštění pacienta pro nepředání funkce, kterou vykonával v rámci spolusprávy. Jeden pacient byl řádně propuštěn z nultého LS, v tomto případě se jednalo o přeložení pacienta ze somatických důvodů.

Graf 2: Faktory ovlivňující řádné dokončení léčby

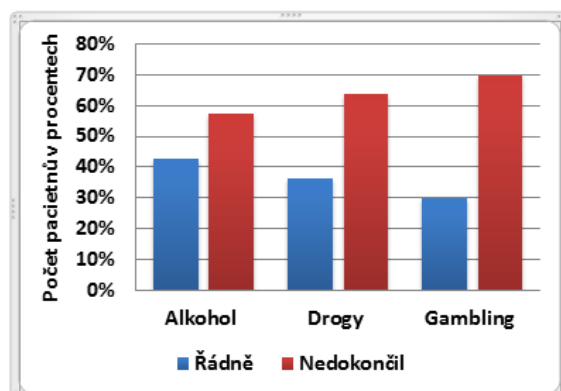


Rozdělení podle závislosti

Při zkoumání druhu závislostního chování, jako jediného faktoru ovlivňujícího dokončení léčbu bylo zjištěno, že rozdíly mezi jednotlivými skupinami nejsou tak markantní. Závislých na alkoholu léčbu řádně dokončí 43%, na nealkoholových drogách 36% a patologických hráčů 30%.

Graf 3: Vliv druhu závislosti dokončení léčby

Tab. 2: Vliv druhu závislosti dokončení léčby



Závislost	Všichni	Řádně	Nedokončená
Alkohol	161	69 (42,9%)	92 (57,1%)
Drogy	209	76 (36,4%)	133 (63,6%)
Gambling	113	34 (30,1%)	79 (69,9%)

Vzdělání

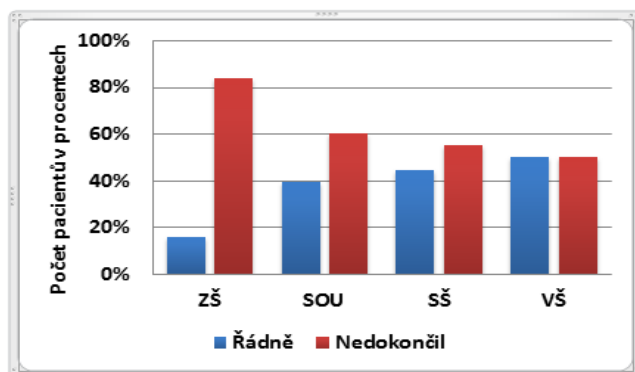
Nejvyšší dosažené vzdělání se projevilo, jako pozitivně ovlivňující faktor, pouze 16% pacientů se základním vzděláním dokončilo léčbu řádně. Nicméně je tato pozitivita omezená, u vysoko školsky vzdělaných pacientů je výsledek 50:50.

Tab. 3: Vliv nevyššího dosaženého vzdělání na řádné dokončení léčby

Vzdělání	Všichni	Řádně dokončená	Nedokončená
Základní	69	11 (15,9%)	58 (84,1%)
Střední odborné	156	62 (39,7%)	94 (60,3%)
Středoškolské	150	67 (44,7%)	83 (55,3%)
Vysokoškolské	36	18 (50%)	18 (50%)

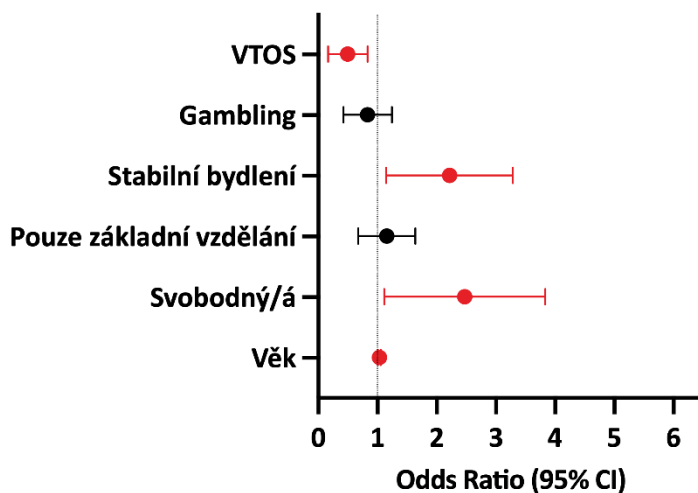
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4: Vliv nevyššího dosaženého vzdělání na řádné dokončení léčby



Multivariantní analýza

Graf 5: Faktory určující řádné dokončení léčby



Dle multivariantní analýzy v grafu 5 je signifikantní, že stabilní bydlení zvyšuje u pacientů pravděpodobnost řádného dokončení léčby dvojnásobně a stárí o 1,03 za každý rok věku. Jako výrazný faktor ovlivňující dokončení léčby se ukázal rodinný stav, svobodní lidé řádně dokončují léčbu 2,2 krát častěji, než lidé v manželství nebo rozvedení. Naopak přítomnost VTOS v anamnéze ji snižuje skoro na polovinu.

Délka léčby

Jak znázorňuje tab. 5. Hlavními faktory ovlivňujícími délku setrvání pacientů na střednědobé léčbě závislosti jsou podobné jako pro řádné dokončení tedy vyšší věk a stabilní bydlení jsou podpůrné, naopak VTOS v anamnéze pravděpodobnost delšího setrvání v léčbě snižuje.

Rozdíl v mediánu věku je mezi skupinami s nejkratší a nejdelší léčbou je 4,5 let což jednoznačně vypovídá o tom, že s přibývajícím věkem mají pacienti větší motivaci v léčbě setrvat.

Medián dne odchodu z léčby je ve skupině 0-2 měsíce je 20 při rozmezí 1-56 dnů, tedy 70 a více pacientů odešlo z léčby po méně, než 20 dnech což potvrzuje fenomén časného odchodu.

Dále je z tabulky 5 zřejmé že, čím déle pacienti vydrží v léčbě, tím spíše jí dokončí řádně a ve vyšším LS.

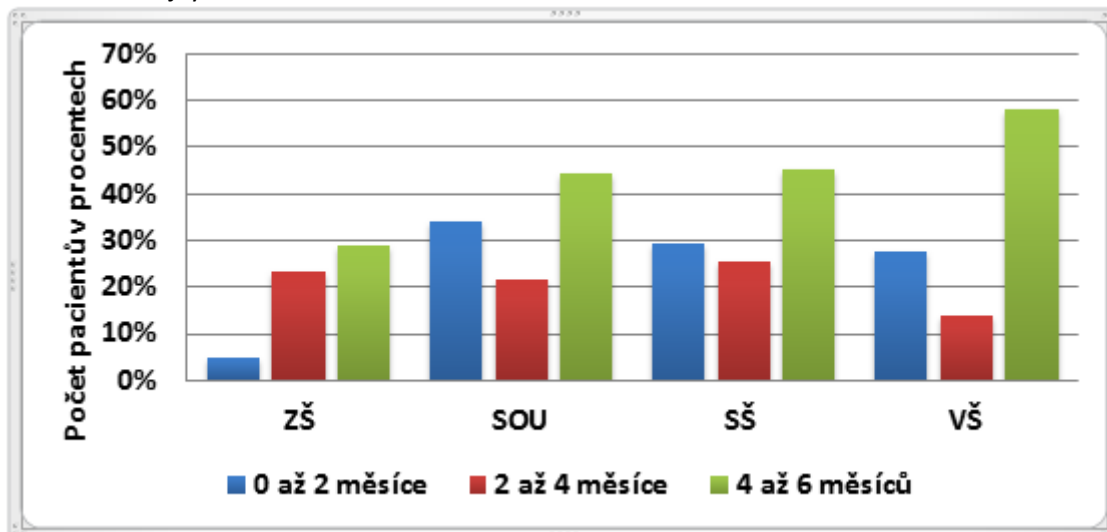
Nejvyšší dosažené vzdělání

Jak je zřejmé z tabulky 4 na setrvání v léčbě má významně pozitivní vliv dosažení odborného vzdělání. Zatímco pacienti se základním vzděláním setrvali v léčbě déle než 4 měsíce pouze ve 29% vyučení pacienti ve 44%. Nejdéle v léčbě setrvali vysokoškolsky vzdělaní pacienti a to ve skoro 60%.

Tab. 4: Vliv nejvyššího dosaženého vzdělání na délku setrvání v léčbě

Vzdělání	Všichni	0-2 měsíce	2-4 měsíce	4-6 měsíců
Základní	69	33 (47,8%)	16 (23,2%)	20 (29%)
Střední odborné	156	53 (34%)	34 (21,8%)	69 (44,2%)
Středoškolské	150	44 (29,3%)	38 (25,3%)	68 (45,3%)
Vysokoškolské	36	10 (27,8%)	5 (13,9%)	21 (58,3%)

Graf 6: Vliv nejvyššího dosaženého vzdělání na délku setrvání v léčbě



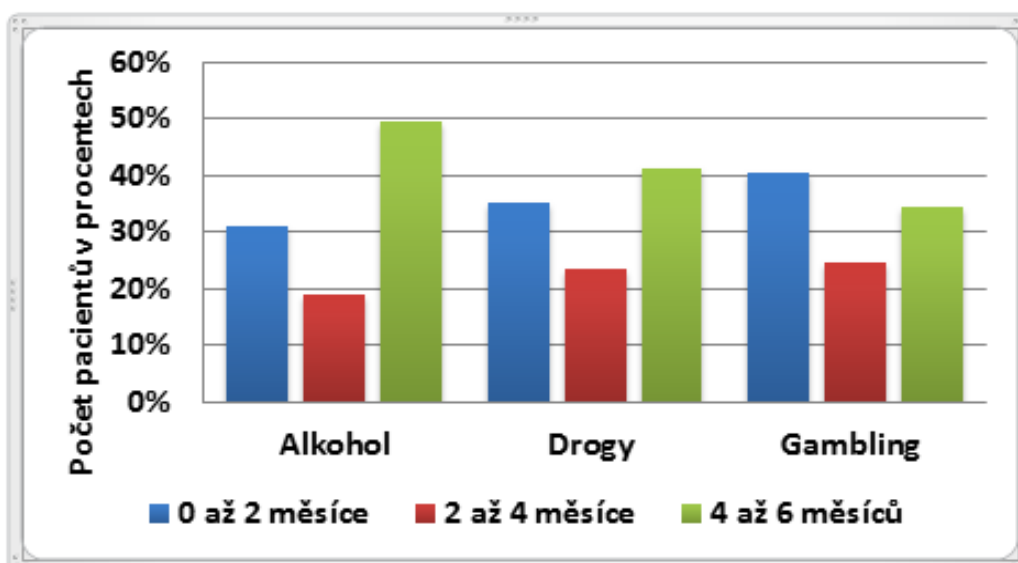
Druh závislosti

Podíváme-li se na návykovou látku, či závislostního chování jako samostatný faktor ovlivňující délku setrvání v léčbě, pak pacienti závislí na alkoholu setrvávají nejdéle, naopak nejkratší dobu v léčbě tráví patologičtí hráči, což zhruba odpovídá výsledkům ve zkoumání řádného dokončení léčby.

Tab. 5: Vliv druhu závislosti na délku setrvání v léčbě

Závislost	Všichni	0-2	2-4	4-6
Alkohol	161	50 (31,1%)	31 (19,2%)	80 (49,7%)
Drogy	209	74 (35,4%)	49 (23,4%)	86 (41,2%)
Gambling	113	46 (40,7%)	28 (24,7%)	39 (34,6%)

Graf 7: Vliv druhu závislosti na délku setrvání v léčbě

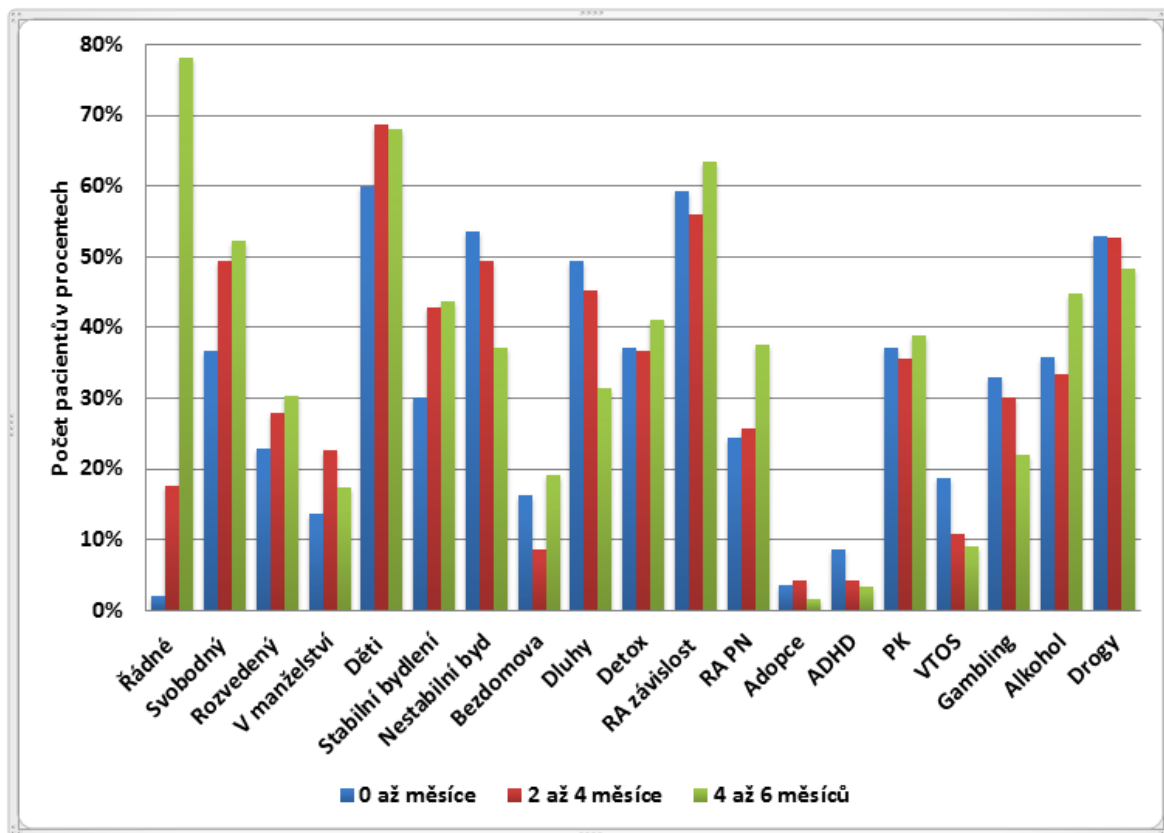


Tab. 6: Faktory ovlivňující délku setrvání pacientů ve střednědobé léčbě závislosti

Charakteristika	Všichni (N=411)	Dny v léčbě 0–60 (N=140)	Dny v léčbě 61–120 (N=93)	Dny v léčbě 121–183 (N=178)	p
Délka léčby (dny)	100 (1–183)	20 (1–59)	87 (61–120)	160 (121–183)	<0,0001
Řádné propuštění	158 (38,4%)	3 (2,1%)	16 (17,2%)	139 (78,1%)	<0,0001
Muži	281 (68,4%)	102(72,9%)	60 (64,5%)	119 (66,9%)	N. S.
Věk, roky (medián, rozpětí)	39 (18–67)	36 (18–64)	39 (19–67)	40,5 (41–64)	0,0194
Rodinný status					N. S.
Svobodný	228 (55,5%)	89 (36,6%)	46 (49,5%)	93 (52,2%)	
Ženatý/vdaná	71 (17,3%)	19 (13,6%)	21 (22,6%)	31 (17,4%)	
Rozvedený	112 (27,3%)	32 (22,9%)	26 (28%)	54 (30,3%)	
Léčebný stupeň při propuštění					<0,0001
0	108 (26,3%)	96 (68,6%)	9 (9,7%)	3 (1,7%)	
1	86 (20,9%)	39 (27,9%)	39 (41,9%)	8 (4,5%)	
2	71 (17,3%)	4 (2,9%)	26 (28%)	41 (23%)	
3	77 (18,7%)	3 (2,1%)	10 (10,8%)	66 (37,1%)	
3A	69 (16,8%)	1 (0,7%)	4 (4,3%)	64 (36%)	
Děti Ano	269 (65,5%)	84 (60%)	64 (68,8%)	121 (68%)	N. S.
Dosažené vzdělání					N. S.
Základní	69 (16,8%)	33 (23,6%)	16 (17,2%)	20 (11,2%)	
Střední odborné	156 (38%)	53 (37,9%)	34 (36,6%)	69 (38,8%)	
Středoškolské	150 (36,5%)	44 (31,4%)	38 (40,9%)	68 (38,2%)	
Vysokoškolské	36 (8,8%)	10 (7,1%)	5 (5,4%)	21 (11,8%)	
Bydlení					0,0087
Stabilní	159 (38,7%)	42 (30%)	39 (42,9%)	78 (43,8%)	
Nestabilní	187 (45,5%)	75 (53,6%)	46 (49,5%)	66 (37,1%)	
Bez domova	65 (15,8%)	23 (16,4%)	8 (8,9%)	34 (19,1%)	
Dluhy ano	167 (40,6%)	69 (49,3%)	42 (45,2%)	56 (31,5%)	N. S.
Detox ano	159 (38,7%)	52 (37,1%)	34 (36,6%)	73 (41%)	N. S.
Věk 1. užití (medián, rozpětí)	17 (8–60)	17 (9–49)	17 (8–60)	17 (10–40)	N. S.
Délka užívání (medián, rozpětí)	10 (1–43)	10 (1–42)	10 (1–39)	12 (1–43)	N. S.
Nastoupená léčba (pořadí, medián, rozpětí)	1 (1–28)	1 (1–28)	1 (1–11)	2 (1–12)	N. S.
Rodinná anamnéza závislosti	248 (60,3%)	83 (59,3%)	52 (55,9%)	113 (63,5%)	N. S.
Rodinná anamnéza psychických nemocí	134 (32,6%)	43 (24,3%)	24 (25,8%)	67 (37,6%)	N. S.
Adopce	12 (2,9%)	5 (3,6%)	4 (4,3%)	3 (1,7%)	N. S.
ADHD	22 (5,4%)	12 (8,6%)	4 (4,3%)	6 (3,4%)	N. S.
Psychiatrická komorbidita	154 (37,5%)	52 (37,1%)	33 (35,5%)	69 (38,8%)	N. S.
VTOS	52 (12,7%)	26 (18,6%)	10 (10,8%)	16 (9%)	0,032
Gambling	113 (27,5%)	46 (32,9%)	28 (30,1%)	39 (21,9%)	N. S.
Alkohol pouze	161 (39,2%)	50 (35,7%)	31 (33,3%)	80 (44,9%)	N. S.

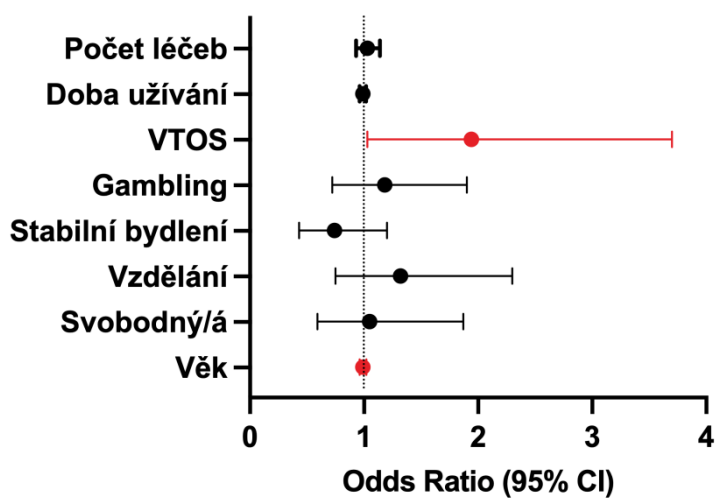
Drogy	209 (50,9%)	74 (52,9%)	49 (52,7%)	86 (48,3%)	N. S.
-------	-------------	------------	------------	------------	-------

Graf 8: Faktory ovlivňující délku setrvání pacientů na střednědobé léčbě závislosti

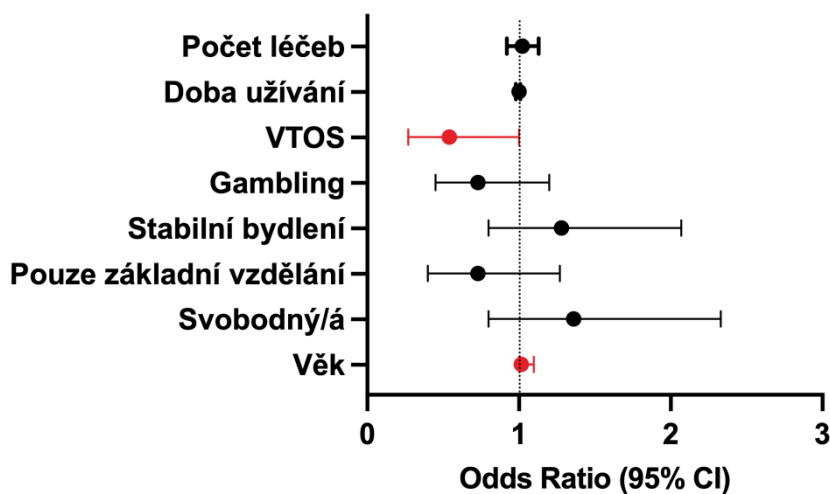


MV analýza faktorů ovlivňujících délku setrvání v léčbě

Graf 9: Faktory určující časné ukončení léčby



Graf 10: Faktory určující setrvání v léčba



Dle MV analýzy vyšli signifikantně významné dva faktory. Přítomnost VTOS v anamnéze zdvojnásobuje pravděpodobnost dřívějšího odchodu z léčby, zatímco vyšší věk výrazně snižuje pravděpodobnost propuštění v prvních 2 měsících v léčbě.

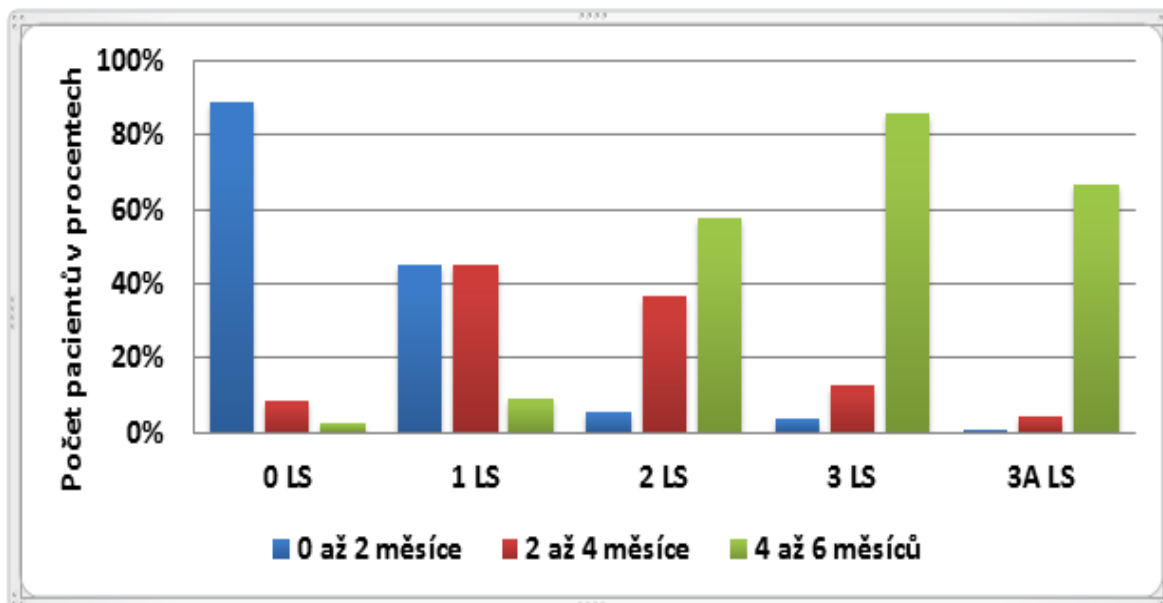
Doba potřebná k dokončení programu

Z tabulky 6 je zřejmé, že na to aby prošli celým strukturovaným programem, jak je nastavený na oddělení střednědobé léčby v PNHB a popsán výše v kapitole 1.1.8.4, většina pacientů potřebovala více než 4 měsíce.

Tab. 6: Vliv délky léčby na léčebný stupeň při propuštění

LS při propuštění	Všichni	0-2 měsíce	2-4 měsíce	4-6 měsíců
0	108	96 (88,9%)	9 (8,3%)	3 (2,8%)
1	86	39 (45,3%)	39 (45,3%)	8 (9,4%)
2	71	4 (5,6%)	26 (36,6%)	41 (57,7%)
3	77	3 (3,9%)	10 (13%)	66 (85,7%)
3A	96	1 (1%)	4 (4,2%)	64 (66,7%)

Graf 11: Vliv délky léčby na léčebný stupeň při propuštění



2. Závěr

Na střednědobou léčbu závislosti nastupují v 68,4 % muži, většina z pacientů byla bez stabilního partnerského vztahu (82,8%), stabilní bydlení mělo 38,7%, děti mělo 65,5%, vzdělání měli většinou střední. Přes 60% pacientů se se závislostí setkalo v rodině, 32,6% mělo v rodině jinou psychickou nemoc a 37,5% mělo k závislosti další psychiatrickou komorbiditu.

Jako signifikantně významné faktory pozitivně ovlivňující řádné ukončení léčby tento výzkum identifikoval: věk, stabilní bydlení, rodinný stav, vyšší vzdělání. Negativně ho ovlivňuje VTOS v anamnéze.

Tip závislostního chování délku setrvání v léčbě ovlivňuje. Dle výsledků výzkumu patologičtí hráči v léčbě setrvávají kratší dobu v porovnání s pacienty majícími problém s látkovou závislostí. Nejdéle v léčbě setrvávají pacienti závislí na alkoholu.

Délku léčby signifikantně pozitivně ovlivňuje vyšší věk respondentů a negativně VTOS v anamnéze.

3. Použitá literatura

- Adameček, D., Richterová-Těmínová, M., & Kalina, K. (c2003). Režidenční léčba v terapeutických komunitách. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 201-207). Úřad vlády České republiky.
- Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors, 31*(2), 320-330. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.013>
- Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 1010-1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- Buhringer, G., & Platt, J. J. P. (1992). *Drug Addiction Treatment Research: German and American Perspectives* (1st ed.). Krieger Pub Co.
- Carroll, K. M. (1999). Integrace psychoterapie a farmakoterapie v léčbě užívání návykových látek. In F. Rotgers & kol., *Léčba drogových závislostí*. Grada publishing.
- De Leon, G. (2003). Therapeutic communities: Research-practice reciprocity. *Drug abuse treatment through collaboration: Practice and research partnerships that work*, 17-35. <https://doi.org/10.1037/10491-002>
- DiClemente, C., Prochazka, J., & Fairhurst, S. (1997). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(2), 295-304.
- Dvořáček, J. (c2003). Střednědobá ústavní léčba. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 195-200). Úřad vlády České republiky.
- EMCDDA (1999). Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions), Scientific Monographs Series No. 3. Lisabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Abuse (Luxemburg: Office for Official Publications of European Communities).
- Fernandez-Montalvo, J., & López-Goñi, J. J. (2010). Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction, *18*(4), 433-441. <https://doi.org/10.3109/16066350903324826>
- Galanter, M., & Kleber, H. D. (Eds.). (1994). *The American Psychiatric Press textbook of substance abuse treatment*. American Psychiatric Association.

- Hampl, K. (c2003). Lékařská ambulantní péče o závislé. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 172-178). Úřad vlády České republiky.
- Heller, J., & Pecinovská, O. (2011). *Pavučina závislosti: 978-80-87258-62-0* (1st ed.). Togga.
- Hosák, L., Csémy, L., Preiss, M., & Čermáková, E. (2005). Predikce úspěšnosti ústavní odvykací léčby u závislých na metamfetaminu. *Česká a slovenská psychiatrie*, 101(2), 82–87.
- Houdkova, H., & kol. (2010). *Řád oddělení 5*.
- Hrdina, P., & Korčíšová, B. (c2003). Terénní programy. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 159-164). Úřad vlády České republiky.
- Johnstone, E. C. (c2010). *Companion to psychiatric studies* (8th ed). Churchill Livingstone.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii* (1st ed.). Grada.
- Kalina, K. a kol. (2003a). Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách Verze 7 – 2. revize, srpen 2003. Praha: RVKPP/Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2003). Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a indikací. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 254-260). Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (c2003). Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 97-102). Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (c2003). Denní stacionáře. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 179-186). Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie* (1st ed.). Grada Publishing.
- Kalina, K., & kol. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Filia Nova/Úřad vlády ČR.
- Kalina, K., & kol. (c2003). *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (1st ed.). Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K., & kol. (c2003). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.

Kubička, J. a kol. (1982). Sborník studií o alkoholu a jiných závislostech. Zprávy VÚPs č. 42. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický.

Kubička, L., & Csémy, L. (1997). První zkušenosti s českou verzí EuropASI. *Alkoholismus a drogové závislosti: Protialkoholický obzor*, 32(4), 215 - 221.

Kubička, L., & Csémy, L. (1998). Validita české verze EuropASI. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 33, 307-315.

Kuda, A. (c2003). Následná péče, doléčovací programy. In K. Kalina, *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 208-214). Úřad vlády České republiky.

Libra, J. (c2003). Nízkoprahová kontaktní centra. In K. Kalina, *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 165-171). Úřad vlády České republiky.

López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (2012). Addiction Treatment Dropout: Exploring Patients' Characteristics. *The American Journal on Addictions*, 21(1), 78-85.
<https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00188.x>

Marlatt, G. A., & Barrett, K. (2008). Relapse Prevention. In G. L. Fisher & N. A. Roget, *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment, and Recovery* (1st ed.). SAGE Publications.

McCance-Katz, EF, Carroll, KM, & Rounsaville, BJ (1999). Genderové rozdíly u uživatelů kokainu hledajících léčbu – důsledky pro léčbu a prognózu. *American Journal on Addictions*, 8 (4), 300-311. <https://doi.org/10.1080/105504999305703>

Miovský, M., & Bartošíková, I. (c2003). Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 25-29). Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K. (2007). Návykové látky a závislost. Praha: Portál

Nešpor, K. (c2003). Detoxifikační jednotky. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 190-194). Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K. (c2003). Diagnostický rozhovor a posilování motivace. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 249-253). Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K., & . (2003). Úvod do problémů diagnostiky a "matchingu." In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 213-215). Úřad vlády České republiky.

Nevšímal, P. (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. Středočeský kraj.

NIDA (2002): Therapeutic Community. NIDA Research Report. NIH Publication No. 02-4877. Washington D.C.: NIDA/NIH. Internetové stránky: www.nida.nih.gov

Popov, P. (c2003). Programy metadonové a jiné substituce. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 221-226). Úřad vlády České republiky.

Rhodes, T. (1999). *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe* (1st ed.). Alberta.

Rotgers, F. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Grada.

Skála, J. (c2003). Historie léčby závislosti v České republice. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 91-96). Úřad vlády České republiky.

Stevens, L., Betanzos-Espinosa, P., Crunelle, C. L., Vergara-Moragues, E., Roeyers, H., Lozano, O., Dom, G., Gonzalez-Saiz, F., Vanderplasschen, W., Verdejo-García, A., & Pérez-García, M. (2013). Disadvantageous Decision-Making as a Predictor of Drop-Out among Cocaine-Dependent Individuals in Long-Term Residential Treatment. *Frontiers in Psychiatry, 4*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00149>

Těmínova Richterová, M. (2015). Systém péče a jeho složky. In K. Kalina & kol., *Klinická adiktologie* (1st ed., pp. 369-386). Grada Publishing.

Tibenská, A., Čížek, J., Martinek, C., & Libiger, J. (2008). Katamnestické sledování účinnosti odvykací léčby. *Česká a slovenská psychiatrie, 104*(5), 230–235.

Tims, F. M., Inciardi, J. A., Fletcher, B. W., & MacNeil Horton, A. (1997). *The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse*. Greenwood Press.

Internetové zdroje:

Akční plán č. 3: Duševní zdraví: Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. (2015). Akční plán č. 3: Duševní zdraví: Zdraví 2020 Národní strategie

ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí [Online]. In *Ministerstvo zdravotnictví*.

Retrieved from http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akcn%C3%AD%20plany%20-%20př%C3%ADlohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf

Nesouhlas s poskytnutím zdravotní péče. Nesouhlas s poskytnutím zdravotní péče [Online].

In *Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova*.

1. lékařská fakulta Univerzita Karlova. Retrieved from

<http://usm.lf1.cuni.cz/download/Odmitnuti.pece.pdf>

Možnosti psychoterapie v domovech pro seniery

Lenka Knotková

OBSAH

ÚVOD

1. FENOMÉN STÁŘÍ

- 1.1. Charakteristika stáří
- 1.2. Nemoci ve stáří
- 1.3. Stárnutí české populace

2. POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY

- 2.1. Domov pro seniory
- 2.2. Domov se zvláštním režimem
- 2.3. Sociálně terapeutické a aktivizační činnosti

3. TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY V DOMOVECH PRO SENIORY

- 3.1. Reminiscenční terapie
- 3.2. Validační terapie
- 3.3. Kognitivní rehabilitace
- 3.4. Ergoterapie

- 3.5. Arteterapie
- 3.6. Animoterapie
- 3.7. Bazální stimulace
- 3.8. Včasná paliativní péče
- 3.9. Psychoterapie

4. MOŽNOSTI PSYCHOTERAPIE V PALIATIVNÍ PÉČI

- 4.1. Zásadní témata v paliativní péči
- 4.2. Podpůrná psychoterapie v paliativní péči
- 4.3. Dvojí vědomí
- 4.4. Doprovázení a práce s rodinou umírajícího klienta
- 4.5. Péče o pečující personál
- 4.6. Péče o sebe

ZÁVĚR

POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA

ÚVOD

Téma „možnosti psychoterapie v domovech pro seniory“ jsem si vybrala proto, že jsem se seniorskou populací pracovala dvacet let jako zdravotní sestra u lůžka a posledních pět let jako zdravotně-sociální pracovník na pozici vedoucí útvaru zdravotní péče. V rámci celoživotního vzdělávání jsem přednedávnem složila atestační zkoušku v oboru „ošetřovatelská péče v psychiatrii“, současně dokončuji psychoterapeutický výcvik a v této teoretické práci bych ráda provázala tematiku péče o seniory a psychoterapeutický přístup. Dle mých zkušeností se poskytovaná péče v zařízeních sociálních služeb pro seniory zaměřuje převážně na somatické a sociální potřeby. Touto prací bych chtěla také zdůraznit, že v pobytových zařízeních sociálních služeb je neméně důležité pečovat o psychické i spirituální potřeby a v každodenním kontaktu s klientem aplikovat prvky psychoterapeutického přístupu.

Česká populace kontinuálně stárne, přibývá lidí starších osmdesáti a více let, z nichž velká část bude umístěna v některém z pobytových zařízení sociálních služeb. Společným úkolem odborné i laické veřejnosti by mělo být této cílové skupině poskytovat kvalitní a komplexní péči (včetně psychoterapeutické), tedy pečovat nejen o tělesné a sociální potřeby, ale také přinejmenším rovným dílem o potřeby psychické a spirituální.

1. FENOMÉN STÁŘÍ

Vzhledem k tomu, že předmětem této práce jsou možnosti psychoterapie seniorů žijících v pobytovém zařízení sociálních služeb, budu se v této kapitole zabývat charakteristikou právě období stáří, včetně změn, jimiž stárnoucí člověk prochází, a také demografickým stárnutím české populace.

1.1. Charakteristika stáří

Světová zdravotnická organizace (dále WHO) definuje stárnutí jako proces biologicky nevyhnutelný, mající svůj vlastní průběh nezávislý na vůli člověka. Stáří dle WHO není jednoznačně definováno věkem, ale spíše funkcí a stavem zdraví člověka. Stáří se vyznačuje postupným úbytkem fyziologických a psychologických funkcí organismu, dochází ke zhoršení sociálního a ekonomického statusu, k postupnému snižování přizpůsobování se stresu, zvyšuje se riziko chronických nemocí a snižuje se funkční kapacita. Proces stárnutí je individuální a liší se v závislosti na genetických, sociálních a enviromentálních faktorech.³⁴

Podle Vágnerové je stáří *„poslední etapou života, fází, která bývá nazývána jako postvývojová, protože již byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje. Přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. Je obdobím relativní svobody, ale i dobou kumulace nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech.“*³⁵

Jandourek označuje stáří jako *„fázi životního cyklu, která nastává většinou po skončení ekonomické činnosti a je doprovázena fyzickými a duševními změnami.“* Dále uvádí, že stáří znamená sníženou schopnost adaptace, narůstající sociální izolovanost danou postupným ztrácením rodinných příslušníků, přátel a spolupracovníků a odchodem dětí z primární rodiny.³⁶

Milníkem stáří je dle Holmerové, Juráškové a Zikmundové věk 65 let. Jednotlivé etapy této životní fáze je pak možno rozčlenit následovně:

³⁴ World report on ageing and health. [online]. c2015, [cit.2023-03-30]. Dostupné z: <<https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>>.

³⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, s. 299.

³⁶ JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001, s. 237.

- a) mladí senioři: 65-74 let
- b) staří senioři: 75-84 let
- c) velmi staří senioři: 85 let a více.³⁷

WHO stáří dělí na:

- a) počínající stáří: 60-74 let (senescence)
- b) vlastní stáří: 75-89 let (senium)
- c) dlouhověkost neboli kmetský věk: 90 let a více (patriarchium).³⁸

Vágnerová období stáří rozděluje na:

- a) rané stáří: 60-75 let (třetí věk)
- b) pravé stáří: 75 a více let (čtvrtý věk).

Ve stáří člověk prochází změnami v oblasti tělesné, psychické a sociální. Hlavním znakem tělesných změn ve stáří je polymorbidita. Mezi **tělesné projevy** stáří patří snižování tělesné výšky, ve většině případů se zvyšuje tělesná hmotnost a ubývá svalová hmota. K dalším somatickým projevům patří změny zrakového, sluchového a čichového ústrojí. Involuční změny související se stářím se týkají prakticky všech orgánů a systémů v těle. Mezi **psychické změny** stáří patří zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakčního času, pokles rychlosti zpracování informací, zhoršování pozornosti, nedostatky v paměťových funkcích a s nimi spojené obtíže v učení. Dále dochází ke změně osobnosti – ve stáří se více projevují negativní vlastnosti jedince. V této souvislosti je zapotřebí rozlišovat problematické chování od duševních či tělesných poruch. V psychice starého člověka je také patrna větší nerozhodnost, pedanterie, egocentrické jednání, vztahovačnost, podezřívavost vůči okolí, zpomalení psychomotorického tempa aj. Na druhou stranu se u seniorů mohou vyskytnout i pozitivní změny, například zvýšená tolerance k jiným lidem, větší trpělivost apod. Co se týče emočního prožívání, ve stáří klesá intenzita a frekvence emočních prožitků. Mezi **sociální změny** ve stáří patří změna morálního uvažování, dále osamělost. Senioři více ulpívají na zažitých pravidlech, které regulují jejich soužití s ostatními. Jsou k normám více konzervativnější než lidé v produktivním věku. Mění se také sociální role starších lidí, přibývá rolí vdovců a pacientů, významná

³⁷ HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: ČALS, 2003, s. 27.

³⁸ KALVACH, Z. *Základní pojmy, fenotyp stáří, principy přístupu ke stáří*. [online]. [cit.2023-03-30]. Dostupné z: https://clanky.rvp.cz/clanky/download-attachment?file_id=17267.

je ztráta profesního života a odchod do důchodu. Výraznou sociální změnou je také umístění seniora do pobytového zařízení sociálních služeb, která může stvrzovat ztrátu autonomie a sociálního zázemí.³⁹

1.2. Nemoci ve stáří

Nemocnost české seniorské populace je velmi vysoká. Uvádí se, že více než 90 % osob starších sedmdesáti let trpí minimálně jedním chronickým onemocněním. Podle statistických údajů ze sta osob nad šedesát pět let:

- 3 senioři mají onemocnění srdce a cév
- 50 seniorů má zvýšený krevní tlak
- 37 seniorů trpí ischemickou chorobou srdeční
- 42 seniorů má závažné onemocnění kloubů či kostí
- 20 seniorů trápí zažívací potíže
- 16 seniorů má cukrovku
- 15 seniorů má diagnostikované psychiatrické onemocnění (např. demenci, depresi, úzkosti, kognitivní úbytek, amentní a delirantní stavy)
- 4 senioři trpí onkologickým onemocněním
- bez jakéhokoliv chronického onemocnění jsou pouze 4 senioři.⁴⁰

1.3. Stárnutí české populace

Stárnutí populace je odborníky označováno za zásadní populační proces 21. století, je charakterizován nízkou porodností i úmrtností, jejichž následkem je prodlužování lidského života. Populace České republiky je nyní historicky nejstarší a v dalších letech bude dále stárnout. Podle projekce Českého statistického úřadu (dále ČSÚ) žilo v roce 2021 v České republice přibližně 20 % seniorů (např. v roce 1990 bylo seniorů pouze 13 %)⁴¹. Podle této projekce dosáhne podíl obyvatel ve věku 65 let a výše do roku 2060 téměř 30 % populace, obyvatel ve věku 15-64 let bude 55 %. Nejdynamičtější by měl být nárůst osob v tzv. čtvrtém věku, podstatnou část populace seniorů budou tvořit obyvatelé

³⁹ VÁGNEROVÁ, M., cit. 2, s. 299.

⁴⁰ *Nemoci ve stáří*. [online]. c2023, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <<https://www.ordinace.cz/clanek/nemoci-ve-stari/>>.

⁴¹ ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Sčítání 2021*. [online]. c2021, [cit.2023-03-30]. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/csu/scitani2021/vekova-struktura>>.

starší 80 let. Mezi lety 2020 až 2035 se očekává nejméně přesun početně silných ročníků mladších seniorů do vyššího seniorského věku.⁴²

2. POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY

Nemalá část seniorské populace žije v domovech pro seniory nebo v jiných pobytových zařízeních sociálních služeb, například v domovech se zvláštním režimem.

2.1. Domov pro seniory

Česká legislativa vymezuje domov pro seniory jako dlouhodobou pobytovou službu osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Tato služba obsahuje poskytování ubytování a stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytování podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.⁴³

2.2. Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem je českou legislativou vymezen jako pobytová služba určená pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, dále pro osoby se stařeckou či Alzheimerovou demencí a pro osoby s ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc a péči druhého člověka.⁴⁴

Na konci roku 2021 žilo bezmála 55 tisíc seniorů v některém z pobytových zařízení sociálních služeb, což jsou téměř 3 % seniorů. S narůstajícím věkem se zastoupení těchto osob výrazně zvyšuje. Zatímco ve věku 65 až 75 žije v

⁴² ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Česká republika v roce 2100*. [online]. c2023, [cit.2023-03-30]. Dostupné z:

<https://www.czso.cz/documents/10180/101000769/csu_tk_projekce_prezentace.pdf/a1607eee-710d-459a-80b2-4c3b267b8d1e?version=1.0>.

⁴³ MPSV. *Sociální služby*. [online]. c2023, [cit.2023-03-31]. Dostupné z:

<<https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>>.

⁴⁴ Tamtéž.

některém z pobytových zařízení 1 % seniorů, u nejstarších seniorů ve věku 96 a více let je to 30 %. V této statistice jsou zahrnuty pouze zařízení sociálních služeb, někteří senioři mohou dlouhodobě pobývat například v léčebnách dlouhodobě nemocných či v jiném zdravotnickém zařízení, které se do této statistiky nezapočítávají.⁴⁵

2.3. Sociálně terapeutické a aktivizační činnosti

Sociálně terapeutické činnosti jsou podle vyhlášky 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, takové socioterapeutické činnosti, které vedou k rozvoji či udržení jak osobních, tak sociálních schopností a dovedností, a které podporují sociální začleňování osob. **Aktivizační činnosti** tato vyhláška definuje jako zájmové aktivity, které probíhají ve volném čase, které obnovují či zpevňují kontakt s přirozeným sociálním prostředím a současně vedou k nácviku a upevňování schopností a dovedností v motorických, sociálních a psychických oblastech.

Výše uvedené činnosti v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem poskytují především pracovníci v sociálních službách (tedy pečovatelé v přímé péči), aktivizační pracovníci, sociální pracovníci a zdravotničtí pracovníci (všeobecné a praktické sestry, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, ergoterapeuti aj.), dále provozní zaměstnanci (prádelna, recepce, kuchyň, úklid).

3. TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY V DOMOVECH PRO SENIORY

Jednotlivé zařízení pro seniory hledají a nabízejí nové přístupy a činnosti zajišťující poskytování kvalitnější a na konkrétní potřeby zaměřenou péči, jako je například reminiscenční terapie, validační terapie, kognitivní rehabilitace, ergoterapie, arteterapie, animoterapie, bazální stimulace, včasná paliativní péče a psychoterapie.

3.1. Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie je jednou ze základních terapií klientů s demencí. Je založena na skutečnosti, že vzpomínky, zkušenosti a vědomosti zůstávají

⁴⁵ ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Senioři v ČR v letech 2022*. [online]. c2022, [cit.2023-03-31]. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/documents/10180/165397788/31003422.pdf/7e1fd9c7-e5fb-4155-9e88-882ba3cb1712?version=1.5>>.

uloženy v dlouhodobé paměti. Jednou z pomůcek při reminiscenční terapii je tzv. vzpomínkový kufřík, jenž obsahuje věci, které klienta provázely životem (např. staré fotografie, časopisy, hudební nahrávky, první botičky dětí). Terapie může probíhat individuálně, nebo ve skupině. Reminiscenční terapie pracuje se silnými stránkami klienta s demencí, s jeho vztahy a úspěchy, klient během terapie využívá převážně dlouhodobou paměť, čímž se snižuje riziko neúspěchu.⁴⁶ Obecně lze říci, že tento terapeutický přístup zlepšuje kvalitu života nemocných, redukuje pocity osamělosti a izolace, zlepšuje náladu a pomáhá klientům najít smysl života. Vyškolený terapeut může pomoci při aktivaci vzpomínek nemocného a také při zpracování emocí spojených s připomínáním minulých zážitků.

3.2. Validační terapie

Validační terapie patří mezi první specifické přístupy k lidem postiženým onemocněním demence a jinými kognitivními poruchami. Za autorku tohoto přístupu je považována Naomi Feil (nar. v roce 1932 v Mnichově); zajímavostí je, že vyrostla v domově důchodců, v němž pracovali oba její rodiče – otec byl ředitelem a matka vedoucí sociálního oddělení. Pro validační terapii je zásadní respektování jedinečnosti a neopakovatelnosti člověka a z toho vycházející přístup k němu. Důraz je kladen na minulost, protože právě ta nejvíce ovlivňuje přítomnost člověka s demencí, pro něhož se přítomnost postupem nemoci pomalu vytrácí. Cílem tohoto přístupu je rozvíjení schopností a samostatnosti klienta s demencí v různých stádiích této nemoci, a také zpomalení progresu onemocnění prostřednictvím empatického, neposuzujícího naslouchání, při kterém je plně akceptován pohled a postoj nemocného k jeho vnímání reality; přijímá klienta takového, jaký je, i s jeho pocity, vnitřním světem a vlastním prožíváním.⁴⁷ Pro osoby s demencí je zásadní přijetí jejich reality a porozumění tomu, co cítí, i když se nám to nemusí jevit jako rozumné či

⁴⁶ ALZHEIMER CENTRUM. *Reminiscenční terapie*. [online]. c2019, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <<https://www.alzheimercentrum.cz/index.php?p=reminiscencni-terapie>>.

⁴⁷ *Principy validační terapie u seniorů*. [online]. c2023, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <<https://www.seniorzone.cz/33/principy-validacni-terapie-u-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EvykoCyJ2LGycX79jw9vWyk/>>.

logické. Mezi techniky tohoto přístupu patří práce s hlasem, oční kontakt, práce s hudbou, dotekem, empatický přístup aj. Prvky validační terapie by měl v každodenní péči používat všechen pečující personál. Validace umožňuje nejen porozumění klientova prožívání, ale přispívá také k tomu, aby se klient cítil vyslyšený a respektovaný, což může vést k větší otevřenosti a důvěře.

3.3. Kognitivní rehabilitace

Kognitivní rehabilitace pomáhá zlepšit fungování jednotlivých poznávacích funkcí (např. paměti, myšlení, pozornosti). Trénování paměti pro klienty s demencí není příliš vhodné, doporučuje se spíše klientům s lehkou kognitivní poruchou ve smyslu benigní stařecké zapomětivosti anebo při věkem podmíněném kognitivním úbytku. Proto se u klientů s demencí, kdy je postižena především krátkodobá paměť a dlouhodobá paměť zůstává zachována déle, využívají cvičení trénující krátkodobou paměť, zatímco u klientů s pokročilejší demencí využívají cvičení, v nichž trénují paměť dlouhodobou (např. doplňování přísloví). Důležité je, aby byla volena cvičení odpovídající možnostem a potřebám jednotlivých klientů, aby se jim dařila, aby je bavila a zajímala je.⁴⁸ V domovech pro seniory je kognitivní rehabilitace velmi uplatňovaná, využívá se individuální i skupinová forma a provádí ji odborný pracovník vyškolený v této oblasti.

3.4. Ergoterapie

Ergoterapie prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností klienta potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních a zájmových činností osob s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním) s cílem zachování maximální soběstačnosti, dále podporuje participaci klienta v jeho běžném životě, přičemž plně respektuje jeho možnosti a osobnost. Ergoterapie podporuje zdraví a psychickou pohodu, používá konkrétní techniky, poradenství anebo přizpůsobení prostředí.⁴⁹ V pobytových zařízeních sociálních služeb

⁴⁸ SUCHÁ, J., HOLMEROVÁ, I. *Kognitivní rehabilitace*. [online]. c2007, [cit.2023-04-01]. Dostupné z:

<http://www.geriatrie.cz/dokumenty/Pece_o_pacienty_s_kognitivni_poruchou_2.pdf>.

⁴⁹ ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. *Co je ergoterapie*. [online]. c2008, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <<https://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>>.

ergoterapii provádí aktivizační pracovníci anebo zdravotničtí pracovníci – ergoterapeuti.

3.5. Arteterapie

Arteterapie je součástí tzv. kreativních terapií spolu s muzikoterapií, dramaterapií, taneční a pohybovou terapií. Arteterapie a artepsychoterapie jsou terapeutické přístupy, které využívají výtvarnou tvorbu k podpoře zdraví, seberozvoje a růstu; v arteterapii se klade důraz na terapeutický potenciál tvůrčí činnosti samotné a pracuje se tedy s procesem výtvarné tvorby, na rozdíl od artepsychoterapie, kde výtvar a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány.⁵⁰ Tyto přístupy v domovech pro seniory nebývají tak využívány. Provádí je v této oblasti vyškolený odborný pracovník.

3.6. Animoterapie

Animoterapie (také zooterapie) je terapie prováděná prostřednictvím živých zvířat. Klienti se během terapie se zvířaty mazlí, hrají a povídají si s nimi. V domovech pro seniory se terapie nejčastěji provádí se psy (tzv. canisterapie), s kočkami (tzv. felinoterapie), v menší míře také s koňmi (tzv. hipoterapie). Animoterapie se nejčastěji využívá k aktivizaci seniorů, přirozený kontakt člověka a zvířete je v terapii zaměřený na zlepšení kvality života klienta, přirozený rozvoj jeho sociálních dovedností apod.; cílem je aktivizace klienta, zlepšování komunikace, mobility a snižování míry stresu, izolace a pasivity.⁵¹ Animoterapie může probíhat individuálně nebo ve skupině a provádí ji vyškolený terapeut. Tento přístup musí být přizpůsoben individuálním potřebám klienta, v ideálním případě vede ke zvyšování jeho sebevědomí a sebeúcty.

3.7. Bazální stimulace

Bazální stimulace je ošetrovatelský přístup zaměřující se na základní životní potřeby, primárně stimulující vnímání tělesného schématu a zabezpečení základních životních funkcí a činností, jakými jsou sebepéče, spánek, výživa, potřeba aktivity, polohování aj. Sekundárním cílem je podpora pohybových schopností, vytvoření důvěry v sebe sama, získání pocitu jistoty a bezpečí a

⁵⁰ ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ ASOCIACE. *Arteterapie*. [online]. c2023, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <<https://www.arteterapie.cz/arteterapie>>.

⁵¹ VELEMÍNSKÝ, M. et al. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007, s. 30-37.

navázání komunikace. Tento přístup v péči o klienta zohledňuje především kvalitu doteků poskytovaných ošetřujícím personálem a apeluje na šetrnou manipulaci s tělem klienta. Kvalitní a šetrný dotek a manipulace s tělem umožňuje klientovi orientaci v dané situaci, neevokuje bolest, podporuje vnímání tělesného schématu a důvěru v personál. Mezi základní prvky patří stimulace somatická, vestibulární a vibrační; mezi nastavbové patří stimulace hmatová, čichová, zraková, sluchová a orální.⁵² V domovech pro seniory prvky bazální stimulace využívá ošetřovatelský personál, který absolvoval základní, navazující nebo prohlubující kurz bazální stimulace. Tento přístup je využíván jako nefarmakologický doplněk podporující terapii medikamenty, např. u bolesti, úzkosti a jiných diskomfortů; bazální stimulace dále snižuje psychické a svalové napětí, podporuje mobilitu, zlepšuje vnímání a stimuluje smysly.

3.8. Včasná paliativní péče

Paliativní péče je aktivní péče zaměřená na zvyšování kvality života klientů a jejich blízkých v situaci, kdy čelí těžké nevléčitelné nemoci. Cílem paliativní péče je komplexní multidisciplinární léčba, řešení a tišení bolesti a dalších symptomů nemoci, včetně psychických, sociálních a spirituálních obtíží, které mohou klienta a jeho blízké sužovat.⁵³ Včasná paliativní péče by měla být poskytována co nejdříve, aby klientům a jejich blízkým byla zajištěna maximální a komplexní péče a podpora tak, aby se minimalizovalo utrpení. Paliativní péče se dělí na obecnou a specializovanou. **Obecná paliativní péče** je poskytována v rámci primární zdravotní péče v různých zařízeních včetně domovů pro seniory, mohou ji poskytovat zdravotničtí a sociální pracovníci, kteří by měli mít základní znalosti o paliativní péči a měli by být schopni poskytovat klientům základní úroveň paliativní péče. Jedná se především o řešení bolesti a dalších doprovodných symptomů, emoční a psychosociální podporu klientům a jejich blízkým. Při poskytování **specializované paliativní péče** jsou vyžadovány rozšířenější znalosti a odborné vzdělání v paliativní péči, např. specializované sestry pro paliativní péči, lékaři s atestací v paliativní péči a psychologové se specializací v paliativní péči. Specializovaná paliativní péče je poskytována v hospicích, ve

⁵² INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE. *Co je bazální stimulace*. [online]. c2023, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <<https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>>.

⁵³ CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. *Paliativní péče*. [online]. c2023, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <<https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>>.

specializovaných centrech či ambulancích nebo na specializovaných nemocničních odděleních. Specializovaná paliativní péče je komplexnější a poskytuje pokročilou péči klientům s těžkým nevléčitelným onemocněním.

Obecně lze říci, že paliativní péče je v domovech pro seniory poskytována klientům, u kterých lze očekávat úmrtí do šesti měsíců.

3.9. Psychoterapie

Psychoterapie jako taková v domovech pro seniory ani jiných pobytových zařízeních sociálních služeb není klientům běžně nabízena. Jen velmi malá část seniorů se s psychoterapií setká způsobem, kdy jim jsou psychoterapeutické služby poskytnuty psychologem, psychiatrem či psychoterapeutem. Indikací k psychoterapii u seniorní populace jsou nejčastěji témata, jakými jsou kupříkladu vztahy v rodině, závislost na druhých, osamělost, spiritualita, deprese, úzkost, komorbidita, motivace, práce s nadějí. Nedílnou součástí psychoterapeutické práce se seniory by měla být také práce se sebetranscendencí klienta.⁵⁴

Terapeutických přístupů doporučovaných v péči o seniory je celá řada, v rozsahu této práce je nemožné všechny obsáhnout. Ráda bych se zmínila o velmi používané **biografické péči**, která pracuje s unikátní biografií klienta a jeho doprovázením jemu známou cestou zážitků, vzpomínek a prožitků. Dalším přístupem nově používaným v pobytových zařízeních pro seniory je **snoenzelen** (multisenzorická stimulace), jedná se o terapii, která se provádí ve speciálně upravené terapeutické místnosti; snoenzelen má za úkol aktivovat klientovy smysly (zrakový, sluchový, chuťový, čichový a proprioceptivní) a smyslové prožitky integrovat, především klientům s demencí umožňuje kvalitní relaxaci a přináší jim příjemnou atmosféru vzájemné důvěry a uvolnění. **Namaste péče** je terapeutický přístup aplikovaný v domovech pro seniory u klientů s pokročilou demencí, hlavním nástrojem je zde laskavost, dotyk, přijetí, zpomalení a zklidnění.

4. MOŽNOSTI PSYCHOTERAPIE V PALIATIVNÍ PÉČI

Péče o psychické a spirituální potřeby klientů v paliativní péči dle mých zkušeností není v domovech pro seniory poskytována systematicky a cíleně.

⁵⁴ *Specifika psychoterapie u seniorů*. [online]. c2023, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <<https://www.seniorzone.cz/33/specifika-psychoterapie-u-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErXKYmfTDcoCm7eYi-ZUg48/>>.

Členy multidisciplinárního paliativního týmu v domovech pro seniory standardně nejsou psychologové ani psychoterapeuti.

4.1. Zásadní témata v paliativní péči

Mezi častá témata těžce nemocných klientů, která mohou být psychoterapeuticky řešena, jsou zatrpkllost, ztráta smyslu života, bezmoc, beznaděj, ztráta autonomie, demoralizace (nekompetentnost, ztráta smyslu a účelu), kognitivní omezení, poruchy pozornosti, poruchy spánku, náladovost, somatické stesky, pocity viny (převážně ohlédnutí za tím, jak se život klienta ubíral), izolace, ztráta důstojnosti, hanba, touha zemřít. Dalšími zásadními tématy indikovaných k psychoterapeutické intervenci jsou udržení životní rovnováhy, touha vyřešit poslední záležitosti, přání smíru nebo nalezení vnitřního míru, dále zpracování pocitů zlosti, smutku a lítosti. V kontextu s umíráním se velmi často vyskytuje tzv. **existenciální úzkost**, která provází oblast somatickou, psychickou, sociální a spirituální. Jedná se například o strach z bolesti, opuštěnosti, ze změny vzezření, dále strach ze selhání a regrese, strach ze ztráty autonomie a důstojnosti (především v oblasti intimity a soukromí), strach o své blízké a také strach z nezavršení životního díla. Dalším důležitým tématem umírajících je **čas**. Nemocný klient často touží vědět, jak dlouhá doba jej dělí do okamžiku smrti, chce se na svůj konec připravit, proto se jen těžko smíruje s nevědomostí toho, kdy a za jakých okolností jeho smrt přijde.⁵⁵ Otázka smíření s nevědomostí, týkající se okolnosti vlastní smrti, je častým tématem ke zpracování v psychoterapii.

Je zásadní, aby klienti v paliativní péči, jejich blízcí i pečující personál měli možnost vyjádřit své přání, obavy, strachy i lítosti. Témata týkající se smrti a umírání jsou v rodinách často tabuizována, proto by měli všichni členové multidisciplinárního paliativního týmu umět tato témata citlivě otevírat, měli by mít znalosti a dovednosti v oblasti poskytování psychoterapie či poradenství, jako je především empatické naslouchání a ostatní technicky humanisticky zaměřeného psychoterapeutického přístupu. U pečujícího personálu je neméně důležitá

⁵⁵ PECNOVÁ I. *Psychoterapie v paliativní péči*. Praha, 2020. 121 s. Diplomová práce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy na katedře psychologie. s. 27-32 [online]. c2020, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <<https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/118888/120356009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

rovněž znalost nejčastějších témat umírajících, dále by měli znát specifika seniorského věku, orientovat se v psychoterapeutických technikách, obranných mechanismech umírajících i jejich blízkých. Klienti s náročnějšími psychologickými potřebami a potížemi by měli být předáni do péče odborníků (např. psychologů či psychiatrů). Dalším úkolem multidisciplinárního týmu v péči o klienta je dopomoci vyrovnání se se samotným umíráním, pomoci zorientovat se v této náročné situaci, poskytnout klientovi sociální kontakt, pomoci nalézt nový smysl jeho bytí, podpořit klienta v tom, co nyní dokáže, co předává dále, nalézt vlastní přesah. V domovech pro seniory se u umírajících klientů s demencí využívá prvků bazální stimulace, validační a reminiscenční terapie, důraz je kladen na práci s rodinou klienta a jeho blízkými.

4.2. Podpurná psychoterapie v paliativní péči

Důležitou součástí každodenní péče o klienty v paliativní péči je podpurná psychoterapie, která se zaměřuje na psychickou stabilizaci umírajícího klienta. V této terapii se jedná zejména o sdílení otázek, které souvisí s aktuálním stavem, jenž je pro klienta a jeho blízké vyčerpávající a jen těžko řešitelný. Klient si tak ulevuje od svých starostí a dostává se mu podpory, dále si ujasňuje svoji situaci, mapuje zdroje a své funkční copingové strategie.

4.3. Dvojí vědomí

V souvislosti s těžkým nevléčitelným onemocněním, potažmo s umíráním samotným, se v psychoterapii začal používat termín dvojí vědomí, který popisuje schopnost klienta začleňovat se do života a zároveň se připravovat na blížící se smrt. Tento koncept má velký význam pro psychoterapii umírajících, kteří se vyrovnávají s blížící se smrtí. Cílem psychoterapeutických intervencí by tak měl být klient "**žijící tváří v tvář smrti**". Koncept dvojího vědomí zohledňuje nemožnost vyhnout se vědomí blížící se smrti, a to i při pokračování v životě. Zásadní v rámci terapie je pomoci klientovi zvládat napětí mezi zapojením se do života a zároveň čelit blížící se smrti.⁵⁶ V terapeutickém vztahu je klient podporován a vybízen, aby rozvíjel a prohluboval sdílení prožitků, týkajících se života i smrti, současně aby přitom mezi vědomím života a vědomím smrti vyváženě balancoval.

⁵⁶ AMERICKÁ PSYCHOLOGICKÁ ASOCIACE. *Dvojí vědomí v psychoterapii u pacientů žijících s pokročilým nádorovým onemocněním*. 19 s. Vlastní překlad. [online]. c2017, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.skaluvinstitut.cz/files/literatura/D_343.pdf>.

4.4. Doprovázení a práce s rodinou umírajícího klienta

Rodinní příslušníci jsou často vystaveni psychické a emoční zátěži související s těžkým onemocněním svého blízkého a jeho blízcí se smrti. Péče o doprovázející rodinu umírajícího klienta se zaměřuje na podporu při prožívání pocitů, jakými jsou smutek, hněv, úzkost, strach aj., může být také zaměřena na pomoc vyhledávat zdroje, které by blízkému klientu usnadnily zvládnout doprovázení umírajícího. Péče o rodinu také může zahrnovat nápomoc při zlepšování a usnadňování komunikace mezi rodinným příslušníkem a umírajícím klientem, případně mezi dalšími osobami blízkými, dále u doprovázejícího může posilovat schopnosti péče o sebe sama. V podpoře o doprovázející osoby je neméně důležité průběžně poskytovat informace o zdravotním stavu umírajícího, edukovat o nepříjemných symptomech, které se v souvislosti s umíráním u klienta mohou vyskytovat, a dle potřeby dopomáhat s praktickými záležitostmi.

K péči o rodinné příslušníky a blízké klienta také patří využívání prvků podpurné psychoterapie, někdy je zapotřebí aplikovat prvky krizové intervence. Důležité je, aby emoční podpora doprovázejících osob byla kontinuální, aby pokračovala rovněž po úmrtí a při procesu truchlení. Mezi další aspekty péče o pozůstalé patří nabídka pravidelného setkávání pozůstalých rodinných příslušníků a vzpomínání na jejich blízké zemřelé.

Mezi potřeby doprovázejících rodinných příslušníků náleží: být s umírajícím; být mu nápomocen; mít jistotu, že umírající netrpí; být informován o stavu umírajícího a o jeho blízcí se smrti; moci projevit emoce; mít útěchu a cítit podporu od ostatních členů rodiny; obdržet uznání, podporu a útěchu od profesionálních pečujících; mít ujištění, že všichni dělají maximum.⁵⁷

4.5. Péče o pečující personál

Nedílnou součástí péče o pečující personál je jeho kontinuální vzdělávání v oblasti poskytování paliativní péče, odborné vedení pečujícího týmu při poskytování paliativní péče, nabízení pravidelných supervizí (individuálních a skupinových, týmových a případových). Supervize jsou důležitým nástrojem pro podporu pečujícího personálu, který se stará o klienty v paliativní péči, a jsou

⁵⁷ ALEXANDEROVÁ, R. *Psycholog v paliativní péči*. [online]. c2017, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/el/fss/jaro2018/PSY499/um/Psycholog_v_paliativni_lecbe_FSS.pdf>.

podstatnou formou rozvoje profesních dovedností a znalostí pomáhajících pracovníků. Potřebná pro konkrétního zaměstnance i pro tým je pochvala, ocenění, pravidelné hodnocení nadřizovým, projevení zájmu, propracovanost zaměstnaneckých benefitů, adekvátní platové ohodnocení a odměňování, důraz na práci s motivací zaměstnanců i pečujících týmů, neméně důležité je zajištění dostatku pracovních pomůcek, poskytnutí přiměřeného volna na odpočinek a vědomí možnosti kariérního růstu. Významnou roli hraje kultura a klima v organizaci.

4.6. Péče o sebe

Obecně lze konstatovat, že v pomáhajících profesích jsou žádání profesionálové, kteří především dokáží pečovat o sebe, aby byli schopni pomáhat rovněž ostatním. Mezi dáváním a přijímáním podpory by měla být rovnováha.

Mezi doporučené strategie péče o sebe v pomáhající profesi dle Špaténkové patří: nepropadat mesiášskému syndromu, uvědomit si, že nejsme zodpovědní za všechno a za všechny a že nemůžeme odstranit všechnu bolest světa; být trpěliví a v kritických situacích dokázat zachovat klid; vyvarovat se negativnímu myšlení; předcházet problémům s klienty, např. připravováním se na plánovaná setkání s rodinnými příslušníky; hledat a získávat podporu; neodmítat pomoc, ale naopak ji vyhledávat; žít zdravě a kontinuálně doplňovat energii; osvojit si strategii zvládnání stresových situací; pečovat o své tělo i duši.⁵⁸ Mezi další doporučení patří pravidelné vzdělávání, získávání odborných znalostí, dovedností a komunikačních kompetencí. Důležité je být v kontaktu s vlastními emocemi, kontinuálně pracovat na sobě samém, mít zpracovaný postoj k vlastní smrti, přiměřený čas na odpočinek, dopřát si dostatečný spánek a pravidelnou fyzickou aktivitu, zdravě se stravovat, věnovat se svým zájmům, budovat kvalitní a dobré vztahy, využívat supervize, vyjednat si u zaměstnavatele dobré pracovní podmínky a pracovat na budování lepšího pracovního prostředí a kvalitních pracovních vztahů.

⁵⁸ ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé. Principy, procesy, metody*. Praha: Grada, 2013, s. 195-199.

ZÁVĚR

Mým záměrem v této práci bylo poskytnout širší informace o seniorském věku, procesu stárnutí a nastínit, jaká je prognóza stárnutí české populace. Rovněž jsem se pokusila shrnout terapeutické přístupy uplatňované v domovech pro seniory, zmapovat potřebu psychoterapie v těchto zařízeních a provázat je s péčí o seniora na konci jeho životní cesty.

Při psaní kapitoly o terapeutických přístupech jsem došla ke zjištění, že v současné době ze zahraniční přichází celá řada užitečných terapeutických přístupů. Je zásadní nejen zorientovat se ve filozofiích a praktikování těchto přístupů, ale také hledat přístupy vhodné pro konkrétní klientelu v domovech pro seniory. Podstatné je umět integrativním způsobem vybrané přístupy a techniky na míru aplikovat preferencím a potřebám konkrétních klientů.

Tvorbou textu o paliativní péči jsem si také uvědomila, jak je péče o umírající klienty a jejich blízké pro pečující personál náročná, rovněž kolik nových a zároveň ke zpracování těžkých témat u umírajících klientů vyvstává. Dle mého názoru je potřebné usilovat o integraci právě odbornosti psychologa a psychoterapeuta do organizačních struktur domovů pro seniory, aby organizace byla schopna nabízet a poskytovat péči a podporu všem zainteresovaným v paliativní péči, a to především umírajícímu klientovi, jeho blízkým i pečujícímu personálu.

Užitečné pro mne také bylo uvědomění, že nedílnou součástí multioborového týmu by rovněž měli být vyškolení odborníci v jednotlivých terapeutických přístupech. Vzhledem ke skutečnosti, že je nedostatek vyškolených profesionálů v těchto odbornostech, je důležité pracovat na motivaci a odborném vzdělávání stávajících zaměstnanců v těchto oblastech. Dle mého názoru by bylo ku prospěchu, kdyby v domovech pro seniory byli přítomni i profese, jakými jsou krizový intervent, mediátor či facilitátor, a to z toho důvodu, že klienti domova pro seniory mají ve svých rodinách a ve vztazích s nejbližším okolím často neuzavřené záležitosti a mnohdy touží po smíru a uzavření těchto nevyřešených svárů. Výše uvedení odborníci by jim mohli být v těchto záležitostech nápomocni. Jsem si však vědoma finančních limitů neziskových sociálních zařízení, v nichž

jsou omezeny možnosti managementu své zaměstnance kvalitně odborně dozdělovat a také nacházet prostředky na mzdové náklady externích odborníků.

Nedílnou součástí práce vedoucího zaměstnance v sociálních službách je nejen péče o klienty, ale rovněž péče o pečující zaměstnance. Z toho vyplývá potřeba pracovat se zaměstnanci systematicky – v oblasti vzdělávání, jejich odborného vedení, zjišťování preferencí, spokojenosti a motivací. Společným úkolem pro všechny (zřizovatele, management, zaměstnance, externí spolupracovníky, klienty i jejich blízké) by mělo být spoluutvářet dobré klima v organizaci, udržovat a rozvíjet kvalitní vztahy.

POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA

Literatura

- HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. dopl. vyd. b. m. Praha: ČALS, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6 (brož.).
- JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 288 s. ISBN 80-7178-535-0.
- ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé. Principy, procesy, metody*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2013. 223 s. ISBN 978-80-247-8009-2 (ve formátu PDF).
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN. 978-80-246-1318-5.
- VELEMÍNSKÝ, M. et al. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. s. 335. ISBN 978-80-7322-109-6.

Internetové zdroje

- ALEXANDEROVÁ, R. *Psycholog v paliativní péči*. [online]. c2017, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/el/fss/jaro2018/PSY499/um/Psycholog_v_paliativni_lecbe_FSS.pdf>.

- ALZHEIMER CENTRUM. *Reminiscenční terapie*. [online]. c2019, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <<https://www.alzheimercentrum.cz/index.php?p=reminiscencni-terapie>>.
- AMERICKÁ PSYCHOLOGICKÁ ASOCIACE. *Dvojí vědomí v psychoterapii u pacientů žijících s pokročilým nádorovým onemocněním*. 19 s. Vlastní překlad. [online]. c2017, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.skaluvinstitut.cz/files/literatura/D_343.pdf>.
- CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. *Paliativní péče*. [online]. c2023, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <<https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>>.
- ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ ASOCIACE. *Arteterapie*. [online]. c2023, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <<https://www.arteterapie.cz/arteterapie>>.
- ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. *Co je ergoterapie*. [online]. c2008, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <<https://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Česká republika v roce 2100*. [online]. c2023, [cit.2023-03-30]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/101000769/csu_tk_projekce_prezentace.pdf/a1607eee-710d-459a-80b2-4c3b267b8d1e?version=1.0>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Senioři v ČR v datech 2022*. [online]. c2022, [cit.2023-03-31]. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/documents/10180/165397788/31003422.pdf/7e1fd9c7-e5fb-4155-9e88-882ba3cb1712?version=1.5>>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Sčítání 2021*. [online]. c2021, [cit.2023-03-30]. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/csu/scitani2021/vekova-struktura>>.
- INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE. *Co je bazální stimulace*. [online]. c2023, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <<https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>>.
- KALVACH, Z. *Základní pojmy, fenotyp stáří, principy přístupu ke stáří*. [online]. [cit.2023-03-30]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanky/download-attachment?file_id=17267>.
- MPSV. *Sociální služby*. [online]. c2023, [cit.2023-03-31]. Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>>.

- *Nemoci ve stáří*. [online]. c2023, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <<https://www.ordinace.cz/clanek/nemoci-ve-stari/>>.
- PECNOVÁ, I. *Psychoterapie v paliativní péči*. Praha, 2020. 121 s. Diplomová práce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy na katedře psychologie. [online]. c2020, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <<https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/118888/120356009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.
- *Principy validační terapie u seniorů*. [online]. c2023, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <<https://www.seniorzone.cz/33/principy-validacni-terapie-u-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EvykoCyJ2LGYCX79jw9vWyk/>>.
- *Specifika psychoterapie u seniorů*. [online]. c2023, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <<https://www.seniorzone.cz/33/specifika-psychoterapie-u-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErxKYmfTDcoCm7eYi-ZUg48/>>.
- SUCHÁ, J., HOLMEROVÁ, I. *Kognitivní rehabilitace*. [online]. c2007, [cit.2023-04-01]. Dostupné z: <http://www.geriatrie.cz/dokumenty/Pece_o_pacienty_s_kognitivni_poruchou_2.pdf>.
- *World report on ageing and health*. [online]. c2015, [cit.2023-03-30]. Dostupné z: <<https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>>.

Vězeňské programy pro léčbu závislostí (včetně dalších komorbidních duševních poruch) a jejich efektivita

Tomáš Koňák

1.1 Užívání drog jako kriminogenní faktor

Zacházením s vězněnými uživateli drog (drogově závislími) se sleduje nejen zlepšení jejich zdravotního stavu a snižování bezpečnostních rizik souvisejících s užíváním návykových látek ve věznicích, ale především snižování rizika recidivy trestné činnosti. Z hlediska modelu rizik/potřeb/responsivity je užívání návykových látek řazeno mezi hlavní rizikové kriminogenní faktory, vedle např. antisociálních osobnostních rysů, prokriminálních postojů a prokriminálního sociálního prostředí. Princip rizika spočívá v tom, že intenzita zacházení musí odpovídat míře rizika odsouzeného. Kriminogenní potřeby jsou charakteristiky osobnosti nebo situace, ve které se nachází, při jejichž změně dochází i ke změně kriminálního chování. Princip responsivity pak zdůrazňuje, že použité intervence musí odpovídat kognitivním a osobnostním charakteristikám pachatele. Pokud jde o intervence využívané k práci s kriminogenním faktorem závislost, tyto odpovídají intervencím využívaným k léčbě závislostí na svobodě. Specifické intervence poskytované vězněným uživatelům drog sice stále nedosahují takové kvality, intenzity a pokrytí, jako intervence poskytované na svobodě, obecně však platí, že vývoj intervencí poskytovaných ve věznicích je jakýmsi zrcadlem vývoje intervencí v civilním sektoru, byť se za ním zpravidla poněkud opoždí.

1.2 Prevalence užívání drog v populaci vězňů

Mezi nejčastěji používané metody sběru dat ke zjištění míry prevalence užívání drog u osob nastupujících do vězení patří průřezové (většinou dotazníkové) studie, výsledky lékařského vyšetření při nástupu do věznice, výsledky posouzení rizik a potřeb a výsledky testování na přítomnost drog nebo jejich metabolitů v těle. Dle výsledků posouzení, které se provádí s každým odsouzeným nastupujícího výkonu trestu prostřednictvím původního českého nástroje SARPO, spadá 14 % z posouzených odsouzených do kategorie závislost, 15,5 % do kategorie škodlivé užívání a 14,1 do kategorie problémy působící užívání. U 43,6 % hodnocených tedy lze hovořit o tom, že jim užívání drog činilo závažné problémy. U každé osoby je v rámci vstupní lékařské prohlídky při nástupu výkonu trestu odnětí svobody nebo výkonu vazby provedeno testování na přítomnost návykových látek nebo jejich metabolitů v moči. Výsledky tohoto testování dlouhodobě ukazují, že téměř 60 % nastupujících osob v době těsně před nástupem užilo některou sledovanou

návykovou látku. V cca 12 % případů se jedná o THC, v cca 19 % případů o metamfetamin a v cca 1 % případů o opioidy. V dalších cca 27 % případů pak jde o kombinaci více těchto látek (Koňák 2023). Dalším zdrojem informací o prevalenci užívání drog před uvězněním je průřezová dotazníková studie, která je realizována od roku 2010 pravidelně ve dvouletých vlnách ve spolupráci s Národním střediskem pro drogy a závislosti. Výsledky ukazují, že až 30,4 % odsouzených v posledních 30 dnech před uvězněním užívali 4 a vícekrát heroin, buprenorfin bez předpisu nebo metamfetamin, a/nebo v tomto období užívali některou drogu injekčně a lze je tak zařadit do kategorie problémový uživatel drog dle EMCDDA (Grohmannová 2017).

1.3 Systém odborné péče o osoby se závislostním chováním ve věznicích

Celosvětově jsou věznice místem, kde se miliony jedinců, kteří jsou jinak mimo dosah běžných zdravotních a sociálních služeb dané země, setkávají s těmito službami a odborníky, kteří tyto služby zajišťují. Uvěznění tak představuje jedinečnou příležitost, kdy s těmito jedinci může být provedena diagnostika a poskytnuty intervence, kterých by se jim během jejich běžného života s největší pravděpodobností nedostalo. Zahraniční výzkumy ukazují, že moment uvěznění má výrazný vliv na motivaci vězňů k tomu alespoň zkusit nějaký typ protidrogové intervence, kterou by na svobodě za normálních okolností s největší pravděpodobností nevyhledali nebo by její nabídku odmítli.

V ČR sestává systém péče o vězněné uživatele drog z intervencí, které mají charakter zdravotních služeb a z intervencí poskytovaných po linii výkonu trestu, které jsou obdobou služeb sociálních, poskytovaných v komunitě. Po nástupu do věznice projde každý obviněný i odsouzený vstupní lékařskou prohlídkou. Součástí této prohlídky je, mimo jiné, orientační testování na přítomnost návykových látek v moči, důkladná vizuální prohlídka zaměřená na stopy po vpiších a cílené dotazování na užívání návykových látek. Pokud je zjištěna indikace k zahájení detoxifikace, k substituční léčbě nebo jiné zdravotní péči, je tato péče vězněné osobě zpravidla poskytnuta. Detoxifikace se, stejně jako v civilních zařízeních, využívá zejména u osob nastupujících do věznice se závislostí na opioidech nebo benzodiazepinech. Zahájení detoxifikace závisí na

rozhodnutí konkrétního lékaře po posouzení zdravotního stavu každého individuálního pacienta. Léčebnými přípravky používanými k detoxifikaci jsou v těžších případech závislosti na opioidech přípravky obsahující buprenorfin, v lehčích případech jsou někdy ordinovány benzodiazepiny ke ztlumení jednotlivých symptomů. Detoxifikace je ukončena zpravidla do jednoho týdne od zahájení léčby. Detoxifikace je poskytována pouze v několika věznicích, počet detoxifikovaných pacientů se pohybuje v několika desítkách ročně. Substituční léčba závislosti na opioidech byla v českých věznicích zavedena v roce 2006, v rámci pilotního projektu ve dvou věznicích. Po úspěšném ukončení tohoto pilotního projektu bylo poskytování substituční léčby postupně rozšířeno do dalších osmi věznic, kde byla zřízena centra substituční léčby. Substituční látkou byl metadon. Do roku 2019 byla substituční léčba dostupná pouze pacientům, kteří nastupovali do věznice s již zahájenou substituční léčbou, od roku 2019 byl spuštěn pilotní projekt, kdy je možné v indikovaných případech léčbu zahájit během výkonu trestu a to oběma substituenty (metadon, buprenorfin) (Koňák 2021). Ročně bývalo v substituční léčbě cca 100 pacientů, v roce 2021 to bylo 113, ale v roce 2022 už jen 56 pacientů.

V režimu zdravotních služeb je dále poskytováno soudně nařízené ochranné léčení, byť se na terapeutických programech specializovaných oddílů pro výkon tohoto ochranného opatření zásadní měrou podílejí odborní zaměstnanci oddělení výkonu trestu, tedy nezdravotničtí pracovníci. V současné době je specializovaný oddíl pro výkon ochranného léčení protitoxikomanického nebo protialkoholního nebo léčení patologického hráčství zřízen ve 4 věznicích s celkovou kapacitou 151 lůžek. Zde realizovaný terapeutický program je obdobný jako ve specializovaném oddílu pro dobrovolné léčení (viz níže). Na terapeutických programech těchto oddílů se od roku 2016 podílejí též adiktologové.

První místo adiktologa jako specializované profese pro poskytování odborné péče vězněným osobám s adiktologickou poruchou, bylo zřízeno v roce 2016 v rámci pilotního projektu ve věznici Rýnovice; v roce 2018 pak bylo zřízeno dalších 14 míst. Adiktolog je zdravotnický nelékařský pracovník, který poskytuje zdravotní služby v rámci adiktologické ambulance nebo specializovaného oddílu pro výkon ochranného léčení.

Poradna drogové prevence je zřízena v každé věznici. Členy poradny jsou zejména psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník, vychovatel-terapeut a adiktolog nebo jiný zdravotnický pracovník. Poradna eviduje uživatele drog ve věznici, kterým nabízí základní intervence, jimiž je zejména kontaktní práce, informační servis popřípadě individuální nebo skupinové poradenství, se zvláštním důrazem na předvýstupní poradenství včetně prevence předávkování. Poradny též koordinují spolupráci s dalšími mimovězeňskými subjekty (nejčastěji s nestátními organizacemi).

Nestátní organizace jsou významným poskytovatelem drogových služeb ve vězení a návazné postpenitenciární péče. Téměř každá věznice má navázanu spolupráci s některou nestátní organizací poskytující drogové služby. Intenzita této spolupráce se však liší, a to zejména s ohledem na regionální pokrytí ČR těmito službami.

V každé věznici je zřízen minimálně jeden oddíl bezdrogové zóny. Bezdrogová zóna je většinou část věznice, která je vyhrazena pro odsouzené, kteří se formou kontraktu dobrovolně zaváží, že v průběhu pobytu ve věznici nebudou užívat drogy ani vyhledávat kontakt s nimi. Motivací jim, kromě snížení pravděpodobnosti kontaktu s drogou, může být například o něco lepší vybavení těchto oddílů nebo větší výběr volnočasových a jiných aktivit. Pobyt v bezdrogové zóně může sloužit též jako příprava před zařazením do terapeutického programu specializovaného oddílu nebo naopak může bezdrogová zóna sloužit jako doléčovací zařízení pro absolventy terapeutických programů popřípadě jako příprava na propuštění.

Vedle oddílů pro výkon ochranného léčení jsou dalším typem intenzivních residenčních programů pro léčbu drogových závislostí oddíly pro dobrovolné léčení. Dobrovolné léčení je realizováno ve specializovaných oddílech věznic prostřednictvím residenčních komplexních terapeutických programů využívajících principy a účinné faktory terapeutické komunity pro drogově závislé. V ČR fungovala specializovaná oddělení pro různé duševní poruchy ve věznici Plzeň, Praha-Pankrác a Opava již před rokem 1989. Až do roku 1991 prováděla vězeňská služba v osmi věznicích protialkoholní ústavní léčení. Jedno z prvních oddělení, které se specializovalo přímo na léčbu závislostí na nelegálních drogách, bylo zřízeno v plzeňské věznici v roce 1991. Terapeutickým programem

je míněn ucelený systém idejí, norem a činností, které se v běžné mimovězeňské praxi využívají při léčbě drogových závislostí. Kapacita jednotlivých oddílů se pohybuje mezi 10 až 50 odsouzenými. Oddíl je oddělen od zbylých ubytoven věznice a kontakt s ostatními vězněnými osobami je zpravidla omezen. Oddíl tvoří většinou jednu komunitu, která se z hlediska účasti v jednotlivých terapiích a dalších aktivitách dále člení na jednotlivé skupiny. Odrazem osobnostního růstu klienta v průběhu programu je postup terapeutickými fázemi. Ve většině oddílů je stanovena tzv. spoluspráva z řad klientů, kdy se klienti aktivně podílejí na chodu komunity a na rozhodování, která mají na chod komunity dopad. V rámci terapeutického programu je stanovena povinnost dodržet 21 hodin strukturovaných řízených aktivit týdně, z nichž hlavní skupinovou aktivitou je skupinová psychoterapie. Dále bývají zastoupeny skupiny prevence relapsu, životopisné skupiny a další podpůrné aktivity jako pracovní a sportovní činnosti, vzdělávací a zájmové aktivity. Podobu a činnost jednoho ze specializovaných oddílů výstižně popisuje R. Mézl ve své práci „Problematika závislostí v penitenciární péči“, Bulletin 2019. Specializovaný oddíl pro dobrovolné léčení je zřízen v 10 věznicích a celková kapacita těchto oddílů činí cca 320 míst (Koňák 2021, 2023). Pokud jde o efektivitu intervencí pro uživatele drog, pak byla v letech 2016 až 2019 ve spolupráci s IKSP realizována výzkumná studie, zaměřená právě na efektivitu odborného zacházení v rámci těchto specializovaných oddílů, této studii je zde věnována samostatná kapitola.

1.4 Psychiatrické komorbidity k poruchám duševním způsobeným užíváním psychoaktivních látek

Ověřená souhrnná statistická data o prevalenci psychiatrických komorbidit k poruchám duševním způsobeným užíváním psychoaktivních látek v populaci našich vězňů nemáme. Vycházíme však z předpokladu, že situace u nás bude obdobná situaci v zahraničních vězeňských systémech, kde taková data existují. Pro vězně trpící duševní poruchou způsobenou užíváním psychoaktivních látek v kombinaci s další duševní poruchou se v literatuře, která má původ v USA, často používá zkratka MICA (mentally ill chemical abusers). Míru komorbidit u klientů vězeňských drogových programů zjišťovali například Prendergast et al (2003) ve studii zaměřené na efektivitu vězeňského residenčního programu pro uživatele drog Amity v Kalifornii. V této studii byly u uživatelů drog, kteří splňovali

podmínky pro zařazení do programu, diagnostikovány následující další duševní poruchy: 68 % těchto odsouzených prožilo závažnou depresi a 61 % závažné projevy úzkosti, 46 % osob uvedlo problémy s ovládním násilného chování, 11 % se v minulosti pokusilo o sebevraždu a 59 % se v minulosti dostalo nějakého typu psychologické péče. Messina et al (2004) shromáždili pro účely své studie data 8 500 vězňů mužů a žen, kteří byli klienty některé z 16 vězeňských terapeutických komunit pro uživatele drog v některé z vybraných deseti kalifornských věznic. U komorbidních klientů byly k poruše způsobené užíváním psychoaktivních látek zjištěny symptomy dalších poruch v následujícím rozsahu: deprese u 71 % klientů, úzkostnost u 70 % klientů, halucinace u 31 % klientů, problémy s koncentrací nebo pamětí u 64 % klientů, neschopnost kontrolovat násilné chování u 38 % klientů, závažné myšlenky na sebevraždu u 35 % klientů a pokus o sebevraždu u 34 % klientů. Přítomnost tří a více z výše uvedených symptomů přitom uvedlo 68 % dotázaných (Messina 2004).

Sullivan et al (2007) dále zjistili, že zatímco závislost nebo škodlivé užívání bylo zjištěno u 56 % vězňů, kteří netrpěli žádnou jinou duševní poruchou, u vězňů trpících jinou duševní poruchou to bylo u 74 %.

Vězni, kteří trpí kromě závislosti či škodlivého užívání další duševní poruchou, se obecně hůře adaptují na vězeňské prostředí a režim. Často jsou stigmatizováni a izolováni od zbytku vězeňské populace. Nezřídka se u těchto odsouzených setkáváme s vysokou mírou viktimizace. Jsou často aktéry různých incidentů, většinou v roli oběti, i když nezřídka konflikt sami vyprovokují. V důsledku toho mají tito odsouzení také větší pravděpodobnost, že si odpykají celý trest. Po propuštění z věznic mají tyto osoby opět větší problémy s adaptací na život na svobodě, tito jedinci jsou proto více riziková z hlediska recidivy k trestné činnosti a znovuuvěznění, než osoby, které trpí „pouze“ poruchou duševní způsobenou užíváním psychoaktivních látek (Sullivan et al 2007).

Lze shrnout, že prevalence duševních poruch v populaci vězňů je ve světle provedených studií několikanásobně vyšší než v běžné populaci. Nebylo však dosud přesvědčivě vysvětleno, zda se jedná o příčinu uvěznění, jeho důsledek nebo kombinaci obojího. Stejně tak není znám dopad užívání drog na prevalenci dalších duševních poruch ve vězeňské populaci.

Schopnost správně diagnostikovat duševní poruchy u jedinců v co nejkratším období po nástupu do věznice zvyšuje možnost poskytnout těmto jedincům adekvátní péči během uvěznění a předat je po propuštění z věznice do péče mimovězeňských zařízení. Je to o to důležitější, že u mnohých z nich představuje uvěznění první a mnohdy i jedinou možnost, jak přijít do kontaktu s odbornou psychiatrickou péčí. Správné a včasné diagnostikování duševní poruchy v co nejkratší době po uvěznění je též velmi důležité pro předcházení rizika sebevražedného chování, jež je jednou z hlavních příčin úmrtí vězněných osob.

1.5 Vězeňská terapeutická komunita pro drogově závislé a programy pro klienty s duální diagnózou

Abstinenčně zaměřené rezidenční programy pro uživatele drog fungují ve věznicích některých zemí již více než 40 let. Tato oddělení, popřípadě na tento účel přímo specializované věznice, poskytují strukturované terapeutické programy v bezpečném prostředí bez drog. Je zde využívána velká šíře terapeutických přístupů od kognitivně-behaviorálně orientovaných přes psychodynamické a humanistické až například k přístupu 12 kroků. V některých zemích jsou tato oddělení režimem i poskytovanými intervencemi velmi podobná mimovězeňským terapeutickým komunitám pro drogově závislé s jistými specifiky a omezeními vyplývajícími z faktu, že tato oddělení jsou součástí výkonu trestu odnětí svobody. Mnozí klinici a výzkumníci zabývající se léčbou drogových závislostí vyjádřili názor, že terapeutická komunita je pravděpodobně nejefektivnější a nejživotaschopnější forma zacházení s delikventními uživateli drog, zejména s těmi, jejichž kriminální chování vyústilo v uvěznění. Terapeutická komunita jako metoda je zvláště ve věznicích velice efektivní právě proto, že terapeutická komunita jako celek představuje terapeutické prostředí izolované od zbytku vězeňské populace, separované od drog, násilí a dalších aspektů vězeňského života, které mají právě opačný než léčebný potenciál (Inciardi et al 2004). Vývoj, činnost a efektivita vězeňských terapeutických komunit pro drogově závislé v USA byly předmětem několika publikovaných výzkumů, které si případní zájemci o tuto problematiku snadno vyhledají. Jedná se zejména o programy KEY/KREST (Delware), Amity (Kalifornie) a New Vision (Texas). Méně známé jsou rezidenční programy pro klienty s duální diagnózou a studie

zaměřené na efektivitu těchto programů, proto je následující kapitola věnována právě těmto programům.

1.5.1 Rezidenční programy pro klienty s duální diagnózou

Messina et al (2004) uvádějí, že vězni s duální diagnózou vyžadují specifickou integrovanou péči, v rámci které jsou zastoupeny intenzivní intervence cílené jednak na poruchu způsobenou užíváním psychoaktivních látek a jednak na přidruženou duševní poruchu. Studie, které ve své práci autoři citují, ukazují, že integrované programy pro uživatele drog s přidruženou duševní poruchou jsou účinnější než paralelní péče, která je zaměřená odděleně na závislostní poruchu a přidruženou duševní poruchu a je poskytována odděleně v různých programech.

Především v USA jsou popsány intervenční programy v podobě modifikované terapeutické komunity, které se cíleně zaměřují na klienty s duální diagnózou MICA (mentally ill chemical abusers). Takové programy byly původně zřízeny především v rámci vězeňské služby států Alabama, Texas, Kalifornie a Colorado. Intervenční program v Coloradu je postaven na principech terapeutické komunity s využitím kognitivně behaviorálních technik. Program je zaměřen na změnu postojů a životního stylu ve třech hlavních oblastech, kterými jsou užívání drog, přidružená duševní porucha a kriminální myšlení a chování. V rámci programu je využíváno edukace, kde klienti získávají informace o závislosti a vzorcích užívání, učí se porozumět své přidružené duševní poruše, jejím projevům a příčinám. Dále se učí rozvinout emoční a behaviorální dovednosti potřebné k překonávání problémů souvisejících se závislostí i přidruženou poruchou. Prvky kognitivně behaviorální terapie jim pomáhají zkoumat jejich vlastní interpretace různých situací, které ovlivňují jejich pocity, a kterými ospravedlňují své kriminální chování. Další součástí programu jsou terapeutické a encounterové skupiny, kde si klienti navzájem dávají zpětné vazby na své maladaptivní vzorce chování, ale i poskytují podporu vzorců žádoucích. Medikace je nedílnou součástí programu, který trvá 12 měsíců. Klienti jsou do programu zařazováni zpravidla před propuštěním. Program sestává ze 4-5 hodin řízených aktivit denně, 5 dní v týdnu. Na vězeňskou část coloradského programu navazuje postpenitenciární program, jehož absolvování může být součástí podmínek parole. Tento program, který má kapacitu 20 lůžek, je rovněž postaven

na principech terapeutické komunity. Hlavní důraz je kladen na zvládnutí dovedností potřebných pro bezproblémový návrat do společnosti, na techniky zvládnutí relapsu a další techniky zvládání triády závislost/přidružená duševní porucha/kriminální chování. Součástí programu, který trvá 6 měsíců, je opět medikace a péče psychiatra (Sacks et al 2004). Programy pro klienty s duální diagnózou MICA se od residenčních programů pro drogově závislé zpravidla liší v několika rysech tak, aby lépe vyhovovaly potřebám klientů s přidruženou diagnózou. První odlišností je větší flexibilita, kdy denní režim může být přizpůsobován aktuálním potřebám klientů. Aktivity, kde se pracuje s emocemi, jsou méně intenzivní, čímž je podpořena snadnější komunikace při řešení interpersonálních témat. Poslední modifikací je větší důraz na individuální přístup při pracovních aktivitách, kdy je kladen větší důraz na výběr takových pracovních aktivit, které co nejvíce odpovídají schopnostem daného klienta (Sullivan et al 2007). Obecně se programy pro klienty s duální diagnózou vyznačují také větším zastoupením individuálního poradenství a psychoterapie, méně konfrontačním přístupem, kratšími sezeními a menším množstvím klientů na jednoho zaměstnance (Messina 2004).

1.6 Efektivita zacházení s uživateli drog (situace v zahraničí)

Důkazy hovořící o tom, že podstoupení léčby ve vězeňské terapeutické komunitě pro drogově závislé a případné následné péče po propuštění mají statisticky významný vliv na snížení recidivy užívání drog a recidivy páchání trestné činnosti jsou založeny především na evaluačních studiích provedených v USA na klientech tří modelových programů, kterými jsou KEY/KREST (Delaware), Amity (Kalifornie) a New Vision (Texas). Výsledky těchto studií většinou podporují hypotézu, že účast v intervenčním programu snižuje riziko recidivy k trestné činnosti, s o něco menším úspěchem pak riziko recidivy k užívání drog. Tak například přehledová studie zpracovaná Perrym et al (2006), kde autoři shrnuli výsledky 24 různých studií vězeňských programů s celkovým počtem téměř 9 tisíc probandů, dokládá, že intervence (programy), které mají charakter terapeutické komunity, a jsou následovány další následnou péčí po propuštění z vězení, mají potenciál snižovat míru recidivy trestné činnosti. Jednu z nejrozsáhlejších evaluačních studií residenčních vězeňských programů pro uživatele drog provedli Pelissierová et al (2001). Tato studie zahrnovala jak

muže, tak ženy z celkem 20 vězeňských residenčních programů určených pro uživatele drog. Ve studii bylo využito dvou kontrolních skupin, jedna byla vytvořena z odsouzených z věznic, kde podobné programy nebyly dostupné, druhá z věznic, kde dostupné byly, ale osoby z kontrolní skupiny o zařazení do těchto programů neprojevily zájem. V průběhu studie byl důsledně kontrolován možný vliv selection bias. Autoři studie zjistili statisticky významně nižší míru užívání drog a znovuvěznění v období 6 měsíců po propuštění z věznice u výzkumné skupiny.

1.6.1 Efektivita residenčních programů pro klienty s duální diagnózou

V USA byla též zkoumána efektivita programů pro klienty, u nichž je k poruše způsobené užíváním psychoaktivních látek přidružena ještě další duševní porucha (mentally ill chemical abusers - MICA). Například Sacks et al (2004) provedli studii na vzorku odsouzených, kteří absolvovali program pro odsouzené s diagnózou MICA ve věznicích spravovaných Vězeňskou službou státu Colorado. Odsouzení s diagnózou MICA byly náhodně přiděleni do jedné ze dvou skupin, kdy první skupina byla následně zařazena do vězeňského residenčního programu, zatímco skupině druhé byla v souvislosti s MICA poskytnuta běžná psychiatrická péče. Odsouzení, kteří absolvovali vězeňský residenční program i postpenitenciární program pro pacienty s MICA, tvořili ještě další zvláštní skupinu. Byly srovnány výsledky probandů z těchto tří skupin 12 měsíců po propuštění z věznice. Výsledky ukázaly, že skupina absolventů pouze vězeňského programu měla nižší míru znovuvěznění (16 %) než kontrolní skupina (33 %), rozdíl však nebyl statisticky významný. Naproti tomu míra znovuvěznění u probandů, kteří absolvovali jak vězeňský, tak i postpenitenciární program (5 %) byla oproti kontrolní skupině statisticky významně nižší (Sacks et al 2004). Messina et al (2004) ve své evaluační studii hodnotící efektivitu residenčních intervenčních programů kalifornských věznic pro klienty s duální diagnózou a klienty se s diagnózou závislosti / škodlivého užívání bez další psychiatrické komorbidity zjistili, že klienti s duální diagnózou setrvali v programu o něco kratší dobu (7,1 měsíce versus 7,4 měsíce). Procento klientů, kteří po propuštění nastoupili do postpenitenciárního programu, bylo velmi podobné (43 % pro duální diagnózy a 42 % pro ostatní). Doba, po kterou klienti obou skupin setrvali v postpenitenciárním programu, se však statisticky významně lišila ve prospěch

klientů bez duální diagnózy (4,3 měsíce versus 5,1 měsíce). Do 12 měsíců od propuštění bylo znovu uvězněno 48 % klientů s duální diagnózou oproti 31 % klientů bez duální diagnózy (Messina 2004).

1.7 Efektivita zacházení s uživateli drog (situace v ČR)

V ČR se efektivitou zacházení s odsouzenými ve specializovaných oddílech českých věznic zabývali v poslední době zejména (Jiříčka a kol. 2012), kteří vydali sborník příspěvků z praxe specializovaných oddělení a terapeutických programů. Mezi novější studie patří výzkum IKSP, kterému je zde věnována zvláštní kapitola. Nejnověji pak probíhá výzkum s pracovním názvem ROOT, na kterém spolupracuje vězeňská služba s katedrou sociologie FF UK.

1.7.1 Studie IKSP „Uživatelé drog ve vězení“

V letech 2016 až 2019 provedl Institut pro kriminologii a sociální prevenci (IKSP) ve spolupráci s Vězeňskou službou ČR Výzkum zaměřený na zacházení s uživateli drog v českých věznicích. Výzkum byl zaměřen především na vězeňské terapeutické programy specializovaných oddílů pro dobrovolné léčení a oddílů pro výkon ochranného léčení protitoxikomanického (dále jen „specializované oddíly pro uživatele drog“). Předmětem výzkumu byla podoba těchto programů, jejich alokace v jednotlivých věznicích, fungování a účinnost ve smyslu snižování míry kriminální recidivy po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody a na kriminogenní postoje jejich účastníků (Zeman a kol. 2019). Součástí výzkumu bylo expertní šetření mezi odbornými pracovníky specializovaných oddílů, které mapovalo současnou situaci z pohledu těch, kdo zde zajišťují terapeutické programy. Sběr dat probíhal od září 2016 do ledna 2017 formou polostrukturovaných rozhovorů s 22 odbornými pracovníky (8 psychologů, 7 speciálních pedagogů, 5 vychovatelů-terapeutů a 2 vychovatelé). Zde respondenti hodnotili především hlavní přínosy pobytu odsouzených ve specializovaném oddílu, nedostatky v provozu oddílů a překážky jejich účinnějšího fungování. Respondenty nejčastěji uváděné přínosy účasti odsouzených v programu je možno rozdělit do čtyř kategorií, a to (a) intrapersonální oblast, reprezentovaná přínosy v podobě osobnostního rozvoje, (b) postpenitenciární oblast, zahrnující zajištění následné péče a přípravu na život po propuštění, (c) penitenciární oblast spočívající ve zvýšení kvality života během výkonu trestu odnětí svobody, a (d) přínosy v oblasti interpersonální,

týkající se zkvalitnění mezilidských vztahů. Pokud jde o nedostatky, bylo respondenty nejčastěji zmiňováno nedostatečné prostorové oddělení specializovaných oddílů od zbytku věznice, a stísněné nebo zcela chybějící prostory pro terapeutickou práci. Dále byl respondenty často uváděn nízký počet odborného personálu a jeho přetíženost, fluktuace odborného personálu a nevhodné chování ze strany uniformované složky (dozorců). Mezi další zmiňované problematické oblasti patřilo nastavení systému financování, nedostatečné vymezení kompetencí zejména mezi formálním a metodickým vedením oddílu (formálně je oddíl veden vedoucím oddělení výkonu trestu, který je příslušník, ale zpravidla ne odborník na léčbu závislostí). Dalšími často uváděnými oblastmi bylo malé uznání za práci odborného personálu a jeho nízké finanční ohodnocení, jakož i nedostatek vhodného materiálu pro terapeutickou práci s vězni. Jako hlavní překážka účinnějšího fungování specializovaných oddílů se podle vyjádření respondentů jeví nedostatek odborného personálu zajišťujícího činnost těchto oddílů. Dalšími překážkami je pak vedení rozsáhlé administrativy na úkor přímé práce s odsouzenými, zařazování neindikovaných odsouzených do oddílů z důvodu přeplněnosti věznic a též např. nedostatečné zajištění psychiatrické péče pro odsouzené.

Empirická část výzkumu byla zaměřena na hodnocení účinnosti terapeutických programů realizovaných na specializovaných oddílech pro uživatele drog. Jako indikátory účinnosti byly zvoleny (a) míra kriminální recidivy po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody, během něhož odsouzení program absolvovali, a (b) změna úrovně tzv. kriminálních stylů myšlení u odsouzených v průběhu realizace programu. K analýze kriminální recidivy byly využity záznamy v rejstříku trestů u absolventů terapeutických programů specializovaných oddílů po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody, které byly porovnány se záznamy odsouzených, kteří program specializovaného oddílu neabsolvovali (kontrolní skupina). S ohledem na složitou dostupnost jiných dat o kriminální historii konkrétních osob bylo zvoleno právě definování kriminální recidivy jako opakovaného odsouzení za trestnou činnost, které je zaznamenáno v rejstříku trestů. V tomto případě se jednalo se o retrospektivní analýzu, protože základní soubor tvořili všichni odsouzení, kteří absolvovali terapeutický program ve specializovaném oddílu pro uživatele drog a byli poté propuštěni z výkonu trestu

v průběhu roku 2014 (jednalo se o 124 osob). Pro srovnání byly k této výzkumné skupině sestaveny dvě kontrolní skupiny, kdy jednu z kontrolních skupin tvořili uživatelé drog (278 osob) a druhou neuživatelé (286 osob). Celkem tedy byly do této části studie zahrnuty údaje o 688 odsouzených. U zkoumaných osob ze všech tří skupin byla sledována doba 3-4 let po propuštění. Výsledky ukázaly, že z výzkumného souboru (absolventi terapeutického programu specializovaného oddílu), bylo během prvního roku po propuštění z výkonu trestu znovu odsouzeno 40 %, během dvou let po propuštění necelých 60 %, a za celé sledované období 70 %. Jen necelá třetina účastníků programu tedy po 3 až 4 letech od propuštění z výkonu trestu zůstávala nadále bez dalšího odsouzení. Pokud jde o frekvenci kriminální recidivy po propuštění z výkonu trestu, dosáhli absolventi programu některého ze specializovaných oddílů lepších výsledků než kontrolní skupina odsouzených s obdobným vzorcem užívání drog, kteří programem neprošli (první kontrolní skupina). Ve srovnání s druhou kontrolní skupinou (odsouzení neuživatelé drog), však byly výsledky absolventů programu horší, což se dalo očekávat, protože užívání drog představuje kriminogenní riziko, které pozitivně koreluje s pravděpodobností recidivy trestné činnosti. Přestože mohou výsledky zjištěné u absolventů terapeutických programů specializovaných oddílů vypadat málo přesvědčivě, nesmíme zapomínat, že po odchodu ze specializovaného oddílu jsou změny dosažené účastí v terapeutickém programu oslabovány, a to zejména pokud je odsouzený zařazen zpět do standardního výkonu trestu. K dalšímu oslabení efektu terapeutického programu dochází v situaci, kdy chybí náležitá návazná postpenitenciární péče. Tolik tedy k míře kriminální recidivy po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody zjištěné výzkumem.

Pokud jde o druhý ze zvolených indikátorů účinnosti terapeutických programů, a sice o změnu úrovně kriminálních stylů myšlení u odsouzených v průběhu realizace programu, tak autoři při sestavování dizajnu výzkumu vycházeli z toho, že k cílům terapeutických programů na specializovaných oddílech pro uživatele drog patří měnit rizikové postoje, hodnoty a vzorce myšlení odsouzených směrem k sociálně žádoucím formám. Jako měřítko kriminogenních postojů, hodnot a vzorců myšlení byla zvolena míra kriminálních stylů myšlení, tedy postojů, přesvědčení a myšlenkových stylů, které udržují a podporují kriminální životní styl. Analýza se zaměřila na zjištění vývoje

kriminálních stylů myšlení účastníků terapeutického programu ve specializovaných oddílech během absolvování terapeutického programu, a jeho srovnání s vývojem kriminálních stylů myšlení u odsouzených ve dvou kontrolních skupinách. K měření kriminálních stylů myšlení byl použit psychodiagnostický nástroj Inventář kriminálních stylů myšlení PICTS-cz. Jedná se o českou verzi původního nástroje Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles (PICTS), jehož převod a standardizace na českou vězeňskou populaci se uskutečnily v rámci dřívějšího výzkumu IKSP (Blatníková a kol. 2016). Základní soubor pro analýzu tvořili všichni odsouzení, kteří od listopadu 2016 do konce června 2017 nastoupili do některého ze specializovaných oddílů pro uživatele drog a zahájili zde terapeutický program. Pro účely srovnání vývoje kriminálních stylů myšlení byly sestaveny dvě kontrolní skupiny, obdobně jako v případě předchozího indikátoru. Jednu z nich tvořili odsouzení, intenzivní uživatelé drog, a druhou odsouzení, kteří drogy neužívali vůbec či pouze příležitostně (neuživatelé). Celkový počet účastníků výzkumu byl 255 odsouzených (z toho 129 výzkumný soubor, 66 kontrolní skupina intenzivních uživatelů, 60 kontrolní skupina neuživatelů). Výsledky analýzy ukázaly, že odsouzení při vstupu do programu specializovaného oddílu vykazovali poměrně vysokou úroveň kriminálního myšlení, a to ve všech hodnocených škálách inventáře PICTS-cz. Profil jejich kriminální kognice se podobal tomu, jaký byl zjištěn u vězněných intenzivních uživatelů drog z první kontrolní skupiny, kteří se programu neúčastnili. Úroveň kriminálního myšlení odsouzených neuživatelů drog z druhé kontrolní skupiny byla naopak oproti výzkumnému souboru a první kontrolní skupině intenzivních uživatelů zřetelně nižší (grafické srovnání výsledků měření úrovně kriminálních stylů myšlení na vstupu u všech tří skupin viz obrázek č. 1). Výzkumný soubor odsouzených uživatelů drog prodělal během účasti v programu ve specializovaném oddílu výrazné změny v tom smyslu, že během účasti v programu se myšlení a postoje odsouzených celkově upravily tak, že při jejich odchodu ze specializovaného oddílu byly oproti prvnímu testování významně sniženy (grafické srovnání výsledků měření úrovně kriminálních stylů myšlení na vstupu a na výstupu u výzkumné skupiny viz obrázek č. 2) Pokud výsledky výzkumného souboru porovnáme s výsledky dosaženými kontrolními skupinami jsou rozdíly dosažené účastí v terapeutickém programu ještě markantnější. U kontrolní skupiny intenzivních uživatelů drog došlo ve všech

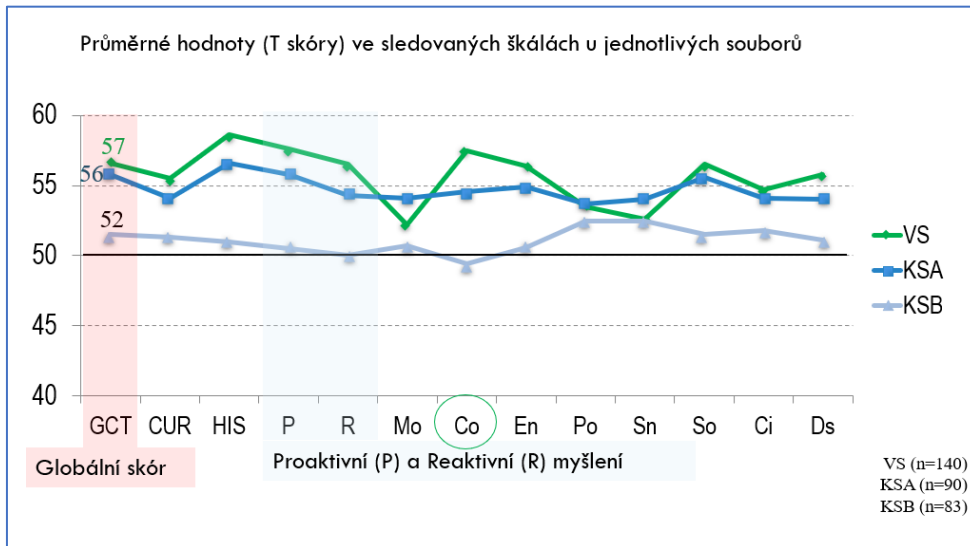
hodnocených škálách nástroje PICTS-cz ke zhoršení úrovně kriminální kognice, u kontrolní skupiny neuživatelů se kriminální myšlení zhoršilo ve většině škál, a to statisticky významně (grafické srovnání výsledků měření úrovně kriminálních stylů myšlení na vstupu a na výstupu u obou kontrolních skupin viz obrázek č. 3). Hlavním zjištěním, plynoucím z předmětného výzkumu je, že terapeutické programy specializovaných oddílů pro uživatele drog prokazatelně přispívají k redukci úrovně kriminogenních postojů a vzorců myšlení a tím vedou k naplňování deklarovaných cílů a poslání těchto oddílů. U odsouzených s obdobným vzorcem užívání drog, kteří programem specializovaného oddílu neprošli, naopak došlo během výkonu trestu za dobu, odpovídající délce trvání programu, k výraznému zhoršení ve smyslu posílení kriminálního myšlení. Přitom v době, kdy účastníci do programu vstupovali, byly výsledky obou těchto skupin obdobné. Skupina odsouzených neuživatelů drog měla na počátku sledovaného období úroveň kriminálního myšlení zřetelně nejnižší než výzkumná a první kontrolní skupina. Za dobu ekvivalentní době trvání terapeutického programu u této skupiny došlo k mírnému zhoršení kriminální kognice.

Závěrem lze konstatovat, že absolvování terapeutického programu specializovaného oddílu pro uživatele drog prokazatelně vede ke zlepšení kriminální kognice ve smyslu snížení skóre ve škálách nástroje PICTS-cz. Navzdory tomu však míra kriminální recidivy účastníků terapeutických programů specializovaných oddílů pro uživatele drog po propuštění z výkonu trestu zůstává vysoká. Takže při srovnání s hodnotami kriminální recidivy, zjištěnými u kontrolních skupin odsouzených, byly výsledky účastníků programu jen mírně lepší než u uživatelů drog, kteří program neabsolvovali, a zřetelně horší než u odsouzených neuživatelů (Zeman a kol. 2019).

1.8 Závěr

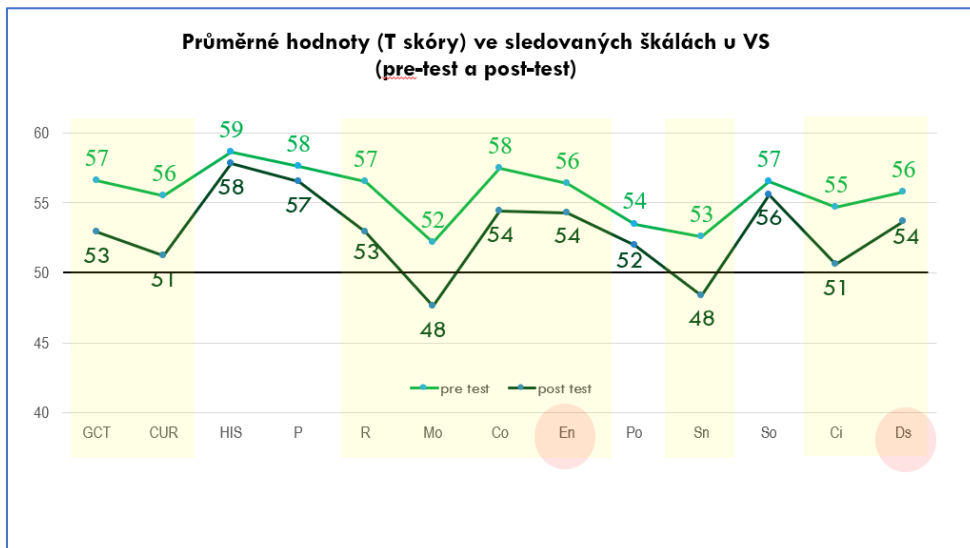
Závěrem lze shrnout, že residenční vězeňské terapeutické programy pro léčbu závislostí jsou účinné, což dokládají to nejen výsledky zahraničních studií, ale dnes již i výsledky původních domácích studií, jakou je například studie provedená IKSP v letech 2016 až 2019. Ve světle výsledků zahraničních studií se dále ukazuje, že specifické zacházení s drogově závislými s přidruženou

komorbidní duševní poruchou má své opodstatnění a mělo by, dle mého názoru, své opodstatnění i v podmínkách českých věznic. Terapeutické programy upravené na specifické potřeby klientů s duálními diagnózami jsou podle výsledků zahraničních studií efektivní a vedou nejen ke snížení rizika recidivy, ale, dle mého názoru, též ke zlepšení kvality života klientů trpících více duševními poruchami najednou. V českých věznicích zatím nemáme terapeutické programy, které by se explicitně zaměřovaly na klienty s duálními diagnózami, byť mnoho klientů, zařazených do specializovaných oddílů, evidentně splňuje kritéria pro stanovení duální diagnózy k poruše způsobené užíváním návykových látek. Cílem předkládané práce není kritizovat současný stav v oblasti zacházení s uživateli drog s přidruženou duševní poruchou, ale zejména poukázat na možnou vysokou prevalenci těchto odsouzených v české vězeňské populaci, zdůraznit jejich specifická rizika a specifické potřeby a nastítnit možnosti rozvoje odborného zacházení s nimi. Příkladem pro inspiraci může být program realizovaný Vězeňskou službou státu Colorado v USA, stručně popsany výše v textu. Obdobné programy však mohou být účinné pouze tehdy, je-li zajištěna jejich patřičná kvalita, která úzce souvisí zejména s personálním zajištěním těchto programů. V této souvislosti je nutno podotknout, že Vězeňská služba ČR v současné době čelí bezprecedentnímu nedostatku, a nebál bych se říci bezprecedentnímu úbytku, kvalifikovaného odborného personálu, který by byl schopen takový program v českých věznicích realizovat, což částečně naznačují i kvalitativní data získaná v rámci výzkumu IKSP. Budeme tak možná svědky útlumu odborného zacházení nebo snižování jeho kvality. Je však také možné, že v důsledku napnuté personální situace stojíme na začátku éry outsourcingu odborného zacházení s vězněnými uživateli drog z vnějších zdrojů. To by pak v budoucnu mohlo paradoxně vést ke zvýšení kvality a efektivity vězeňských programů.

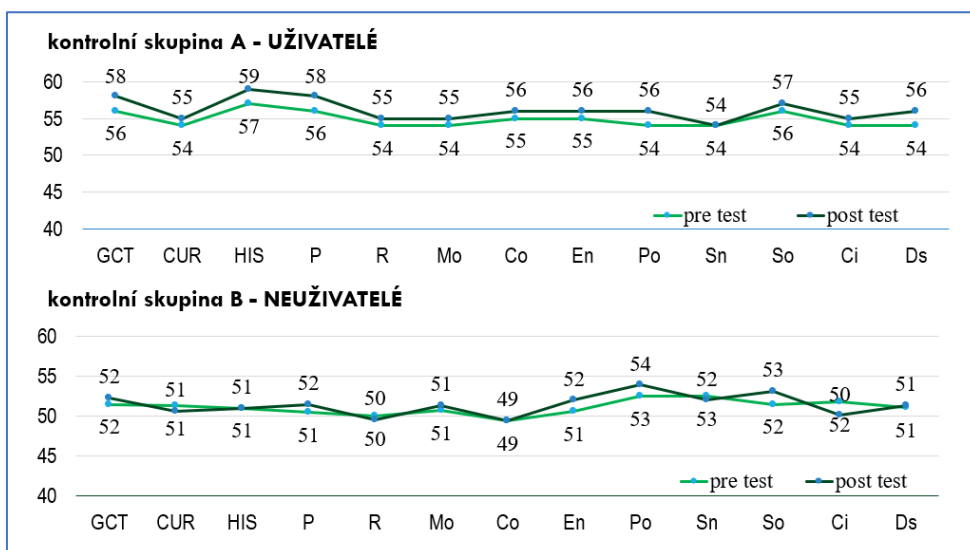


Obr. č. 1 - srovnání výsledků měření úrovně kriminálních stylů myšlení (PICTS.cz) na vstupu (pretest) u všech tří skupin:

VS - Výzkumná sk.
KSA - Kontrolní skupina (uživatelé)
KSB - Kontrolní skupina (neuživatelé)



Obr. č. 2 – průměrné hodnoty kriminálních stylů myšlení (PICTS.cz) u výzkumné skupiny (VS) – srovnání pretest a posttest



Obr. č. 3 - průměrné hodnoty kriminálních stylů myšlení (PICTS.cz) u kontrolních skupin (KSA – uživatelé; KSB - neuživatelé – srovnání pretest a posttest

Literatura:

- Blatníková, Š., Faridová, P., Vranka, M. (2016). Kriminální styly myšlení: Inventář PICTS-cz. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci <http://www.ok.cz/iksp/docs/431.pdf>
- Grohmannová, K. (2017). Užívání návykových látek a hraní hazardních her ve vězeňské populaci ČR. Zaostřeno, 6. Praha: Úřad vlády ČR.
- Iniciardi, J., Martin, S., Butzin, C. (2004). Five-year outcomes of therapeutic community treatment of drug-involved offenders after release. *Crime and Delinquency*,
- Jiříčka, V., Prokešová, J. (Ed.) (2012) Úvod do zkoumání efektivity intervenčních programů v českých věznicích. Praha: Vězeňská služba České republiky.
- Koňák, T. (2021). Drogově závislí ve vězení. In: Drápal, J., Jiříčka, J., Raszková, J. (ed.) *České vězeňství*. Praha: Wolters Kluwer, 2021. Právní monografie (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7676-066-0.
- Koňák, T. (2023). Vyhodnocení činnosti Vězeňské služby České republiky v protidrogové politice za rok 2022. Generální ředitelství VS ČR (interní dokument).
- Messina, N., Burdon, W., Hagopian, G. (2004). One year return to custody rates among so-disordered offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 22. 503-518.
- Pelissier, B., Wallace, S., O'Neil, J., Gaes, G., Camp, S., Rhodes, W., Saylor, W. (2001). Federal prison residential drug treatment reduces substance use and arrests after release. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(2).
- Perry, A., Coulton, S., Granville, J., Godfrey, C., Lunn, J., McDougall, C., Neale, Z. (2006). Interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community. *Cochrane Collaboration*, Issue 3.
- Prendergast, M., Hall, E., Wexler, H. (2003). Multiple measures of outcome in assessing a prison-based drug treatment program. In *Treating substance abusers in correctional contexts: New understanding, new modalities*. The Haworth Press.
- Sacks, S., Sacks, J. Y., McKendrick, K., Banks, S., Stommel, J. (2004). Modified TC for MICA offenders: Crime outcomes. *Behavioral Science and the Law*,
- Sullivan, Ch., Sacks, S., McKendrick, K., Banks, S., Sacks, J., Stommel, J. (2007). Modified therapeutic community treatment for offenders with co-occurring disorders: Mental health outcomes. *Mental health issues in the criminal justice system*. The Haworth Press.

Zeman, P., Blatníková, Š., Grohmannová, K., Koňák, T., Novák, P., Roubalová, M., Trávníčková, I. (2019). Uživatelé drog ve vězení – hodnocení účinnosti terapeutických programů. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci [453 Uživatelé drog ve vězení obalka.indd \(ok.cz\)](#)

Využití online terapie v integrativní psychoterapii

Jana Kozolková

Úvod

Když napíšete ve vyhledávači Google na internetu „online terapie“, najdete 22 800 000 odkazů (data k 24.4.2023). To je podle mého názoru dost vysoké číslo na to, jak mladý tento fenomén je. Rozhodně to ale může být důkaz jeho popularity.

Pro nás jako integrativní terapeuty by mohlo být o to samozřejmější kráčet s dobou, sledovat aktuální potřeby společnosti a integrovat do naší praxe nové prostředky a komunikační kanály, které nám umožní pečovat o duševní zdraví našich klientů.

Definice online terapie

V literatuře a člancích z USA se běžně setkáme s názvem telepsychoterapie (telepsychotherapy). Obecně se sem řadí všechny formy terapie zprostředkované pomocí komunikačních nástrojů nebo zařízení. Další názvy, se kterými se můžeme v literatuře setkat je: webová terapie (web therapy), telefonní

terapie (phone therapy), terapie po zprávách nebo v chatu (text therapy) a online terapie (online therapy). (APA, 2023)

Já se v této práci zabývám zejména online terapií – individuální psychoterapií zprostředkovanou pomocí videohovoru.

Historie online psychoterapie

Zdroje o začátku první online terapie značně varíují. Zatím co jedni považují za začátek online terapií rok 1961, kdy se uskutečnila první psychoterapeutická skupina pomocí videokonference (Békés, Aafjes-van Doorn, 2020), jiní považují za začátek online terapií rok 1972, kdy na Mezinárodní počítačové konferenci proběhla jedna z prvních demonstrací internetu formou simulovaného terapeutického sezení.

Již první svépomocné online podpůrné skupiny byli jakýsi předchůdci online terapií a jejich úspěch prokázal potenciál počítačově zprostředkované komunikace. The Source a CompuServe byli první národní služby v USA, které umožnili celostátní online komunikaci pro uživatele osobních počítačů v roce 1979. (metanoia.org)

Jak je vidět, historie online terapií je poměrně krátká a kopíruje historii osobních počítačů a rozvoje internetu jako komunikačních prostředků. Určitě existovala forma terapeutické pomoci ještě před počítači, s rozšířením telefonů, ale myslím si, že to byla spíše krátká forma krizové intervence než organizovaného terapeutického setkání.

Online terapie v České republice

Online terapie ve smyslu videohovoru s klientem v reálním čase má v České republice poměrně krátkou historii a k výraznému rozvoji dopomohla pandemie Covid-19, kdy nebylo možné osobní setkání s terapeutem – či už individuálně, nebo v rámci skupinových terapií. Celá pandemie měla dopad i na duševní zdraví

lidí, kteří před pandemií terapeutickou pomoc nevyhledali a dovolím si tvrdit, že pandemie měla dopad na duševní zdraví úplně všech.

Ve studii Institutu pro demokracii a ekonomickou analýzu (IDEA), který zastřešuje Národohospodářský ústav Akademie věd ČR, který proběhl v průběhu pandemie v českých domácnostech se ukázalo, že pandemie Covid-19 měla opravdu vedle přímých dopadů na fyzické zdraví a ekonomickou situaci také vliv na duševní zdraví. V této studii se ukázalo, že „... v první fázi pandemie trpělo zhoršeným duševním zdravím (příznaky alespoň středně těžké deprese či úzkosti) 20 % respondentů. To představovalo více než trojnásobný nárůst oproti stavu před pandemií.“ Dále se ve studii uvádí: „duševní zdraví respondentů se po úvodním skokovém zhoršení při nástupu pandemie postupně zlepšovalo, výskyt příznaků alespoň středně těžké deprese či úzkosti je ale v půlce června 2020 stále téměř dvojnásobný v porovnání se stavem před pandemií.“ (Bartoš, V., Cahlíková J., Bauer, M., Chytilová, J., 2020)

Praxe mnohých psychologů, psychoterapeutů, psychiatrů, školních psychologů dokazuje, že dopad této pandemie pořád trvá, a to napříč celou společností.

Rozvoj online terapie jako služby

S trváním pandemie a zvyšující se poptávkou po terapeutické péči vzniklo několik platforem, které začaly sdružovat psychology a psychoterapeuty a začali nabízet online formu terapie jako běžnou placenou službu a vznikají stále další. I spousta psychoterapeutů ve své soukromé praxi začala využívat videohovor jako náhradu osobního setkávání s klienty.

Online forma terapie neustále získává na oblibě a online konzultace s terapeutem bývají stále častěji zaváděny jako bonus v zaměstnání. I zaměstnavatelé si začínají uvědomovat důležitost duševního zdraví svých zaměstnanců.

Jeden ze sprostředkovatelů online terapií Mojra.cz na svých stránkách uvádí několik významných firem na českém trhu, se kterými spolupracují. Jsou to například SIEMENS, Webasto a celá korporace skupiny NN. (Mojra.cz)

Na co je dobré myslet?

a) Kompetence psychoterapeuta:

Terapeut má minimálně etickou povinnost pravdivě uvádět své dosažené vzdělání, tak i vzdělání a svůj stupeň v rámci psychoterapeutických dovedností. Měl by pravdivě uvádět, jestli je frekventant výcviku, nebo už má výcvik ukončen, jestli je výcvik akreditován v zemi, kde terapie nabízí a měl by aktivně využívat možnosti supervize a neustále pilovat své terapeutické zručnosti.

V případě online terapií může mít na svých stránkách fotky diplomů a osvědčení, která toto vzdělání potvrzují a většina psychoterapeutických organizací má veřejně dostupné seznamy svých členů.

I na stránkách Skálova institutu má každá komunita seznam jejích členů – frekventantů (nebo později absolventů) společně s fotkami.

Bližší informace o pravidlech a doporučení pro profesi psychoterapeuta (evropského psychoterapeuta), uvádí na svých stránkách například Česká asociace pro psychoterapii (ČAP, Evropský psychoterapeut).

Nezbytnost mít pravidelnou supervizi se vztahuje jak na terapie s klienty, kteří chodí osobně, tak i na terapie, které probíhají online. Pro terapie probíhající online formou se doporučuje mít i online supervizi. (Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I., Dimaggio, G., 2020)

b) Technika:

Vzhledem k tomu, že se jedná o terapie online, realizace takového setkání je vázaná na technické a elektronické zařízení. Je důležité, hlavně pro terapeuta, aby si vybral kvalitní zařízení, které mu zajistí, že ho klient bude dobře vidět i slyšet. Jako terapeuti používáme jazyk, hlas a řeč jako náš nástroj a mám pocit, že tím, že klient s námi není přítomen a nemůžeme použít řeč těla, se verbální

řeč stává klíčová. Podobně i to, aby nás klient viděl jasně a plynule může mít dopad na kvalitu terapeutického vztahu a výsledek terapie jako takové.

Je důležité myslet na dobré a stabilní internetové připojení, blízkost zdroje elektrického napájení, mít po ruce nabíječku a zásuvku, případně zkontrolovat zařízení skrze které terapie děláme dostatečně včas před začátkem sezení a mít plán B. Pokud zjistíte, že vám nefunguje počítač nebo tablet, je dobré mít možnost realizovat sezení přes mobilní telefon.

S tím souvisí taky bezpečnost na internetu a na síti obecně. Pokud se terapeut rozhodne uchovávat informace o klientech ve svém počítači nebo na externím zařízení, je nevyhnutné zabezpečit je tak, aby se k nim nedostal nikdo nežádoucí. Potencionální hrozbu představují hackeři, počítačové viry nebo odcizení zařízení.

V neposlední řadě je nutno zmínit, že právě technika může být pro starší generaci jak klientů, tak terapeutů a pro lidi méně elektronicky zručných zdrojem nemalých obtíží.

c) Prostředí:

Online terapie se sebou přináší další výzvu, a to poodhalení soukromí jak klienta, tak i terapeuta, pokud dělá terapie z domova.

Terapeut by měl myslet na výběr místnosti a s tím související pozadí, které klient uvidí. Určitě není vhodné mít za sebou výrazné nebo rušící obrazy, police, pohozené oblečení nebo nepořádek, okno, či jiný zdroj světla, který vrhá terapeuta do stínu. Ideálně je neutrální prostředí, podobně jak by si terapeut zřejmě zařídil vlastní terapeutovnu nebo ambulanci. Podobnou váhu může mít i oblečení, které terapeut na sezení zvolí.

Z vlastní zkušenosti vnímám, že klienti si s výběrem prostředí a oblečení pro svou terapii většinou těžkou hlavu nedělají a k terapii si volí buď místnost, kde mají soukromí, pokud bydlí ještě s někým, nebo místo, které je pro ně pohodlné.

Může to být významný prvek v terapii, protože nahlédnutí do klientova soukromí terapeutovi odhalí jeho realitu, která se v sezení v terapeutovně neobjeví. Nabízí možnost pozorovat klienta v jeho přirozeném prostředí, kde se může chovat spontánněji.

Zajištění soukromí může být pro některé klienty náročné, ale pro terapeuty je to nevyhnutné a měli by mít odpovědnost za to, aby je nic a nikdo u terapie

nerušil. Zejména v počátku tvoření terapeutického vztahu by měl klient cítit, že je pro terapeuta prioritou, že nic neodvádí jeho pozornost a věnuje se jen jemu.

Pro úzkostné nebo paranoidní pacienty to může být obzvlášť důležité. Samozřejmě, že se nějaký rušivý element na straně terapeuta objevit může, ale je dobré to v terapii pojmenovat, vysvětlit co se děje, omluvit se, nebo si říct o dovolení zvednout zvonící mobil nebo odejít z místnosti. Mělo by se to ale dít jen minimálně, opravdu v nevyhnutném případě a vnést to do terapie.

I to může být významný prvek v terapii a může to terapeutovi hodně říct o klientovi a jeho reakcích v podobných situacích, nepůsobí to ale profesionálně.

Otázka soukromí je ale podobně důležitá i pro klienty. Klientova schopnost nebo naopak neschopnost, nebo také možnost či nemožnost vytvořit si soukromí a klid pro dobu trvání terapie v domácím prostředí může být terapeuticky významné a pro terapeuty to může být podnět z rozvinutí.

Domácí prostředí někdy v klientech může vyvolat dojem neformálnosti, ležérnosti a uvolněnou atmosféru domova, co ale může být kontraproduktivní. Cokoliv z toho, co terapeutovi přijde jako významné a ovlivňuje průběh terapie nebo navázání vztahu je dobré pojmenovat s klientem o tom mluvit.

Naopak osobní setkání s terapeutem, cesta na sezení, změna prostředí mohou být důležité stimuly, které mohou měnit rámec terapie a přístup klienta.

d) Řeč těla:

Další z faktorů, které v online terapiích hrají roly je velikost obrazu jak klienta, tak i terapeuta. Pokud je kamera příliš blízko, obraz se soustředí pouze na obličej a ztrácí se celkový obraz člověka proti nám. Řeč těla je přitom jeden z faktorů, které o lidech dokážou hodně říct. Myslíme na to sami jako terapeuti a zároveň na to upozorníme i klienty, že je dobré si dát kameru dostatečně daleko od sebe, aby se obraz rozšířil, ale zároveň na obrazovku nebo displej dobře viděli.

Pokud je to terapeuticky významné, například klient řeší nadváhu, obezitu, poruchy příjmu potravy, nebo nějakou tělesnou vadu je nezbytné, aby se terapeut doptal i na to, co na obrazovce není vidět.

Efektivita online terapií

Na místě je otázka efektivity online terapií v porovnání s osobním setkáním se s klienty (můžeme je nazvat off-line terapie). I když počáteční názory byli dosti skeptické, následné studie a metaanalýzy ukazují, že online terapie mají podobnou, někdy i vyšší míru efektivity. Výzkumy efektivity online terapií souvisejí s jejím rozmachem v době pandemie Covid-19 a až čas ukáže dlouhodobější prognózy a srovnání efektivity.

Jedna evropská studie shrnula nejnovější experimentální důkazy o online psychoterapii a celkové výsledky ukazují, že tato forma terapie je úspěšná u běžných poruch duševního zdraví. Její účinnost byla skutečně hlášena jako srovnatelná s léčbou s klientem osobně přítomným u terapeutického sezení, přestože míra zlepšení může být o něco pomalejší.

Důležité pro nás jako pro terapeuty může být to, že experimentální důkazy konkrétně poukazují na možnost účinně léčit úzkost, depresivní poruchy a posttraumatické symptomy.

Navíc pacienti, kteří byli zařazeni do online terapie uváděli podobnou subjektivní kvalitu života, důvěryhodnost léčby a možnosti poskytnuté služby jako pacienti navštěvující psychoterapii osobně. V souladu s těmito výsledky klienti využívající online formu terapie nevnímali léčbu jako méně účinnou, než terapii probíhající osobně.

Samozřejmě efekt úspěšnosti můžou ovlivnit podobné faktory jako terapii probíhající v terapeutovně s klientem, který sedí proti nám. I samotná veřejnost a někteří psychoterapeuti pochybují o použití a účinnosti online terapie. Je ale rozdíl v situaci, kdy je online forma možností a kdy je to jediná alternativa. (Poletti, B., Tagini, S., Brugnera, A., Parolin, L., Pievani, L., Ferrucci, R. 2020)

Zajímavou metaanalýzu nabízí také jiná skupina badatelů, kteří porovnali studie ohledně online formy terapie (telehealth) u široké škály somatických lékařských disciplín. Jedná se o souhrn různých analýz mezi roky 2010 – 2019. Z této rozsáhlé studie vyplývá, že online forma kontaktu může být využívána i v jiných odvětvích péče, ne jen na poli psychoterapeutickém, s efektem podobným a v některých případech i vyšším, než osobní návštěva. (Snoswell, S.L., Chelberb, G., De Gruzman, K.R., et al., 2021)

Další zajímavá hloubková studie ze zdroje víc technicky zaměřeného, potvrzuje srovnatelnou míru efektivity online versus osobní terapie (Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., Shapira, N., 2008).

Současný vývoj a možná budoucnost online terapií

Se širokou nabídkou online terapií určitě přijde na mysl kvalita nabízených terapeutických sezení. Pořád má hodně lidí předsudky vůči návštěvě psychoterapeuta a je škoda, pokud nesprávně provedená psychoterapie dělá špatné jméno těm ostatním, a navíc taková terapie může být neefektivní, případně snad pro klienta i neprospěšná. Většina platform nabízejících online terapie spolupracuje s frekventanty výcviku a je důležité, aby i frekventant pracoval v souladu s etickými a právními normami.

Jistý konkurenční boj je znát, nabídka online terapií je obrovská. Dají se objevit rozdíly mezi jednotlivými platformami například v trvání standardní „hodinové terapie“. Některé stránky nabízejí klasických terapeutických 50 minut pro klienta, jiné (například Mojra.cz) nabízí plnou hodinu – 60 minut – ale také například 30minutové terapie. Dále na svých stránkách prezentují emailovou terapii, a i celoměsíční emailovou konzultaci s psychologem. (<https://mojra.cz/psychologicka-poradna/cenik-konzultaci#emailove-konzultace>).

Věřím, že v určitých případech snad i takováto forma terapeutické intervence dokáže pomoci, nejsem si ale jista, zda je využít plného potenciálu psychoterapie a já bych třeba měsíční emailovou komunikaci zkusila využít k motivaci klienta k osobnější formě kontaktu. Buď osobně, nebo formou online videohovoru, ale to je třeba podnět do delší diskuse.

Zájem o online terapie vzrůstá jak na straně klientů, tak i na straně terapeutů, kteří chtějí tuto cestu využít. Jak se ukázalo v mém dotazníku, zejména na začátek své terapeutické praxe je to využívaná forma získávání zkušeností. Já sama jsem měla problém získat jinou formu praxe nebo stáže potřebnou k ukončení psychoterapeutického výcviku. Platformy nabízející online terapie proto můžou být jediné řešení, jak začít pracovat s klienty, protože většina

k navázání spolupráce nevyžaduje ani ukončený akreditovaný psychoterapeutický výcvik, ani ukončené vzdělání v oboru psychologie.

I po ukončení opatření souvisejících s pandemií Covid-19, kdy se nejspíš většina terapeutů, kteří před pandemií pracovali s klienty osobně, vrátila k tomuto způsobu terapií, popularita online terapií neklesla, naopak, stále stoupá.

Dokonce k terapiím na dálku se přidávají i psychiatři. Psychiatrickou péči online nabízí v České republice například Hedepy.cz, Adicare.cz, klinika Tulsia a i několik psychiatrů v soukromé praxi. Přes videohovor nabízí kompletní diagnostiku a formou SMS zaslání receptu, pokud se rozhodnou předepsat medikaci.

Pomoc s duševním zdravím nabízí i čím dál tím víc mobilních aplikací, a dokonce i různé formy umělé inteligence, tzv. chatboty, software, který simuluje lidskou konverzaci.

Moje zkušenosti s online terapií

Ukončení sebezkušenostní části psychoterapeutického výcviku mě postavilo před novou výzvu, a to najít si své klienty pro terapeutickou praxi. Bez zkušeností a ukončeného výcviku jsem neuspěla, tak jsem se nechala inspirovat spolužačky – spolufrekventantky – a zkusila jsem online terapie. Oslovila jsem tři společnosti nabízející tuto formu a souhrou více faktorů jsem se rozhodla spolupracovat s platformou Hedepy. Působí ve více evropských zemích a já nabízím terapii jak v České republice, tak i na Slovensku. Potřebovala jsem si založit živnost (volná živnost – Činnosti pro osobní a fyzickou pohodu), čestné prohlášení vedoucího výcviku, že jsem ukončila sebezkušenostní část a že pracuji pod supervizí a odvahu začít.

S online terapiemi jsem začala v červenci 2022 popří normálním zaměstnání, takže jsem schopna přijímat jednoho, maximálně dva klienty denně ve večerních hodinách. Zpočátku jsem byla nervózní a můj největší strach byl, že nebudu vědět co říct. Ale nechci mluvit o svých pocitech, k tomu jsem se vyjádřila

v sebezkušenostní závěrečné práci, tak i v kazuistických skupinách, které jsme v rámci výcviku měli.

Chci se zaměřit na techničtější stránku a mé zkušenosti. Musím říct, že na mě Hedepy a celý tým působí profesionálně a kladou velký důraz na marketing a prezentaci. Focení fotek na profil a natáčení medailónku probíhalo s profesionálním fotografem vybaveným čtečkou textu a bylo dobře zorganizované. Je možnost si vytvořit video i fotky samostatně, oceňuji ale možnost profesionální pomoci.

Jak ale klient najde „toho pravého“ terapeuta v moři různých terapeutických profilů a terapeutických směrů, které Hedepy nabízí? Na začátek klient může vyplnit krátký test, kde specifikuje své požadavky. Najde tam otázky typu: „O jaký typ terapie máte zájem?“ – individuální, rodinná, teen terapie atp. Pomocí Likertovy škály vymezí své preference ohledně strukturovanosti terapií, povzbuzování k otevírání se těžkým emocím, intenzity podpory nebo konfrontace a své zaměření na práci s minulostí nebo spíše terapií orientovanou na přítomnost. Klient si také může zvolit pohlaví terapeuta a na základě všech odpovědí mu doporučí tři terapeuty, kteří nejlíp odpovídají tomu, co zvolil.

Přijde mi to jako šikovná forma jak pro klienty, tak i jejich možné budoucí terapeuty. Zde je vhodné uvést, že podobný typ testu, jaký vyplňují klienti, vyplňuje každý začínající terapeut, aby bylo vůbec možné je správně spárovat.

Jak vnímám samotné online terapie a klienty, které jsem potkala v rámci své praxe? Většina mých klientů byla nebo je ve věkovém rozpětí cca 23-30 let. Výjimečně si mě vybere někdo starší nebo mladší a s mládeží nebo dětmi nepracuji vůbec. 90 % mých klientů nepokračovala do druhého setkání. Připisuji to jak jejich věku a tendenci vyřešit svůj problém za jedno sezení, tak obtížnějším navázáním terapeutického vztahu skrz obrazovku a zřejmě i mým schopnostem kontraktování. Uvědomuji si, že množství terapeutických setkání nemusí souviset s úspěšností terapie a jestli se aspoň pár z nich na základě našeho setkání něco v životě změnilo k lepšímu, nebo začali více důvěřovat psychoterapii a třeba pokračují s někým jiným, budu za to moc ráda.

Nejčastější problémy související právě s online formou terapií, se kterými jsem se setkala byla kvalita internetového připojení, rušivé prvky z domova (například domácí mazlíčci vyžadující pozornost, vstup někoho jiného do místnosti, nebo vůbec možnost vytvořit si soukromí pro terapeutické sezení).

Největší přínos online terapií, který jsem zaznamenala byla flexibilita a dostupnost času a místa. Spousta klientů se mi přiznala, že si zvolili online formu terapií proto, že terapeuti v jejich okolí nabízející své služby osobně mají buď příliš dlouhé čekací doby, nebo jsou daleko. Největší míra takovýchto klientů mě osloví z východního Slovenska.

Další aspekt, který se váže k online terapii (a asi celkově k práci z domova) může být okamžitý „návrat do běžného života“ po skončení terapie. Chybí tam čas cesty za terapeutem i cesty domů, kde má klient možnost v sobě nechat celý proces doznít. Po ukončení online terapie, kdy klient i terapeut vypnou počítač, nebo odloží mobil je přítomnost domácího prostředí okamžitá a chybí jakási přechodová doba.

Já sama jsem nezkusila online terapie v roli klienta, ale zkusila jsem online supervizi a byla to cenná zkušenost. Mohla jsem si aspoň trochu zkusit, jak se cítí klienti a mě osobně přijde online forma setkání jako skvělá možnost pomoci, ale chybí tam právě ta složka osobního kontaktu a osobního vztahu, která je častým důvodem proč lidi vůbec terapeuta vyhledají.

Otázkou by mohla být forma zpětné vazby v online terapii, navíc když je prováděna frekventantem, bez řádně ukončeného psychoterapeutického výcviku. Nevím, jak to funguje jinde, ale konkrétně platforma Hedepy sbírá pro své účely zpětné vazby od klientů. Či už je to možnost slovné formy hodnocení, nebo vyplnění jejich krátkého dotazníku spokojenosti (ke kterému jsem nedostala bohužel přístup).

Dotazník pro terapeuty

Na základě všeho výše zmíněného, mě zajímalo, jaký vztah mají jiní terapeuti k online terapiím v našem českém prostředí. Pro tento účel jsem vytvořila dotazník pro terapeuty, abych získala zpětnou vazbu alespoň od pár kolegů. Nechci, aby to působilo jako reklama jediné společnosti, protože jsem oslovila několik českých platforem, které nabízejí online formu terapeutické péče, ale kromě Hedepy.cz (možná mi vyhověli právě proto, že s nimi spolupracuji) se žádná nevyjádřila kladně ke spolupráci na sbírání dat k dotazníku, nebo se nevyjádřila vůbec.

Proto odpovědi z tohoto dotazníku mohou pouze lehce načrtnout, jak online terapii vnímají sami terapeuťi a nelze je brát jako obecnou normu.

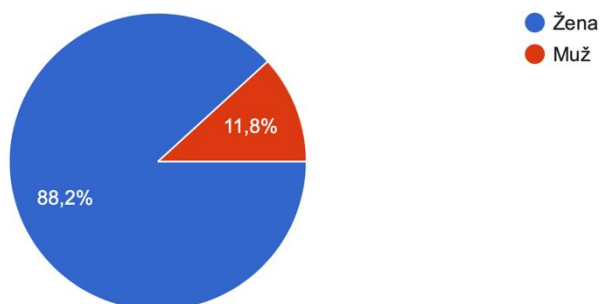
Dotazník byl zveřejněn ve soukromé skupině na Facebooku, kde jsou pouze terapeuťi spolupracující s Hedepý a byl hromadně rozposlán na email všech terapeutů v databázi Hedepý.cz. Dotazník byl přístupný k odpovědím 7 dní a když žádné další nepřibývali, s trochou zklamání jsem ho uzavřela se 17 odpověďmi. (S Hedepý spolupracuje 100+ terapeutů).

I když odpovědí nebylo moc, věkové rozpětí odpovídajících kolegů nabídlo širokou paletu respondentů, kteří se pohybovali na škále mladší 29 let až po starší 60 let. To ukazuje, že online forma terapií je využívána ve všech generacích, i když pravděpodobně ne stejnou mírou. Moji vlastní zkušenost s online terapií a můj předpoklad potvrdili volné odpovědi o pocíťovaných výhodách a nevýhodách online formy setkávání s klienty. Za nejčastější přínos online formy kolegové uváděli flexibilitu místa a času, možnost práce z domova a ušetření nákladu na vlastní terapeutovnu. Za nejčastější nevýhodu online terapií uvádějí technické potíže různého rázu, chybění lidského kontaktu a řeči těla.

Příloha: Dotazník pro terapeuty:

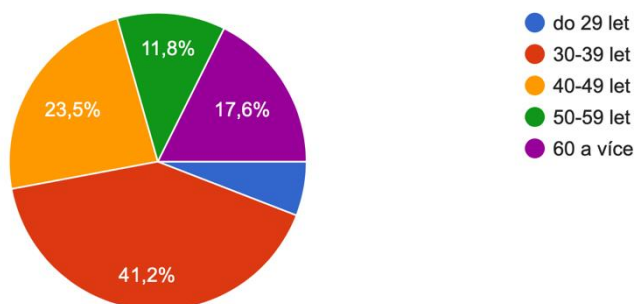
Identifikujete se jako:

17 odpovědí



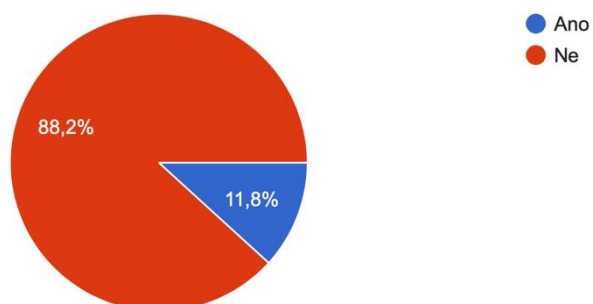
Váš věk:

17 odpovědí



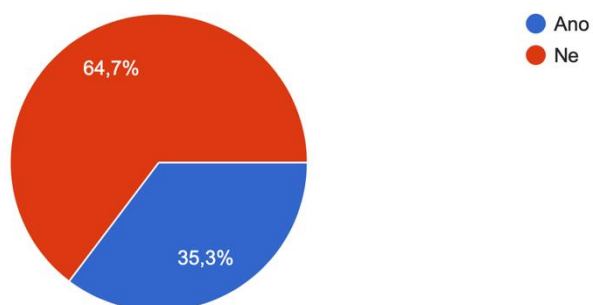
Studujete v současnosti psychologii na VŠ?

17 odpovědí



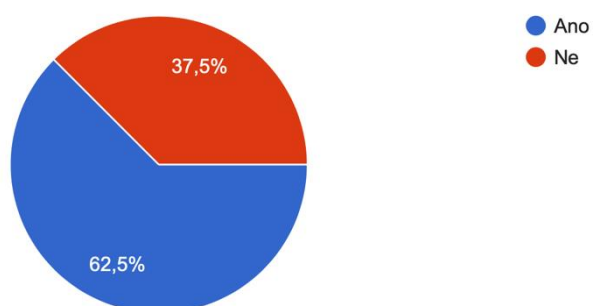
Máte ukončené vysokoškolské vzdělání (Mgr.) v oboru psychologie?

17 odpovědí



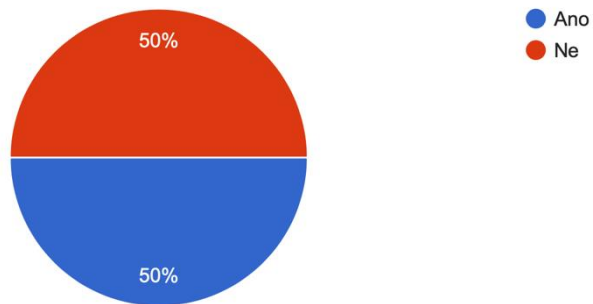
Jste frekventant/ka psychoterapeutického výcviku?

16 odpovědí



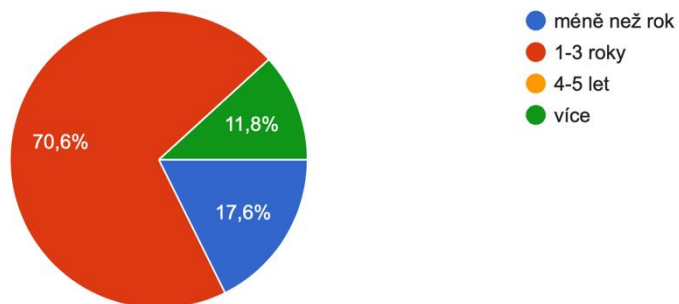
Máte ukončený psychoterapeutický výcvik?

16 odpovědí



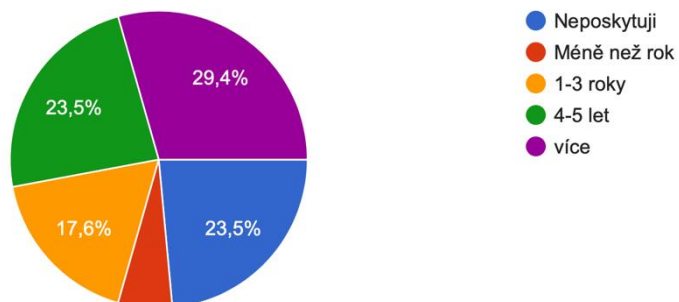
Jak dlouho poskytujete online psychoterapii ?

17 odpovědí



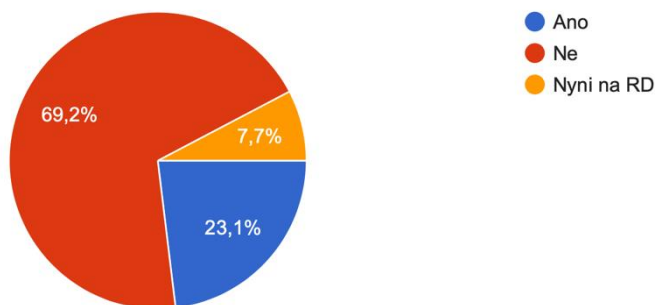
Jak dlouho poskytujete offline psychoterapii (s osobním setkáním s klienty)?

17 odpovědí



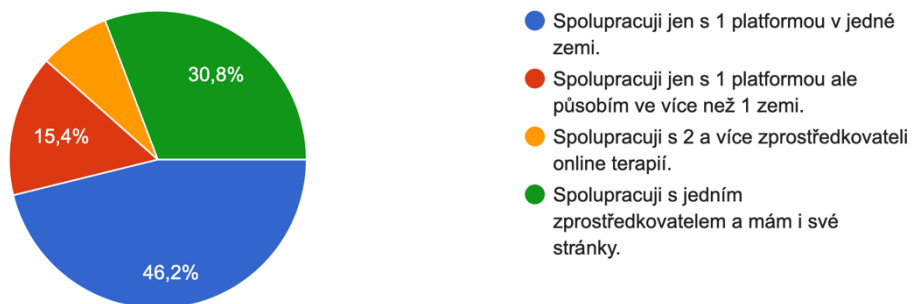
Je online psychoterapie nebo poradenství jediný zdroj vašich příjmů?

13 odpovědí



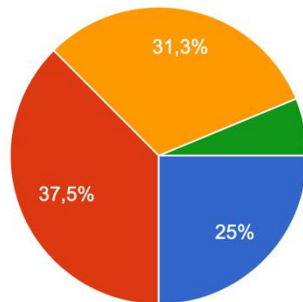
Kolik zprostředkovatelů online terapií používáte?

13 odpovědí



Pokud si vy můžete vybrat, volíte radši online formu před osobním setkáním s klienty?

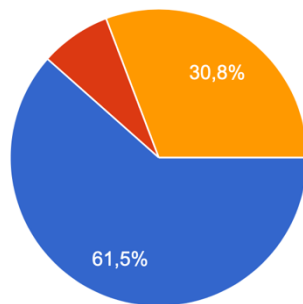
16 odpovědí



- Ano, pokud si můžu vybrat, vždy volím online setkání.
- Ne, když si můžu zvolit, navrhuji, aby klient přišel osobně.
- Je mi to jedno, nechám vybrat klienta.
- Nyni nemam na vyber, ale je mi příjemnejsi osobní forma

Používáte i jinou formu online terapie než klasický videohovor?

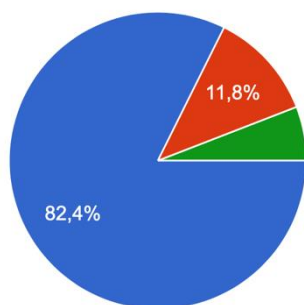
13 odpovědí



- Ne.
- Ano, používám chatování.
- Ano, terapii po telefonu, případně videohovor bez obrazu.
- Ano, terapii mejlem.

Jak vnímáte svou terapeutickou budoucnost?

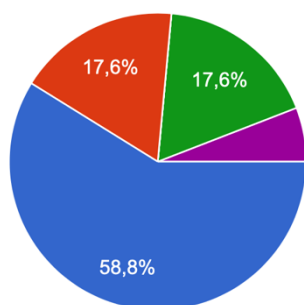
17 odpovědí



- Role psychoterapeuta/psychologa je přesně pro mě a chci se tomu věnovat, dokud budu moci.
- Ještě nevím, nemám jistotu, že terapeutická profese je pro mě ta pravá.
- Vím, že terapiím se v budoucnu věnovat nechci.
- Ano, v kombinaci s jinou prací (neziskovka, v budoucnu snad supervize)

Supervize

17 odpovědí



- Konzultace se supervizorem mám pravidelně
- Konzultace se supervizorem vyhledávám jen když mám pocit, že potřebuji s něčím poradit.
- Supervizi nemám.
- Konzultace se supervizorem vyhledávám jen když máte pocit, že p...
- Konzultace se supervizorem máte pravidelně

Dotazník obsahoval i pár otevřených otázek:

Uveďte, co vnímáte jako největší výhody online terapií:

- Dostupnost
- Pro terapeuta – nízké náklady + zprostředkování klientů, pro klienta - dostupnost různých terapeutů
- dostupnost do míst, kde nejsou odborníci
- Možnost pro mě i klienta připojit se odkudkoliv. Bezpečnější prostředí pro citlivější/úzkostnější klienty
- dostupnost bez omezení místem
- Mohu práci vykonávat z domu, ušetřím čas za dojíždění, finance za pronájem a správu kanceláře
- Z pohledu klienta slyším často, že mu vyhovuje jeho prostředí a to, že nemusí nikam dojíždět. Z mého pohledu to vnímám podobně a navíc výhoda setkávat se s klienty i z nejbližších míst
- Geografická dostupnost a teda přílev klientov, ktorých by som v offline priestore nemal ako osloviť
- Možnost práce z domova a to, že to často vyhovuje i klientům
- nízké vstupní náklady, časová flexibilita a efektivita
- Dostupnost, šetřím čas, mohu pracovat z domova, šetřím za pronájem terapeutovny
- rychlá dostupnost, může představovat bezpečnější formu
- dostupnost odkudkoliv, anonymitu pro klienty,
- Rychlá, dostupná pomoc.
- práce z domova
- flexibilitu

Uveďte, co vnímáte jako největší nevýhody nebo omezení online terapií:

- Chybí detailnější vnímání člověka, energie
- Nízký vstupní práh, nutnost navázání na marketingové sítě (odvedeni od samotné terapie), problematika navázání vztahu a vnímání druhého – bariéra!!
- není to osobní setkání, tedy chybí vnímání toho druhého v prostoru a také chybí "small talk", který řadu klientů uklidní, než si sednou, dají čaj atd.
- Lidský kontakt a blízkost
- horší interakce, odčítání neverbálních signálů
- Mezi mnou a klientem se nachází obrazovka. Na obou stranách chybí neutrální prostor setkání-kancelář. Špatně se navazují na klienta fyzicky, omezená možnost využití různých technik – například arte.
- Někdy možná mi chybí řeč těla
- Technické potíže
- Pokud klient nemá dobré připojení

- těžší navázání terapeutického vztahu a získání důvěry, které má za následek větší fluktuaci klientů, forma online terapii nahrává terapii na zkoušku a vystřídání více terapeutů, občasné technické problémy na straně klienta (horší kvalita přenosu) a tím pádem ztížená komunikace
- Nestabilní připojení, soukromí na straně klienta
- ztížení práce s emocemi, tělem; v některých případech nedostatečné soukromí na straně klientů
- nevidím klienta, nemůžu sledovat jeho vzhled a gesta...
- V případě sebevražedných tendencí nedostupnost ke klientovi.
- osobní kontakt
- očekávání klientů mluvit, mluvit

Cokoliv jiné, co vnímáte jako důležité zmínit vzhledem k online terapiím?

- Pro mě je to v tuto chvíli jediná možnost (malé děti), ale vnímám to účinné tak ze 70 % maximálně, často mám chuť klientům doporučit – jdete jinak a osobně (ale to nedělám, nechci přijít o klienty)
- Uvědomuji si, že někdy mi chybí možnost dostatečně vnímat řeč těla
- Online terapie je do jisté míry novým fenoménem z části se specifickým způsobem práce oproti osobnímu setkání s klienty. Starší generace supervizorů příliš tato specifika nezná, a i přes velkou erudovanost a praxi těchto supervizorů u této formy terapie zkušenosti nemají. S touto formou terapie není obecně v ČR delší časová zkušenost. Chybí tak obecně předávání zkušeností a dovedností vhodných pro online terapii. Jedná se pochopitelně o subjektivní zkušenost.
- je to velmi dobře metodicky vedené

Zdroje:

American Psychological Association. (2023, 21. března). *What you need to know before choosing online therapy.*

<https://www.apa.org/topics/telehealth/online-therapy>

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissimi, M., Shapira, N. (2008). *A Comprehensive Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions.* Journal of Technology in Human Services, 26(2-4): 109-160.

DOI:[10.1080/15228830802094429](https://doi.org/10.1080/15228830802094429)

Bartoš, V., Cahlíková, J., Bauer, M., Chytilová, J., (2020). *Dopady pandemie koronaviru na duševní zdraví.* Institut pro demokracii a ekonomickou analýzu; projekt Národohospodářského ústavu AV ČR

<https://idea.cerge-ei.cz/studies/dopady-pandemie-koronaviru-na-dusevni-zdravi>

Békés, V., Aafjes-van Doorn, K. (2020). *Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic.* Journal of Psychotherapy Integration, 30(2), 238-247.

<https://doi.org/10.1037/int0000214>

Česká asociace pro psychoterapeuty (n.d.), *Klíčové kompetence evropského psychoterapeuta.* Získané 24. dubna 2023 z

[https://czap.cz/resources/Documents/klicove-kompetence-evropskeho-psychoterapeuta-2015%20\(1\).pdf](https://czap.cz/resources/Documents/klicove-kompetence-evropskeho-psychoterapeuta-2015%20(1).pdf)

Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I., & Dimaggio, G. (2020). *Telepsychotherapy in the age of COVID-19: A commentary.* Journal of Psychotherapy Integration, 30(2), 394–405. <https://doi.org/10.1037/int0000222>

<https://psycnet.apa.org/fulltext/2020-39749-017.html>

metanoia.org. (n.d.). ABC's of „Internet Therapy“; *E-Therapy: History and Survey*.
Získáno 24. dubna 2023 z

<https://www.metanoia.org/imhs/history.htm#today>

Mojra.cz. (n.d.). *Psycholog pro firmy*. Získáno 24. dubna 2023 z

<https://mojra.cz/psychologicka-poradna-pro-firmy>

Poletti, B., Tagini, S., Brugnera, A., Parolin, L., Pievani, L., Ferrucci, R. (2020, 27. květen). *Telepsychotherapy: a leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A review of the evidence*, *Counselling Psychology Quarterly*, 34:3-4, 352-367, doi.org/10.1080/09515070.2020.1769557

Snoswell, C.L., Chelberg, G., De Guzman, K.R., et al. (2021, 29. července). *The clinical effectiveness of telehealth: A systematic review of meta-analyses from 2010 to 2019*. *Journal of Telemedicine and Telecare*.

<https://doi.org/10.1177/1357633X211022907>

ADHD u dospělých a psychoterapie

Jiřina Kuželová

1. I. Úvod

ADHD (původně pod jinými názvy) bylo dlouho vnímáno jako porucha, která postihuje výhradně děti. První zmínky o tom, že může pokračovat i v dospělosti, se sice v odborné literatuře objevily už na přelomu 70. a 80. let (Žáčková, Jucovičová; 2017, s. 13), dlouhou dobu jim ale nebyla věnována patřičná pozornost. Všeobecný názor, že děti z této poruchy jednoduše nevyrostou, se ujal až ve 21. století. Pokud jde o výskyt ADHD u dospělé populace, není k

dispozici tolik údajů jako u dětí. Nicméně „*existují i studie, které poukazují na možnost, že ADHD přetrvává do dospělosti, a to až u 50 % jedinců a vyskytuje se až u 4 % dospělé populace.*“ (Ptáček, Ptáčková; 2018, s. 68).

Vymezení poruchy ADHD (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder) ani její terminologie nejsou ustálené. Vzhledem ke stále novým poznatkům dochází k přesouvání hranic při zařazování blízkých diagnóz. Tato problematika však není naším tématem a nebudu se jí dále zabývat. Pro potřeby této práce se přidržíím evropské klasifikace ADHD se třemi subtypy. (Žáčková, Jucovičová; 2017, s. 13-14).

1. ADHD s převažující poruchou pozornosti – spadá sem 25-35 % z celkového počtu dětí s ADHD. Lidé s touto poruchou působí, jako by žili v jiném světě, často jsou zasnění a na oslovení nereagují, obtížně se déle soustředí na neatraktivní témata a snadno se nechají vyrušit irelevantními podněty. Mají potíže s plánováním, systematizací a dokončováním úkolů. Často zapomínají a žijí ve všeobecném chaosu. Tento subtyp se označuje také jako ADD (Attention Deficit Disorder).
2. ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulsivitou – 10-20 % z celkového počtu dětí s ADHD. Jde podle definice o poruchu pozornosti s hyperaktivitou, která se projevuje potížemi s plánováním, předvídáním, zaměřením a udržením pozornosti na činnost a sebeovládáním. S věkem dochází často ke zmírnění viditelných příznaků hyperaktivity (neustálý pohyb, netrpělivost, děti jako by „měly motorek“). Většinou ale přetrvává pocit vnitřního neklidu, jakož i nepozornost. Osobnostním rysem zůstává také emoční nezralost, emoční labilita (rychlé střídání nálad, výbuchy vzteku apod.) a relativně často také zkratkovité jednání.
3. Kombinovaný (smíšený) typ – 50 % dětí s ADHD.

(Žáčková, Jucovičová; 2017, s. 16-18).

Je třeba dodat, že během vývoje se míra jednotlivých příznaků u pacienta může měnit. Příslušnost k subtypu tedy není stálá.

Přístupovat k člověku s ADHD jen na základě jeho příslušnosti k podtypu jeho poruchy je však velmi ošidné a omezené. Pokud jde o diagnostiku a následující léčbu, je k dosažení co nejlepších výsledků vždy nutné posuzovat osobnost

dotyčného člověka individuálně. Důležitý pro konečný obraz ADHD u každého jednotlivce je „*struktura osobnosti, temperament, intelekt, emoční ladění a další*“. (Goetz, Uhlíková; 2013, 48)

4. II. Projevy ADHD v dospělosti

Projevů ADHD v dospělosti je celá řada. K těm hlavním patří:

- Hyperaktivita (motorická aktivita a psychomotorický neklid jsou ale již slabší).
- Poruchy pozornosti a paměti – nesoustředěnost, zapomnětlivost.
- Impulzivita – netrpělivost, zbrklé reakce, jednání bez rozmyšlení (individuální projevy podle toho, do jaké míry je ovlivněna volnými schopnostmi).
- Vnější neklid se mění na vnitřní neklid, vnitřní „pnutí“.
- Netrpělivost, nervozita.
- Emoční labilita (afektivita je již jen slabší, afektivní záchvaty jsou méně časté, ale leckdy o to silnější), emoční nevyrovnanost, změny nálad.
- Neschopnost setrvat déle u klidnějších aktivit, neschopnost setrvat v nečinnosti, snížená schopnost odpočívat, být v klidu.
- Problémy s organizací činností (poruchy exekutivních funkcí), sklon k chaotičnosti.
- Hledání nových podnětů, nestálost v činnostech, zájmech, partnerských a přátelských vztazích.
- Snížené sebehodnocení, sebevědomí, sebepojetí.
- Potíže s dodržováním vžitých postupů, hledání nových cest a způsobů řešení, potíže s respektováním autorit.
- Často rozvinutá kreativita, vysoká intuitivita, originalita, flexibilita, vysoká pracovní výkonnost (až sklon k workoholismu).

(Žáčková, Jucovičová; 2017, s. 75-76).

Výše popsané projevy však nemusejí být u dospělých zjevné na první pohled. Je to dáno tím, že dospělý člověk je na rozdíl od dítěte schopen své příznaky více kompenzovat: lépe se ovládá a má vytvořeny adaptivní mechanismy, díky kterým se mu daří některé věci lépe zvládat, např. si dává klíče vždy na jedno místo, nastavuje si upomínky v telefonu, zapisuje si schůzky do diáře nebo mobilní aplikace.

Pro dospělé s ADHD je typický značný rozdíl mezi tím, jak je vnímají druzí, a tím, jak se vnímají sami. Pro vnějšího pozorovatele jsou to lidé, kteří dokáží strhnout ostatní na svou stranu a nadchnout je pro danou věc. Bývají vnímáni jako lidi mnoha kreativních nápadů a nepřeborné škály aktivit. Nejednou doslova šokují svým zaměřením na výkon, často bývají považováni za workoholiky. Stejně tak je přitahují různé sporty, často adrenalinové, nebo jiné riskantní aktivity. Ale také mají tendenci zneužívat návykové látky a častěji sahají po drogách a alkoholu. Zároveň je ale trápí spousta věcí, které o nich druzí lidé obvykle nevědí, pokud s nimi nenavážou bližší vztah.

Při svém sebehodnocení si stěžují hlavně na častou prokrastinaci a to, že většinu svých nápadů nedokončí, protože je zase nadchne něco dalšího. Tento fakt hodnotí jako marnění vlastního potenciálu. To se může v práci promítat buď do kompenzačního či impulzivního workoholismu, který dotyční hodnotí jako neuspokojivý a únavný. Dlouhodobější usilovné soustředění za účelem kompenzace projevů ADHD dotyčné rovněž nepřiměřeně vysiluje. Podstatné je také to, že mají problém s organizací a plánováním času a práce, bývají nedochvilní a nespolehliví, nemají rádi stereotyp a často proto nedodržují pravidla. To vše vede k častým vztahovým a pracovním problémům a k častému střídání zaměstnání i partnerů. Bývají emočně nestabilní, chaotičtí, mívají problém s udržováním pořádku. Mají nereálná očekávání toho, co vše je možné zvládnout. Často nechápou, proč stále selhávají, i když dělají vše, co můžou. Z toho mívají pocity méněcennosti a neschopnosti a navenek nízké sebevědomí. To vše dohromady přispívá k rozvoji nebo posílení přidružených psychických potíží.

„Spektrum přidružených psychických poruch je u dospělých podobné jako u adolescentů, jde tedy o deprese a úzkostné poruchy spojené s nízkým sebehodnocením, poruchy chování v rámci poruch osobnosti, závislosti na drogách a alkoholu a riskantní chování.“ (Goetz, Uhlíková; 2013, s. 47-48).

5. III. Léčba ADHD u dospělých

ADHD je jistě porucha, která dokáže lidem znepríjemnit život. Nejde však o problém, který by člověk se zodpovědným přístupem nemohl řešit. Vůle ani kognitivní funkce nejsou u této poruchy nijak vážně narušeny. Zlepšení stavu každého člověka s ADHD tak může při vhodném výběru prostředků odpovídat míře vynaloženého úsilí po změně. Maté o tom výstižně píše.

„Říká se, že tato diagnóza je jen další lacinou obezličkou, kterou si doktoři vymysleli, aby uklidnili neschopné rodiče, líné učitele a sebelítostné dospělé, příliš nezralé na to, aby dokázali čelit nárokům běžného života. (...) Tváří v tvář poruše pozornosti nejsme zcela bezmocní, takže na osobní úrovni jsou pokusy o svalení zodpovědnosti za negativní chování na činnost okruhu mozku kontraproduktivní. Staví totiž jednotlivce do role oběti.“ (Maté, 2022, s. 28,29)

Logicky je tak na řadě otázka, co může člověk s ADHD dělat? Naštěstí má hned několik možností, jak si ulehčit život.

III. I Farmakologická léčba

V České republice jsou k léčbě dospělých s poruchou ADHD nejčastěji používány léky s dvěma účinnými látkami: atomoxetin a methylphenidat.

Častěji bývají předepisovány léky s atomoxetinem. Nejznámější zástupcem je Strattera. Ta zvyšuje hladinu noradrenalinu v mozku a zprostředkovaně pak hladinu dopaminu v prefrontální mozkové oblasti, který je klíčový u ADHD. Oproti methylphenidátu má i anxiolytický účinek. Užívá se jednou denně a mohou být volbou pro pacienty, kteří nesnáší stimulanty.

Druhými léky jsou stimulantia s účinnou látkou methylphenidat, na našem trhu jsou dva: Concerta (s postupným uvolňováním v průběhu dne) a Ritalin, který ale není v ČR schválen jako lék pro ADHD u dospělých. Tyto léky fungují na základě toho, že zvyšují hladinu neurotransmiteru dopaminu v mozku, a tím zlepšují pozornost a snižují hyperaktivitu.

Před zahájením léčby všemi uvedenými léčivy musí být stanovena diagnóza

ADHD a pacient musí být pod dohledem psychiatra. Léky mohou způsobovat vedlejší účinky, jako jsou nevolnost, bolesti hlavy, nespavost nebo změny nálady. Proto je důležité pacienta průběžně sledovat.

III. II Psychoterapie

Nasazení léků bývá u lidí s ADHD velmi účinné. Zmírní řadu příznaků ADHD, například sníží psychomotorický neklid, impulzivitu a nezdrženlivost a zlepší soustředění. Nepomůže však změnit zažitý vzorec chování, sebedisciplínu, nenaučí dotyčné organizovat své aktivity, nepomůže jim zlepšit sebevědomí a sebeúctu, které mají tito lidé často snížené v důsledku celoživotního selhávání. K řešení těchto problémů účinně poslouží psychoterapie.

Následující výčet popisuje, jak mohou jednotlivé typy psychoterapie pacientům s ADHD pomoci.

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

KBT je široce používána k léčbě mnoha různých psychických poruch, včetně ADHD. Lidem s ADHD pomáhá zvládat impulsivitu, problémy s organizací a plánováním a posílit pozornost. Zaměřuje na učení specifickými strategiemi, jak změnit své myšlenkové vzorce a chování, které souvisejí s ADHD symptomy.

Terapeuti se snaží pomoci pacientům rozpoznat a změnit především ty negativní myšlenkové vzorce, které mohou vést k prokrastinaci, nedostatečnému plánování a problémům s organizací. Pacienti se také učí, jak se vyrovnat s vlastními impulzy a ovládat svou pozornost.

KBT pro ADHD se obvykle provádí jako individuální terapie. Stejně tak ale poslouží i

skupinová KBT terapie, při které se setkávají pacienti se stejnými problémy, aby se navzájem podporovali.

Hlavní výhodou KBT je, že se zaměřuje na konkrétní problémy a pacientům s ADHD poskytuje konkrétní nástroje a strategie pro jejich zvládnutí.

„Výzkumná skupina vedená dr. Stephenem Safrenem, jejíž součástí je i dr. Surman, ukazuje, jak druhy KBT technik uvedené v této knize v kombinaci s medikací zlepšují symptomy ADHD podstatně více než medikace

samotná.“ (Surman, Bilkey, Weintraubová; 2019, s. 260).

Příklad: Záznam automatických negativních myšlenek

„Tyto myšlenky mohou být emočně „žhavé“ (palčivé), pokud je s nimi spojený intenzivní a často dlouhodobě působící nelibí pocit. (...) Obvykle jsou subjektivně velmi přesvědčivé, nepochybujeme o jejich pravdivosti.“ (Pešek, Praško, Štípek; 2013, s. 113).

Hlavním úkolem záznamu myšlenek je identifikovat vzorce myšlenek, které nejsou produktivní, a aktivně své myšlenkové úsilí zaměřit jinak a efektivněji.

1. Sepište si několika slovy či větami tři situace, které vás naštvaly, které se neodehrály dle vašich představ – například když se vám něco nepovedlo v práci nebo doma.
2. Zaznamenejte si, co se vám v tu chvíli honilo hlavou. Co jste říkali sami sobě o té chybě a vaší roli v ní? Vraťte se zpět do dané situace a zkuste doplnit věty první myšlenkou, která vás napadne, „Udělal/a jsem to, protože...“, nebo „Stalo se to, protože jsem“ nebo „Já.....“
3. Vyberte jedno tvrzení, které je „nejžhavější“, nejvíce emočně nabitě, negativní myšlenku těchto tvrzení.
4. Sepište pocity, které tyto myšlenky provázejí (vina, frustrace, vztek, strach, smutek,...).
5. Ohodnoťte intenzitu těchto myšlenek na škále od 0 do 10 (kdy 10 je nejintenzivnější).
6. Nyní se oprostěte od svých pocitů a položte si otázky, abyste zjistili, kterou část situace jste měli a kterou neměli pod kontrolou: Mohlo se to stát každému? Bylo to mimo vaši kontrolu? Existují faktory, které vám ztížily možnost vyhnout se problému? Je jeden z faktorů to, že máte ADHD?
7. Zaznamenejte si tyto nekontrolované faktory.
8. Zamyslete se nad tím, co jste reálně mohli udělat, abyste se vyhnuli této situaci – je tohle poučení, na kterém byste mohli zapracovat do budoucna? Zaznamenejte si, co byste mohli příště se svou situací dělat.
9. Teď, když už víte, co můžete v situaci kontrolovat, a když se na ni díváte racionálně, zkuste přijít na nejužitečnější výrok, který si řeknete

příště, až podobná situace nastane. Představte si, co by vám řekl někdo, komu na vás záleží, aby vás provedl touto situací, nebo co byste vy řekli někomu jinému. Může to být: „Protože dělám chyby, když....., mohu předcházet těmto chybám tím, že....., ale když se to stane, budu na sebe hodný/á a řeknu si.....“.

„Trénujete tak sami sebe v racionálním používání energie tvořivějším způsobem než jen k tomu, abyste se naštváli. (...) může pomoci lidem efektivněji myslet, rozpoznat sebekritické myšlenky, jež zkreslují fakta.“

(Surman, Bilkey, Weintraubová; 2019, s. 68 - 72).

Psychodynamická terapie

Psychodynamická terapie se může ukázat jako užitečná zejména v oblastech, jako jsou emoční regulace, sebeuvědomění a mezilidské vztahy. Hlavním cílem psychodynamické terapie je pomoci pacientovi pochopit a zpracovat vnitřní konflikty a nevědomé motivy, které mohou vést k problémům s pozorností, impulzivitou a hyperaktivitou.

Psychodynamická terapie se zaměřuje na prozkoumání hlubších emocionálních a behaviorálních vzorců, které mohou být spojeny s ADHD, a pomáhá pacientovi pochopit, jaký vliv mají na jeho chování a myšlení. Terapeut a pacient spolupracují na tom, aby se identifikovaly a rozpoznaly situace, ve kterých se pacient nejlépe dokáže soustředit a plnit úkoly, a na tom, jak se vyrovnat s obtížemi.

Jednou z hlavních výhod psychodynamické terapie oproti jiným druhům psychoterapie je její zaměření na nevědomé a emocionální faktory, které mohou ovlivňovat chování a myšlení pacienta. Tím se liší od kognitivně-behaviorální terapie, která se zaměřuje především na zlepšení konkrétních symptomů a strategií pro řešení problémů. Psychodynamická terapie také klade důraz na vztah mezi terapeutem a pacientem. To což může být pro pacienty s ADHD užitečné, protože často mají problémy s mezilidskými vztahy a komunikací.

Interpersonální psychoterapie (IPT)

Interpersonální psychoterapie je terapeutický přístup, který se zaměřuje na rozvoj zdravých a podpůrných mezilidských vztahů. Původně byla vyvinuta pro léčbu

deprese, ale ukázalo se, že je účinná také pro řešení řady dalších psychických problémů, včetně ADHD. Terapeuti pomáhají pacientům s ADHD identifikovat problémové oblasti v jejich mezilidských vztazích a pracovat na jejich zlepšení. Pomáhají jim naučit se jak komunikovat s druhými lidmi, jak rozpoznat a vyjádřit své emoce a jak řešit případné konflikty. Během terapie využívají techniku aktivního naslouchání a pozitivní zpětnou vazbu. Hlavním cílem terapie je navýšit u pacientů jejich sociální dovednosti a zvýšit jejich sebedůvěru, což představuje odrazový můstek pro další možná zlepšení.

Rodinná terapie

Tento typ terapie se zaměřuje na interakce mezi členy rodiny. Jejím cílem je zlepšit rodinnou dynamiku a komunikaci tím, že pomohou rodinným příslušníkům identifikovat a řešit krizové situace společného soužití. Ve výsledku to vede ke snížení stresu, frustrace a rizika vyhocení konfliktů. Díky této metodě získává pacient s ADHD větší pocit zázemí a v každém příslušníkovi své rodiny spojenece při svém úsilí zvládat svou poruchu.

Tato terapie je tím účinnější, čím více mají problémy v rodině příčinu právě v projevech ADHD pacienta. Psychoterapie zaměřená na rodinu pomáhá rodině identifikovat, jakým způsobem ADHD jejich členů ovlivňuje vzájemné vztahy a jak může každý člen rodiny spolupracovat na jejich zlepšení. Terapeut podle situace navrhuje konkrétní strategie.

Hlavní výhodou psychoterapie zaměřené na rodinu je to, že umožňuje rodině spolupracovat na řešení problémů, což může vést k trvalejšímu a udržitelnému zlepšení.

Mindfulness terapie

Mindfulness (všímavost) vychází z východních tradic meditace. Od 70. let se začala využívat v psychoterapii, původně pro zmírňování stresu.

Cílem psychoterapie pomocí mindfulness je pomoci pacientovi zlepšit schopnost prožívat přítomný okamžik a sledovat své myšlenky a pocity bez hodnocení. Tímto způsobem se pacienti mohou naučit rozpoznávat své nezdravé myšlenky a reakce a postupně je měnit žádoucím směrem.

„Všímavost v sobě zahrnuje uvědomění, pozornost a paměť. Umožňuje méně emočně reagovat na aktuální dění tím, že jedinec zaměří svoji pozornost na

prožívání takovým způsobem, aby došlo ke zmírnění jeho utrpení a zvýšil se u něj pocit duševní pohody“. (Šlepecký, Praško, Kotianová, Vyskočilová; 2018, s. 48-49).

Mindfulness se také zaměřuje na to, aby pacienti lépe porozuměli svému tělu, emocím a vnějšímu prostředí. Tím se mohou naučit, jak reagovat na stresové situace ve svém životě, jak si udržovat pozitivní myšlení, a jak být „přítomnější“ v běžných každodenních situacích.

Tím zároveň zlepšuje mezilidské vztahy. Zvýšená přítomnost v interakcích totiž obecně zlepšuje komunikaci a vede k domluvě a řešení problémů.

Všechny zmíněné účinky mindfulness jsou pro pacienty s ADHD velmi přínosné, neboť postihují nejvíce akcentované problémy, se kterými se potýkají.

Pacienti s ADHD, kteří podstupují terapii mindfulness mívají lepší pozornost, schopnosti soustředit se, nižší míru úzkosti a depresivních příznaků, lepší emocionální regulaci a vědomí svého těla a emocí. Pacienti si pochvalují, že jim mindfulness pomáhá rozvíjet různé vztahy k zážitkům, které jsou stresující. S hlubším uvědoměním svých emočních stavů pak ve výsledku nereagují tolik impulzivně a mívají obecně lepší náladu.

Příklad: Základní meditační technika mindfulness pro ADHD

„Sedněte si na židli v pohodlném a klidném prostředí, chodidla na podlaze, ne příliš shrbení. Začněte zhluboka dýchat, váš hrudník se zlehka pohybuje, soustřeďte svoji mysl na pomalý nádech, a ještě delší výdech. Je přirozené, že vám v mysli naskakují různé myšlenky-představy o tomto cvičení, záležitosti z dne, mlhavé pocity beze slov. Opusťte je bez obav či sebekritiky a obraťte svoji pozornost zpět ke svému dechu. Dělejte to zpočátku po dobu jedné minuty (nebo i kratší dobu!) a postupně navyšujte čas na několik minut v kuse, ruku v ruce s nabývajícím kontrolou. Nastavte si stopky, abyste nemuseli myslet na to, kolik času uplynulo. Během praktikování toho cvičení možná zjistíte, jak je vaše mysl zaměstnaná – a jak moc musí váš mozek neustále filtrovat a třídit. Můžete si však také všimnout, že se vám s každým cvičením daří lépe nechat tyto myšlenky odplout. Pokud vám cvičení mindfulness vyhovuje, existuje mnoho verzí, které můžete vyzkoušet, abyste posílili vnitřní sebeuvědomění a kontrolu.“ (Surman, Bilkey, Weintraubová; 2019, s. 99).

Dialektická behaviorální terapie (DBT)

Původně byla vyvinuta pro léčbu osob s poruchou osobnosti, zejména hraniční poruchou osobnosti. Ukázalo se ale, že je účinná také pro řešení řady dalších psychických problémů, včetně ADHD.

Hlavní výhodou DBT pro pacienty s ADHD je, že se zaměřuje na emoční regulaci a mezilidské dovednosti, což jsou klíčové oblasti pro osoby s ADHD, které se mohou potýkat s potížemi v mezilidských vztazích a řízení svých emocí. DBT pomáhá pacientům s ADHD naučit se, jak se lépe vyrovnávat s vlastními emocemi, jak rozvíjet vztahy a jak efektivně řešit mezilidské konflikty.

Primárně se DBT využívá ke skupinové terapii ADHD dospělých, individuální terapie je však také možná. Předností skupinového formátu je příležitost pro členy sdílet zkušenosti a uvědomit si, že „nejsem jediný, kdo to řeší.“ Členové skupiny se vzájemně podporují při projednávání řešení a procvičování nových dovedností.

Dovednosti DBT: čtyři klíčové oblasti

1. **Všímavost.** Meditace všímavosti se zaměřuje na děláním jediné věci v přítomném okamžiku a s plnou pozorností. To je pro překotnou mysl lidí s ADHD velmi náročné. Následujícím krokem je přijetí. Akceptování sebe a skutečnosti, že mám ADHD, pomáhá to snížit emoční bolest.
2. **Tolerance k tísní.** Tato dovednost pomáhá lidem tolerovat negativní emoce, místo aby se před nimi snažili utéct.
3. **Regulace emocí.** Tato dovednost pomáhá snižovat intenzitu pocitů. Některé dovednosti zahrnují přesné pojmenování emocí. Lidé si například často pletou hněv se strachem nebo úzkostí. Dotyčný má za úkol ptát se sám sebe, zda emoce, které cítí, odpovídají situaci. Dále má jednat způsobem, který je v protikladu k problematické emoci. Například během rozrušení se má usmát. Tím danou emoci redukuje.
4. **Interpersonální efektivita.** Tato dovednost pomáhá člověku porozumět jeho potřebám ve vztazích a dále rozvíjet způsoby jednání s přáteli a rodinou. Klienti se učí techniky, které jim umožňují komunikovat s ostatními asertivněji. Výsledkem je zachování sebeúcty a lepší vztahy s druhými.

<https://www.additudemag.com/dbt-skills-add-adhd-treatment/>. [cit. 2023-04-28].

III. III Podpůrné metody

Koučink

Koučink může být účinnou alternativou nebo doplněním psychoterapie. Pro ADHD je vhodný organizovaný koučink.

„Organizační kouč trénuje lidi v adaptaci na jejich každodenní potíže. Dobrý kouč pomáhá různým lidem s organizačními úkoly a dokáže jim pomoci minimalizovat vnější rozptýlení a vytvořit systém a návyky, které dávají smysl. (...) Prostřednictvím koučinku mohou být podpořeny všechny organizační schopnosti, které jsou těžké. Kouč by vám například mohl pomoci rozložit projekt do jednotlivých kroků, upozornit vás na termíny vedoucí k dokončení úkolů a naplánovat denní rozvrh, který vám připomene dobře se najít, uklidit a zacvičit si. Kouč vás může navštívit doma nebo v práci a pomoci vám reorganizovat prostředí, například určit místo, kam si budete ukládat klíče od domu, či jak projít poštu.“ (Surman, Bilkey, Weintraubová; 2019, s. 260-261).

Relaxace

Příznakem ADHD bývá mj. hyperaktivita. Ta vede k velkým výdajům energie a následné únavě a vyčerpání. Paradoxně je toto vyčerpání u lidí s ADHD podnětem k nové hyperaktivitě, aby dotyční dohnali to, co zatím nestihli. Vzniká tak bludný kruh. U spousty lidí s ADHD se objevují potíže se spánkem, obzvláště s usínáním. K překonání zmíněného bludného kruhu nabízí významnou pomoc různé způsoby relaxace a techniky meditací. Bohužel mnoho lidí s ADHD není schopno praktikovat meditaci samostatně.

Pro lidi s ADHD je lepší praktikovat kratší a řízené relaxace, případně dynamické relaxace, například „vědomá chůze“.

„Zoe Kesslerová říká, že by raději skočila z útesu, než aby pět minut v klidu seděla, ale stala se oddanou příznivkyní aktivní Mahayana buddhistické meditace.“ (Surman, Bilkey, Weintraubová; 2019, s. 262).

Skvělých výsledků mohou naštěstí dosáhnout při meditacích nebo relaxačních technikách pod vedením odborníka. Ten poskytne klientům potřebnou prvotní podporu. Jakmile si dotyční techniky postupně osvojí, mohou je později

provozovat i sami doma. Z psychologických technik je možno doporučit například autogenní trénink, Jacobsonova progresivní relaxace nebo dechová cvičení, která účinně uzemňují a zklidňují mysl.

Sport

Pro lidi s ADHD je sport prospěšný z více důvodů. Jedním z nich je, že vybijí svoji přebytečnou energii, uvolní si mysl od množství myšlenek a zbaví se stresu. Navíc je sport učí pravidelnosti, řádu, pravidlům, a pokud jde o vytrvalostní sport, tak i systematičnosti a především houževnatosti. Při cvičení jógy se uvolní a učí se koncentraci a zklidnění.

6. IV. Má zkušenost s léčbou ADHD

Sama trpím ADHD, která mi byla diagnostikována až v dospělosti. Potíže se svou poruchou si ale pamatuju od dětství. Ve druhé třídě základní školy mě třídní učitelka odeslala do pedagogicko-psychologické poradny, protože jsem dělala neustále chyby v diktátech. Tenkrát mamince řekli, že jsem sice chytrá, jen velmi nepozorná. Tím se tehdy věc uzavřela a dále neřešila.

Skutečnost, že nejspíš trpím ADHD, jsem zjistila až po svém nástupu na dětskou psychiatrii, kde dodnes zastávám pozici asistentky psychiatra. Mou domněnku mi brzy potvrdil i můj zaměstnavatel.

V roce 2014 jsem se rozhodla vyzkoušet léky na ADHD. Navštívila jsem psychiatrii pro dospělé a vyzkoušela lék Concerta. Velmi brzy po podání jsem pocítila nezvyklé „ticho v hlavě“. Byl to pro mě doslova šok. Říkala jsem si „aha, takže normální lidi mají takové ticho v hlavě, to je fakt super“. Dokázala jsem se najednou soustředit na práci, aniž bych současně vnímala hlasy z chodby nebo štěbetající ptáky za oknem. Ani jsem neměla takovou potřebu každou chvíli kontrolovat mail nebo mobil, jestli mi nedošla nová zpráva. Nevýhodou bylo, že Concerta neúčinkovala celý den, a navíc u mě výrazně potlačoval chuť k jídlu a večer mě bolívala hlava. Proto mi paní doktorka vyměnila lék za Stratteru a vysvětlila mi, že má jiný mechanismus účinku. Rozhodně jsem u ní nepozorovala tak rychlý nástup účinku jako u Concerty. Ten se naplno dostavil asi až po dvou měsících užívání. Výhodou Strattery bylo to, že na rozdíl od Concerty fungovala celý den. Navíc má anxiolytický účinek, takže jsem se cítila uvolněněji a měla více odvahy.

Zaznamenala jsem několik pozitivních účinků Strattery. Zlepšila se mi pozornost, neměla jsem takový „přival myšlenek“ v hlavě, nebyla jsem tak impulzivní. Začala jsem dodržovat rychlost v autě, neskákala jsem tolik lidem do řeči, dokonce jsem ani neměla tendence je „vypnout“, když mluvili již dlouho. Přesto jsem však nebyla zcela spokojená. Stále jsem se přistihovala, jak chaoticky uklízím byt, nedokončuji věci, chodím pozdě na schůzky a neplním plány, které jsem si stanovila. Měla jsem pocit, že stále selhávám.

V té době jsem se dozvěděla, že se v Olomouci otevírá skupinová terapie pro dospělé s ADHD pod vedením prof. Praška. Hned jsem se rozhodla tam přihlásit.

Jednalo se o dvanáct skupinových setkání, které vedl pan profesor Praško a paní doktorka Jelenová. Pracovalo se se strategiemi kognitivně behaviorální terapie a schematerapie. Nevím, kolik účastníků bylo přihlášeno celkem, ale scházeli jsme se v počtu 3-5 osob. Většinou jsme docházeli tři, a to navíc obvykle pozdě, takže jsme dostáli pověsti nedochvilných a nespolehlivých ADHDÁků. I když nás bylo tak málo, bylo pro mě velmi osvobozující slyšet, že jsou na světě lidé, kteří to mají v životě stejně jako já. A že můžu sdílet své zážitky a zkušenosti, aniž si připadám „divně“.

Seznámila jsem se zde s mody ze schematerapie podle J. E. Younga – zraněné dítě, rozzlobené dítě, impulzivní/neukázněné dítě, spontánní dítě, trestající/kritický rodič, laskavý a přijímající rodič, zdravý dospělý, hyperkompenzátor, odtažitý obránce. Bylo pro mě velmi objevné, že se často pohybují v modu hyperkompenzátor anebo zraněné dítě.

Učili jsme se také vytvářet bludné kruhy v jednotlivých modech (např. bludný kruh zraněného dítěte). Později jsme bludné kruhy využívali při plánování. Například když se nám nedařilo pokračovat v nějaké naplánované činnosti, rozepsali jsme si myšlenky, které nás napadaly a přiřadili je k jednotlivým modům, ve kterých jsme se nacházeli: v mém případě hlavně kritický rodič, rozzlobené dítě, zraněné dítě, odtažitý obránce. A pak jsme napsali řešení z pohledu zdravého dospělého. Řešili jsme také naše vztahy v životě – role v jakých jsme (např. pracující, dítě, partner, občan, kamarád, „laskavý rodič“, ...) – a jak jednotlivé role u nás vypadají. Jak jsme s nimi spokojeni, která je pro nás nejdůležitější, kterou potřebujeme rozvinout, co pro to můžeme udělat.... Nejzajímavější pro mě bylo,

kolik rolí ve svém životě můžu zastávat, aniž jsem o nich věděla a také to, jak se role mohou i v jednotlivých modech rozvíjet.

Hodně času jsme věnovali plánování, se kterým jsem měla vždy velký problém. Naprosto objevné pro mě bylo rozdělit úkoly podle důležitosti a naléhavosti. Dříve pro mě byly důležité úplně všechny a naléhavý ten, který zrovna nejvíce „hořel“. V tomto ohledu jsem se naučila úplně novou dovednost.

Vedle toho, že jsme se učili plánovat si činnosti realisticky, konkrétně a jednoduše, jsme se měli naučit také stanovení odměny za splnění úkolu (a to malé, střední a velké odměny). To je něco, čím se řídím dodnes a co mi skvěle funguje. Když si rozfázuji úkol, odměňuji se po každém jednotlivém kroku nějakou maličkostí (např. gumovým medvídkem, 5 minutami brouzdání na internetu, ...). Pokud zvládnu nějaký pro mě náročný úkol, na který se musím systematicky připravovat (např. závěrečný test ve výcviku), pak si dopřeju velkou odměnu. Tu si předem pečlivě vyberu (např. nový batoh).

U náročných činností jsme se učili identifikovat myšlenky, které brání zahájení, uskutečnění nebo dokončení činnosti. Pomocí imaginace jsme se pak učili překonávat jednotlivé překážky.

Také jsme řešili správnou životosprávu a pravidelný denní rytmus. Probírali jsme důležitost spánku v noci a práce ve dne, důležitost odpočinku, střídání výkonových a odpočinkových aktivit. To vše totiž významně přispívá ke snižování stresu, stabilizaci emočního prožívání a upevnění cirkadiánního rytmu. Ujasnili jsme si, co můžeme udělat pro to, abychom dosáhli větší spořádanosti ve svém životě a co nám v tom naopak brání – vnitřní a zevní překážky.

Zjistila jsem například, že neumím vůbec odpočívat a že nicnedělání pokládám za ztrátu času. V tom jsem se shodovala s ostatními ve skupině.

Skupinová setkání pod vedením profesora Praška pro mě byla velmi zajímavá zkušenost. Odesla jsem si z nich manuál, jak plánovat a jak si jednotlivé úkoly rozdělit, případně jak k nim přistupovat, když se mi nedaří je dotahovat a najít příčinu, proč tomu tak je. Myslím, si že jsem mnohem systematictější a naučila jsem se odměňovat za jednotlivé kroky. Také jsem se naučila cíleně odpočívat bez výčitek svědomí.

Ale nejdůležitější pro mě bylo pojmenovat si, co mi vlastně je a proč myšlenkami lítám každou chvíli jinam, i když se snažím koncentrovat. A také sdílet to ostatními lidmi, kteří jsou na tom podobně. ADHD neberu jako výmluvu, proč něco nejde.

Vidím, že když na sobě cíleně pracuji a mám ADHD pod kontrolou, tak to má naopak spousty výhod. Jsem výkonná v práci, stíhám spousty věcí, protože na ně mám energii. Hodně věcí mě zajímá a baví, protože se umím pro všechno nadchnout a umím pro věc strhnout i své okolí. Díky své bezprostřednosti, „přidrzlosti“ a přátelskosti si umím lidi získat. A když mi občas něco „ulítne“, tak se tomu již dnes umím zasmát.

Seznam literatury

Knihy

GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ. *ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-630-4.

MATÉ, Gabor. *Roztěkaná mysl: původ a léčební poruch pozornosti*. 2. vydání. Přeložil Viktor JUREK. Praha: PeopleComm, 2022. ISBN 978-80-87917-82-4.

PEŠEK, Roman, Ján PRAŠKO a Petr ŠTÍPEK. *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi: pro terapeuty, studenty a poučené laiky*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0501-2.

PTÁČEK, Radek a Hana PTÁČKOVÁ. *ADHD - variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-2930-8.

SURMAN, Craig, Tim BILKEY a Karen WEINTRAUB. *Fast minds: jak se vyrovnat s ADHD (nebo když se bojíte, že ADHD máte)*. Přeložil Lucie BLAŽKOVÁ, přeložil Katarína DRLÍKOVÁ, přeložil Anna LAURYNOVÁ, přeložil Klára MATOUŠKOVÁ, přeložil Miroslav NOVOTNÝ, přeložil Helena RYBKOVÁ, přeložil Eva SKALICKÁ. Praha: Galén, [2019]. ISBN 978-80-7492-437-8.

ŠLEPECKÝ, Miloš, Ján PRAŠKO, Antónia KOTIANOVÁ a Jana VYSKOČILOVÁ. *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii: nové směry*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1340-6.

VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL, ed. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.

ŽÁČKOVÁ, Hana a Drahomíra JUCOVIČOVÁ. *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: zápory i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0204-4.

Internetové zdroje:

<http://nepozornidospeli.cz/2013-11-13-18-17-04/terapie>. [online; cit. 2023-04-08].

<https://www.mentem.cz/blog/10-metod-proti-adhd-1/>. [online; cit. 2023-04-08].

<https://dbterapie.cz/o-psychoterapii/je-psychoterapie-ucinna-pro-lecbu-poruch-pozornosti-s-hyperaktivitou/>. [online; cit. 2023-04-09].

<https://www.additudemag.com/dbt-for-adhd-dialectical-behavioral-therapy/>. [online; cit. 2023-04-26].

<https://www.additudemag.com/mindfulness-meditation-for-adhd/>. [online; cit. 2023-04-27].

<https://www.additudemag.com/dbt-skills-add-adhd-treatment/>. [online; cit. 2023-04-28].

<https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/05/promiskuita-financni-problemy-dopravni-nehody-zavislosti-jsou-dusledky-adhd-dospelosti/> [online; cit. 2023-04-26].

Terapeutická práce s dospívajícím klientem v rámci sociálně aktivizační služby

Kamila Málková

Obsah

Úvod

3

1. Období dospívání – adolescence

4

1. 1 Raná adolescence – pubescence

4

1. 2 Pozdní adolescence

6

1. 3 Adolescence jako bouře a konflikt

7

2. Vymezení pojmu sociálně aktivizační služba

8

2. 1 Psychoterapie v sociálních službách

10

2. 2 Rodinné centrum Sasanka

10

2. 2. 1 Terapeutická podpora v rodinném centru Sasanka

11

3. Nejčastější problémy dospívajících klientů v praxi CS

13

3. 1 Sebeпоškozování

13

3.1.1 Jak pracuji s dospívajícími klienty, kteří se sebeпоškozují

15

3. 1. 2 Kazuistika Lenka 14 let

17

4. Doporučení skupinové terapie pro dospívající klienty v rámci CS

20

Úvod

Téma věnované problematice terapeutické práce s dospívajícími klienty jsem si zvolila především z důvodu, že poslední dobou se setkávám v mé práci v centru pro rodiny s dětmi, kde pracuji jako odborný pracovník – terapeut, zejména s dětmi ve věku 13–17 let, tedy s adolescenty. Většinou trpí panickými úzkostmi, záměrně si ubližují, mají sebevražedné myšlenky nebo se trápí problematikou genderu. Často k nám do centra přicházejí zoufalí rodiče, volají školní psychologové či výchovní poradci a obracejí se na nás, prosí o odbornou pomoc. Dětské psychiatrie či dětské psychologové mají bohužel plné kapacity, je jich zoufale málo. Potřeba péče o duševní zdraví dětí a dospívajících rapidně stoupá. Často se setkáváme s tím, že problémy začaly po nástupu dětí do školy, tedy po pandemii, respektive po protipandemických opatřeních. Období Covidu zanechalo u dětí velké šrámy na duši. Stejně tak ale vnímám u adolescentů narůstající nejistotu ze světa jako takového, který pro ně už není zase tak bezpečné místo. Většinu svého volného času tráví na sociálních sítích, hrají počítačové hry, kde prožívají svoji realitu. Přátelé na internetu jsou často

opravdoví, rozumějí si a cítí se tam více bezpečně než ve skutečném světě. Je pro ně těžké unášet pocity, že jim nikdo nerozumí, nikdo je nechápe. Mají pocit, že nikomu na nich nezáleží. Jsou dlouhodobě ve stresu ať už ze školy, z nefunkčního rodinného prostředí či z celkového nepochopení okolí. Jsou považováni za dospělé jedince, jsou na ně kladeny vysoké nároky. Už to nejsou pro rodiče a učitele malé děti. Na druhou stranu jsou ale ještě velmi nezralí, aby tento tlak dokázali zdravě regulovat.

Vzhledem k tomu, že dospívání a psychoterapeutická práce zaměřená na dospívající klienty je opravdu široké téma, zaměřím se v následujícím textu především na ukotvení období dospívání především z pohledu vývojové psychologie a na specifika terapeutické práce s dospívajícími klienty v rámci našeho centra pro rodiny s dětmi SaSanka.

1. Období dospívání – adolescence

Adolescence probíhá přibližně od dvanácti do až skoro pětadvaceti let (Siegel, 2016, str. 13). J. J. Arnett (2000) přišel s konceptem vynořující se dospělosti, kdy dospívání vymezil věkem 18–25 let (v pozdějších pracích až 30 let). Adolescence v české terminologii je většinou datována od 15 do 20 (22 let). Adolescence je dospívání a mládí současně. Jeho trvalou charakteristikou zůstává, že je považována za most mezi dětstvím a dospělostí (Macek, 1999, str. 12). Období dospívání se bere za dobu přechodnou mezi dětstvím a dospělostí. V tomto období dochází ke komplexní proměně osobnosti ve všech oblastech: somatické, psychické i sociální. Je to období hledání a přehodnocování, v němž má jedinec zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit subjektivně uspokojivou, zralejší formu vlastní identity. Dospívající mají tendenci se zbavit dětských atributů a sociální podřízenosti. Usilují o svobodu, o

získání větších práv a svobody v rozhodování. Povinnosti a zodpovědnost přijímají jen velmi neochotně (Vágnerová, 2005, str. 322). Dospívání je doba prudkých změn, protestů, náladovosti a zdravotních rizik, která je završena zrozením mladého dospělého člověka. Psychologové rozlišují tři fáze adolescence: ranou, střední a pozdní (Carr-Gregg, 2011, str. 25–26). Vágnerová (2005) rozlišuje pouze ranou a pozdní adolescenci. Období dospívání se vymezuje dolní hranicí 11–12 let a horní hranicí přibližně 20–22 let. Je ale značný rozdíl mezi dvanáctiletým „skoro“ ještě dítětem a dvacetiletým „skoro již dospělým“. Proto bývá celé období dále členěno podle Langmeiera, Krejčíkové (2021) na období pubescence (11–15 let) a období adolescence (15–22 let).

1. 1 Raná adolescence – pubescence

Raná adolescence, označována někdy jako pubescence, zahrnuje prvních pět let dospívání. Jedná se o časové období zhruba od 11. – 15. roku života jedince (Vágnerová, 2005 str. 323). Večeřová Procházková (2023) zmiňuje ve své práci pubescenci jako období ukončení mladšího školního věku v 11 až 12 letech a trvá do 15 až 16 let, někdy až do 17 let. Je to období prudkých fyzických změn provázených úzkostí, jejímž zdrojem je vlastní vzhled, tělesné tvary, rychlý růst a sexualita. Mladí lidé trpí nízkým sebevědomím a přecitlivělostí ve vztahu k vlastní osobě. Mají starosti, které se týkají především vlastních schopností a nedostatků. Potřebují dokázat přetrhout emocionální pouta s rodiči, k čemuž jim napomáhají i změny v mozku, ke kterým dochází (Carr-Gregg, 2011, str.26.) V rámci celkového vývoje dochází ke změně způsobu myšlení, dospívající je schopen uvažovat abstraktně, a to i o variantách, které reálně neexistují (Vágnerová, 2005). Jean Piaget řadí ve své teorii kognitivního vývoje dětí období dospívání do tzv. fáze formálních abstraktních operací. Dospívající je schopen pracovat s pojmy, které jsou vzdáleny od bezprostřední smyslové zkušenosti, jsou obecnější, abstraktnější. Teprve nyní chápe dospívající tak abstraktní pojmy jako spravedlnost, pravda, právo atd. Nový způsob myšlení dovoluje pohlížet na sebe a na svůj život i na své pocity a myšlenky jakoby zvnějšku, analyzovat je a kriticky posuzovat. Dospívající je schopen vytvářet domněnky, které nejsou opřeny o reálnou skutečnost, jsou pouze možné, popřípadě až fantastické. Formální abstraktní způsob myšlení dovoluje kritický přístup k myšlení vlastnímu i cizímu, nespokojuje se jen s poukázáním na to, co vidíme a slyšíme, rozlišuje

domněnku od prokázaného faktu a umožňuje vzdát se jí, když nevyhovuje, a nahradit ji lepší. Mozek mladých lidí postupně roste a proměňuje se. V období adolescence je mozek hotový jen zhruba z 80 %. Poslední dozrává čelní lalok, který má na starosti kognitivní procesy, jako je logické myšlení, schopnost bystrého úsudku či schopnost ovládat impulzivní aktivitu, stanovit si priority a plánovat (Carr-Gregg, 2011, str.26). Večeřová Procházková (2023) ve své práci zdůrazňuje, že v období dospívání má velkou důležitost dozrávání prefrontální kůry mozku, která je základnou pro uvažování a komplexní zpracování informací. Také má na starosti psychickou výkonnost (schopnost naplánovat si a provést činnost) a sebekontrolu. Do popředí zájmu se v období rané adolescence dostávají vrstevníci, rozvolňují se, někdy zpřetrhají emocionální vazby s rodiči. Dospívající většinou odmítají autoritu a pomoc dospělých, objevují se poruchy v komunikaci a vztahy s rodiči bývají plné vášně (Carr-Gregg, 2011). Hormonální proměny stimulují změny emočního prožívání. Pro toto období jsou důležitá přátelství, ale i první lásky, počáteční experimenty s partnerskými vztahy. Změny spojené s dospíváním vedou ke ztrátě starých jistot a posilují potřebu orientace v nové situaci a nové stabilizace. V období dětství saturovala potřebu jistoty závislost na rodině, ale nyní potřebuje dospívající změnit její charakter. Po dosažení určité vývojové úrovně je žádoucí větší svoboda v rozhodování o sobě samém, to ale zároveň snižuje i pocit jistoty. V tomto období je potřeba rozvoj kompetencí, který umožňuje dospívajícímu jedinci dokázat okolí, že už nepotřebuje tak vysokou míru závislosti na rodině. Zároveň potvrzení kompetencí mu slouží jako obrana proti nejistotě. Jedním z úkolů tohoto období je dosažení nové přijatelné pozice, a tím i potvrzení určité jistoty (Vágnerová, 2011, str 324).

1. 2 Pozdní adolescence

Pozdní adolescence zahrnuje pět let života, trvá přibližně od 15 do 20 let. V tomto období je již mnoho mladých lidí smířeno se svou identitou a má za sebou velký kus cesty k poznání a pochopení toho, jaká je jejich role v životě (Carr-Gregg, 2011). Jde o skutečné období přeměny, přechodu mezi závislostí pubescenta k soběstačnosti dospělého. U adolescentů dochází k prudkému nárůstu hmotnosti a výšky, a tak je adolescent postaven před úkol vyrovnat se se změnou tvaru těla a přijmout své nové tělo. Dochází k dokončení vývoje sekundárních pohlavních znaků. Dívky většinou již menstrují, rostou jim prsy a boky, u chlapců

dochází k růstu vousů, k hrubnutí hlasu aj. (Večeřová Procházková, 2023). Pozdní adolescence je především dobou komplexnější psychosociální proměny, mění se osobnost dospívajícího i jeho společenské pozice. Důležitým sociálním mezníkem je ukončení profesní přípravy, následované nástupem do zaměstnání, resp. volbou dalšího studia (Vágnerová, 2005). Na emoční úrovni nastupuje v pozdní adolescenci schopnost emoce více rozlišovat a lépe je i slovně popsat, adolescenti si často vedou deníky. Pokud vše dobře probíhá, v období pozdní adolescence odeznívá pocit nepochopení. Starší adolescent bývá ve svém přemýšlení stabilnější a má již určitou sebedůvěru. Mělo by dojít k vyrovnání dezorientace a zmatku typického pro pubescenta směrem k získání větší orientace v tom, kdo jsem. Postupně se od vzhledu adolescenti začínají více orientovat na otázky „Jaký jsem?“, „Jaký chci být“? více si uvědomuje rozdíl mezi ideálním a reálným já, lépe snáší to, že nikdo ideální není (Večeřová Procházková, 2023). V období pozdní adolescence získávají dospívající mnohé nové role spojené s vyšší prestiží, než jakou měly dětské role. Proces emancipace z infantilní vázanosti na rodinu je obvykle dokončena, vztahy s rodiči se stabilizují a zklidňují. Druhá fáze dospívání je zaměřena především na hledání a rozvoj vlastní identity (Vágnerová, 2005). Vytváření nového pojetí vlastní identity je proces, v němž se dospívající aktivně snaží uskutečnit svou představu, kým by chtěl být (Macek, 1999). Adolescent usiluje o nové sebevymezení, hledá jeho smysl, usiluje o integraci jednotlivých složek své identity. Osvojuje si nové kompetence, získává nové role a s nimi spojené sociální postavení. Musí zaujmout nějaký postoj. Nově vytvořená identita umožňuje lepší porozumění sobě samému, ale dává určitý význam i vnějšímu dění (Vágnerová, 2005). Prvním úkolem dospívajícího je vybudovat si pozitivní identitu, tedy najít odpověď na otázku: „Kdo jsem?“ Jedná se v podstatě o jakousi cestu k sebeporozumění a k sebepřijetí (Carr-Gregg, 2011). Jde o hlubší sebepoznání, o přesnější vymezení sebe sama, svých schopností a možností. Pubescent je do značné míry přímo manipulován ke změně představy o sobě samém. Jeho osobnost se skutečně mění. Děje se tak nezávisle na jeho vůli, pokud by chtěl dřívější sebepojetí zachovat, musel by nové informace popřít. Je postaven do postupné proměny a nejistoty, s níž se musí nějak vyrovnat. Smyslem pozdní adolescence je poskytnout jedinci čas a možnost, aby porozuměl sám sobě, zvolil si, čeho chce v budoucnu dosáhnout a osamostatnil se ve všech oblastech (Vágnerová,

2005). Na konci puberty už nemají pro děti význam rodiče, ale společnost jejich vrstevníků. Otevírají se společnosti a lásce. Všechno zásadní mezi rodiči a dětmi by se mělo odehrát do čtrnácti let dítěte, protože později jsou děti naladěny na jinou vlnovou délku. Rodičovské prostředí by se mělo odlehčovat a na místo toho by rodiče měli dětem začít více důvěřovat. Je velmi důležité si uvědomit, že nadměrná přísnost, nebo naopak nadměrné ochráníství životní síly dítěte v tomto období tříští.

1.3 Adolescence jako bouře a konflikt

G. S. Hall ve své koncepci chápe adolescenci jako vývojové období, kde se nevyhnutelně střetávají protikladné tendence v člověku. Adolescenci přirovnává k období plné emocí, revoltě proti všemu starému, odhodláním žít jinak až do všech důsledků, i za cenu nejvyššího utrpení. V adolescenci jako by se člověk podruhé narodil. Je to období turbulence, plné oscilací mezi protiklady. Tato teorie vytvořila základ pro pozdější uvažování o adolescenci jako o období tzv. psychosociálního moratoria, s čímž pracoval Erik Erikson (Macek, 1999, str. 17). Psychosociální teorie posuzují dospívání z hlediska vztahu mezi zvládnutím, resp. vyrovnáváním se s proměnami danými dozríváním, a sociálními podmínkami, které je mohou pozitivně a negativně ovlivnit. Období dospívání je podle Eriksonového modelu epigenetického vývoje charakteristické hledáním vlastní identity, bojem s nejistotou a pochybností o sobě samém, o své pozici ve společnosti aj. Také psychoanalýza chápe vnitřní konfliktnost jako podstatný rys adolescentního vývoje. Psychoanalýza zdůrazňovala význam pohlavního dozrívání a nastupující sexuální aktivity (Vágnerová, 2005, str. 322). V psychoanalýze se setkáváme s Freudovým pojetím psychosociálního vývoje. Období dospívání označuje Freud za genitální fázi. Při neproblematickém průběhu vývoje dochází v pubertě ke splynutí něžného a smyslného pudového proudu a k volbě vhodného objektu lásky mezi vrstevníky (Plhánková, 2011, str. 19). Emoční nestabilita, časté a nápadné změny nálad, zejména směrem k negativním rozladám, impulzivita v jednání, nestálost a nepředvídatelnost reakcí a postojů skutečně dospívání často doprovázejí (Langmeier, Krejčíková, 2021, str. 147). V. Příhoda pracuje s termínem „vulkanismus“, který řadí spíše do rané fáze adolescence, tedy do období pubescence. Období pubescence

převládá nevyrovnanost a konfliktnost, nepravidelnost a neuspořádanost, která se objevuje v chování ale i třeba v písemném projevu.

2. Vymezení pojmu sociálně aktivizační služba v Centru pro rodiny s dětmi SaSanka

Dle § 65 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a vyhlášky č.505/2006 Sb. v platném znění jsou Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (dále jen „SAS“) terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokážou sami bez pomoci překonat, a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje. Služba SAS reaguje na typy sociálně nepříznivých situací, jejichž společným jmenovatelem jsou předpoklady, které musí být naplněny. První předpoklad je to, že existuje riziko ohrožení dítěte. Druhý předpoklad je, že rodina toto riziko nedokáže zvládnout vlastními silami. Mezi časté sociálně nepříznivé situace, s kterými se rodina setkává jsou např. ztráta bydlení, riziko ztráty bydlení - nevyhovující podmínky bydlení, zadluženost rodiny, závislost některého z členů rodiny na návykových látkách, nepříznivý zdravotní stav některého z členů rodiny, výchovné a vzdělávací problémy dětí, domácí násilí v rodině, vztahové problémy, rozvrat v rodině, nezaměstnanost a z toho plynoucí obtíže ovlivňující život rodiny s dětmi, nedostatečné kompetence rodičů (výchovné, intelektové, sociální nezralost aj.), diskriminace rodin v oblasti bydlení, zaměstnání, zdravotní péče atd. a další systémové překážky v uspokojování potřeb rodin.

Služba dle zákona obsahuje základní činnosti:

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) sociálně terapeutické činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Základní činnosti při poskytování sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:

1. pracovně výchovná činnost s dětmi,
2. pracovně výchovná činnost s dospělými, například podpora a nácvik rodičovského chování včetně vedení hospodaření a udržování domácnosti, podpora a nácvik sociálních kompetencí v jednání na úřadech, školách, školských zařízeních; přitom alespoň 70 % těchto činností je zajišťováno formou terénní služby,
3. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností dítěte,
4. zajištění podmínek a poskytnutí podpory pro přiměřené vzdělávání dětí,
5. zajištění podmínek pro společensky přijatelné volnočasové aktivity,

b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

6. doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři, na zájmové aktivity a doprovázení zpět,

c) sociálně terapeutické činnosti:

7. socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,

d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

8. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,
9. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob.

2. 1 Psychoterapie v systému sociálních služeb

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR vydala výzvu „4P“ k legalizaci psychoterapie v sociálních službách. Dle jejich stanoviska se v rámci systému sociálních služeb psychoterapie dlouhodobě vykonává, nicméně v současném zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. se pojem „psychoterapie“ nevyskytuje, vyjma požadavku psychoterapeutického vzdělání u rodinného poradce (§ 116), a tudíž se v praxi „maskuje“ pod různými pojmy. Poslední a zatím neschválená novela zákona o sociálních službách už ale psychoterapii zahrnovala – v § 116a je uvedeno, že v sociálních službách vykonávají odbornou činnost a přímo poskytují sociální služby psychoterapeuti, kteří jsou odborně způsobilí, pokud absolvují komplexní psychoterapeutický výcvik certifikovaný profesní asociací psychoterapeutů v ČR a mají vysokoškolské vzdělání v oblasti humanitního studia nebo všeobecného lékařství.

Jak jsem již výše uvedla, v sociálně aktivizačních službách pro rodiny s dětmi se objevuje pojem socioterapeutická činnost, kterou vykonávají tzv. odborní pracovníci. Jedná se zpravidla o odborníky na rodinnou terapii, psychology či terapeuty, kteří již absolvovali či jsou stále ještě frekventanty některých z akreditovaných psychoterapeutických výcviků. Poskytují rodinám odborné konzultace, poradenství. Pokud to situace rodiny vyžaduje, poskytují odborní pracovníci s psychoterapeutickým výcvikem klientům dlouhodobější terapie.

2.2. Rodinné centrum SaSanka

Rodinné centrum SaSanka spadá pod organizaci Oblastní Charita Jičín, která byla založena v roce 2006 v městě Jičín. Cílový klienti nejsou jen rodiny s dětmi, ale organizace se věnuje také seniorům a osobám s handicapem, dětem a mládeži, osobám s poruchou autistického spektra. V oblasti pomoci starým a nemocným lidem provozuje organizace pečovatelskou službu v Kopidlně, Libáni a přilehlých obcích. Pro děti a mládež fungují v Jičíně, Nové Pace a Hořicích nízkoprahové kluby pro děti a mládež. Pro osoby s poruchou autistického spektra najdete nedaleko Lomnice nad Popelkou, v malé obci Rváčov, Domov se zvláštním režimem s názvem RváčOff. RváčOff je pobytovou sociální službou poskytujícím celoroční pobyt pro osoby s poruchou autistického spektra od 15 do 30 let věku, které s ohledem na náročnost péče nemohou zůstat v domácím prostředí či jiných zařízeních. Oblastní Charita Jičín má pod sebou také

dobrovolnické centrum a sociální podniky, které umožňují dát práci lidem s handicapem a zároveň umožňují další zdroje financí pro možný rozvoj služby. Provozují prádelnu, službu na opravu oděvů, úklid, čištění, dekorace a prodej medu z vlastního chovu včel.

Pro rodiny s dětmi začala Oblastní Charita Jičín v roce 2012 realizovat projekt "Včasná péče o rodinu" a začala tak aktivně spolupracovat s MěÚ Jičín v oblasti výkonu sociálně právní ochrany dětí. Hned na to v lednu roku 2013 vzniká právě Centrum pro rodiny s dětmi "Sasanka", které tehdy rozjelo novou sociální službu "sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi". Pod jeho působnost také přešel projekt "Včasná péče o rodinu", takže dnes se v rodinném centru pracuje v režimu SAS i OSPOD. Služba je zaměřená na poskytování pomoci rodinám s dětmi, které se ocitly v obtížné životní situaci a nedokážou ji samy bez pomoci překonat. Dítětem se rozumí nezletilý nebo nezaopatřený mladý dospělý max. do 26let. Rodinou se rozumí rodiče; těhotné ženy; osoby pečující, popř. členové širší rodiny či osoby blízké ve vztahu k dítěti. Tyto služby může využít jakákoliv rodina, která cítí potřebu svojí situaci řešit a neví, jak na to. V rámci pověření k výkonu sociálně-právní ochrany dětí poskytujeme Rodinné centrum SaSanka podporu rodinám s dětmi, ve kterých dochází vlivem nepříznivé situace k ohrožení dítěte. V takové situaci do rodiny vstupuje oddělení sociálně-právní ochrany příslušného městského úřadu (OSPOD) a následně žádá centrum o spolupráci. Centrum SaSanka funguje na Jičínsku a v Nové Pace, pro oblast Semily v roce 2017 rozšířila Oblastní Charita Jičín svoji působnost a založila Centrum Fialka "sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi" v Lomnici nad Popelkou.

2. 2. 1 Terapeutická podpora klientů v Rodinném centru SaSanka

Na základě dlouholetých zkušeností v práci s rodinami a vzhledem k specifickým potřebách cílové skupiny v daném regionu, pracují v CS kvalifikovaní odborní pracovníci, kteří v jiných centrech v režimu SAS vůbec nefigurují. V tomto ohledu je v daném regionu poskytování terapií v CS velmi výjimečná služba. Díky spokojenosti klientů je službou velmi vyhledávanou a žádanou. V CS pracují 2 psychoterapeuti, kteří splňují podmínky ČAP. Tedy mají vystudovanou požadovanou VŠ humanitního či lékařského zaměření a absolvovali jeden z certifikovaných psychoterapeutických výcviků. Dále je v CS k dispozici 1

rodinný poradce, který má výcvik rodinné terapie, výcvik v mediaci a psycholog se zaměřením na práci s dětmi. Jak už jsem výše uvedla CS spolupracuje s MěÚ Jičín v oblasti výkonu sociálně právní ochrany dětí. Velká část klientů přichází do služby tedy na doporučení OSPOD nebo také na doporučení soudu. Někteří klienti to mají soudně nařízené. Často se jedná o rodiny, které procházejí rozvodem, bylo zjištěno v rodině domácí násilí, závislosti či jiné patologické jevy, které ohrožují zdravý vývoj dítěte. Velmi často to jsou rodiny, kde rodiče nezvládají výchovu a péči svých dětí. U dětí se objevují poruchy chování ať už nadměrná agresivita vůči sobě či okolí, přílišná úzkostnost, problémy spojené s užíváním drog, záškoláctví aj. Pak se k nám dostávají klienti na doporučení našich současných či bývalých klientů, kteří byli s naší službou spokojeni. Často nás kontaktují ohledně klientů spolupracující instituce jako jsou úřady práce, pedagogicky – psychologické poradny, občanské poradny, azylové domy, ubytovny, střediska volnočasových aktivit i psychiatrické ambulance. Mnoho dětských klientů přicházejí na doporučení školy. Ve školách jsme v úzkém kontaktu se školními psychology a výchovnými poradci. Vzhledem k tomu, že v ČR je stále velmi obtížně dostupná psychoterapie v rámci zdravotnického systému (dlouhé čekací doby), je stále málo dětských psychologů, psychiatrů a psychoterapeutů anebo je často psychoterapeutická podpora pro řadu klientů finančně nedostupná, obracejí se na nás rodiče v podstatě skoro každý den, zda máme volné kapacity pro jejich děti. Výhodou poskytované terapie v sociálních službách je, že psychoterapeuti v sociálních službách (často na rozdíl od kolegů provádějících psychoterapii ve zdravotnictví) disponují komplexnější a přesnější znalostí dostupnosti návazných ryze sociálních služeb (např. podporované zaměstnávání, chráněné bydlení, sociálně-právní poradenství, sociálně terapeutické dílny aj.), na které mohou své klienty nasměrovat a s těmito službami dále kontinuálně spolupracovat (Výzva „4P“, 2018). Odborní pracovníci úzce spolupracují se sociálními pracovníky, často rodina spolupracuje jak se sociálním pracovníkem, tak i s terapeutem, či psychologem, rodinným poradcem. Rodinný poradce se zabývá především rozvodovou problematikou, konflikty mezi rodiči, špatnou rodičovskou či partnerskou komunikací. Vždy se ale jedná o práci, jejichž cílem je podpora a ochrana dítěte. Psycholog spolupracuje především s rodiči malých dětí cca do věku 10–11 let, kde se jedná spíše o rodičovské poradenství či terapii zaměřenou na řešení. Psychoterapeuti s výcviky se

zaměřují spíše na dlouhodobější spolupráci s klienty, zaměřují se na nefungující rodinné vztahy, problematiku domácího násilí v rodinách či práci s traumaty. Pokud se jedná o dospívající klienty, pracuje se velmi často s problémy jako např.: poruchy příjmu potravy, sebepoškozování, užívání návykových látek, agresivita, panické a úzkostné stavy aj. Často to jsou ale jen symptomy, kterými dospívající volají o pomoc. Symptomy, které jen poukazují na nefungující vztahy v rodině. Psychoterapeuti pracují vždy i s rodiči. Pokud to jen trochu jde, rodiče mají mentální kapacitu a získají postupně náhled na celkovou situaci, berou si na sezení rodiče společně s dospívajícími, aby mohli pozorovat jejich vztahovost. Nejedná se tedy o klasickou rodinnou terapii, kdy se pracuje s celou rodinou, tzn. s celým rodinným systémem. I když by psychoterapeuti rádi pracovali s celými rodinami, není to bohužel vzhledem k mentální kapacitě klientů a často i k časovým možnostem psychoterapeutů možné. Protože se spolupráce s rodiči adolescentů od spolupráce s rodiči malých dětí liší, nemusí se tolik psychoterapeuti, pracující s dospívajícími, trápit. Lepší porozumění klientovi nemusí být v případě adolescenta výhodou. Někdy je pro dospívající výhodnější, když mu matka rozumí méně, zvláště v případech obtížné separace. Někdy je ale větší angažovanost rodiče u adolescenta na místě. Např. u akutních panických stavů dospívajících, kteří potřebují emoční dostupnost mámy nebo táty (Pöthe, 2022).

3. Nejčastější problémy dospívajících klientů v terapeutické praxi CS

Mezi nejčastější problémy, s kterými se ve své terapeutické praxi v sociálních službách setkáváme, jsou projevy úzkostí u dětí a dospívajících, agresivita vůči sobě či okolí, problematické vztahy v souvislosti s rozvody či náhradní rodinnou péčí, záškoláctví aj. Skoro ve většině případů je ale důvod, proč přicházejí děti do služby až zjištění, že se sebepoškozují.

3.1. Sebeпоškozování

V článku Českého rozhlasu Plus (2015) se píše, že u dospívajících dětí je podle některých odborníků sebepoškozování nadneseně řečeno nakažlivé. Dívky se v různých praktikách, jak si ublížit, navzájem inspirují. Ať už na sociálních sítích

nebo osobně ve škole. Sebepoškozování ve společnosti kamaráda může také vést k pocitu propojení a pojištění vztahu (Večeřová Procházková, 2023). Podle výpovědí našich klientek se přikláníme k názoru, že dnešní adolescenti považují sebepoškozování za běžnou formu uklidnění. Dle výpovědí klientek se sebepoškozováním má větší či menší zkušenost skoro polovina jejich spolužaček na ZŠ. Sebepoškozování, které máme na mysli, se děje většinou utajeně a obvykle je odhaleno náhodně. Rodiče najdou u dospívajících žiletky či v teplém období jim připadá divné, že jejich dcera nosí neustále dlouhé rukávy. Někdy se stává, že děti jsou při řezání a bodání přistižené na sociálních zařízeních učiteli, není výjimkou, že si ubližují i při výuce. Skoro v 90 % k nám do CS volají rodiče na doporučení školy. Rodiče bývají vystrašení, často mají pocity viny, někdy vnímají sebeubližování svého dítěte jako provokaci či snahu na sebe upozornit. Bohužel se někdy setkáváme ve své praxi i s rodiči, kteří svým dětem sebeubližování vyčítají, děti za to i trestají. Mají dojem, že děti pouze napodobují své kamarády, je to teď totiž dle jejich slov „in“, za jejich dětských let tohle nebylo. Dle Pötheho (2022) lze považovat takovéto reakce rodičů za možný obranný mechanismus proti pocitům viny a pocitu selhání. Místo toho, aby se rodiče zamysleli nad tím, proč si jejich dítě musí tímto bolestivým a škodlivým způsobem žádat o jejich pozornost? Proč ji nemůže dostat nebo už dávno nedostalo jinak? Co u toho jejich dcera nebo syn asi prožívají?

Ve své praxi se nejčastěji setkáváme u dospívajících klientů s řezáním, bodáním a škrábáním. Většina našich klientů, kteří si ubližují, jsou dívky. V tuto chvíli máme ve službě klienty, kteří si ubližují, pouze dívky ve věku 13–17 let. Typicky se klienti řezají na zápěstí, předloktí. Často se ale setkáváme, že jsou pořezaní na kotnících, vnitřních stranách stehen a lýtkách. Dospívající se ale také mohou pálit, předávkovat léky, okusovat si nehty do krve, bít se, vytrhávat si vlasy či chlupy aj.

Sebepoškozování je interpretováno odborníky různě. Často se mluví o zpracování či odlehčení nespécifického napětí, vypořádání se s obrovským emocionálním vypětím. Někteří dospívající jsou pod velkým tlakem ať už školy či rodičů a sebepoškozování mají jako pomyslný ventil (Carr – Gregg, 2011). Někdy to může být vysvětlení, důvod, proč nejsou schopni naplnit očekávání druhých, především rodičů. Dospívající často neumějí vyjádřit prožívané emoce jako např.

hluboký smutek, nenávisť a vztek, osamělost či pocit viny jinak než sebepoškozováním. Mnoho našich klientů popisuje, že ublížit si znamená, že nastane pocit úlevy od všech těch emocí a oni je pak dokážou zvládnout, i když jen dočasně. U některých klientů jsme se dostali k tomu, že díky sebeubližování mohou prožívat a cítit sebe, mají pocit, že tak jediné žijí. Tento jev popisuje Pöthe (2022) jako možnost prožívat sebe a svoje hranice. Objevuje se to nejčastěji u disociujících a traumatizovaných jedinců. Také Večeřová Procházková (2023) pracuje s myšlenkou, že sebepoškozující akt může vyjadřovat selhání druhých, nedostatek péče, a přesto může představovat způsob, jak předejít psychickému zhroucení znovunastolením a prožitím vlastních hranic. Klienti někdy popisují, že díky sebepoškozování mají věci tak nějak pod kontrolou. Zdá se, že odvedou pocity bezmoci, osamělosti k něčemu, co mohou kontrolovat. Sebepoškozování se tak pro ně stává způsob, jak znovu nastolit pocit kontroly, pocit, že nesehávají a své obavy, úzkosti, špatné myšlenky zvládají (Večeřová Procházková, 2023). Když rodiče přistupují ke svým dětem odmítavě, protože vnímají ze své pozice sebepoškozování u dospívajícího jen jako nezdravý způsob získávání si pozornosti, často dospívající ve svém rizikovém jednání pokračuje dál a více se izoluje. Ano, někdy opravdu dospívající volají o pozornost a pomoc, ale díky tomu, že někteří rodiče to berou jako citové vydírání, nikdy tak pozornost nezískají. Psychická bolest totiž většinou dle jejich slov nikoho nezajímá, často jí ani nedokážou vyjádřit slovy. Fyzická bolest je pro ně legitimní způsob, jak ukázat okolí, že se něco děje. Toho už si totiž někdo musí všimnout.

3.1.1 Jak pracuji s dospívajícími klienty, kteří se sebepoškozují

V praxi rodinného centra si zvu na první sezení dospívajícího klienta společně s rodiči. Úvodní sezení se společně všichni představíme, rodina se seznámí s pravidly a cíli služby. Po krátkém seznámení a zorientování se klientů v naší službě, představuji sebe a svůj styl práce jako terapeuta. Pokud s tím dospívající souhlasí, nechávám si u sebe skoro vždy nejprve jeho. Vnímám tuto možnost jako první příležitost, kdy můžu dospívajícímu dát zažít pocit důležitosti. Vždy si s dospívajícím vyjasňuji, jak chce být osloven a zda mám vykat či tykat. Už podle toho poznám, jak se vztahují k dospělým a autoritám. Velmi důležité je pro mě vyjasnění si mlčenlivosti. Sdělují klientům, že obsah rozhovorů zůstává jen mezi námi, pakliže by si výslovně nepřáli, abychom některé věci rodičům sdělili.

Na takových tématech a informacích se vždy společně domlouváme, často v průběhu terapie si dospívající dojde k tomu sám, že některé věci rodičům sděluje, aniž by mě k tomu potřeboval. Zároveň dospívající klienty upozorňuji na to, že naše důvěrnost končí v případě, že by byl v ohrožení života či zdraví. Toto samozřejmě probíráme i s rodiči. Po úvodním rozhovoru s dospívajícím si беру k sobě rodiče, abych si vyslechla jejich očekávání, slyšela jejich názor a dala prostor také jejich prožívání celé situace. Ke konci úvodního sezení sedíme opět společně a domlouváme se na celkové spolupráci, především na frekvenci setkávání. Někdy ze setkání vyplyne spíše terapie pro rodiče, často terapie pro dospívajícího s větší či menší účastí rodičů podle toho, jaká situace v rodině je, jakou mají rodiče kapacitu a co daný dospívající řeší. Někdy je větší angažovanost rodičů na místě, protože za sebeubližováním jsou často úzkosti, potřeba pozornosti a péče, porozumění. Na druhou stranu se setkávám i s případy, kdy klienti řeší řezáním pocity vzteku a nenávisti k matkám. Jde tam spíše o potřebu se separovat, potřebu mít větší důvěru od rodičů, potřebu většího prostoru oproti kontrole a nedůvěře, se kterou se doma setkávají. V tomto se práce s adolescenty a práce s malými dětmi odlišuje. Na sezení s kolegyní psychologkou, která pracuje především s menšími dětmi, chodí rodiče vždy. Ke mně často chodí dospívající na 5–6 sezení, pak se domlouvám na sezení i s rodiči, kdy opět chvíli mluvím pouze s rodiči. Snažím se je informovat o procesu terapie, bavíme se o tom, na čem společně s jejich dítětem pracujeme a zároveň se rodičů ptám, zda si všímají nějakých změn, jak jim v tom je, když jejich dítě chodí ke mně a svěřuje se mi. Často se domlouváme i na separátních schůzkách, kde se snažím rodiče v jejich situaci podpořit, naslouchat jim a pokud je to potřeba, tak rodiče v některých tématech edukuji. Některé matky, často samoživitelky, docházejí na terapie paralelně s dospívajícím, a to v případech, že se ukáže, že mají nezpracovaná témata, která mají vliv na zdravý vývoj dítěte a jeho pohodu.

Ve své práci pracuji především pomocí **psychoterapeutického rozhovoru**, využívám prvky **všímavosti**, kterou se u klientů snažím rozvíjet. Vedu klienty k tomu, aby si uvědomovali a s porozuměním akceptovali konkrétní pocity, které v typických situacích spouštějí nežádoucí chování, tedy např. sebepoškozování. Nutno však říci, že záměrně nepracuji s klienty a netočím se kolem jejich

sebepoškozování. Někteří klienti mi byli opravdu vděční, že se konečně někdo zajímal o ně samotné, o to, co prožívají než o sebepoškozování. Toto mé zjištění podtrhuje i řada odborníků. Pro efektivní přístup ke klientů se sebepoškozováním je užitečné, aby se odstranění jejich dostupné psychické obrany nestalo primárním cílem terapie. Klient ještě nemá k dispozici lepší a bezpečnější obranné mechanismy. Očekávání, že by se klient okamžitě zbavil svého důležitého regulačního mechanismu, vede spíše k podvádění a lhaní, což vztah klienta s rodiči spíše zhoršuje (Pöthe, 2022).

Vedu klienty cíleně k těm nejniternějším pocitům, kterým se záměrně vyhýbají, protože jsou možná pro ně neúnosné. Snažíme se pocitům společně porozumět, přijímat je takové jaké jsou. V rozhovoru využívám často postupy **komentování**. Pomocí nehodnotícího slovního označení jevů, procesů, upozorňuji na jevy, procesy, které se dějí právě „ted“ a tady“. Pomocí **přijetí**, získávají klienti často také odstup od vlastních myšlenek či emocí. Nemusejí se s nimi ztotožňovat. Zjištění, že jejich myšlenky jsou jen proces myšlení a že emoce, pocity, který se objeví, zase skončí, je někdy pro klienty blahodárné. Pomocí **všímavosti** vedu klienty k postupnému deaktivování automatických obran a k laskavému prožívání všech jevů, které se dějí v jejich těle v přítomném okamžiku, pokud možno bez hodnocení. Snažím se o to, aby klienti všechny jevy přijímali, takové pocity a myšlenky se objevují, protože proto mají svůj důvod. My je můžeme pozorovat, aniž bychom se s nimi museli ztotožňovat. Pomocí všímavosti, někdy také označovaného termínem mindfulness se dospívající často dokážou zbavit obran a mají větší kapacitu unášet některé pocity, kterých se dříve vyhýbali. Také se učí porozumět sami sobě, učí se být k sobě laskavější. Tím, že také klienti zjistí pomíjivost svých myšlenek i emocí, často lze pracovat také s pomíjivostí jejich představ o sobě. Dokážou mnoho situací brát méně osobně, protože postupně dokážou nahlížet i na to, jak můžou různé situace vnímat druzí. Především jejich rodiče. Neupadají tolik do pocitů méněcennosti a tím dokážou spoustu věcí lépe zvládat.

Všímavost eliminuje 1) sebevztažné zpracování informací a pocity studu a 2) obranné mechanismy, které jinak odvádějí pozornost od nepříjemných pocitů. Díky všímavému uvědomování jsme schopni prožívání pocity akceptovat a rozumíme, co se nám pocity snaží říct. Schopnost rozumět vlastním pocitům a

schopnost vyjadřovat je slovy je v podstatě tajemství regulace emocí (Benda, 2019).

Kazuistika – Lenka 14 let

Do CS volá otec a žádá o pomoc v podobě terapeutické podpory pro jeho dceru Lenku. Lenka je žákyní 9 třídy ZŠ. Zjistili, že se dcera řeže, hodně se stresuje ze školy. Ve škole má dobrý prospěch, v podstatě je dle slov otce jedničkářka. Otec si myslí, že se řeže ze stresu, ale taky se domnívá, že chce možná na sebe připoutat pozornost. Domlouváme se, že přijdou na úvodní setkání společně s dcerou i manželkou. Rodina přichází společně, nejprve se bavím s rodiči, co je jejich očekávání, v čem by potřebovali podpořit. Oba se shodují na tom, že by chtěli Lence pomoci. Dcera se podle rodičů hodně stresuje, hodně somatizuje, má úzkosti, někdy zvrací. Hodně řeší školu a známky, přitom oni nemají pocit, že by jí do něčeho tlačili. Otec podniká, má menší firmu a matka je učitelka, také na volné noze. Matka je původem z Anglie, kde žili společně i s Lenkou do jejich cca 4–5 let věku. Pak se rozhodli přestěhovat do České republiky, protože rodiče otce byli nemocní, potřebovali, aby se o ně někdo postaral. Nakonec v Čechách zůstali. Otec má dobrou práci, a i matka si zde vybuodovala postupně dobré místo. Vyučuje angličtinu. Žijí společně s rodiči otce v RD, bytové jednotky jsou oddělené. Mají každý své soukromí, nemají žádné problémy. Mají ještě mladší dceru, která je od Lenky zhruba o 2 roky mladší. Do Anglie jezdí zhruba 1x za 3 měsíce, celá rodina matky tam zůstala.

Po chvíli poprosím rodiče, aby počkali na chodbě a nechávám si prostor pouze pro Lenku. Lenka je celkem otevřená, komunikativní, jen někdy se zdá, že až drmolí. Občas mám pocit, že některé věty, které říká, nedávají smysl nebo jsou v rozporu. Postupem času, kdy ke mně Lenka dochází na terapie, toto oslovuji a dostáváme se k tomu, že to stále souvisí s tím, že v angličtině se cítí daleko komfortněji. Je zvyklá, že v angličtině ta slova plynou sama. Dávám Lence najevo, že její čeština je vynikající, vůbec bych si nevšimla, že její rodný jazyk je angličtina. Snažím se Lence nabídnout i jiné možnosti, proč se jí tohle občas děje a lidé ji možná tolik nerozumí. Možná by to také mohlo být tím, že čím více a rychleji lidé mluví, nemusí být tolik u sebe. Není čas ani prostor se dotknout něčeho důležitého, cenného v nich. Možná by pak byli hodně zranitelní, což nechtějí. Lenka mluví o tom, že sama sobě moc nerozumí a pak má problém se vyjavit ostatním. Úplně neví, co by potřebovala. Vadí jí, když jí ostatní berou jako introverta a jedničkáře. Ona sama se cítí být spíše dvojkařka, jedničky mít může, ale nechce tomu věnovat tolik času a úsilí. Cítí se být ale pod tlakem, lidé si zvykli na to, že má jedničky a diví se, když tomu tak není. Ona sama se někdy schválně neučí, aby měla argument,

který řekne mámě nebo tátovi, proč nedostala jedničku. Když se totiž učí a jedničku nedostane, cítí, že selhává. Strašně jí to stresuje, musí se tedy na druhou stranu učit zase více. Je ráda s lidmi, ale nerada chodí tam, kde je moc lidí, dusno a hluk. Spolužáci si jí často kvůli tomu dobírají, že s nimi nikam nejde, a tak jim kolikrát vyhoví, protože se bojí, že kdyby s nimi nikam nechodila, bude sama. Má ráda lidi, ale nejraději je se svými blízkými přáteli, někde, kde si můžou popovídat. Když se ptám, kteří lidi jsou ti blízcí, s kým je nejraději? Lenka mluví o tom, že jí chybí sestřenice z Anglie. Jsou stejně staré, vyrůstaly spolu, než museli s rodiči a sestrou odjet. V Anglii má hodně přátel, také velkou část rodiny. Cítím, jak je Anglie a lidé, které tam zná, pro ni velmi důležitá. Chybí ji. S hodně vrstevníky je v kontaktu přes sociální sítě a internet. Je to pro ni hodně těžké, když je nemůže vidět na živo. V době Covidu začaly problémy, kontakty byly hodně omezené, do Anglie nemohli jezdit vůbec. Hodně to na ní doléhalo, zároveň vnímala, že i rodiče tu dobu prožívali hodně těžce. Matka má v Anglii staré rodiče, takže měli všichni o ně velké obavy. Ptám se, jak to bylo s odchodem z Anglie, že já si to nedokážu moc představit. Muselo to být pro ni asi hodně těžké. Lenka mluví o tom, že jí bylo asi 5 let, rodiče to vysvětlovali tak, že tady je lepší školství, tady udělá střední školu a pak půjde na VŠ do Anglie. V reálu šlo ale o nemocného dědu, který měl rakovinu. To se dozvěděla až časem, když byli s rodinou v Čechách. Se sestrou hodně žily v tom, že na II. stupeň se do Anglie vrátí. To se ale nestalo a ona zažila šok. Rodina i přátele jí hodně chybí, má pocit, že tady v Čechách jen přežívá. Když je škola, má pocit, že žije. Když jsou prázdniny a nejedou do Anglie, cítí jen prázdno. Musí furt něco dělat. Pracuji s tím, že možná je lepší mít katastrofické scénáře, obavy, stres z učení než mít prázdno. Lenka přikyvuje. Zabývá se hodně tím, aby dobře dostudovala a mohla zpět do Anglie. Ptám se Lenky, jestli tomu dobře rozumím, asi sní o návratu do Anglie?? Lenka souhlasí, ale popisuje také to, že vlastně jí o tom říkal hodně táta, že takhle to bude. Nějak se toho chytla, že by měla tady vystudovat SŠ a pak jít na VŠ do Anglie. Snažím se více porozumět, jak se asi Lenka cítila, když jí bylo 5 let a ona se musela velmi náhle odstěhovat z místa, kde ji podle všech informací, které mám, bylo dobře a kdy měla kolem sebe velkou rodinu. Lenka mluví o zmatku, vůbec tomu nerozuměla, proč se musejí odstěhovat. Nikdo se s ní o tom ani moc nebavil. Vysvětlení se školním systémem, který je prý podle otce v Anglii horší než v České republice, byl ale logický. Cítila se tehdy hodně sama, ztraceně, nepochopeně. Objevujeme smutek, který přišel při vzpomínce. Zjišťuji, jak rodiče dokážou Lenku emočně podpořit, zda jí dokážou porozumět. Lenka mluví o tom, že by ráda více komunikovala, ale u mámy má pocit, že vždy ze situace či důležitého tématu odběhne, vše stáčí k nějakým odborným článkům. Její odpovědi jsou všeobecné o tom, že někde něco četla a na základě toho co četla, zhodnocuje situace. Lenka má pocit, že tam máma v tu chvíli s ní vůbec není. U táty má

zase pocit, že její věci zlehčuje, popírá, na vše má odpovědi. Neustále se o něčem dohadují. Ona by spíše potřebovala, aby jí jen vyslyšel. Trápí ji, že rodiče začali řešit jen to sebepoškozování. Lenka postupně na terapiích vypráví o tom, že měla zrychlenější nástup puberty, proto musela cca od 8 let do 11 let brát hormony, chodit do nemocnice. Bylo to pro ni hodně těžké, zároveň tomu nerozuměla. Nikdo jí to moc nevysvětlil. Měla pocit, že to mamku hodně zatěžuje. Kvůli tomu, že jezdily společně na injekce, mamka musela rušit hodiny a zajišťovat si náhradu. Nechtěla být na obtíž, zvláště, když prarodiče měli rakovinu. Matka dříve měla PTSP. Když mamka měla tohle, ona musí vše už vydržet. Bavíme se o tom, že to musí být asi těžké být zmatená, nerozumět tomu, proč se věci dějí, ale zároveň muset vše vydržet, nezklamat, druhé moc nezatěžovat, protože to mají těžké. Pracujeme společně na tom, aby Lenka pomocí všímavosti a laskavosti objevovala své pocity, učila se jim porozumět a zároveň o nich mluvit. Pracujeme taky na vnitřním kritikovi, hledáme nit, kde se v ní vzal, snažíme se ho pochopit a s laskavostí o něj pečovat. Pomalu pracujeme na snižování nároků, které si Lenka na sebe klade sama. Ukotvujeme se v tady a teď, aby nemusela život v Čechách jen přežívat. Po několika sezení se ptám Lenky na sebepoškozování, k čemu jí pomáhá a zda ho stále využívá, jak často se to děje. Lenka mluví o tom, že to dělala hodně často, aby se mohla vyventilovat od stresu a tlaku. Někdy to ale používá, když by mělo přijít právě to prázdno. Taky si uvědomuje, že to dělá, když se nedokáže vyjevit a dělá věci kvůli druhým. Poslední dobou to ale dělá mnohem méně. Už měsíc to neudělala. Když pocítuje stres, tlak, snaží se více odpočívat, být sama se sebou a pozoruje, co se v ní děje. Tráví také více času s rodiči. S Lenkou máme naplánovaná další sezení, kdy si bude upevňovat schopnosti všímavého pozorování, aby lépe porozuměla sama sobě, uvědomovala si své pocity, myšlenky a tím pomalu aktivovala svůj zklidňující systém. Nemusela svoji prázdnotu, nepříjemné pocity, kterým nerozumí, řešit nezdravě. Našla si vnitřní zdroje i vnější zdroje, které ji zklidní. Zároveň uzemňování a orientace se na tady a teď by mohly pomoci odlehčit tlak a přílišná nevědomá očekávání svých rodičů, která na své bedra vzala a ztotožnila se s nimi.

4. Doporučení skupinové terapie pro dospívající klienty v rámci CS

S ohledem na vývojovou potřebu dospívajících klientů, kdy vrstevníci se stávají mnohem důležitějšími v životech adolescenta než rodiče a vzhledem k omezené kapacitě terapeutů v sociálních službách, kdy pracují často jen na zkrácené úvazky, vidím jako velmi vhodné začít s dospívajícími klienty, kteří docházejí do CS, pracovat ve skupině. Klientům by velmi pomohlo sdílení svých potíží

s vrstevníky, mohli by se v bezpečném prostředí učit projevovat. Ve skupině jsou součástí celku a mohou zažít porozumění, učit se dávat zpětnou vazbu, zkoušet nové, jiné způsoby jednání. Díky ostatním poznávat sebe sama, mít podporu a možnost se také zdravě odreagovat od mnohdy tíživých pocitů, tlaku, který je na ně vyvíjen. Mohou zjišťovat, že i ti druzí mají těžkosti a necítit se tak jiní, divní. Vzhledem k tomu, že terapeuti mohou s klienty pracovat i individuálně, budou dopředu klienty znát. I díky skutečnosti, že většina rodičů dospívajících nemají kapacity, někdy bohužel i zájem se vydat směrem rodinné terapie, vnímám možnost skupinové terapie jako něco, co může dospívajícím poskytnout dočasné útočiště a bezpečné podpůrné prostředí po dobu, než se sami rozlínou do světa.

Seznam použité literatury

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Výzva „VÝZVA 4P“ k legalizaci psychoterapie v sociálních službách [online]. [28. 5. 2018].*

Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/>

BENDA, Jan. *Všíímavost a soucit se sebou: Proměna emocí v psychoterapii.*

Praha: Portál, 2019. 230 s. ISBN 978-80-262-1524-0.

CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Grada, 2012. 142 s. ISBN 978-80-262-0062-8.

ČESKÝ ROZHLAS PLUS. *Sebepoškozování u dospívajících dětí je "nakažlivé". Navzájem se inspirují [online]. (12.5.2015)*. Dostupné z: <https://plus.rozhlas.cz/sebeposkozovani-u-dospivajicich-deti-je-nakazlive-navzajem-se-inspiruji-7690047>

KREJČÍŘOVÁ, Dana, LANGMEIER, Josef. *Vývojová psychologie: 2. aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2006. 360 s. ISBN 978-80-247-1284-0.

MACEK, Petr. *Adolescence: Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál, 1999. 185 s. ISBN 80-7178-348-X.

PLHÁKOVÁ, Alena. *Úvod do psychoanalytických teorií*. Olomouc: UPOL, 2011. ISBN 978-80-244-2933-5.

PÖTHER, Peter. *Vývojová a vztahová terapie dětí*. Praha: Portál, 2022. 263 s. ISBN 978-80-262-1958-3.

SIEGEL, Daniel J. *Rozbouřený mozek: Dospívání, teenageři a jejich výchova*. Praha: Stanislav Juhaňák – TRITON, 2016. 257 s. ISBN 978-80-7553-040-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2005. 435 s. ISBN 80-246-0956-8.

VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Pomoc dětské duši: Rady pro rodiče, když dítě volá SOS*. Praha: Mladá fronta, 2023. 197 s. ISBN 978-80-204-6125-4.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Metodiky a informace dostupné na: <https://jicin.charita.cz/>

**Psychosociální rehabilitace psychiatrických pacientů
podle modelu CARE**

Hana Míčová

V rámci této teoretické práce bych chtěla představit koncept psychosociální rehabilitace podle nizozemského modelu CARE, se kterým jsem se seznámila v rámci vzdělávacího kurzu v r. 2017. Model CARE představuje komplexní přístup v řešení psychosociálních potíží klienta. Přináší několik zajímavých a praktických technik a nástrojů, které se zaměřují na základní ale paradoxně často opomíjené potřeby pacienta. Výstup tak může přinést mnoho užitečných podnětů pro další práci, ale i upevňuje vzájemný vztah pacienta s proškoleným pracovníkem v této metodice a v případě psychiatrických pacientů vede k celkovému zlepšení stran compliance v léčbě. Metoda není složitá, a proto se dá použít i u pacientů, kde je již vlivem nemoci kognitivní deficit a hlubší psychoterapeutický přístup by byl pro pacienta příliš náročný.

Psychiatrická rehabilitace

Definice Anthonyho a Cohena z roku 1983 udává, že psychiatrická rehabilitace je: „spektrum metod a přístupů v péči o osoby s duševním onemocněním, jejichž záměrem je asistence osobám s duševním onemocněním za účelem zvýšení jejich schopností a dovedností tak, aby byly úspěšné a spokojené v prostředí, které si vyberou, s co nejmenší mírou kontinuální profesionální podpory.“ Tím se tento přístup odlišuje od pohledu zdravotníka, který se především snaží o odstranění nemoci. Psychiatrická rehabilitace naopak hledá a posiluje funkčnost a životní spokojenost pacienta i v případě přítomnosti nemoci. Psychiatrická rehabilitace se rozvíjela od 19. století a postupně se vyprofilovaly tři základní školy – Bostonská, Los Angeleská a Anglická. Základní kameny všech rehabilitací jsou individuální přístup, budování vztahu, zohledňování přirozeného prostředí a pozitivní motivace klienta ke změně. (Höschl, Libiger, Švestka, 2002)

V rámci psychiatrické rehabilitace je kladen důraz na různé roviny obtíží. Ať už jde o primární obtíže spojené přímo s onemocněním (např. kognitivní deficit, sociální stažení u schizofrenie), tak sekundární obtíže (např. stigmatizace společností, apatie a lhostejnost pacienta). Sekundární újmy mohou být posilovány také dlouhými hospitalizacemi v psychiatrických nemocnicích. Aby se předešlo lhostejnosti a nezájmu pacienta o okolí a svou budoucnost, musí se klást na doléčovacích odděleních psychiatrických nemocnic důraz na posílení

návyků vedoucí k samostatnosti. Terciální rehabilitace se snaží zajistit co největší kvalitu života i přes různé klientovy handicap (např. chráněné bydlení, chráněné dílny, podpůrné skupiny). Cílem rehabilitace je udržet a ideálně zlepšit současnou situaci nemocného, edukovat ho ohledně jeho možností a předcházet komplikacím a znovu vzplanutím nemoci.

Psychiatrickou rehabilitací se myšleno i aktivní zapojení a provozování různých aktivit, které rozvíjejí a udržují pacientovi schopnosti. Podle mého názoru jsou tyto aktivity dobře v psychiatrických nemocnicích zavedeny. Jsou to například pracovní terapie, arteterapie, práce s keramikou, muzikoterapie, biblioterapie, terapie se zvířaty a jiné pohybové aktivity a relaxační programy. Činnosti přispívají k uvolnění tenze, navázání vztahu s terapeutem i okolím, posilují sebedůvěru a samostatnost. Při plánování činností se musí klást důraz na smysluplnost práce i na různou obtížnost s ohledem na schopnosti pacientů. Jelikož jsou psychiatrické hospitalizace často v řádu týdnů, je s výhodou, že se díky těmto činnostem upevňují i pracovní návyky. Důležité jsou také pravidelné návštěvy domova, aby se neztratil kontakt s reálným prostředím a sociálním zázemím klienta. Zde se často ukáže funkčnost pacienta a ověří se, zda je již psychický stav pacienta natolik dobrý, aby mohl být propuštěn do domácí péče. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Psychiatrická rehabilitace v České republice

Na počátku 19. Století začaly vznikat v českých zemích první ústavy pro duševně choré. V průběhu let se jejich počet rozšiřoval a vznikaly spádové oblasti, které zajišťovaly péči pro nemocné. Jednalo se o velké a uzavřené areály, kde se koncentrovali nemocní pacienti. Toto uspořádání má výhodu především v zajištění komplexnosti péče, kdy kromě terapeutických možností měly léčebny dostatek prostředků na zajištění rehabilitačních a pracovních činností. Často v rámci areálů bývaly zemědělské statky, kde se podíleli na chodu právě nemocní pacienti. Nevýhodou je ale vyčleňování pacientů ze společnosti. Často tak dlouhodobé hospitalizace znemožnily návrat pacienta do běžného života. Nemocný se tak stává závislým na státním systému péče. V současné době je vedle nemocniční péče snaha o vybudování komunitní sítě, která by dopomáhala

duševně nemocným lidem tak, aby mohli co nejdéle zůstat integrovaní v běžném životě. S výhodou je nižší závislost klientů na státním systému sociální a zdravotní péče. Naopak je ale nutný dostatečný počet kvalifikovaných osob, které by individuálně poskytovaly klientovi specifickou podporu. Proto byl v roce 2014 v České republice spuštěn projekt S.U.P.R., který měl právě jeden z cílů proškolení zdravotnické i sociální pracovníky v jednotném psychosociálním rehabilitačním programu CARE. (Kalisová et al. 2018)

Tento projekt patří do komplexního plánu reformy psychiatrické péče, která právě podporuje včlenění pacientů s psychickým onemocněním do společnosti, větší propojenost a spolupráci mezi zdravotními a sociálními službami, vyšší dostupnost terénních služeb a chráněného bydlení a zapojení do systému proškolené peer therapy. Základní myšlenkou je nechat více zodpovědnosti a možnosti volby na klientovi a snížit zatížení zdravotního systému dlouhodobými hospitalizacemi. Vzhledem k tomu, že jde o rozsáhlé změny a zásahy, je snaha o nastavení pravidelných supervizí a intervizí v nově vznikajících multidisciplinárních týmech. (Páv, Pluhaříková-Pomajzlová, Šťastná, 2017)

Do programu S.U.P.R. se zapojilo 14 psychiatrických oddělení v celé České republice. Aby se ověřila účinnost programu bylo provedeno dotazníkové šetření (škálování rozšířeným dotazníkem QuIRC). Z výsledků vyplývá, že po absolvování programu se zvýšila kvalita poskytované péče ve všech sledovaných oddělení. Pozitivní faktor v tomto programu je, že ke zlepšení kvality péče není potřeba velkých finančních prostředků. Samozřejmě je nutné investovat finance na zlepšení prostředí psychiatrických oddělení, která mají již často nevyhovující podmínky. Je to však daleko časově náročnější změna. (Kalisová et al., 2018)

Nedostatky v mimonemocniční sféře ukázalo i dotazníkové šetření, které bylo provedeno v roce 2017 u sta duševně nemocných klientů v České republice. Obsahem byla právě spokojenost s dostupností a kvalitou nemocniční a ambulantní psychiatrické péče. Výsledky zaznamenaly nedostatky v ambulantní péči, naopak nemocniční péči považovala více jak polovina dotazovaných za uspokojující. V ambulantní péči shledávali dotazovaná malou dostupnost a nižší variabilitu poskytovaných služeb. Autoři zdůvodňují pozitivní výsledek u

nemocničního zařízení právě tím, že je nedostatečně vytvořená komunitní síť, která zajišťuje pacientům dostatečnou podporu. Na druhou stranu většina dotazovaných by se ráda více zapojila do rozhodování o svém zdravotním stavu. A dále by ocenili, aby byly více vnímány a slyšeny jejich individuální potřeby. (Janoušková et al., 2017)

Model CARE (Comprehensive Approach to Rehabilitation)

Tento rehabilitační systém zaměřený na lidi s duševními problémy vznikl v Nizozemí. Autory jsou Jean-Pierre Wilken a Dirk den Hollander, kteří integrovali několik dosavadních teoretických přístupů, zejména z Bostonské a Los Angeleské školy, dále pak z anglických a italských poznatků. Ústředním tématem je zlepšení kvality života lidí s psychickými problémy. Kvalitu života definují třemi hlavními oblastmi. První z nich je míra naplnění potřeb a individuálních přání. Následující je kvalita životního a sociálního prostředí a dále problematika vulnerability jedince. Ke zlepšení kvality života je totiž podle autorů nutné rozpoznat vlastní zranitelnost, aby poté mohl jedinec lépe předcházet krizovým a nepříjemným situacím. Zavádějí pojem zotavení. Tím je míněno takové fungování jedince v prostředí, aby byly co nejvíce naplněny jeho osobní potřeby a přání. Zotavení je tak u každého zcela jedinečný proces. V rámci metodiky byly definovány obecné faktory, které podporují zotavení. Obecnými faktory jsou: motivace, identita, znalosti a dovednosti, postavení a utváření smyslu a významu, sociální a materiální podpora. Posilování těchto faktorů je nutné ze strany klienta, tak i jeho okolí. Sociální okolí a prostředí je v procesu velmi vyzdvihováno, protože součástí zotavení je integrace do okolí a společnosti. Smysluplnost je dalším často zmiňovanou potřebou, jde tudíž o to, aby se vytvářely reálné hodnoty. Zotavování má není lineární proces a určité fáze, které se mohou různě prolínat. Celý proces je vlastně změna, která má vést k lepší kvalitě života. Proto i jednotlivé fáze jsou vlastně variací na proces změny. Počáteční fáze procesu zotavení je vlastní stabilizace v aktuální situaci (např. v případě vypuknutí nemoci a hospitalizaci). Následuje fáze reorientace, což je fáze plánování ve snaze zlepšení nastalé situace. Ve fázi reintegrace jde o již praktické provedení

naplánovaných změn a poté stadium nové stabilizace, která má za cíl udržet vytyčené změny.

Zotavení je jedním z principů a cílů přístupu CARE. Dalšími základními principy je zaměření na silné stránky a zaměření na přítomnost. Lidé s duševním onemocněním mají často snížené sebevědomí a vlivem způsobeného handicapu i pocit nižší sebehodnoty. Je to způsobeno jednak určitou odlišností od ostatních lidí, závislostí na pomoci zvnějšku i vlivem přebírání zodpovědnosti zdravotnickým systémem. Zaměření na silné stránky člověka je tak opodstatněný směr, který se snaží vyzdvihovat pozitivní vlastnosti, dovednosti a zkušenosti člověka, aby ho motivoval k vyvíjení vlastní činnosti a samostatnosti. Z toho přirozeně vyplývá, že se díky tomuto přístupu posiluje i klientova kontrola a zodpovědnost nad svým jednáním.

Princip přítomnosti (*Presence approach*) byl zaveden do metodiky v roce 2001 Andriesem Baartem. Motivem byla skutečnost, že některá přání klientů jsou velmi dlouhodobá nebo obtížně uskutečnitelná. V takové situaci je právě vhodné se opřít o přítomný okamžik a hledat způsoby, jak sladit přání nebo jeho dílčí kroky s aktuální situací klienta a jeho prostředím. Tento přístup přispívá k udržení motivace klienta.

V metodologii se rozdělují oblasti, kterými se klient s pracovníkem zabývají do dvou hlavních domén.

1. Osobní domény - péče o sebe (zahrnuje i péči o domácnost, správu financí a zlepšování sociálních dovedností), zdraví (fyzické i duševní), bezpečnost a sociální vztahy
2. Životní domény: dům a sousedství (tj. veřejná sféra), zaměstnání, učení se (seberozvoj), rekreace

V procesu modelu CARE se prioritně dbá na vybudování a udržení vztahu mezi proškoleným pracovníkem a klientem, který je postaven na vzájemné důvěře, pocitu bezpečí, respektu a přijetí. Současně je kladen důraz na adekvátní podporu. Tedy ne podporu ve všech činnostech a za každé situace, ale podporu, která posiluje autonomii a samostatné rozhodování a růst klienta. Základním principem je také snaha vycházet z klientových životních zkušeností a dovedností, které mohou pomoci na cestě k zotavení. V procesu zotavení pomáhá vyškolený pracovník klientovi sestavit jeho osobní profil, ze kterého vyberou prioritní přání. Následně pracovník klienta motivuje a doprovází při naplňování vytyčeného cíle. Součástí je i zmapování a

přijetí klientových znevýhodnění a postižení a najít způsob, jak se s ní co nejlépe vypořádat. (The CARE methodology, 2021)

Používané nástroje metodiky CARE

Metodika vnímá nástroje a dotazníky jako základní osnovu, která slouží k orientaci v konkrétním případě. Prvotní je však individuální spolupráce s klientem v souladu s jeho potřebami. Není tedy povinné vyplňovat tabulky a sestavovat strukturované plány. Jednotlivé nástroje jsou vnímány jako přehledy, co všechno může spolupráce zahrnovat, jaké jsou jednotlivé úrovně a kam by měla práce směřovat. Vlastní nástroje jsou koncipovány co možná nejjednodušeji, aby byly přehledné a jasné. I když se jednotlivé dotazníky vyplňují heslovitě, cílem je určit co nejvíce konkrétní požadavky a přání, se kterými bude klient ztotožněn. Pokud klient nechce nebo není schopen dotazníky vyplňovat, mohou sloužit pouze pracovníkovi, aby udržel určitou vnitřní strukturu setkávání.

Osobní profil

Představuje základní nástroj, který se využívá ke sběru informací, mapování aktuální situace a vyslovených budoucích přání v oblastech: bydlení, zaměstnání, vzdělávání se, volný čas, zdraví, péče o sebe a o ostatní, vztahy a bezpečí. Jde o tabulku o třech sloupcích. V prvním sloupci mapuje současnou situaci dané oblasti a hledá v ní silné stránky. Řeší, co vnímá klient jako důležité, co ho těší, co je jeho zájem, kde dostává podporu. Prostřední sloupec představuje přání a ambice klienta v dané oblasti a poslední sloupec mapuje minulé zkušenosti a dovednosti. Co klient zvládal, co se osvědčilo, co ho těšilo a kde cítil podporu. S klientem se mohou vyplňovat pouze oblasti, které on vnímá jako důležité. Po vyplnění konkrétních oblastí se sestavuje prioritizace jednotlivých přání. Tedy to, co klient potřebuje v aktuální situaci nejvíce řešit. V rámci dotazníku se může sestavit škála spokojenosti na stupnici 1-10. Tedy jak jsem v aktuální situaci v určité oblasti spokojený a jaká hodnota by představovala uspokojující výsledek.

Osobní postřehy: Pozitivně hodnotím rozsah mapování, které je od minulých zkušeností přes aktuální situaci i do budoucích představ. Naučila jsem se zde informace nehodnotit, nehledat řešení a nepřebírat zodpovědnost za jednotlivá stanoviska. Moje role bylo se pouze doptávat, abychom společně našli správný výrok, který odpovídá pacientově představě. Také se mi líbilo celkové pozitivní nastavení, jelikož jako zdravotník jsem zvyklá hledat spíše věci, kde pacient selhává.

V rámci práce s psychiatrickými pacienty jsem si uvědomila, jak je pro ně důležité téma bezpečí, které často zmiňovali. Při běžných pohovorech se toto téma skloňuje velmi málo. Rozhodně po absolvování kurzu se více ptám na pocity ohledně jejich osobního bezpečí.

Varianta osobního profilu je plán osobní podpory, který se může použít v případě, kdy klient nemůže osobní profil vyplnit sám (např. těžký kognitivní deficit, závažný zdravotní stav). Podpůrný profil vyplňuje pracovník, společně s blízkými osobami klienta, aby zmapovali přání a situaci, které okolí klienta vnímá. Cílem je opět snaha podpořit klienta v oblastech, které jsou pro něj osobně významné.

Osobní plán

Toto je již konkrétní plán zahrnující kroky k určenému cíli, který je stanoven na základě klientova přání. U každého kroku se plánuje, co může udělat klient, v čem může pomoci okolí, kdy se tento krok realizuje a kdy se skutečně realizoval. U osobního plánu se dbá na princip přítomnosti, tedy aby jednotlivé kroky byly reálné a realizovatelné v rámci aktuálního času a prostředí.

Osobní postřehy: líbí se mi názornost a rozdělení procesu. Klient si může větší a složitější cíl rozdělit na menší a jednodušší. Mohou ho tak motivovat již jednotlivé splněné kroky. Někdy se osvědčovalo si konečný cíl rozdělit ještě na dílčí cíle, protože se často stávalo, že přání klienta bylo cílem dlouhodobým, a tak bylo lepší si určit cíle, které jsou možné uskutečnit tady a teď. Ačkoliv se na první pohled zdá, že plán vypadá jednoduše, často se vyskytnou různé překážky, které ubírají na rychlosti naplnění cíle i na motivaci klienta. Je dobré na toto myslet a upozorňovat klienta na přehnané a někdy nereálné ambice.

Přehled osobních preferencí a přehled možností volby

Toto jsou doplňkové nástroje pro případné mapování situace klienta a jeho plánu. Přehled osobních preferencí upřesňuje téma přání klienta. Mapuje, co je důležité, jak by konečný stav měl vypadat a jaké má klient materiální nebo hodnotové požadavky. Přehled možností volby se může použít v případě, že k naplnění cíle existuje více cest. Nástroj slouží k tomu, aby bylo názorně vidět, jaké jsou výhody a nevýhody jednotlivého řešení.

Následující nástroje spadají do tématu práce s osobní zranitelností.

Plán časných varovných příznaků

Tato tabulka mapuje situaci v případě zhoršení psychického stavu a znovuzplanutí duševní nemoci. Polovina dotazníku se ptá na příznaky zhoršení a to jak z pohledu nemocného, tak z pohledu jeho okolí. Druhá polovina dotazníku jsou možná řešení situace tak, aby se odvrátilo riziko zhoršení nebo aby se zajistil co možná nejvíce hladký průběh v případě propuknutí nemoci. Opět je rovnocennost mezi tím, co může v dané situaci udělat klient a co jeho okolí. Z podstaty nástroje vyplývá, že jeho užití je vhodné pro opakující se potíže nebo opakující se rizikové chování. V rámci sestavování plánu je s výhodou určit situace, jaké situace jsou vlastně pro klienta stresující a rizikové. Pokud je pro klienta obtížné určit, jak vnímají jeho zhoršení ostatní, je žádoucí přizvat k vyplňování plánu i nějakou blízkou osobu. Jelikož je časté, že u postupně rozvíjejícího se duševního onemocnění klesá náhled postižené osoby, je plán nápomocný k tomu, aby si klient stanovil a ujasnil jednotlivé fáze rozvoje onemocnění. Další předností plánu je zaznamenání možné a žádoucí podpory od okolí. Varovné příznaky jsou rozděleny do tří kategorií podle barev semaforu: zelená - vše je v pořádku, oranžová – projevují se příznaky, které předcházejí relapsu, červená – nastává relaps nemoci. Kromě tohoto rozdělení, se ke každé fázi specifikuje, jak vnímá příznaky klient a jak je vnímá jeho okolí. A dále, co má v určité fázi dělat klient a jak si přeje, aby reagovali ostatní.

Osobní postřehy: Plán časných varovných příznaků jsem používala asi nejčastěji ve své praxi. Je poměrně univerzální pro různé druhy psychických poruch – od psychotických po problematiku závislosti. Pacienti vnímali jako přínosné, že si vůbec pojmenovali, jak se jednotlivé fáze rozvíjejí a projevují. Nejobtížnější bývá sestavení oranžové fáze, která je ovšem stěžejní. Zaujalo mne, jak se u pacientů s psychotickým onemocněním zřídka v odpovědích objevují pozitivní příznaky onemocnění (halucinace, bludy, paranoidita), zatímco pro lékaře je to v akutní fázi onemocnění vedoucí znak, po kterém v obraze pátrá. Nemocní na druhou stranu nejvíce zdůrazňují sociální stažení a uzavírání se do sebe, smutek a strach. Uvědomila jsem si, jaký může být rozdíl mezi subjektivním prožíváním pacienta a objektivním pohledem vnějšího pozorovatele. Utvvrzuje mne to v názoru, jak je v klinické praxi důležité být dobrým pozorovatelem, naslouchat pacientovi a brát v úvahu i zdánlivě jemné změny psychického stavu, které už mohou předznamenávat blížící se relaps onemocnění.

K plánu časných varovných příznaků je k dispozici i návrh Krizové karty, kam si klient zapíše nejdůležitější informace, jak chce, aby s ním bylo zacházeno v době krize. Krizovou kartu pak má u sebe a v případě nutnosti jí může předat např. zdravotníkům, kteří ho osobně neznají.

Analýza sociální sítě

Nástroj napomáhá zmapovat vztahy klienta s ostatními lidmi, určuje jakou má vztah důležitost a jaký rozsah podpory klient ze vztahu dostává. Následně pracovník s klientem rozebírá, jak je naopak klient důležitý pro konkrétní osobu a v čem on sám podporuje toho druhého.

Osobní postřehy: tento nástroj jsem používala nejméně. Vnímám ho spíše praktický pro terénní služby nebo pro podpůrné sociální služby, které jsou s klientem v dlouhodobějším vztahu. Líbí se mi na tomto nástroji však důraz na vzájemnost vztahů.

Analýza sociální sítě je poměrně obsáhlý dotazník. V metodice jsou dostupné i jednodušší nástroje na zmapování sociální sítě a to Karta sociální sítě a Kruh sociální sítě. Oba nástroje jsou spíše grafickým znázorněním klientova nejbližšího okolí se základními charakteristikami vztahu.

Profil prostředí

Prostředí má v metodice CARE podstatný význam, který nelze opomenout v procesu zotavování. Smysl této myšlenky je v tom, že jedině v souladu s prostředím lze najít nejlepší možný kompromis mezi přáním klienta a dostupnými možnostmi v jeho okolí. Součástí je samozřejmě i snaha o zlepšení kvality klientova prostředí, aby bylo co nejvíce vyhovující. V profilu prostředí se shromažďují informace jako je zařízení a vybavení prostředí, možné aktivity v něm, specifické podmínky, využitelné zdroje, silné stránky i jeho omezení.

Je pomýšleno i na specifická prostředí jako jsou psychiatrické léčebny, azylové domy nebo různá sociální pobytová zařízení. V takovém prostředí se může využít „Vitamínový profil“. Zde je zmíněno deset prvků, důležité pro zdravé prostředí. Za zdravé prostředí je považován takový prostor, kde by bylo pro klienta dostatek podpory, ale současně by se zde nacházely i možnosti a příležitosti k osobnímu rozvoji a růstu jedince. Vitamínový profil je poměrně obsáhlý, určený spíše pro personál a školené pracovníky. Dotazník obsahuje deset položek, z nichž každá má ještě své podotázky. Jednotlivé položky jsou například: možnost ovlivňovat prostředí, rozmanitost v aktivitách, prostředí je uspořádané a transparentní, jsou možnosti k trénování dovedností, materiální vybavení, dostatečná úroveň bezpečí, aj. U každé položky se rozlišuje, zda je situace odpovídající nebo zasluhuje pozornost či vyžaduje změnu. Při

vyhodnocování se pracovník snaží najít kroky, jak nevyhovující vlastnosti prostředí zlepšit.

Osobní postřehy: Dotazy na prostředí jsou z mého pohledu velmi důležité. Jednak proto, aby si někdo druhý mohl udělat představu, z jakého prostředí klient pochází a jaké jsou vůbec jeho možnosti v rámci daného prostředí. Často jsem se setkala s naprostým nesouladem mezi navrhovanými plány a reálnými možnostmi klienta. Je také dobré zavést rozhovor na téma, zda je prostředí pro klienta vyhovující nebo ho chce nějakým způsobem změnit. Profil prostředí je dobrým nástrojem jak nezapomenout na žádnou podstatnou informaci. Prakticky jsem přesně danou tabulku nevyplňovala, ale čerpala jsem její témata k pokládání otázek v rámci pohovorů. (HOLLANDER, Dirk den et al. 2017)

Závěr

Model CARE je rehabilitační metoda, která se stále rozvíjí. Líbí se mi na ní univerzálnost, protože přístup jako takový nebo jednotlivé nástroje se mohou použít v různých typech zařízení, ať už jde o pobytová zařízení zdravotní či sociální, nebo v komunitních a terénních službách. Také je široký rozsah možného použití v rámci různých psychiatrických diagnóz. Ale lze ho s výhodou využívat i u osob, které jsou v rámci společnosti určitým způsobem znevýhodněny (př. lidé po výkonu trestu, národnostní menšiny...). Jde o určitou filozofii, protože zde není přesně závazný postup, rozsah využití ani délka jednotlivé spolupráce. Jsem ráda, že jsem kurz absolvovala, protože mi to přineslo zjištění, že jdou věci dělat i jiným způsobem, aniž by byly nějak finančně nebo strukturálně náročné.

Zdroje

HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan; ŠVESTKA, Jaromír. 2002. Psychiatrie. Praha: Tigis. ISBN 80-900130-1-5

DUŠEK, Karel; PROCHÁZKOVÁ-VEČEŘOVÁ, Alena. 2015. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4826-9

KALISOVÁ, Lucie et al. 2018. Quality of care in long-term care departments in mental health facilities across the Czech Republic. The European Journal of Public Health. 28 (5), 885-890

PÁV, Marek. PLUHARÍKOVÁ-POMAJZLOVÁ, Jana. ŠŤASTNÁ, Jana. 2017. Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici. Psychiatrie pro praxi. 18 (2), 69-74

JANOUSHKOVÁ, Miroslava. et al. 2017. Zapojování lidí s duševním onemocněním do reformy psychiatrické péče. Psychiatrie. 21 (3), 115-120

THE CARE NETWORK. 2021. CARE Methodology [online]. [cit. 2021-02-23]. Dostupné z: <https://www.thecare-network.com/care-methodology>

HOLLANDER, Dirk den et al. 2017. Studijní materiály ke kurzu Model CARE – komplexní přístup v psychosociální rehabilitaci. Praha.

Poruchy attachmentu u dětí umístěných v dětském domově se školou

Markéta Pavlů

Obsah

Úvod

- 1 Specifika programu a cílové skupiny
- 2 Attachment
 - 2.1 Vývoj attachmentu
 - 2.2 Projevy jistého attachmentu
 - 2.3 Nezbytné podmínky pro jistý attachment
- 3 Poruchy attachmentu
 - 3.1 Typy attachmentu a kazuistiky
- 4 Trauma
- Závěr

Úvod

Téma jsem si zvolila, protože již devátým rokem pracuji v dětském domově se školou v Ostravě – Kunčicích s dětmi, z nichž většina měla velmi těžký začátek života. Děti jsou k nám umisťovány s různými poruchami, avšak poruchy attachmentu v jejich diagnózách nenajdeme, až na jednu výjimku, o které se budu níže zmiňovat.

Brzy po přijetí každého dítěte se zamýšlíme, jakou citovou vazbu si s největší pravděpodobností vytvořilo. Při tom vycházíme z dostupných informací, dokumentace a aktuálních projevů dítěte. Snažíme se také odhadnout deficit v základních vývojových potřebách. To jsou pro nás vodítka pro budoucí práci s dítětem.

Ve své práci popisuji základy teorie attachmentu a zmiňuji také základní vývojové potřeby podle teorie Pesso-Boyden, se kterými pracujeme při plánování rozvoje osobnosti dítěte. V kapitole o poruchách attachmentu doplňuji jednotlivé typy attachmentu o kazuistiky dětí, se kterými jsem se v průběhu své praxe setkala. Jména a některé další údaje jsou pozměněny, abych zachovala anonymitu. Na závěr se věnuji traumatu v dětském věku, které s narušením attachmentu úzce souvisí.

1 Specifika programu a cílové skupiny

V dětském domově se školou, kde pracuji, jsou umístěny děti se závažnými poruchami chování. Často jde o děti s lehkou mentální retardací, méně pak se střední až těžkou mentální retardací, či subnormním intelektem. Je zde také několik dětí s poruchou autistického spektra.

Do našeho programu mohou být umístěny děti od počátku povinné školní docházky. Často však k umístění dochází až zhruba mezi devátým až čtrnáctým rokem. Do té doby stihnou tyto děti vystřídat několik zařízení, nebo alespoň absolvovat několik pobytů v psychiatrických léčebnách.

Hned po přijetí dítěte do našeho programu navazujeme spolupráci s rodinou či blízkými. Pokud nikdo takový není, pokoušíme se ve spolupráci s OSPOD někoho najít. Pokud je to jen trochu možné, pracujeme s rodinou na tom, aby se mohlo dítě po stabilizaci navrátit do rodinného prostředí. Ani toto však nechceme uspěchat. Abychom předešli nutnosti opětovného odebrání dítěte a nařízení ústavní výchovy při nezdaru pobytu v rodině, realizujeme dlouhodobé pobyty dětí v domácnosti rodičů / příbuzných při trvání ústavní výchovy, kde můžeme dítě a rodinu v tomto procesu podporovat a v případě nutnosti zasáhnout. Rodiče i dítě tak mají možnost si vyzkoušet, zda jsou již na tento krok připraveni.

Náš program má za cíl především vytvořit **bezpečné stabilní prostředí** a tím zastavit neustálé přemísťování dětí. Díky výchovně-léčebnému režimu disponujeme vyšším počtem pedagogů, než je tomu v běžném dětském domově. Zvládáme tak četné a výrazné agresivní projevy dětí bez nutnosti hospitalizací v psychiatrické nemocnici. Vyšší počet kolegů napomáhá také vytváření bližších vztahů s dětmi. Přestože je v podmínkách ústavního zařízení velmi těžké nahradit blízkou pečující osobu, tato personální výhoda nám situaci trochu usnadňuje. K zajištění ještě bližšího vztahu má každé dítě zhruba měsíc po svém příchodu svého tzn. „garanta“. Tento garant nebývá dítěti „přidělen“. Necháváme vztah přirozeně vzniknout a o garantství se zpravidla přihlásí pedagog, který má k dítěti nejbližší. Garant pak supluje blízkou bezpečnou osobu, která dítě provází po celou dobu pobytu a podporuje ho. Vytváří a opravuje tak dítěti zkušenost dlouhodobého vztahu. **Vytvoření vztahu je klíčové.**

Jsou u nás umístěny například děti, které byly brzy po narození umístěny v kojeneckém ústavu a nikdy nežily v rodině. Dále děti, které byly v rodině výrazně

emočně, zdravotně i sociálně zanedbávané. Děti alkoholiček a narkomanek, děti, na kterých se rodiče či pěstouni dopouštěli násilí, případně byly násilí na někom jiném přítomny. Bývají k nám přijaty také děti z pěstounské péče. Ne všechny děti nutně pocházejí z patologického prostředí. Někdy jde o děti, zpravidla trpící některou z vývojových poruch, jejichž výchovu rodiče podcenili a nedali jim dostatečné hranice. Nejčastěji u našich dětí identifikujeme vazbu nejistou – úzkostnou / ambivalentní a dezorganizovanou.

2 Attachment

Attachment je termín pro citové pouto mezi rodičem a dítětem, který byl popsán anglickým psychiatrem a psychologem Johnem Bowlbym ve čtyřicátých letech minulého století (Vrtbovská, 2010, s.10). Bowlby si všiml souvislosti mezi vážnými poruchami chování u dětí a jejich historií spojenou se ztrátou matky, pobytem v nemocnici či sirotčinci, a životem v týrajícím prostředí. Došel k závěru, že dítě má vrozenou potřebu se vztahovat k blízkému člověku. Separace od matky či zlý a necitlivý pečovatel brání naplnění této základní potřeby a dochází tak poruše zdravého citového pouta a vztahu k druhým lidem (Vrtbovská, 2010, s. 16).

Dalším Bowlbyho objevem byl proces zvnitřnění této zkušenosti. Raná zkušenost se vztahem s pečovateli se stává vzorem pro vztahy k dalším lidem, vyvíjí se takzvaný „vnitřní pracovní model“. (Vrtbovská, 2010, s. 16)

2.1 Vývoj attachmentu

Když se dítě rodí na svět, je zcela bezmocné a jeho vývoj není zdaleka dokončen. Na rozdíl od ostatních savců, jejichž mozek je plně vyvinut již před narozením, mozek člověka se vyvíjí 23-25 let. Tato bezmoc a neschopnost uspokojit své potřeby ho činí zcela závislým na blízkých lidech. Kvalita péče a interakce dítěte s jeho nejbližšími lidmi tedy přímo ovlivňuje jeho budoucí vývoj (Vrtbovská, 2010, s. 15).

Vztah s rodiči je prvním vztahem, jež dítě zažívá na tomto světě. Kvalita tohoto vztahu a postoj rodičů k dítěti se projevuje v každém okamžiku. Dítě intuitivně očekává dobrého rodiče. Je připraveno se vyvíjet a k tomu potřebuje, aby se mu

někdo věnoval. To je podmínkou pro vytvoření pevné bezpečné vazby mezi dítětem a rodičem. Pokud je postoj rodičů k dítěti negativní, pouto se sice vytvoří, ale bude plné strachu, negace či nenávisti. Dítě je na svých pečovateli závislé, nemůže z této bolesti utéct. Toto první pouto k rodiči se pak stane vzorem pro vztahy dítěte k dalším lidem a k sobě samému (Vrtbovská, 2010, s. 12).

2.2 Projevy jistého attachmentu

Attachment se projevuje jako touha po blízkosti. Vztah založený na citovém poutu se vyznačuje vyhledáváním blízkosti druhé osoby. Možností být blízko bezpečné osobě se vytváří základna pro veškeré další prožívání sebe sama i světa (Vrtbovská, 2010, s. 23).

Jistá a bezpečná vazba se projevuje důvěrou dítěte k pečovateli a vírou, že svět je dobrým místem k životu. Dítě věří v oprávněnost a naplnění svých potřeb. Věřící, že ono samo je dobré a že je schopno ovlivňovat svět (Vrtbovská, 2010, s. 23-24).

Způsob attachmentu, tedy vnitřní pracovní model, se stabilizuje kolem pátého roku (Vrtbovská, 2010, s. 24).

Míra závislosti a autonomie dítěte s bezpečnou citovou vazbou je v souladu s jeho věkem. Rodiče jsou pro něj zdroj pomoci, ochrany a podpory. Svobodně si říká o naplnění potřeb, ale neřídí a nekontroluje, nenaplňuje si potřeby samo v rozporu se svými schopnostmi a reálnými možnostmi. Svobodně vyjadřuje vztek i zlost, nechá se uklidnit, vítá opravu vztahu. Ví, že má u rodičů dobré místo a nechce je opouštět (Vrtbovská, 2010, s. 24).

Dítě s jistou vazbou se může s klidem otevřít okolnímu světu, protože nemusí věnovat pozornost stavu, ve kterém se nachází matka. Ví, že matka je tu pro ně. Když má dítě starosti, u matky se nabije a svůj stres odbourá (Grossmann a Grossmann, 2004 In Ruppert, 2011, s. 69-70).

„Čím stabilnější je matka, čím lépe se cítí, tím lépe se její dítě dokáže samo o sebe postarat“ (Grossman a Grossman, 2004 In Ruppert, 2011, s. 69)

2.3 Nezbytné podmínky pro jistý attachment

Potřeba vztahování se je vrozená nezbytnost. Snaha dítěte ji získat je biologicky naprogramována. Separace od matky má velmi negativní vliv na vývoj dítěte, protože zabraňuje naplnění vývojové potřeby. Podle Pessa je zásadní potřebou a cílem dospět ve šťastného zralého člověka. K tomuto je potřeba, aby bylo naplněno pět základních potřeb, které musí být naplněny ve správný čas, správnými lidmi a správným způsobem. Nestačí však pouhé uspokojení těchto potřeb ve smyslu zasyčení hladu, poskytnutí ochrany apod. Dítě potřebuje rovněž správnou mezilidskou interakci. Někoho, kdo naplní rovněž potřebu bezpečí a přijetí. Matka, která kojí své dítě, ho zároveň konejší, mluví na něj a její obličej vyjadřuje lásku a přijetí. Sycení hladu je tedy doprovázeno vztahem, láskou a blízkostí. Z této interakce vzniká záznam v paměti dítěte (Pesso, Boyden-Pesso, Vrtbovská, 2009, s. 60-61).

Pěti základními potřebami jsou **potřeba sycení, místa, ochrany, podpory a limitů**. Tyto jsou pak naplňovány ve třech vývojových úrovních – doslovně, symbolicky a internalizovaně (Pesso, Boyden-Pesso, Vrtbovská, 2009, s. 64-65, 68).

Potřeba místa je naplňována pomocí citové výměny mezi matkou a dítětem. Láskyplný pohled matky zůstává jako obraz uvnitř dítěte (Pesso, Boyden-Pesso, Vrtbovská, 2009, s. 69). V raném dětství je tato potřeba naplňována velmi doslovně. Symbolicky pak v období adolescence, kdy rodiče podporují mladého člověka při hledání svého vlastního místa (Vrtbovská, 2010, s. 31). Pokud nemá dítě správně naplněnou potřebu místa, není doma nikde, je to „člověk bez kořenů“ (Pesso, Boyden-Pesso, Vrtbovská, 2009, s. 70).

Sycení nedává dítěti jen pocit fyzické plnosti, ale také pocit nasycení po emocionální stránce. Na symbolické úrovni je sytíme láskou a pozorností (Pesso, Boyden-Pesso, Vrtbovská, 2009, s. 70).

Potřeba omezení / limitů znamená, že osobnost dítěte má mít vždy míru. Rodiče tuto potřebu naplňují tím, že uspokojují vývojové potřeby dítěte ve správných mezích, s respektem přijímají agresivní chování, avšak nedovolují destrukci a ubližování, správně reagují na projevy lásky a sexuální chování. Tyto projevy jsou přijímány a jasně definovány (Pesso, Boyden-Pesso, Vrtbovská, 2009, 71-72).

Pokud potřeby dítěte nejsou dostatečně naplňovány, dítě přestane důvěřovat, že vůbec mohou být naplněny, že může být spokojené a ve výsledku, že svět může být bezpečné místo k životu. Časem takové dítě může prosazovat svou vůli zcela bezhraničním způsobem. Může věřit jen samo sobě, stává se tedy samo sobě rodičem. Má onnipotentní pocit moci, a to mu brání ve změně. Deficit místa se může projevovat pocitem, že je „z jiné planety“. Zabývá se smrtí a má sebevražedné sklony. Deficit sycení zase v tendenci krást a kupit věci. Dítě může mít vnitřní pocit prázdnoty a nedostatku. Deficit podpory se vyznačuje slabou či žádnou sebedůvěrou a sebeúctou, tendencí se podceňovat. Deficit ochrany může vést k úzkostným poruchám a pocitům bezmoci. Deficit limitů a hranic vede k destruktivním projevům, bezohlednosti a nezvládnuté sexualitě (Pesso, Boyden-Pesso, Vrtbovská, 2009, s. 96-99).

3 Poruchy attachmentu

Pokud rodiče adekvátně nereagují na touhu dítěte po bezpečí, jistotě, vřelosti, ochraně a hlavně lásce, prožívají nesmírnou duševní tíseň. Může tím dojít k extrémnímu poškození duševního vývoje dítěte (Ruppert, 2011, s. 70). Hned na počátku svého života děti uvíznou v pocitech vzteku a zoufalství. Tato raná narušení vazby mezi dítětem a rodičem jsou příčinou různých psychických poruch (Brisch, 1999, Brisch a Hellbrügge, 2006, Strauß, 2008 In Ruppert, 2011, s. 70). Negativní zkušenosti s vazbou se předávají z generace na generaci (Fries 2008 In Ruppert, 2011, s. 70), takže „stresovaní rodiče mají stresované děti“ (Ruppert, 2011, s. 70).

3.1 Typy attachmentu a kazuistiky

Typy attachmentu vyvinula Mary Ainsworth na základě experimentu zvaného „neobvyklá situace“, z nichž vyzorovala tři vazebné vzorce – jistý attachment, nejistý attachment / úzkostný, rozporuplný (ambivalentní) typ a nejistý attachment / vyhýbavý typ (Vrtbovská, 2010, s. 25-27).

Děti s **úzkostným, ambivalentním typem attachmentu** se chovají rozporuplně, chaoticky. Jsou to děti nekonzistentních rodičů, kteří zde pro dítě někdy jsou a někdy ne. Potřeby svého dítěte naplňují podle toho, jak se sami zrovna cítí a své

pocity dávají dítěti najevo (Vrtbovská, 2010, s. 27). Matky své děti verbálně ani fyzicky neodmítají, jejich reakce na signály dítěte jsou však necitlivé (Ainsworth a kol. In Wallin, 2020, 36).

Kazuistika č. 1

Vašek se narodil nesezdaným rodičům, kteří se rozešli krátce po jeho narození. Má staršího polorodého bratra, se kterým má společnou matku. Vašek zůstal po rozchodu rodičů v péči matky. Matka, která sama vyrůstala v dětském domově. Nezvládala péči a výchovu dvou malých dětí, a tak byl Vašek ve čtyřech letech spolu s bratrem umístěn do pěstounské péče na přechodnou dobu.

Z pěstounské péče na přechodnou dobu byl po roce přemístěn do běžné pěstounské péče, kde však byl pouze dva roky. Pěstounka vážně onemocněla a nebyla schopna dále o Vaška a jeho bratra pečovat. Již tehdy pěstouni uváděli zhoršující se výchovné problémy obou dětí. Sourozenci tedy byli opět přemístěni do pěstounské péče na přechodnou dobu, kde byli další rok. Ani po tomto čase si Vaška rodiče nepřevzali do péče. Byl proto umístěn spolu s bratrem v dětském domově. Z tohoto dětského domova byl po třech letech přemístěn do našeho programu z důvodu zhoršujícího se agresivního chování, které nebyli schopni zvládnout. Ještě před přijetím do našeho programu byl dvakrát hospitalizován v dětské psychiatrické léčebně.

Matka projevuje o syna zájem, její výchovné schopnosti jsou však slabé, často syna okřikuje, výchovně ho systematicky nevede. Matka dlouhodobě hovoří o plánu mít Vaška opět ve své péči, nečiní však žádné reálné kroky pro změnu.

Vašek umí být velmi milý, slušný a pozorný k dospělým i kamarádům, zároveň však dokáže být zkratkovitý, výbušný, impulsivní a hrubý. Při agresi má „zatmění“ a je až hysterický. Vždy předem počítá s tím, že ho nikdo nepochopí. Touží po pozornosti a po osobě, které by mohl věřit. Snaží se zavděčit všem dospělým. Rád se s nimi objímá. Velmi dobře se vztahuje ke svému garantovi.

Převládají styl attachmentu jsme odhadli jako nejistý – ambivalentní. Rodičovská komunikace je nejasná a nečitelná. Největší deficit v jsme vyhodnotili v potřebě sycení. V rámci naplnění vztahu s dítětem se soustředíme na sycení zájmem.

Snažíme se však o naplňování všech základních vývojových potřeb. Vytvoření vztahu je při práci s dítětem klíčové.

Matky dětí s **vyhýbavým typem attachmentu** nejsou citlivé a vnímavé (Vrtbovská, 2010, s. 27). Aktivně odmítají snahy dítěte o kontakt (Ainsworth a kol. In Wallin, 2020, s. 35). Děti si pak udržují od matky určitý odstup, aby nezažily její odmítavou reakci. Tímto vyhýbavým chováním usilují o zachování vztahové vazby s matkou, avšak na úkor vlastní potřeby blízkosti (Brisch, 2011, s. 92).

Kazuistika č. 2

Viktor vyrůstal se třemi staršími sestrami a oběma rodiči. Matka byla alkoholička. Po její smrti (Viktorovi bylo deset let) žily všechny děti chvíli s otcem, který ale péči nezvládal. Pomáhali mu další rodinní příslušníci. Všichni se však v domácnosti zdržovali v podnapilém stavu. Viktor i se sestrami byl záhy umístěn do dětského domova, kde se rychle adaptoval. K dětem se po čase začala hlásit teta (sestra matky), která si je sice nemohla převzít do péče, ale brala si je na krátkodobé pobyty a stala se pro ně blízkou vztahovou osobou.

Viktor má poruchu autistického spektra. Kromě toho trpí velkým množstvím somatických potíží. Po čase s ním začaly být v dětském domově potíže. Pro vzdorovitost, utíkání od skupiny, afekty a impulzivitu byl přemístěn do našeho programu. V našem programu nebyl agresivní k lidem, ale často provokoval, vzdoroval, nekomunikoval, nedodržoval požadavky, ničil věci. Viktor byl uzavřený chlapec, zpočátku se vyhýbal fyzickému kontaktu, dobře si chránil svou osobní zónu. Lépe reagoval na ženy než na muže. Jeho garantce se podařilo vytvořit s ním blízký vztah. Časem se Viktor otevřel i ostatním dospělým a k veškerému personálu se vztahoval jako ke své rodině. Rád si přišel i pro obejmutí. Vzhledem k jeho autismu neměl rád změny. Vyhovoval mu náš režim a jistota, která z něho plyne.

Z dostupných informací jsme Viktorův attachment odhadli jako vyhýbavý. Matka u něj fyzicky byla, ale nebyla pro něj citově dostupná. Zpočátku jsme největší deficit spatřovali v potřebě ochrany, a to především před podněty, kterým nebyl

schopen porozumět, a také před důsledky jeho jednání. Postupně jsme se více zaměřili na potřebu podpory, zejména když Viktor nastoupil na učiliště.

Další typ attachmentu byl objeven později Mary Main a Judith Salomon při studiu miminek, která utrpěla traumatem během prvního roku života. Šlo o tzn. D-D neboli **dezorganizovaný-dezorientovaný attachment**. Děti prožívají ve vztahu s rodičem spíše negativní očekávání, než bezpečí a klid. Tento typ je široce zastoupen ve skupině zanedbávaných, týraných a zneužívaných dětí (Vrtbovská, 2010, s. 28) a nezřídka se objevuje také u dětí umístěných v našem zařízení.

Kazuistika č. 3

Radim byl v péči své matky, alkoholičky, do svých pěti let. Matka o něj pečovala i ve velmi podnapilých stavech a v těchto stavech mu také fyzicky ubližovala. Chlapec byl umístěn v dětském domově. Nicméně již předtím se v mateřské škole projevoval agresivně, bil a kousal děti, plival na ně.

Radim během několika málo let vystřídal dva dětské domovy, absolvoval jeden pobyt v diagnostickém ústavu a pětkrát byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici. Výchovně byl velmi náročný. Byl čím dál více agresivní vůči dětem, dospělým i věcem. Rovněž byl verbálně agresivní, vyhrožoval, provokoval, lhal a měl tendence k sebepoškození. Z těchto důvodů byl nakonec umístěn do našeho programu.

Na dospělé se poutal rychle, více na ženy. Avšak i k těch nejbližším dospělým, které měl rád, dokázal být agresivní a napadat je. Ve stabilním prostředí se jeho chování začalo během dalších let zlepšovat. Přestal být agresivní, ustoupila také vzdorovitost. Stále se hodně hádal, ale dokázal přiznat chybu a omluvit se. Naučil se zastavit se v rizikových situacích. Vztahovou osobou mimo ústav byla jeho dospělá sestra, která mu nabídla zázemí po odchodu z našeho programu.

Radim si, podle nás, vytvořil dezorganizovaný typ attachmentu. Jeho matka, nejen že jako alkoholička nebyla schopna uspokojit jeho základní potřeby, ale přímo ho svou péčí ohrožovala. Zpočátku jsme se zaměřili na naplňování potřeby ochrany, a to hlavně před ním samým a před důsledky jeho jednání. Postupem času se stala prioritní potřeba podpory v jeho snahách.

Zvláštní skupinu tvoří děti, které byly opuštěny záhy po narození a první roky prožily v ústavním zařízení. Tyto děti se poutají nahodile a krátkodobě k aktuálně dostupným zdrojům bezpečí a může se u nich rozvinout porucha „**no attachment**“, neboli žádného attachmentu. U těchto dětí je ve starším věku často diagnostikována citová plochost, disharmonický vývoj osobnosti, porucha empatie a sociálních vztahů. Může dojít až k rozvoji asociální osobnosti (Vrtbovská, 2010, s. 28-29).

Kazuistika č. 4

Vilém se narodil rodičům bez přístřeší, závislým na alkoholu. V péči matky byl pár týdnů po narození. Byl zabaven podnapilé matce a umístěn do kojeneckého ústavu. Zpočátku ho zde matka sporadicky navštěvovala, zájem se postupně vytrácel až přestala chodit úplně. Vilém byl z kojeneckého ústavu přemístěn do běžného dětského domova. Tam ho začal navštěvovat jeho otec, tyto kontakty však byly nespolehlivé, často chodil podnapilý. Vilém se na něj navázal a často byl zklamáván.

Z dětského domova byl později přemístěn do našeho programu z důvodu narůstající agresivity – ubližování sobě (bití se do hlavy, mlácení hlavou o stůl), ubližování ostatním dětem.

Jeho agresivní projevy jsou v rámci našeho programu zvladatelné. Do konfliktních situací se dostává buďto rozpustilostí nebo domnělou křivdou. Neváhá zaútočit pěstmi. Na dospělé osoby se navazuje velmi rychle. Zpočátku se vztahoval spíše k ženám, nyní více k mužům. Má tendence ke kontaktnímu chování. Tulí se a objímá. Někdy však svou agresí vyprovokuje zásah pedagoga fyzickým držením a pak zpětně vyjde najevo, že si neuměl říct o obejmutí. Z rodiny se na něj nikdo nekontaktuje.

Viléma vnímáme jako dítě s nulovým attachmentem, vzhledem k tomu, že je téměř od narození v ústavním zařízení. S diagnózou disharmonického vývoje osobnosti s plochými vyššími city naplňuje rovněž výše uvedenou charakteristiku. Největší deficit jsme u něj shledali v potřebě ochrany, kterou se snažíme naplnit tím, že jej chráníme od následků, které není schopen domyslet, a to včetně ochrany před ním samotným.

Všechny dosud uvedené typy attachmentu jsou spíše pomocnými kategoriemi klinické praxe. Pro popis vážně narušené citové vazby se v psychiatrických diagnostických manuálech používá termín **reaktivní attachment**. Jedná se o závažnou, spíše vzácnou poruchu citového pouta u dětí. Citové a sociální vztahy dítěte jsou narušeny a neodpovídají věku. Dítě buďto není schopno přirozeně navázat kontakt nebo se naopak chová s příchylností a důvěřivostí i k cizím lidem, jako by byly blízcí. Tento typ attachmentu je následkem výrazně narušeného rozvoje citové vazby mezi dítětem a pečovatelem. Může jít o velké zanedbání, zneužívání, separaci od matky, časté střídání pečovatelů, nebo nedostatečnou pozornost, a to ve věku od narození do tří až pěti let (Vrtbovská, 2010, s. 29).

Kazuistika č. 5

Sebastian byl ve dvou měsících věku přijat do dětského centra, protože rodiče neměli kde bydlet. Ani po vyřešení bytové situace však nepodnikali kroky k převzetí syna zpět do své péče. Sebastiana zpočátku navštěvovali, tento zájem postupně slábl a dosud je velmi nestabilní. Z důvodu zhoršujícího se chování, zvyšujícího se neklidu a útokům vůči ostatním dětem a personálu byl opakovaně umístován v dětských psychiatrických léčebnách. Z tohoto důvodu byl poté z dětského centra přemístěn do našeho programu.

Sebastian je psychomotoricky neklidný, nezdrženlivý, temperamentně aktivnější, citově labilní s častými afektivními výkyvy. Při nevyhovění požadavku je ve vzdoru, který často ústí do raptu. Sebastian se pak chová agresivně k sobě i okolí.

Sebastian má diagnostikovanou reaktivní poruchu příchylnosti. Velmi rychle je schopen se navázat na cizího člověka, jako by to byl člověk blízký. Když jsem ho přijímala, pověsil se mi kolem pasu hned, jakmile jsem otevřela dveře a přivítala ho. V rámci vztahu se s ním však dá dobře pracovat. Má vytvořené silné pouto se svým garantem. Největším deficit jsme shledali v potřebě ochrany. Chráníme ho nejen před důsledky, ale také před podněty, kterým není schopen porozumět.

Při naplňování vztahu s dítětem se zaměřujeme na čtyři z výše uvedených potřeb, a to potřebu místa, sycení, ochrany a podpory. Pátá potřeba, potřeba limitů / omezení, je v našem programu naplňována důsledným dodržováním hranic.

4 Trauma

Dítě vyrůstající v dobrém sociálním i citovém prostředí, se rozvíjí jako celistvá osobnost a postupně se naučí, jak se citově chránit ve společnosti ostatních. Pokud je však vystaveno týrání, zneužívání nebo jsou dlouhodobě zanedbány jeho vývojové potřeby, tento proces je narušen (Vrtbovská, 2010, s. 48). Emoční zneužívání a zanedbávání, fyzické a pohlavní zneužití včetně svědectví domácího násilí, to vše zasahuje do vývoje jistého attachmentu (Pesso, Boyden-Pesso, Vrtbovská, 2009, s. 100-101).

Pokud dojde k závažnému traumatu v dětství, může být překážkou v naplňování potřeb a dochází tedy k jejich deficitům. Dlouhodobé trauma v dětství se stává vývojovým faktorem, protože se teprve rozvíjí nervová soustava. Z dlouhodobého hlediska se může rozvinout komplexní vývojové trauma. Tyto děti se pak potýkají s problémy celý život. (Pesso, Boyden-Pesso, Vrtbovská, 2009, s. 100-102).

Traumatizované děti obvykle chtějí pochopit, proč se jim to děje. Pokud nedojde k vysvětlení a „opravě“ blízkého vztahu s pečovatelem, je poškozeno sebepojetí dítěte. Začne věřit tomu, že situaci přispělo tím, že ono samo je špatné. Vztek pak obrací proti sobě (Vrtbovská, 2010, s. 50).

Lidé, kteří mají traumatickou zkušenost, téměř nejsou schopni navazovat zdravé, nezatížené vztahy. Následkem traumatu totiž ztratili bezprostřední vztah vůči sobě, pak nemohou správně chápat ani svět kolem sebe. Nemohou rozumět sobě ani druhým, protože byly přetrženy emocionální vazby směrem dovnitř i navenek. Tento následek se týká hlavně nejbližších vztahů, jak mezi rodiči a dětmi, tak vztahů partnerských v dospělosti. Vztahová vazba a trauma spolu tedy těsně souvisejí (Brisch a Hellbrügge, 2003 In Ruppert, 2011, s. 73). Trauma zanechává jako vzpomínkovou stopu extrémní strach, který brání vytváření zdravých vztahů. Na místo vjemů tak nastupují projekce (Ruppert, 2011, s. 73).

Velké množství dětí, které jsem během své praxe měla možnost poznat, mají ze svého útlého dětství nějakou zkušenost s násilím či nepřiměřenými tresty. Často jde o děti matek ze sociálně slabších rodin, uživatelék drog či alkoholiček. Výjimkou nejsou ani nezletilé matky, které pečovaly o své děti v ústavu, kde byly

samy umístěné. V jednom takovém případě byl matce chlapec odebrán již v půlroce věku pro hrubé zacházení.

Vybavuji si za svou praxi dva chlapce s diagnózou syndromu CAN. Jeden chlapec se k nám dostal po vystřídání pěstounské péče, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, přes několik hospitalizací v psychiatrické nemocnici a umístění v diagnostickém ústavu. Byl týrán matkou, která za to byla odsouzena. Trpěl také depresivní poruchou chování, poruchami řeči a negativismem. Jeho attachment jsme zhodnotili jako dezorganizovaný až reaktivní. Chlapec byl zpočátku velmi odtažitý, nekomunikoval, nikomu nedůvěřoval. Postupně si u nás vytvořil vztahy s několika dospělými a našel si kamarády. Zaměřili jsme se u něj především na naplnění potřeby místa.

Druhý chlapec byl také týrán svou matkou. Šlo o chlapce s disharmonickým vývojem osobnosti a jednoho z těch náročnějších, které jsem v našem programu mohla poznat. Jeho agresivita a destruktivita, kterou reagoval prakticky na každé nevyhovění jeho požadavku, se začala zmírňovat až po několika letech. Nakonec od nás v osmnácti letech odešel stabilizován. Tomuto chlapci s dezorganizovaným attachmentem jsme se po jeho přijetí snažili naplňovat především potřebu místa. Později byla prioritou potřeba sycení a po nástupu na učiliště a před odchodem z našeho programu jsme se zaměřili na potřebu podpory.

Závěr

Jak jsem již uvedla výše, většina dětí v našem programu mají, dle našeho názoru, úzkostný / ambivalentní a dezorganizovaný typ attachmentu. Ve většině případů k nám přijdou děti, které se velmi rychle přimknou. Prahnu po blízké osobě, po objetí a pohlazení. Současně velmi touží po kontaktu se svou rodinou, hlavně s matkou. V tomto jim často nedokážeme pomoci, ač se o to snažíme, pokud je to možné. Co jim však můžeme nabídnout, je jistota a bezpečí. Stabilní prostředí, místo, které nemusí za nějaký čas opustit, protože „zlobili“. Místo, kde přesně ví, co bude zítra. Místo s pevnými hranicemi a jejich důsledným dodržováním. Domnívám se, že je to přesně to, co dětem s narušenou ranou vazbou chybí, a co potřebují.

Tím, že v domově pracuji již devět let, mám možnost vidět rozvoj dětí v čase. Vidím, že náš program funguje. Jsem svědkem toho, jak se děti zklidní, jak se naučí zvládat svoje emoce, jak obnoví svou důvěru v blízkého člověka. Nakonec je vidím i po odchodu z programu, protože se k nám často rádi vrací, a je radost vidět, jak se jim „venku“ daří.

Zdroje

BRISCH, Karl H., *Poruchy vztahové vazby: Od teorie k terapii*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-870-8.

PESSO, A.; BOYDEN-PESSO, D.; VRTBOVSKÁ, P., *Úvod do Pessu Boyden System Psychomotor: PBSP jako terapeutický systém v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu*. Tišnov: SCAN, 2009. ISBN 80-86620-15-8.

RUPPERT, Franz. *Symbióza a autonomie: Traumata z narušeného systému rodinných vazeb*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0004-8.

VRTBOVSKÁ, Petra. *O ztraceném dítěti & cestě do bezpečí: Attachment, poruchy attachmentu a léčení*. Tišnov: SCAN, 2010. ISBN 80-86620-20-4.

WALLIN, David J. *Vazba v psychoterapii*. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1671-1.

Transgenerační přenos z hlediska agresivního chování

Iveta Skálová

1. Úvod

Pro práci na tématu přenosu agresivního chování mě inspirovali klienti, kteří přichází do terapie se zakázkou snížit či kultivovat své agresivní chování. Mají potíže řešit vzniklé životní situace v klidu a bez podráždění. Svě děti vychovávají přísně a nastavují jim omezené hranice. Jiní klienti přicházejí zase s tím, že

vychovávají své děti bez hranic, neboť se obávají, že na své děti budou příliš přísní, jako byli rodiče na ně.

Agrese je velmi ambivalentní pojem, neboť agrese sama o sobě je jev, který je potřebný k životu. Je to emoce, která nás nutí k pohybu. Žijeme v době, kdy díky médiím můžeme daleko více vidět případy násilí kolem sebe, jak u dospělých, tak u dětí. Agresivní chování lidí vůči sobě navzájem, ale také vůči sobě samotným.

Při své práci jsem se chtěla věnovat tomuto tématu nejen z perspektivy výchovy a působení rodiny, ale i předání souboru vlastností či utvoření osobnosti v širším poli dalších generací. Při narození dětí si mnoho začínajících rodičů říká, že bude vychovávat své děti jinak než jejich rodiče, že překročí stín a zhostí se své nové role lépe než předchozí generace. Je to vůbec možné? Lze se oprostit od vzorců chování, které se dědí z generace na generaci, nebo jsme lapeni v pasti transgeneračního přenosu a budeme vzorce opakovat.

Dle Trapkové je narození dítěte propojení několika generací. Už to samo o sobě je zajímavá směs různých vzorců chování a hodnotových řebříčků. Jak tedy uchopit agresivní chování, které se v nás roky vyvíjí? A je toto agresivní chování opravdu důsledkem transgeneračního přenosu a výchovy rodičů a jejich rodičů?

Ve své práci bych se ráda podívala na téma Agrese a jejího přenosu více dopodrobna. Nicméně jsem si vědoma, že téma je velmi široké a obsáhlé, než aby se zde vše mohlo objevit. Bude proto jen malým vhledem a střípkem, který nás může navnadit se o problematiku dále zajímat.

Ráda bych se při práci zaměřila na ukotvení názvu Transgenerační přenos, definici agresivního chování a jejích příčin. Cílem bude v "omezené" míře ověřit či vyvrátit hypotézu, že agresivní chování je důsledkem přenosu rodinných systémů a zda je možné toto spojení přerušit a osvobodit se od něj. Nebo že agresivní chování ovlivňuje hlubší systém, který změnit nelze.

2. Transgenerační přenos

Narozením jednoho jediného dítěte se spolu nerozpojitelným poutem nepropojí jen dva rodiče, ale také celé jejich dva rody, jejichž kořeny sahají v mnoha generacích hluboko do minulosti (Chvála, Trapková, 2008, s.141).

Už Freud...

Již Freud, na základě svých problémů a svého vlastního utrpení, úzkostí a otázek, objevil tuto "další" scénu", tuto "černou díru", kterou každý nosí v sobě, "nevyřčené" nebo "nevyjádřené". „Právě ono nevyřčené, ale vyostřené mlčením a vyhýbáním se mluví a jedná,“ píše francouzská psycholožka Anne Ancelin Schützenberger, která se zabývala transgeneračním přenosem traumatu. Tato mezera, tato "černá díra propojená s ostatními" (členy rodiny, blízkými, se společností jako celkem), stejně jako inter- a intra- psychické prostředí, kontext, je tím, co nás formuje, co nás utváří i slepě vede k příjemnému či tragickému, nebo nám dokonce občas provádí "špinavé triky" (Schützenberger, 2021, s. 22).

Anne Ancelin Schützenberger ve své knize *Bolest mých předků* mě provází se zamýšlí nad tím, zda můžeme najít hlubší smysl neškodných a banálních každodenností, opomenutí, přeřeknutí, chybných úkonů, snů, impulzivních činů. Zamýšlí se nad významem našich reakcí, nemocí, nehod, významných i "normálních" životních událostí a skutečností, jako je uzavření manželství (jejich počet, věk), profese, počet dětí, "potrat", věk, úmrtí.

Freud v knize *Totem a tabu* mluvil o "kolektivní duši" a Jung zase psal o "kolektivním nevědomí". Podle Junga je kolektivní nevědomí to, co v nás "pracuje", nevědomí předávané z generace na generaci ve společnosti, v němž se shromažďuje zkušenost lidstva, je vrozené, a tudíž existuje navzdory veškerému vytěsňování i osobní zkušenosti (Schützenberger, 2021, s. 20-21).

Trauma, které zůstává nevyřčené a nepojmenované viset ve vzduchu po několika generacích. Dělá se, jako by se nikdy nestalo, nebo se některé části z historie záměrně vynechávají. Ticho a vyhýbání se daným tématům mívá ale tu vlastnost, že to umlčené se paradoxně zhmotňuje a zpřítomňuje mnohem více, než kdyby to bylo pojmenováno a bylo možné o tom hovořit.

Emoční pole

Jak se uvádí v knize Tóthlové (str. 42) teprve triáda může zrodit něco skutečného, teprve trojjedinost jin-jang-tao může založit nový vesmír, až trojice matka-otec-dítě se může stát zdrojem nového emočního pole. Dle Chvály a Trapkové (2008, str. 78) vymezení rodinného emočního pole spočívá v nerozpojitelosti ženského a mužského principu. Narozením dítěte dochází ke zrození tří nových a nezpřetrhateľných vztahů: vztahu dítěte k oběma rodičům a novému vztahu mezi rodiči, jejichž partnerský (získaný) vztah se prostřednictvím společného dítěte transformuje na vrozený. Emoční pole je tedy tvořeno vždy minimálně třemi generacemi (Tóthová, str. 44). Transgenerační emoční pole rodiny je možné vymezit jako časově i prostorově neomezený interační prostor, který zahrnuje všechny přítomné, nepřítomné, vyloučené i nikdy nepřijaté postavy rodinné minulosti, jež zůstávají z nejrůznějších příčin s rodinným systémem propojené na emoční úrovni (Tóthová, str. 45). Narozením prvního dítěte nedochází jen ke zrození trojjediného vztahového systému v rámci dvougeneračního pole nukleární rodiny, ale i ke zrození trojjediného vztahu této nové rodiny k původním rodinám obou rodičů. Rodiče slouží jako mediátoři, skrze něž se emoční systém nukleární rodiny napojuje na emoční pole původních rodin a vytváří systémově vyšší celek transgenerační vztahové triády. Rodiče mohou přijímat od vlastních rodičů, ale dávat by měli primárně vlastním dětem. (Tothlová, str. 46). Pro nové dítě pak musí být v rámci rodinného systému uvolněno místo, které mu zajistí citové bezpečí, vztahovou stabilitu a rodinné ukotvení, v opačném případě dojde k deformaci subsystému prarodičů znejasněním hranic, hierarchickým převrácením rodičovských rolí či mezigenerační koalici s některou z mladších generací.

Krypta a fantom

To, co pronásleduje, nejsou mrtví, ale mezery v nás, zanechané tajemstvími druhých.

Nicolas Abraham, Mária Török,
1994, s. 171

Jak uvádí Anne Schützenberger ve své knize Bolest mých předků mě provází, v roce 1978 dva klasičtí freudiánští psychoanalytici, Maria Töröková a Nicolas Abraham (Pařížané maďarského původu, kteří sami prošli holocaustem), navrhli na základě svých klinických výzkumů teorii takzvané krypty a fantoma.

Krypta představuje nezpracovaný smutek po smrti blízké osoby.

Neakceptování skutečnosti ztráty zesnulého člověka jako by vedlo k vytvoření jakési “náhradní emoční hrobky”. Zesnulý je “pochován” v rámci intrapsychického prostoru člověka, jenž neukončil proces truchlení a nepřipouští realitu jeho pochování ve vnějším světě. Je možné říct, že endokryptická identifikace vzniká intrapsychickým štěpením, jehož následkem přebývají v člověku dvě osoby, aniž by jedna o druhé věděly (Nicolas Abraham, Mária Török, 1994, The shell and the kernel).

Schützenberger uvádí, že je to jako by nedostatečně pohřbení mrtví nedokázali zůstat ve svém hrobě, zvedli náhrobní kámen a pohybovali se venku a pak se schovali do krypty, jejímž nositelem je někdo z rodiny - má ji ve svém srdci a ve svém těle - a z této krypty pak vystupují, aby se dali poznat, aby se na ně nezapomnělo, aby se nezapomnělo na tu událost (Schützenberger, 2021, str. 62,63).

Výrazem “**fantom**” autoři označovali “výtvar dynamického nevědomí, který nevzniká vlastní represí daného subjektu, ale v důsledku bezprostřední empatie s nevědomým či potlačeným obsahem psychiky rodičovského objektu” (Abraham, Török, 1994, a. 181). Mechanismus transgeneračního přenosu autoři odvozovali od prvotní symbiotické jednoty matky a dítěte v prvních měsících života dítěte. Výbojem se tato duální jednota matky a jejího dítěte transformuje ve vnitřní dualistickou jednotu mezi nevědomím a egem” (Abraham, Török, 1994, str.399). Myšlenka duálního charakteru této prvotní vazby je podle autorů hlavním faktorem, který umožňuje porozumět manifestaci fantomových symptomů. Právě tato prvotní vazba způsobuje, že dítě se stává vnímavým vůči prázdným místům ve vlastním vědomí, která selhala, tzn. že dítě nedokáže asimilovat neukončené trápení rodiče, čímž dochází k vytvoření specifické transgenerační vazby.

Anne Ancelin Schützenberger popsala tento přenos takto: **V první generaci jde o nevyřčená slova, ve druhé generaci o rodinné tajemství, ve třetí generaci se z toho stává rodové ne- myšlení, tedy něco, na co nelze dokonce ani pomyslet.**

Transgenerační psychoterapie se zaměřuje na rodinná tajemství a na jejich kontext v rodové historii. Pokud se tato tajemství odhalí, může dojít k pochopení a k nahlédnutí různých rodinných vazeb a významů. Tím, že se odkryjí, ztratí svůj nevědomý emoční náboj a přestanou na nás mít takový vliv. Jak uvádí Schützenberger ve své knize, pokud začneme odkrývat “tajemství” minulosti, rodinné trauma či nespravedlnost, může se nám ulevit vyslovením či náhladem na rodinnou “past”. (Schützenberger, 2021, str. 115).

3. Agrese

Rozdíl mezi **agresí** a agresivitou vysvětluje ve své knize Daniel Čáp tak, že zatímco agrese je konkrétní, aktivní čin (zvnějšku pozorovatelné chování), **agresivita** je pouze vnitřní predispozice (tendence, pohotovost) k agresivnímu chování a nemusí být navenek zcela patrná. Za agresi lze označit úmyslné (nepřátelské až destruktivní) chování, jehož záměrem je zničení, poškození, zranění či znehodnocení určitého člověka, zvířete, předmětu či sebe samotného. Autor uvádí, že agrese je ve své podstatě prolamování hranic někoho či něčeho druhého (Stočasová, Čáp, 2020, str.14, 15). Verena Kast v knize Hněv a jeho smysl popisuje agresi jako záměr něco změnit. Je to záměrný přístup k určitému cíli, což může být konstruktivní nebo destruktivní (Kast, 2010, str. 13). Další autor Jaromír Janata mluví o tom, že agrese má ambivalentní význam. Na jedné straně vede k poškození druhého, nicméně na straně druhé zahrnuje jednání a chování, které směřuje k dosažení určitých výhod a prosazení cílů, které člověk naplánoval (Janata, 1999, str. 19). Autoři se shodují, že agrese má kromě negativní stránek i svou pozitivní komponentu. **Agrese je vlastně neutrální pojem a záleží především na tom, k jakému účelu agresi využijeme.**

Podle Čápa a Stočasové má agrese různé podoby: od asertivního překonávání překážek a sportovního zápalu pro hru přes pasivní agresi (jako např. nevhodnou ironii nebo sarkasmus či záměrný bojkot plnění povinností) až po hrubé nadávky či fyzické násilí vůči osobám, zvířatům a předmětům.

V jádru rozlišujeme dva základní zdroje agrese:

- **Biologické dispozice** - fyziologické a genetické faktory související se zvýšenou mírou výskytu agresivních tendencí. Těmi jsou vyšší hladina testosteronu, změna struktury či porucha funkce centrální nervové soustavy (ať po úrazu hlavy, prodělané nemoci, či pramenící z genetické výbavy), kognitivní deficit, nadměrná excitace autonomního nervového systému, porucha kontrolních a vyhodnocovacích systémů apod. (Fischer a Škoda, 2014, Látalová, 2013),
- **Sociokulturní činitelé** - společenské okolnosti (např. nestabilní rodinné zázemí, špatné finanční poměry, absence dobrých vzorů) a sociální učení (agresivní jednání lze tzv. okoukat a napodobováním přijmout za své).

S agresí a agresivitou souvisí i vztek, který se pohybuje v rozmezí od mírného podráždění či mrzutosti až po extrémní záchvaty zuřivosti a běsnění. Na rozdíl od násilí a agrese, jež jsou považovány za aktivní a mnohdy destruktivní činy, prožitek vzteku jako takový nemá moc ublížit. Škodlivé je až nepřiměřené chování pod vlivem vzteku. Vztek se obvykle projeví, když se události odehrávají jinak, než bychom si přáli či očekávali (Stočasová, Čáp, 2020, str.14, 15). Kast pak označuje vztek jako intenzivní hněv. V podstatě jde o intenzifikaci úrovně podráždění. Ve vzteku je více afektivní intenzity než v hněvu. Říká to i jazyk. Vztekem se nám “zatmívá před očima”, jsme “vzteky bez sebe”, jinak řečeno ztrácíme přehled a rozvahu (Kast, 2010, str. 13). **Vztek a zlost jsou emoce spjaté s velkým množstvím energie. Je to energie nutná ke změně situace.** Přitom však nejde o harmonickou změnu, nýbrž obvykle o to, že se něco zničí. Nicméně jak uvádí Čáp a Stočasová (Stočasová, Čáp, 2020, str.14, 15) tato vysoká míra energie může být použita jako zdroj síly a může nás motivovat k činu - pomáhá nám sebrat prvotní odvalu, přimět se ke změně (aktivitě), dosáhnout vytyčeného cíle a překonávat překážky. Vztek má mobilizující (a dokonce motivační) charakter, dokáže vyvinout a udržet energii pro mentální i fyzickou obranu člověka.

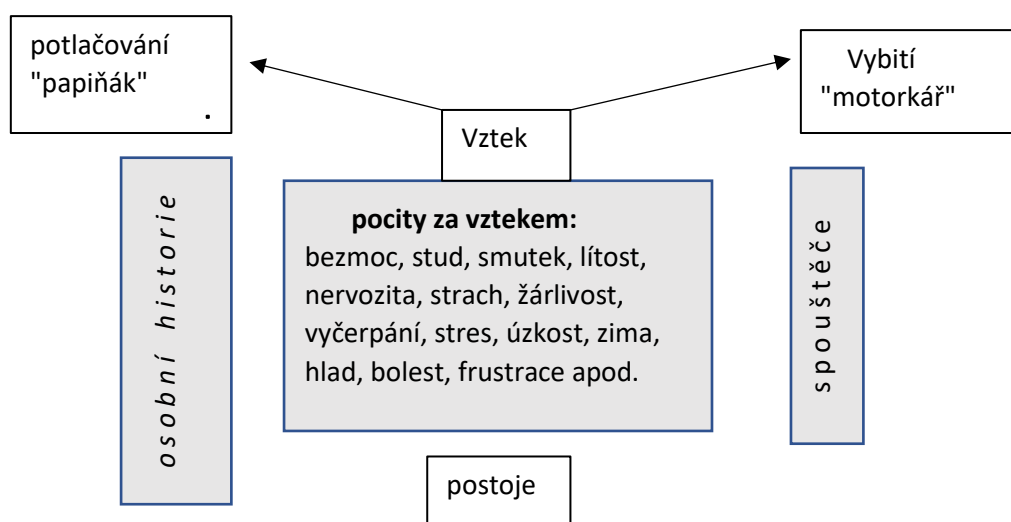
Čáp a Stočasová uvádí **dva druhy nezdravého zvládní vzteku:**

- **Potlačení vzteku** – vede k hromadění negativní energie (pocitů) uvnitř jedince, a tím dochází ke zvyšování napětí, dusivého tlaku a tenze, které nemají

kam uniknout. Dříve či později se nahromaděný vztek uvolní a exploduje. Lidé potlačují vztek nejčastěji z toho důvodu, že se cítí provinile (bojí se, že někomu ublíží, když dají najevo svou rozzlobenost nebo je jim jednoduše nepříjemné dostat se do konfliktu, chtějí být s každým zadobře). V neposlední řadě potlačujeme vztek ze strachu z opuštění našimi nejbližšími.

- **Vybití** dává volný průchod nahromaděným emocím, jež poté člověka zcela zaplaví, ochromí, ovládnou a dovedou ho k více či méně násilné reakci či k (sebe)destruktivnímu chování.

K rozklíčování toho, jak funguje vztek, organizace REFORM užívá následující model nezdravého zvládnání vzteku, který názorně popisuje jednotlivé složky ovlivňující náš výsledný způsob (ne)zvládnutého hněvu:



Stočesová, Čáp, 2020, str.21

Kast poukazuje na to, že hněv produkuje zase hněv, vztek probouzí v druhých lidech buď rovněž vztek, nebo strach či úzkost. Strach mimo jiné proto, že nevíme, zda ještě dokážeme kontrolovat svou zlost a svůj vztek. Všichni samozřejmě víme, že naše zlostné a vzteklé reakce jsou často zcela nepřiměřené situaci, která je vyvolala. Víme, že jsou to hyperreakce a že skutečně přechodně ztrácíme sebekontrolu. V této souvislosti je třeba plně myslet na to, co nám otevírá hlubinně psychologickou perspektivu: že totiž sice reagujeme na jednu určitou situaci, ale na základě zkušeností z mnoha podobných situací v životě.

Že naše emocionální reakce je taková, jako by nešlo jen o tuto určitou situaci, nýbrž o všechny podobné situace. Reagujeme zkrátka komplexově. Jestliže Vás celý život druzí přehlíželi v situacích, na kterých Vám záleželo, a Vy jste to vždy prožívali jako urážku nebo nepříjemnost - pak Vás v další situaci, kdy Vás druzí přehlížejí, popadne vztek, který je mnohem silnější, než by odpovídalo situaci (Kast, 2010, str. 23).

Příčiny zvýšené agresivity

Výraznou roli hrají **genetické faktory** - s předpoklady k agresivnímu chování se rodí každý z nás. Míra těchto předpokladů je však individuální, někteří jedinci jsou agresivní více než jiní. Vágnerová (2008, str.164) uvádí, že četnost předpokladů k agresivnímu chování v populaci odpovídá Gaussově křivce, tzn. největší procento lidí má průměrnou úroveň takových předpokladů, zatímco extrémní varianty se vyskytují spíše okrajově.

Dalším faktorem je **model výchovy**. Martínek popisuje jak výchovu velmi přísného a trestajícího otce, tak používá výraz "skrytě agresivní matky", která přenáší zodpovědnost za trestání na otce. Dítě pak prožívá pocity: nejistoty, která může vyvolávat hyperaktivitu a agresi, dalším velmi silným a špatným pocitem je bezmoc - dítě se nemůže agresi rodičů bránit. Důsledkem toho se pak oslabuje důvěra v matku. Dítě poté začíná vnímat svět jako nebezpečný, ve kterém není nikdo, kdo by ho ochránil, ke komu by se mohlo schovat.

Martínek ve své knize Agresivita a kriminalita školní mládeže (2015, str.12-15) také uvádí, že agresivitu můžeme očekávat od raného věku dítěte, kterému je dáváno najevo, že jeho agresivita pomáhá k dosažení vytyčeného cíle. Píše o tom, že pokud rodiče svému tříletému potomkovi často ustupují, sytí tak jeho chování a dítěti dává smysl. Radí rodičům, aby vztekajícímu se dítěti neustopovali, dali najevo, že jeho vztek chápou, nicméně mu dali jasný signál, že jeho chování je kontraproduktivní a nic jím nezíská.

Další příčinou agrese může být **organické poškození mozku**, kde hlavní oblasti, které souvisí s agresi jsou limbický systém a kůra mozková.

Limbický systém obsahuje množství propojených struktur (amygdala a hippocampus), které souvisí s agresivním chováním. Hippocampus snižuje

agresi a amygdala je posilujícím zdrojem impulsů. Limbický systém ovlivňuje kontrolu emocí. Korové oblasti jsou spojeny se sociálním učením. Poškození této oblasti vede k nadměrné vnímavosti vůči podnětům z okolí. Jedinci pak reagují impulzivněji, jsou vzrušiví, náladoví, nálady se velice rychle střídají, zvýšená dráždivost, děti bývají neklidné, vztahovačné, velice rychle nastartované k agresii. Děti s organickým poškozením mozku mívají větší potíže s její kontrolou, častěji se účastní patologického chování.

Agresivita je také spojená s tzv. „**výchovnou slepotou**“ rodiče, kdy se jedná o takové situace u rodičů, kteří odmítají jakoukoli spolupráci, nevidí v chování svého dítěte žádný problém a nic řešit nechtějí. Svádějí vinu za chování svého potomka na školu, spolužáky a tvrdí, že dítě se doma chová zcela normálně, potíže s ním mají pouze ve škole, rodiče se za ně zbavují zodpovědnosti. Nepřijímají jakoukoli výhradu vůči jejich výchově, myslí si, že vše dělají správně. Vůbec nejhorší jsou situace, kdy rodiče své dítě navádí k agresivitě. Dítě musí mít „ostré lokty“, aby v současné silné konkurenci obstálo.

Agresivita u dětí s **neuspokojenou bazální jistotou** – pro optimální vývoj zdravé psychické osobnosti dítěte je od narození nejdůležitější pevná vazba mezi ním a matkou. Právě vazba s biologickou matkou je nenahraditelná a je podstatou základní jistoty u dítěte. Dítě je vývojově nachystané na pohledy matky z očí do očí, mazlení, hlazení atd. Ovšem není připravené na hlasitou hudbu, nepříjemné zvuky z okolí, nevšímavost matky apod. Toto chování dítě vnímá jako ohrožení, plodí v něm úzkost i útočnost a dráždivost. Dítě se začne dožadovat pozornosti, křičí, vzteká se, je neklidné, přestane si hrát, stává se hyperaktivním. Děti, které v raném věku zažily jistotu a pevnou vazbu s matkou, bývají ve škole radostnější, otevřenější, dokážou se lépe poprat s nepřízní osudu a s životními překážkami. Naopak děti s nejistou vazbou bývají ve škole nejisté, často reagují agresivně bez vážnějšího důvodu, snaží se na sebe za každou cenu upozornit, mají problémy se soustředěností, hyperaktivitou (Martínek, 2015, str. 21).

Další příčinou agrese, jak uvádí Jaromír Janata (1999, str.35), je **kulturní prostředí**. Jednotlivé kultury mají charakteristické rysy. Známe individualistické kultury, které mají více „mužských“ rysů a které se vyznačují větší agresivitou a intolancí ve srovnání s tzv. Kolektivistickými „ženskými“ kulturami, které jsou v

průměru méně agresivní a více tolerantní. Typem prvního druhu je kultura USA. Charakteristickým zástupcem druhého typu je kultura nynějšího Německa.

V návaznosti na transgenerační přenos si můžeme dovolit fantazii, zda je možné, že minulost, ve které bylo Německo agresorem, změnilo kulturu této země na více tolerantní.

Rozdíly v agresivitě jsou dány i **pohlavím**. Muži jsou více agresivní než ženy z důvodu hormonu testosteronu, který ovlivňuje také neurobehaviorální funkce, jako je sexuální vzruch, emoční nálada a způsob myšlení. Ženy jsou méně agresivní než muži, nicméně jejich agresivita roste po menopauze, kdy jejich organismus začne v důsledku pokleslé tvorby estrogenů více produkovat mužské pohlavní hormony (Janata, 1999, str. 48).

Mediální násilí je podle Martínka (Martínek, 2015, str.94) považováno za důležitou z příčin agresivního chování u dětí a mládeže, i když výsledky studií, které se zabývají tímto fenoménem, jsou nejednoznačné a mnohdy si odporují. Je faktem, že média mají velkou moc při ovlivňování myšlení, jednání i cítění lidí. Prostřednictvím televize lze manipulovat s informacemi, zjednodušovat realitu, jednoznačně upřednostňovat některé názory.

Je zřejmé, že násilí v televizi přispívá k růstu agrese jedince, vždy je však nutné počítat i s jinými faktory, které se u dané osoby na míře jeho agrese podílely a byly zmíněny výše.

4. Transgenerační přenos agresivního chování

Předávání zlosti z jedné generace na druhou je jedním z nejtemnějších tajemství patriarchálního/matriarchálního vychovávání dětí. Děti jsou sběrnou nádobou a nosičem nevyjádřených emocí svých rodičů. Bradshaw, 1995, str.3. (Tóthová, 2011, str. 112).

V rodině pravděpodobně nenajdeme utajovanější pocit, než je zlost. Bývá nejčastěji tabuizovaným emočním vzorcem a hlavní překážkou intimních vazeb rodičů i autentické separace dětí. "Když nemůžeme vyjádřit svou zlost, musíme ji v sobě hluboce utajit." (Bradshaw, 1995, s.75) V rodinách s přítomností

destruktivního tabu hněvu nacházíme často komplexnější emoční imperativ celkového neprožívání emocí. Pokud je v rodině vytěsněna zlost, většinou musí být deformováno i autentické vyjadřování ostatních emocí. **Základními emocemi, které hněv nejčastěji zastupují a před nimiž současně chrání, jsou bolest a láska.** Cítíme-li hněv, většinou necítíme bolest ani smutek, nemůžeme přijímat a nemusíme dávat lásku. Rohodnout se pro hněv znamená vydat se lacinější, rychlejší a jednodušší cestou, jež vede ke sblížení, aniž bychom museli milovat a riskovat tím odmítnutí a zranění. "Sblížení prostřednictvím lásky, která našla svůj cíl, je mnohem náročnější než onen vztekly způsob." (Hellinger, 2007, S. 179) Primárním účelem hněvu je čin, energie motivující k jednání. **Člověk nikdy neonemocní proto, že by potlačil svou zlost, ale protože potlačí čin, jenž mohl vést k řešení.** Schützenbergerová (1998) se ve své transgenerační studii opakovaného výskytu rakoviny ve více generacích zmiňuje o důležité roli, kterou v rodině hrají hněv a nenávisť, resp. možnost a úroveň jejich vyjadřování. U svých pacientů pozorovala opakované silné internalizované pocity křivdy a nespravedlivosti, které - když nemohly být vyjádřeny - získávaly postupně autoagresivní rozměr a "rozežíraly" je zevnitř.

Chápání transgeneračního přenosu násilí dnes vychází ze všeobecně zakořeněného předpokladu, že dítě, kterému je fyzicky či emočně opakovaně ubližováno, bude stejné vzorce násilného chování se zvýšenou pravděpodobností projevovat i k vlastním dětem (Dydňanská, 2007). Svým přístupem jsme chtěli zdůraznit předpoklad, že to není násilí, které je transgeneračně přenášeno a na něž stačí zaměřit terapeutické intervence, ale neuzdravené aspekty traumatického procesu, jež se nemusí v nové generaci aktualizovat jen jednoduchou reprodukcí explicitních vzorců násilí. Mohou být prožívány v mnohem latentnější a neviditelnější podobě, zanechávající hluboká zranění v méně zjevných dimenzích rodinné struktury, dynamiky a komunikace. Tóthová (2011, str. 115,116) uvádí, že v odborných kruzích velmi dlouho převažoval zjednodušující názor, že týrající rodič byl ve svém dětství sám obětí týrání ze strany rodiče. Tento závěr byl zformulován na pozadí teorie vazby, která předpokládá, že způsob, jakým se rodič vztahuje ke svému vlastnímu dítěti, více či méně odpovídá kvalitě primární citové vazby, jakou se k němu vztahoval jeho vlastní rodič. Dnes je jasné, že k transgeneračnímu přenosu násilí může dojít v

jakémkoli vývojovém stadiu dítěte, přičemž se jedná o přenos nespecifický, tedy že žádný druh násilí nebývá ve většině případů předáván následující generaci ve stejné podobě interakčních vzorů (Goodwin et al., 1981). K určité formě násilného chování se navíc často přidružují další prvky, jež mohou modifikovat jeho charakter.

Koukolík (Koukolík, Drtilová, 2001, s. 206) přináší závěry vytvořené na základě rozboru šedesáti vědeckých prací z let 1877-1993, které se zabývaly transgeneračním přenosem zneužívání dětí. **Z rozboru bylo zjištěno, že jen třetina dětí selhává ve své rodičovské roli podobně jako rodiče.** Druhá třetina se ke svým dětem chová optimálním způsobem, jen v okamžiku stresu má sklon k opakování problémových vzorců. Poslední třetinu tvořily tzv. Odolné děti, které zvládaly výchovu vlastních potomků bez tendence reprodukovat rodičovský styl své původní rodiny. Koukolík dále zdůrazňuje, že transgenerační přenos nemusí probíhat linerárně a jeho následky se mohou projevit i ve třetí nebo čtvrté generaci. Podle studie Dydňanské (2007) se z výzkumného souboru 47 žen, které byly v dětství týrány, stejného chování na vlastních dětech dopouštělo 40 % matek.

Všeobecně se jednalo o předpoklad, že způsobem, jakým se rodič vztahuje ke svému dítěti, více méně odpovídá způsobu, jakým se k němu vztahoval vlastní rodič (Pöthe, 1996). Podle Pötheho (1996) se týrané děti stávají týrajíci rodiči ve 20 % případů. Dunovský, Matějček a Dytrych (1995) připomínají význam situčních faktorů jako spouštěčů reprodukce násilí. Typickým příkladem je tzv. Medein komplex, kdy jeden partner trestá druhého násilím na dítěti. Další zahraniční studie uvádějí 30 % riziko transsgeneračního přenosu rodinného násilí. Autorka dále dodává, že i v případě, že se vlastní zkušenost rodiče s násilím v dětství nestane regulujícím činitelem a běžným stylem jeho chování k vlastním dětem, v nadměrně stresových situacích se člověk může zachovat identicky podle vzoru rodičů. K hlavním faktorům, jež se mohou podílet na přerušení cyklu přenosu násilí, podle ní patří: a) lepší finanční zajištění včetně podporujícího partnera, b) pozitivní vztah k důležité dospělé osobě v dětství nebo odborná pomoc, c) uzdravení traumatického zážitku z dětství a schopnost obrátit hněv a zodpovědnost za trauma proti agresorovi.

Špatné geny vs. Epigenetika

Jak uvádí KOLK ve své knize Tělo sčítá rány (str. 187), někdy nás to svádí k tomu, abychom duševní onemocnění, stejně tak jako predispozice k agresivnímu chování, připisovali prostě genům. Nedávný výzkum však smetl jednoduchou představu, že pokud člověk "má" určitý gen, znamená to určitý výsledek. Ukazuje se, že výsledek ovlivňuje mnoho genů společně. A co je důležitější, geny nejsou stálé, životní události mohou spustit biochemické reakce, které je zapínají nebo vypínají připojením metylových skupin, shluku atomů uhlíku a vodíku, k vnějšku genu, což zvyšuje citlivost na tělesné signály. Ačkoliv životní události mohou změnit chování genu, nemění jeho základní strukturu. Tyto reakce můžou být tímto způsobem předány na potomstvo. Tento jev je známý jako epigenetika.

Kolk připomíná, že tělo si pamatuje všechno, co dostává (dobré i to zlé), a to na nejhlubších úrovních organismu.

V lidském životě nelze určit, zda je agresivní chování nebo podrážděné chování dáno geny nebo výchovou problematickou matkou, případně obojím.

5. Příklady z praxe

1. Přenos přísně vychovávaného dítěte (Thótová, str. 183), příklad z různých rovin

Matka (40 let) vyrůstala v prostředí chaotického týrání svého despotického otce, který týral celou její rodinu. Když se seznámila se svým manželem, byla to, dle jeho slov, taková zakřiknutá dívka, která vstupuje do života s očekáváním: "kde opět selže, co jí nevyjde, kdo ji zase zlomí". **Její manžel (53 let)** vyrůstal jinak. Když jeho matka zemřela, vychovával ho jen otec. Vedli spolu statek, učil se starat o velký pozemek. Otec uvádí, že kdyby to bylo na dětech, tak by celé dny nic nedělaly. Podle něj potřebují rodiče, aby jim dali směr a pravidla. Začal svého otce chápat, až když měl vlastní děti. S ženou po svatbě předělali statek, prodali pozemky a vybudovali ekologickou farmu. Dcera otce podporuje, bez ní by to nezvládl. Syn odešel, což otec chápe jako křivdu. **Matka matky (66 let)** uvádí, že nejdříve byla ráda, že si dcera našla takového muže, který se o ni postará a připraví lepší život....Ale potom začal na té farmě...bez pomoci, s těhotnou ženou a malými dětmi...udělal z nich otroky. Dcera (16 let) "Hrozně jsem se tehdy naštvála na bratra, že odešel, že mě tu nechává samotnou....Odešla bych sama, kdyby to šlo. Jenže matka na mě spoléhá, že otci pomůžu, no a otce, toho tu prostě nemohu nechat samotného. Žiji tu celé dny sama. Otec si myslí, že mě to připraví na život. **Matka (40 let):** "Nechápu, proč si moje matka otce brala. Způsob, jakým mě a bratra (otec) vychovával mi ukázala, že nikdy nechci své

děti takoto vychovávat. Celé mé dětství vypovídalo o tom, kým nesmím být, na co nemám. Chtěla jsem, aby mé děti nevyrůstaly ve strachu z toho, kdo jsou, že se budou muset měnit, aby byly štatné, milované.

Komentář: Vývojová zranění přísně vychovávaného dítěte se formují v rigidním a nadměrně kontrolujícím rodinném prostředí, ve kterém není dostatek volného prostoru pro spontaneitu dětí, pro důvěru v jakousi intuitivní moudrost přirozené výchovy či důraz na flexibilitu rodinných pravidel a potřebu přizpůsobení výchovných praktik osobnostním specifikům dětí. Rodiče přicházejí s poznáním, že to, co je nutí v současné rodině aplikovat tentýž model výchovy, jaký kdysi způsoboval zranění jim samým ve vlastním dětství, je strach ze ztráty kontroly nad výchovou vlastního dítěte. Na pozadí rodičovských nadměrných požadavků na dítě často nacházíme strach ze selhání v roli dokonalého rodiče.

2. Ukázka z knihy Úzkost a obavy (Praško, str. 28).

Daně je 50 let, je vdaná a má tři již dospělé děti. Její potíže začaly velmi brzy v dětství. Má o tři roky mladšího bratra, se kterým vychází dobře, ale vzpomínka na dětství jí připomene, jaké měl bratr výhody. Svého otce Dana popisuje jako despota, velmi přísného, který ji trestal a slovně jí ponižoval - ještě nyní jí stále zní jeho "jsi k ničemu a pořád taková budeš a místo dětí budeš mít ošatku netopýrů". Matku Dana hodnotí jako hodnou, ale absolutně submisivní. V životě se jí prý zastala jen jednou. Do mateřské školky chodila nerada, neboť na ni vždy čekaly starší dívky a zbyli ji, když šla domů. Otec se s Danou učil, dokonce vyučoval i její spolužáky. To Dana nikdy nevěděla, co přijde a jak jí bude před spolužáky ponižovat. Když se s ní učil na maturitu, zbil ji, až měla podlitiny. Tehdy se jí poprvé zastala matka, řekla, že odchází k rodičům. Jezdila jako malá k rodičům matky. Byli na ni hodní a nenadávali jí. Po střední škole nastoupila do zaměstnání a v té době jí začaly bolesti hlavy. Dana se bála všeho - zda dobře uvaří, spočítá své účty, vyřídí dobře telefonát,...V práci se seznámila se svým mužem, kterého si vzala. Jeho rodina jí imponovala: "Sedělo se tam v klidu, nikdo nikam nespěchal". Když se jí však narodili děti, zůstala na domácnost sama. Manžel pracoval do noci a o víkendu odpočíval. Odstěhovali se do ciziny, tam na ní začal manžel žárlit. Budil ji v noci a vyslychal. Vrátili se do Čech, manžel přestal přispívat na rodinu. Dana měla strach, jak vše zvládne. Objevila se bolest zad, kloubů, páteře a velká únava. Děti vyrostly a odešly z domu. I když byla Dana v práci kvalitní a dobře ji finančně hodnotili, najednou si přestala věřit. Začala mít, stejně jako v dětství, strach, že udělá chybu. Z toho důvodu dala výpověď. Žila z úspor a začala pít.

2. Příklad agrese ve vztahu

Zdeněk pracuje ve stavebnictví. Je mu 40 let, má manželku a 2letého syna. Agrese se u něj projevuje již od dětství. Jeho otec od rodiny odešel, když byl Zdeněk ještě malý. Zdeněk mluví o tom, že napadl jeho staršího bratra, poté si matka našla jiného muže, který však pro Zdeněka nebyl nikdy otcem. Zdeněk prohlašuje, že otce prostě neměl. Zdeněk často vybuchuje a má návaly vzteku. Když se mu narodil chlapec, tak si přál být dobrým tátou a oporou pro svou ženu. Nicméně byl ve stresu, měl hodně práce a často ztrácel nervy a křičel na osoby

ve svém okolí. Jeho žena se začala bát o syna a chtěla se odstěhovat. Zdeněk nevnímal manželčiny potřeby, vždy potřeboval dosáhnout svého a pokud se mu to nedařilo, začalo se u něj projevovat agresivní chování. Stejně tak jeho myšlenky byly nutkavé a agresivní chování podporovaly. U Zdeňka je agresivní chování naučené a získané od jeho rodičů (resp. pečujících osob). Zdeněk agresi bere jako normální způsob získávání toho, co si dá za cíl. Až riziko, že může přijít o dítě, mu umožnilo získat větší náhled a zamyslet se nad tím, zda je agrese opravdu tak výhodná a zda není lepší vzít v úvahu i jiné alternativy, jak dosáhnout cíle. V současné době se Zdeněk díky terapii učí nahlížet více na své emoce a hledat cesty, jak může svoji agresi kultivovat. Mluví o tom, že nechce být jako jeho nevlastní otec, který od sebe všechny odehnal a teď je sám.

4. Příklad agrese u dětí

Honzovi je 10 let, má problémy ve škole, protože se neustále vymezuje proti autoritám. V hodinách vyrušuje, je vzdorovitý a dává najevo svůj vztek. V případě, že něco nechápe nebo mu něco nejde podle jeho představ, se naprosto "zasekne" a jeho agrese se zvyšuje. Není s ním žádná řeč a nakonec si získá reakci od učitele, na kterou je zvyklý, trest ve formě řvaní nebo vyhrožování, že budou informováni rodiče. Honza je pak bezmocný, je vlastně pokořený a jeho vztek a agrese se přenesou dovnitř. Jeho otec na něj často křičí a někdy mu dá i výprask. Matka má další dva syny, a když otec není doma, je toho pak na ní hodně, stává se, že srovná syna do "latě", případně vyhrožuje, že ho srovná otec až přijede. Honza není moc dobře přijímán spolužáky, protože je stále v opozici, snaží se být středem pozornosti, dělá, že je mu spousta věcí jedno. Děti se pak od něj postupně odklánějí. Honzova agrese je přejata z rodiny a je těžké jí v tomto věku kultivovat, muselo by se pracovat s celým rodinným systémem.

5. Příklad vzniku šikany v důsledku agresivní výchovy (Veltrubská, 2022, str. 53)

Pavel (40 let) vyhledal terapii pro neúspěchy v partnerských vztazích a v zaměstnání. Je to velmi pohledný muž a je expertem ve svém oboru. V jeho rodině se nevyjadřovaly žádné emoce krom otcových výbuchů hněvu. Pavel otcovým chováním, jeho výbušnou emotivitou, velmi pohrdal a učinil vnitřní rozhodnutí, že nikdy nebude dávat najevo své emoce - zejména hněv. Ustrašená matka se časem citově odpojila nejen od cholerického otce, ale i od svých dětí. Byla velmi pracovitá, a zcela chladná a neemoční. Měla za sebou velmi tvrdé dětství, kdy musela jakýkoliv náznak emocí brzy potlačit. Vybrala si pak partnera, se kterým tuto "dovednost" mohla zdokonalit. Pavel, jako starší sourozenec, našel svůj scénář v klidném, zodpovědném chování dospělého. S matkou se identifikoval, byl jí oporou, se vším jí pomáhal, aby byl otec spokojen. Když nastoupil do školy, choval se dle svého scénáře stále vážně, přemoudře, nedětsky. Děti ho brzy začaly provokovat a šikanovat. Vyprávěl, jak se snažil snášet urážky i bolest a nedal na sobě nic znát, aby ukázal, jak je "lepší". Stejně jako se snažil být lepší než otec. Ovšem právě toto neemoční, povýšené chování vrstevníky, ba později i spolupracovníky dráždilo. Měl časté konflikty se šéfem (scénář chování k otci), kterým pohrdal a dával mu to najevo, když mu šéf něco vytýkal a byl opakovaně ze zaměstnání propuštěn. Během psychoterapie se Pavel začal učit rozpoznávat a verbálně vyjadřovat své emoce.

6. Závěr

Život jedince je příběhem neviditelné sítě, do níž se rodí a kterou následně pomáhá tkát, jejíž vzory přecházejí jeho individuálnímu zrození a které bude sám opakovat všude tam, kde zůstaly nedokončeny nebo neasimilovány (Thotová, str. 210).

Hypotéza, že **agresivní chování je důsledkem přenosu rodinných systémů**, je možné potvrdit. Neboť jak studie, tak praktické příklady ukazují, že děti, které byly vystavovány násilnému chování, či jim bylo emočně ubližováno, budou s velkou pravděpodobností používat stejné či podobné vzorce chování k vlastním dětem. Je však těžké určit do jaké míry a jakým způsobem je agresivní chování předáváno, neboť agrese se může projevit tím, že bude potlačena a znovu se objeví až u dalších potomků. Traumata spojená s násilím a zraněními z minulosti mohou být prožívány ve skryté podobě, mohou být uchována v méně zjevných dimenzích rodinné struktury, dynamiky a komunikace. Vystává zde problematika potlačované agrese, je zřejmé, že agrese jako taková ve vzorci přetrvává, nicméně je velmi dobře skryta a je na jedinci, jak se zachová a jak se naučí s energií agrese pracovat, případně zdají skrytě předá dál na své potomky (např. V podobě výběru agresivního partnera nebo pasivní agrese, atd.). Tím se dostáváme k další části hypotézy, zda je **možné spojení přerušit a osvobodit se od cyklu agresivního chování**. Jsem přesvědčena, že důkladnou terapií a náhledem na rodinné systémy, může jedinec agresivní chování kultivovat. To může zahrnovat terapii pro jednotlivce a rodiny, vzdělávání a podporu v prevenci agresivního chování a intervence v případech, kdy se agresivita projevuje.

V psychoterapii nehledáme „pravdu“, nejde o hledání „objektivní pravdy“ o své minulosti. To, co v psychoterapii hledáme, prozkoumáváme a analyzujeme, jsou spíše subjektivní zážitky nebo rodinné legendy. Cílem je pomoci klientovi najít uspokojivé a smysluplné vysvětlení toho, co se s ním děje a proč. Hledáme příběh nebo doplnění celku životní historie.

Jak bylo uvedeno výše, agrese je záměr něco změnit. Může být konstruktivní nebo destruktivní, proto má ambivalentní význam. Na jedné straně vede k

poškození druhého, nicméně na straně druhé zahrnuje jednání a chování, které směřuje k dosažení určitých výhod a prosazení cílů, které člověk naplánoval.

Agrese může skrývat vysokou míru energie. Může být použita jako zdroj síly a záležití především na tom, k jakému účelu agresi využijeme.

Seznam použité literatury:

ANCELIN SCHÜTZENBERGER, Anne. Bolest mých předků mě provází: transgenerační přenos v terapii. Přeložil Kateřina BODNÁROVÁ. Praha: Portál, 2021. Spektrum (Portál).

CHVÁLA, Vladislav a Ludmila TRAPKOVÁ. Rodinná terapie a teorie jin-jangu. Praha: Portál, 2008.

JANATA, Jaromír. Agrese, tolerance a intolerance. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada).

KAST, Verena. Hněv a jeho smysl: podněty k seberozvoji. Praha: Portál, 2010. Spektrum (Portál).

MARTÍNEK, Zdeněk. Agresivita a kriminalita školní mládeže. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2015.

PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. Úzkost a obavy: jak je překonat. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví.

STOČESOVÁ, Veronika a David ČÁP. Psychoterapeutická práce s původci domácího násilí: zvládnání vzteku, agrese a násilných projevů. Praha: Portál, 2020.

TÓTHOVÁ, Jana. Úvod do transgenerační psychologie rodiny: transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení. Praha: Portál, 2011.

VAN DER KOLK, Bessel A. Tělo sčítá rány: jak trauma dopadá na naši mysl i zdraví a jak se z něj léčit. Přeložil Monika MARTINKOVÁ. V Brně: Jan Melvil Publishing, 2021. Pod povrchem. ISBN 978-80-7555-130-6.

VANÍČKOVÁ, Eva. Tělesné tresty dětí: definice, popis, následky. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada).

VÁGNEROVÁ, Marie. Školní poradenská psychologie pro pedagogy. Praha: Karolinum, 2005.

VELTRUBSKÁ, Ivana. Životní scénáře. Praha: Kořeny, 2022.

Terapie v terénu s klienty Terénního programu

SEMIRAMIS

Dorota Skokanová

Terén+

Úvod

Již sedmým rokem pracuji jako terénní pracovnice v Terénním programu SEMIRAMIS (dále jen TPS) s osobami užívajícími drogy. Práce s klienty TPS je postavená na vztahu a důvěře. Základním nástrojem terénní práce je tedy vztah. Díky němu můžeme na klienty působit v oblasti snižování rizik užívání drog. Nezřídka přicházely od klientů informace, že by rádi své problémy řešili více do hloubky. Nechtějí, nebo dokonce nejsou schopni však docházet do terapie. Často zmiňovali, že nebudou své problémy říkat někomu cizímu. Díky tomu vznikl nápad poskytnout motivovaným klientům možnost individuální terapie v terénu, tedy u nich doma, nebo venku. Využít tak vztah pracovník x klient a posunout ho do vztahu terapeut vs. klient.

Terénní programy SEMIRAMIS

„Terénní programy SEMIRAMIS jsou centrum, které poskytuje sociální a adiktologické služby uživatelům drog v jejich přirozeném prostředí na území Středočeského kraje a hlavního města Prahy za účelem minimalizace rizik

spojených s užíváním drog a ochrany veřejného zdraví. Terénní pracovníci aktivně vyhledávají uživatele drog a spolupracují s nimi na stabilizaci jejich sociální situace a zdravotního stavu. Klienty motivují ke změně životního stylu.“
(<http://www.os-semiramis.cz/>)

V praxi to znamená, že Terénní programy poskytují uživatelům drog především Harm Reduction materiál, jako jsou sterilní injekční stříkačky, dezinfekce, filtry a další potřebný materiál určený k méně rizikovému užívání drog. Dále provádí testování na infekční choroby, jako jsou hepatitida typu C, HIV a Syfilis. Součástí programu je také poskytování poradenství či asistenční služby do různých zařízení (nemocnice, úřady apod.).

Poskytované služby

- *Kontaktní práce: Kontaktní práci rozumíme specifický druh kontaktu s klienty, který má za cíl vytvořit dostatečnou vzájemnou důvěru a podmínky potřebné k rozvíjení kontaktu a poskytování dalších služeb. Součástí kontaktní práce je hledání a upevňování hranic komunikace s klientem a kultivování schopnosti vyjádřit své potřeby a naučit se využívat existující nabídky služeb. Kontaktní práce má nejčastěji podobu rozhovoru.*
- *Základní sociální poradenství: Je poskytováno všem osobám, které se na službu obrátí, a to i těm, které nespádají do cílové skupiny. Jedná se především o předání informací spojených s řešením nepříznivé sociální situace a s možností využití adekvátních služeb.*
- *Harm Reduction program: Jedná se o výdej sterilního injekčního materiálu a dalších doplňků. Zároveň je přijímán použitý injekční materiál k bezpečné likvidaci. Cílem služby je minimalizace rizik plynoucích z injekčního užívání drog.*
- *Testy na infekční choroby: Jedná se o provádění orientačních testů na hepatitidu typu C, virus HIV a Syfilis. Nedílnou součástí testování je předtestové a potestové poradenství.*

- *Informační servis: Poskytování informací z oblasti méně rizikového užívání návykových látek, bezpečného sexu, z oblasti zdravotní a sociální. Pracovník tak činí buď na základě klientovy žádosti, nebo na základě skutečností, které vyplývají z aktuální situace klienta.*
- *Odkazy a zprostředkování do jiných služeb a s tím související doprovody klientů: Jde o poskytnutí všech informací nutných nebo vhodných k účinnému kontaktování a využívání služeb poskytovaných jinými institucemi. Jedná se zejména o odkazy na zdravotnické a sociální služby, pomoc při kontaktu s úřady, potenciálními zaměstnavateli, odkazy do léčebných zařízení. Klienta je možné v případě potřeby do těchto zařízení doprovodit.*
- *Poradenství: Poradenstvím v terénu rozumíme proces, kdy pracovník poskytuje klientovi podporu a vedení v různých oblastech jeho života s cílem zlepšit životní situaci klienta. Poradenství může být jednorázové nebo dlouhodobé (délka trvání je zpravidla předem přibližně stanovena pracovníkem a klientem). Jedná se o předléčebné poradenství, poradenství sociální, právní, osobní a poradenství pro rodiče.*
- *Možnost využití telefonu: Využití telefonu nabízíme za účelem obstarávání záležitostí spojených se zlepšením či stabilizací aktuální situace a udržení a udržení kontaktu se sociálním prostředím.*
- *Krizová intervence a první pomoc: V případě potřeby je klientům poskytována krizová intervence a první pomoc. (<http://www.os-semiramis.cz/>)*

Cílová skupina

Cílovou skupinou Terénního programu SEMIRAMIS jsou uživatelé drog. Zejména pak nitrožilní uživatelé pervitinu, opioidů či substitučních preparátů. Zpravidla se tedy jedná o klienty se syndromem závislosti. Dále pak osoby blízké uživatelům drog (osoby žijící s uživateli drog, sdílející s nimi společné prostory; zároveň do této skupiny patří rodinní příslušníci a osoby jinak vztahově blízké uživatelům drog).

Služba Terén+ je primárně určena uživatelům drog, tedy osobám se syndromem závislosti. Rodinní příslušníci a osoby blízké jsou stále odkazováni do ambulantních služeb.

Závislost

Závislost je jednoznačně hlavním faktorem působícím jak v našem programu, tak v Terénu+. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí je syndrom závislosti popsán jako: „ Skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.“ (Nešpor, K., 2007, str. 9 - 10)

K. Kalina a kol. popisuje terminologii užívání drog takto: „Základní terminologie rozlišuje **úzus** psychoaktivní látky (prosté jednorázové užití nebo i opakované užívání, které nevede k žádnému signifikantnímu poškození uživatele), dále její **škodlivé užívání** (synonyma abúzus, užívání dysfunkční, rizikové, problémové, kde již dochází k tělesnému, psychickému nebo interpersonálnímu poškození jedince) a **syndrom závislosti** na ni. Fenomén závislosti bývá vysvětlován dle své patogeneze. Závislost je vyústěním abúzu, a to na základě pozitivní zpětné vazby spočívající v subjektivně ceněné změně prožívání po požití psychoaktivní látky. Závislý jedinec posléze zamění změnu prožívání reality za změnu reality samotné, čímž se celá záležitost fixuje. Dojde k izolaci od autentického prožívání a k masivnímu posílení osobnostních obran. Patologický systém se dále petrifikuje v důsledku sekundární traumatizace závislého. Závislost postupně prograduje a chronifikuje, získává svůj vlastní dynamismus a zákonitosti.“ (Kalina, K. a kol., 2008, str. 53)

Terén+

Služba je určena pro klienty TPS, kteří mají zájem o terapii, ale nejsou však ochotni, nebo dokonce schopni docházet do ambulantní služby či na

běžně dostupnou psychoterapii. Jedná se o individuální sezení o délce 50 min a probíhá zpravidla buď u klientů doma (byt, squat, ubytovna, apod.), nebo venku formou procházky či sezení v parku. Na prvním sezení probírám s klientem pravidla terapií. Domluvíme se na frekvenci, s jakou se budeme potkávat, jakým způsobem si budeme jednotlivá sezení domlouvat a potvrzovat. Dalším důležitým pravidlem je nevhodnost akutní intoxikace na sezení. S klienty se vždy domluvíme, zda je možné si bezprostředně před sezením drogu neaplikovat. Dále probereme anonymitu a sdílení informací směrem do týmu. Zpravidla se zápisy z individuálních sezení zapisují do systému TPS mimo standardní zápisy kontaktů. Směrem k ostatním pracovníkům TPS tak zůstávají skryty. Je tak na klientovi, zda přinese do běžných kontaktů s terénními pracovníky informace z individuálních sezení či nikoliv.

Využívané techniky

Terapeutický vztah

Jedním z hlavních důvodů, proč vůbec vznikl nápad vytvořit službu Terén+ byl již vytvořený vztah pracovníků TPS s klienty. Od klientů často zaznívalo, že by svá traumata a problémy rádi řešili, nedokázali si však představit, že by své problémy měli svěřovat někomu cizímu. Často zmiňovali, že je raději budou říkat nám, neboť nás již znají a mají k nám důvěru. Vzhledem k tomu, že si uvědomuji, jak významný je vztah terapeuta s klientem, zdálo se mi příhodné na tomto již vzniklém vztahu terénní pracovník vs. klient vybudovat i vztah terapeutický.

„Prochaska a Norcross uvádějí terapeutický vztah mezi těmi společnými faktory psychoterapie, které mají největší podíl na změně. Význam tohoto faktoru je podporován tím, že sama psychoterapie je v podstatě interpersonálním vztahem. Na důležitosti vzniku pevného terapeutického spojení mezi pacientem/klientem

a terapeutem se shodují psychoterapeuti mnoha různých psychoterapeutických směrů.“ (Kalina, K. a kol., 2008, str. 164)

„Terapeutický vztah má mnoho rozměrů. Přináší do psychoterapie obsah (zabývání se vztahem a překážkami v něm, přenosy, nedostatky v porozumění apod.), je prostředím změny (zajišťuje přijetí, podporu, porozumění a ohraničení;

je mikro-universem, kde se rozhrává pacientovo interpersonální chování, na jehož změně terapeut pracuje; je polem působení dalších účinných faktorů psychoterapie), představuje rámec psychoterapeutického procesu (kontinuitu, spolehlivost, bezpečí, hranice vůči okolí)“ (Kalina, K. a kol., 2008, str. 164)

Terapeutický vztah vnímám v Terénu+ jako hlavní nástroj k možnosti změny. Sami klienti ho v průběhu sezení sami zmiňují a hodnotí kladně. Důvěra je pro ně, podle jejich slov, nejdůležitějším faktorem.

Posilování motivace

Nejčastěji využívanou technikou v Terénu+ je posilování motivace neboli motivační rozhovor. Nejen v léčbě závislosti jde o velmi účinný nástroj. „Jedná se hlavně o pět principů: vyjádření empatie, vytvoření rozporu (mezi pacientovými cíli a jeho chováním), vyhýbání se sporu, práce s odporem (např. jeho reflexe nebo změna vztahového rámce) a posilování sebedůvěry. Tyto principy se spojují s příslušnými strategiemi: probírání typického dne nebo sezení, chtěné a nechtěné následky užívání návykových látek, poskytování relevantních informací, probírání problémů (zejména působených návykovou látkou). K tomu ještě přistupují „drobné dovednosti“ (kladení otevřených otázek, reflektující naslouchání, potvrzení, shrnutí).“ (Nešpor, K., 2007, str. 59)

Vize a cíle

Před začátkem Terénu+ jsme se zamýšleli nad tím, co by mělo být cílem této služby. Zamýšleli jsme se nad tím, zda je našim cílem klienty dostat k abstinenci

a co bude hlavním tématem. Moje vize je taková, že bych ráda klientům poskytla terapii „naruby“. Mým cílem je klientům poskytnout možnost odsunout závislost z popředí a nabídnout jim možnost řešit jiné jejich zakázky.

Nezaměřovat se tak především na závislost, ale brát ji jako případný pozitivní vedlejší produkt.

Zároveň tuto službu vnímám částečně jako vstupní bránu do světa terapie. Způsob, jak klientům ukázat, jak taková terapie vypadá a vytvořit u nich větší důvěru k psychoterapii jako takové. V případě, že se klient dostatečně stabilizuje, došlo by k předání/odkázání klienta do jiné služby s vyšším prahem, například ambulance.

Kazuistika

Klientka D, 40 let, dlouhodobě nezaměstnaná, pouze krátkodobé brigády. Uživatelka drog, dříve opiátová závislost, aktuálně pervitin cca 1x za 14 dní. Má za sebou tři léčby závislosti, které však nikdy nedokončila. Díky poslední přestala užívat opiáty. Aktuálně žije v buňce se svým psem. Je HIV pozitivní. K nákaze došlo během znásilnění a brutálního fyzického napadení v jejích 17 letech. Léky na HIV střídavě užívá a neužívá v souvislosti s její životní situací. Opakovaně zmiňuje, že se lékaři spletli a HIV nemá. Ve čtyřech letech ji sexuálně zneužíval strýc (bratr matky). Matka to zjistila podle modřin v oblasti genitálu a kontakty se strýcem přerušila. S klientkou však nikdo v této oblasti v dětství nepromluvil a doma se o tom nikdy nebavili. Otec od nich odešel, když byla D. batole, poté se o osm let později k matce na chvíli vrátil. Matka si poté našla nového partnera, se kterým je dosud. S ním má klientka podle svých slov dobré vztahy, stejně tak s matkou. Klientka má dva sourozence. Sestra žije v jiné zemi, živila se prostitucí a s rodinou přetrhala veškeré vazby.. Bratr je také uživatel pervitinu, má problémy se vztahy, s ním je klientka v kontaktu. D. má pevný vztah s matkou. Ta si po rozvodu s otcem D. našla nového partnera, se kterým si ustálila živobytí. V dětství rodina D. často měnila bydlení. Otec měnil práci a vždy se s celou rodinou stěhovali. Bydlení měli vždy hodně provizorní. Bydleli v chatkách, buňkách apod. Podle D. matka vždy dokázala bydlení velmi rychle zvelebit a obstarat tak, aby se děti cítily lépe. Bratr stěhování psychicky nezvládal. Při změně školy vždy zvracel, když měl nastoupit.

Klientce je nabídnuta terapie v terénu (jako nadstavbová služba terénního programu). Klientka o ni má velký zájem, podle jejích slov již nechce být sama a opakovat stejné chyby. Chce si dát život do pořádku, ale sama to nedokáže. Zmiňuje: „Vždycky, když se mi daří, sama si to pokazím.“ Se zakázkami klienta přichází sama a má jich hned několik. Chtěla by pomoci se zvládnutím svých úzkostných stavů, které na ni padají v těžkých chvílích. Dále mluví o cestě k abstinenci, které by chtěla dosáhnout. Chtěla by být také schopná udržet si partnerský vztah, pochopit, proč partnery odhání a změnit to.

V tuto chvíli máme s klientkou za sebou 16 sezení v intervalu 1x – 2x za dva týdny. Klientka začala službu Terén+ využívat v září 2022. Od té doby proběhly dvě větší časové pauzy mezi sezeními, jinak jsou sezení pravidelná. Terapie probíhají u klientky doma – v buňce. První dvě sezení proběhla venku, od třetího vždy probíhají uvnitř. Na každém sezení vždy plánujeme další termín. V domluvený den si termín potvrzujeme telefonicky. Klientka v tomto směru funguje. Pokud šlo o rušení termínu, klientka se vždy ozvala včas a byla schopná si v případě, kdy se necítila dobře, sezení posunout.

Jedno z největších témat, které jsme s klientkou opakovaně řešily, byla její HIV pozitivita. Na začátku spolupráce klientka neužívala léky na HIV a byla tak infekční a riskovala zhoršením zdravotního stavu. Během sezení jsme probíraly, jak svou nemoc vnímá. Zjistila jsem, že ji klientka nepřijímá. Často říkala: „Lékaři se spletli, nic mi není, tak nemůžu být nemocná.“ Pracovaly jsme společně na tom, aby svou nemoc přijala. Klientka od nás v rámci TPS informace o nemoci získala, ale díky sezením jsem zjistila, že je nepřijímala. S klientkou jsme probíraly, jak onemocnění vnímá, proč je pro ni takový problém o něm mluvit. Klientka má zkušenost, že ji nepřijali do práce kvůli nemoci. Za nemoc se stydí. Dostaly jsme se k tomu, že neměla nikdy možnost se více bavit s někým, kdo je také HIV pozitivní. Kontaktovaly jsme tak Dům světla a domluvily setkání s tzv. Buddym. HIV pozitivní dobrovolnicí. Na setkání jsme jely společně. Klientka byla nervózní a nevěděla, o čem se tam s Buddym má bavit. Nakonec bylo setkání velmi přínosné. Klientka měla spoustu dotazů, na které získala odpovědi.

Od té doby se klientky přístup k nemoci změnil. Začala pravidelně užívat léky, sama si hlídá termíny odběrů i kontrol. Zpětně tuto zakázku klientka hodnotí jako velmi důležitou a dobře zpracovanou. Opakovaně se k tématu vrací a říká, že bez Terénu+ by k této změně nedošlo. Sama tuto zakázku u klientky považují za první a zároveň velmi důležitý úspěch.

Dalším tématem, které dlouhodobě řešíme je klientky životní situace. Bydlí v buňce, kde každý den hrozí, že o ni přijde. Nemá sociální zařízení, ani stálý přístup k tekoucí vodě. Navíc je buňka v lokalitě, kde je silná komunita uživatelů a osob s kriminální minulostí. Ze začátku našich sezení klientka mluvila o tom, že je tam spokojená a situaci měnit nechce. Po zhruba třech měsících spolupráce však toto téma přinesla s tím, že by svou situaci ráda změnila. Uvědomuje si, že takhle se žít dlouhodobě nedá. Začaly jsme spolu tedy probírat její strachy ze změny. Došly jsme k tomu, že je pro ni „normální“ svět příliš děsivý. Nikdy totiž nezažila jaké to je dlouhodobě žít ve vybaveném bytě. V prosinci se klientka hodně zlepšila. Našla si zaměstnání, měla režim a vše nasvědčovalo tomu, že se její situace zlepší a dojde ke stěhování. Z ničeho nic však klientka o práci přišla a začal stagnovat. Nechápal jsem, kde se stala chyba. Zpětně vím, že moje motivace byla příliš velká a klientka ji vnímala jako příliš. S klientkou jsme toto téma oslovily a domluvily se na pomalejším tempu. Od té doby klientka dělá malé krůčky směrem ke změně. Sama říká, že když se rozhodně, vždy k cíli nakonec dojde, musí na to však mít více času. Aktuálně tak spolu probíráme různé možnosti, které klientka má a jaká mají úskalí.

V průběhu několika sezení jsme s klientkou probíraly její vztah k mužům. Buď je od sebe odhání ještě dříve, než něco začne. Snaží se vyvarovat momentu, kdy jim musí říct o své HIV pozitivitě. Nebo se do vztahu dostane, ale když je to dobré, začne se podle svých slov chovat hrozně. Probíraly jsme společně, odkud se tento mechanismus v klientce bere. Nabízela jsem možnost poruchy attachmentu – konkrétně úzkostně vyhýbavý.

Dále jsme během sezení řešily bažení po opiátech. Když si klientka zlepšila svou životní situaci, dostala chuť po letech na opiáty. Zkoušely jsme společně techniku škály. Zde se klientce do pozice Denisa v době závislosti na opiátech nechtělo. Techniku si zkoušela i sama doma po sezení a pracovala s ní.

Na posledních sezeních klientka přichází se zakázkou, kdy by ráda probrala vztah se svým otcem. Uvědomuje si, že by tento vztah mohl být důvodem, proč není schopná fungovat ve zdravém vztahu s muži.

Zároveň je klientka velmi kreativní a má ráda výtvarné aktivity. Domluvily jsme se, že do našich sezení zapojím arteterapeutické prvky. Mohly by jí pomoci lépe vyjádřit své prožitky.

Rizika a úskalí Terénu+

Vzhledem k tomu, že se jedná o terapie poskytované aktivním uživatelům drog v terénu, nese to hned několik úskalí. Zároveň se jedná o službu, která v České republice poskytovaná doposud nebyla, zároveň je stále ve fázi testování a tak předpokládám, že se mohou vyskytnout další úskalí, která zde zmíněná nejsou.

Dohodnutí termínů a jejich dodržování

Vzhledem k tomu, pro jaké klienty je služba určena, často se setkávám s tím, že nemají ani mobilní telefony. Je tak potřeba se s klienty domluvit dopředu. Vzhledem k jejich životním podmínkám často nemají přehled, co přesně je za den a týdenní nebo čtrnáctidenní výhled je tak těžké sledovat. Služba je zároveň poskytována zdarma a tak je motivace klientu menší, než u platících. Současně se tak také nedá vymáhat platba v případě neomluvení se z terapie. I to hraje do jisté míry roli v dodržování termínů ze strany klientů. Z mé dosavadní praxe vychází, že nejčastěji ruší klienti termín prvního setkání. V momentě, kdy už první setkání proběhne, na další sezení se klienti již zpravidla dostaví.

Místo poskytnutí terapie

Služba je nastavená velmi nízkoprahově a je tak poskytována v terénu. Ne každý klient má stabilní bydlení a tak je terapie někdy poskytována venku. Zde hraje velkou roli počasí. V letních měsících to takový problém není, v zimě je situace složitější. Klienti pak častěji termíny ruší.

Pokud mají klienti stabilní nebo alespoň částečně stabilní (buňka, chatka, apod.) bydlení, je situace jednodušší. Někdy mají klienti stabilní bydlení v podobě nájemního bytu a pak je prostor pro terapii ideální. Pravidlem je, že jsou zde klienti sami, aby bylo zajištěno bezpečné důvěrné prostředí.

Bezpečnost

Vzhledem k místům poskytování terapie a zároveň sociální vrstvy, ve které

se klienti pohybují, je také důležité zamýšlet se nad bezpečností. Pokud je terapie poskytována v jejich obydlí, vždy informuji kolegy z TPS o tom, kdy a kde se nacházím. Mám u sebe neustále telefon pro případné nebezpečné situace. Stále však nemáme dokonale popsán ideální postup.

Intoxikace na sezení

Cílovou skupinou Terénu+ jsou aktivní uživatelé drog. I přes pravidlo, kdy klienti v ideálním případě na sezení docházejí bez aktivní intoxikace, není situace ideální. Zamýšlím se nad tím, do jaké míry může terapie pomáhat osobám, které jsou pod vlivem drog. Z dosavadní zkušenosti a ze zpětných vazeb klientů jim však sezení smysl dávají a mají o něj zájem.

Terapeut vs. terénní pracovník

V neposlední řadě vidím velké riziko v situaci, kdy v Terénních programech SEMIRAMIS figurují jak jako terénní pracovníci, tak v pozici terapeuta. S klienty se tak v praxi setkávám v obou pozicích. Zamýšlím se nad tím, do jaké míry jsou moje pozice rozdílné či nikoliv. Z praxe vidím, že si klienti uvědomují rozdíl v setkávání se v rámci běžných kontaktů a v rámci individuálních sezení. Nemusí to tak však být vždy. Největší změnu vidím v obsahu rozhovorů, které s klienty vedu. V běžných kontaktech nezacházíme do hloubky a řešíme spíše technické zakázky v podobě výměny injekčních stříkaček apod. Aktuální klienti jsou schopni si sami říci, že mají téma na individuální sezení a že ho tedy probereme tam. To vnímám jako velké pozitivum v tomto dilematu.

Ukotvení v metodice

Tím, že je Terén+ zatím v testovací fázi provozu, není k němu v tuto chvíli žádná sepsaná metodika. Ta se bude tvořit po uplynutí testovacího období na základě zkušeností. I tak ale vnímám, že bude trvat mnohem delší časový úsek, než se nám podaří ji doladit k dokonalosti.

Závěr

Vzhledem k tomu, že se jedná o službu, která je v České republice ojedinělá a je stále v začátcích, počítáme s tím, že se objeví další rizika a úskalí. Proto průběžně získáváme zpětnou vazbu ze strany klientů, abychom neustále ověřovali, zda má služba smysl a najde si v sociálním systému své místo. Z mého pohledu je již úspěšná, neboť každá pozitivní změna u aktivních uživatelů drog je cesta k lepšímu životu. Práce s touto cílovou skupinou je založená na principu „Baby Steps“ neboli dětských krůčků a tak každá z našeho pohledu sebemenší změna, může být pro naše klienty krokem náročným a o to více je potřeba si ho vážit a podporovat je v tomto směru.

Zdroje:

KALINA, Kamil a kol. In: *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 392. ISBN 978-80-247-1411-0.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

Terénní program SEMIRAMIS [online]. 2023 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <http://www.os-semiramis.cz/os-site/centra/centrum-terennich-programu-stredoceskeho-kraje/>

Téma kojení v integrativní psychoterapii

Barbora Skybová

Tato práce se zabývá tématem kojení, jakožto i kojících žen, kojených dětí a vztahové vazby mezi nimi, v procesu integrativní psychoterapie. Hlavním cílem práce je podpora kojících žen v péči o své duševní zdraví. Současně lze uvažovat také o tom, že podporou kojení v psychoterapii sekundárně přispíváme zdraví somatickému, a to jak u kojící ženy, tak u jejího dítěte. Také tím pečujeme o zdraví vztahové v dyádě matka–dítě.

Výzkum zabývající se tématem kojení v psychoterapii zatím není nikterak rozsáhlý. Vědecké práce se spíše zabývají širší oblastí, a to vztahem mezi duševním zdravím a kojením. Řada odborných článků se již shoduje v tom, že psychické obtíže mohou vést k předčasnému ukončení kojení. To s sebou může nést pocity selhání, nedostatečnosti, viny a další negativní prožitky, z nichž se některé mohou rozvinout v dlouhodobější obtíže a znovu se objevit např. při dalším dítěti nebo jindy v pozdějším životě.

Začínají se však také objevovat studie poukazující na pozitivní dopady psychoterapie jak na psychické prožívání kojících žen, tak na kojení samotné. Zároveň existují poznatky o tom, že kojení pozitivně působí na psychický stav žen. Kojení a psychoterapie se tedy ovlivňují obousměrně. Tato výhoda se nabízí k využití i v psychoterapeutickém procesu.

Kojení jako všestranná profylaxe

Vymětal (2004, s. 20) k definici psychoterapie uvádí následující: „*Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciární prevencí) poruch zdraví.*“ Je-li tedy údělem psychoterapie podporovat zdraví, pak do této oblasti spadá i podpora kojení.

O důležitosti kojení se jednoznačně vyjadřuje Světová zdravotnická organizace. Ta doporučuje kojení kdykoliv na požádání dítětem, a to do 2 let věku a později (WHO, nedatováno). Z tohoto vyplývá, že kojení optimálně trvá roky. Délku kojení v letech dokládá také metaanalýza publikovaná v roce 2020 (Brown et al.), dle které činí medián věku pro samoodstavení dítětem od kojení 35 měsíců, přičemž autoři zaznamenali celkové rozpětí 16 až 50 měsíců. Téma dlouhodobého, respektive normálně trvajících kojení a samoodstavení v českém jazyce popisuje článek organizace MAMILA (nedatováno).

V České republice se zatím nedaří dosáhnout cíle WHO, kterým je 50 % výlučně kojeneckých dětí v prvních 6 měsících věku. V Česku je v půl roce věku kojeno přibližně jen 38 % dětí (Halaštová, 2019).

Co se týče významu kojení, má zásadní vliv jak na zdraví dítěte, tak jeho matky (AAC, 2012). Pro dítě je důležité nejen z hlediska výživy a imunity, ale mimo mnohé další benefity také pomáhá při budování emoční vazby mezi ním a matkou (AAC, 2012). Podrobněji se benefitům kojení na dlouhodobé zdraví dětí věnuje publikace WHO (Bernardo et al., 2013).

Kojící ženě pak přináší ochranu před rakovinou prsu a vaječnicků, snižuje riziko rozvoje diabetu 2. typu a v neposlední řadě pozitivně ovlivňuje načasování věkového rozdílu mezi dětmi (Victora, 2016). Další studie přinesla poznatky o tom, že chrání cévy a srdce žen a je prevencí kardiovaskulárních onemocnění (Peters et al., 2017). Před kardiovaskulárními onemocněními jsou kojící ženy dokonce chráněny tím více, čím delší dobu kojí (Schwarz et al., 2009).

Pozitivní vliv má kojení také na sílu kostí žen, kdy kojení chrání před osteoporózou (Wiklund et al., 2012). Za zmínku s ohledem na tělesné zdraví také stojí poznatek, že kojící ženy zpravidla snáz a rychleji zhubnou (McClure et al., 2011). Pozoruhodné je také zjištění, že kojící ženy spí oproti ženám podávajícím dětem umělou výživu každou noc v průměru déle o 40 až 45 minut (Doan et al., 2007).

Následující odstavce stručně shrnou dosavadní poznání o psychickém zdraví kojících žen.

Duševní zdraví a kojení

Studie z roku 2008 například zjistila, že ženy s depresí ve své anamnéze zahájí kojení s menší pravděpodobností a současně s větší pravděpodobností ukončí kojení předčasně, oproti ženám bez deprese. Pozdější výzkum pak přinesl poznatky o tom, že podpora při řešení psychických potíží psychologickými intervencemi, jako je například psychoterapie, může mít pozitivní efekt na průběh kojení (Borra et al., 2015).

Na toto navazuje článek z roku 2021 (Gómez et al.), který poukazuje na větší význam psychoterapeutické podpory při kojení oproti běžnému poradenství. Dodává též, že na míru šité relaxace pomáhají redukovat prožívaný distres a také sekundárně zlepšovat kojení.

V korejské studii (Park & Choi, 2019) pak byla zkoumána délka kojení a její vliv na výskyt deprese v období po menopauze. Výsledky ukázaly, že ženy, které za život kojily v kuse nebo dohromady (tedy jedno či více dětí) 47 měsíců nebo více, měly o 67 % nižší pravděpodobnost depresivního onemocnění.

V rozsáhlé metaanalýze (Fitelson et al., 2010) se autoři zabývali mimo jiné nefarmakologickou léčbou poporodní deprese. Dospěli k závěru, že „interpersonální psychoterapie, kognitivně behaviorální terapie, psychodynamická psychoterapie a další podpůrné intervence, jako je telefonická peer podpora, poradenství od zdravotníků a podpora ze strany partnera pozitivně přispívají k léčbě tohoto onemocnění.

Současně ženy těží z vhodně zvolené podpory kojení a to se pozitivně odráží na jejich psychické síle, míře self-efficacy a vnímání vlastní schopnosti (Demirtas, 2012).

Za zmínku stojí také zajímavý výzkum (Kendall-Tackett, Cong & Hale, 2013) věnující se ženám po sexuálním útoku, který přišel se závěrem, že díky kojení mají tyto ženy po porodu menší obtíže spojené se spánkem a depresí, oproti ženám, které spolu s kojením ještě dokrmovaly umělou výživou anebo nekojily vůbec.

Kojení a psychiatrická léčba

Problematickým termínem pocházejícím z minulosti se stala „laktační psychóza“, která je velmi zavádějící a nepřesná. Termín působí dojmem, že příčinou psychózy je laktace. Tato kauzalita nebyla vědou prokázána. Naopak je dostupná četná evidence o tom, že kojení při rozvoji poporodní deprese či psychózy přispívá uzdravení svým ochranným efektem (Field et al., 2010, Hahn-Holbrook et al. 2013).

Kojení také snižuje míru prožívaného stresu (Mezzacappa & Katkin, 2002), pozitivně ovlivňuje náladu i spánek žen a pomáhá budovat vztahovou vazbu k narozenému dítěti. Kojení tedy účinkuje jako stabilizátor nálady.

Neméně významnou z hlediska psychické pohody je také produkce oxytocinu. Jeho vliv na psychická onemocnění se dále zkoumá, nicméně již víme o jeho regulaci sociální chování (působí na sociální rozhodování, hodnocení a reagování na sociální podněty, zprostředkovává sociální interakce a formuje sociální vzpomínky). Podrobněji se rolí oxytocinu u psychických onemocnění zabývá například studie z roku 2013 (Cochran et al.).

Nutno také dodat, že je stále ještě poměrně rozšířený mýtus, že kojící žena musí laktaci nejprve ukončit, aby se mohla psychiatricky léčit. Dnes již víme, že přínos kojení mnohonásobně převyšuje zvažovaná rizika užívání mnohých psychofarmak. Při kojení mohou být užívány například léky z řady antidepresiv

(Davanzo, 2011) nebo stabilizátorů nálady (Uguz & Sharma, 2016). V každém případě je doporučováno volit konkrétní léky, které jsou stran kojení bezpečné (Fitelson et al., 2010) a individuálně zvážit léčebné benefity versus případná rizika dané medikace.

Současně není vhodné ani doporučení nekojit z „preventivních“ důvodů, např. v situaci, kdy žena psychiatricky léčena již před porodem. Takové postupy mohou vést k zbytečně prohloubeným psychickým stavům či dokonce k excesivním hospitalizacím. Opět se nabízí jako vhodné individuální posouzení možné medikace a dále lze doporučit psychoterapii.

Význam kojení v psychoanalýze

V rámci psychoanalytických teorií na kojení nenajdeme unifikovaný názor. Panuje však obecná shoda, že ovlivňuje wellbeing jak dítěte, tak jeho matky.

Donald Winnicott (1987) například zdůraznil důležitost raného vztahu mezi matkou a dítětem, a to včetně kojení, z hlediska budování pocitu bezpečí a důvěry na straně dítěte. Domníval se, že matčina schopnost reagovat na potřeby dítětem během kojení je rozhodující pro emocionální a kognitivní vývoj dítěte.

Myšlenku o pozitivním vlivu kojení na kognitivní vývoj později podpořil výzkum. Např. tato studie (Victoria et al., 2015) hovoří nejen o vyšším intelektu kojených dětí v jejich dospělosti, ale také o vyšším dosaženém vzdělání a schopnosti výdělků. Ve stejném roce byla také publikována metaanalýza (Horta et al.) se závěrem, že byla kromě vyššího intelektu také nalezena souvislost mezi kojením a kognicí. Toto kolektiv autorů považuje za podporu tvrzení, že se jedná o souvislost kauzální. Novější, pilotní výzkum z roku 2022 (AlThuneyyan et al.) pak zjistil, že v minulosti výlučně kojené dívky dosahovaly ve věku 7 až 9 let vyššího intelektu a také sociální inteligence.

Kojení se ve svých knihách věnovala také Melanie Kleinová (1997, 1998). Popsala v nich kojení jako nástroj, kterým matka dítěti zajišťuje výživu a pohodlí, což následně může ovlivňovat schopnost dítěte vytvářet si v budoucnosti zdravé vztahy. O kojení jako procesu, který dítěti formuje základ pro budoucí vztahy se

vyjadřuje i lacanovská psychoanalýza (Zizek, 2014). Kleinová také naznačila, že potíže spojené s kojením nebo mateřskou péčí mohou přispět k rozvoji pozdějších psychických problémů, např. pocitům nejistoty, úzkosti a závislosti.

Témata kojících žen v psychoterapii

Na základě svých znalostí z certifikovaného kurzu laktačního poradenství (MAMILA, o. z.) a zkušeností s klientkami v psychoterapii či na podpůrných skupinách pro kojící ženy uvedu a okomentuji na následujících řádcích některá témata kojících žen relevantních pro psychoterapii. Nutno dodat, že se jedná pouze o subjektivní přehled témat, který je ze své povahy limitovaný a může být značně zkreslující. Ke skupinám témat si dovoluji navrhnout možné intervence.

Mezi často řešené oblasti patří obtíže v kojení. A to zejména objevují-li se v prvních dnech a týdnech po porodu, kdy se současně mnoho žen potýká také s poporodním blues. Do této skupiny často patří bolestivé či obtížné přísátí, poranění bradavek, ucpané mlékovody, záněty prsů a další. Mnohdy s sebou nesou různé obavy – z menšího přibývání novorozence či kojence, poklesu laktace, zhoršení potíží a další. Opakují-li se tyto situace, mohou se objevovat masivní úzkosti, strach z neprosívání dítěte, pocity nekompetentnosti, beznadějí a další negativní emoce. Jejich řetězení může vést k hlubším psychickým stavům, např. k depresi. Při rozvoji takto závažných onemocnění jako je deprese může být velmi výhodné laktační poradenství (řešení obtíží v kojení) ruku v ruce s psychoterapií (léčba psychického onemocnění), případně psychiatrickou léčbou.

Velmi náročným jevem, s nímž se kojící ženy mohou setkat, je tzv. bojkot, při němž miminko po předchozím dobrém kojení začne kojení odmítat. Překonávání tohoto jevu s pomocí laktační poradkyně a specifického protokolu pro zvládnutí zpravidla trvá několik měsíců a je psychicky i fyzicky velice náročné. A to jak pro kojící ženu samotnou, tak pro ostatní členy rodiny. V této specifické, náročné situaci může být individuální psychoterapie velmi vhodná. S ohledem na závažné obtíže v kojení může žena ocenit její online formu, neboť jí ušetří cestování, případný stres spojený s kojením mimo domov a spíše nenaruší spánkový rytmus miminka.

Další oblastí je rodinné fungování a zvládání domácnosti, které jsou přirozeně příchodem dítěte značně ovlivněny. Adaptace na toto vše nové a dále na potřebu dítěte kontaktu a kojení může přinášet četné intrapsychické konflikty. Např. v situacích, kdy žena stojí před volbou, čím a jakou potřebu bude obstarávat dříve a současně chce kojit dítě dle jeho potřeb a prvních signálů. V této oblasti může být významnou pomocí laktační a nosící poradkyně, která ženu naučí kojit dítě při nošení, což jí umožní volné ruce a případné zajišťování také potřeb svých, dalšího dítěte apod. V psychoterapii pak může být tématem nastavení priorit v péči o sebe a o druhé, říkání si o pomoc, nastavování si hranic a další.

Tématem může být také členění nepodpoře nebo přímo kritice za kojení. Žena se může cítit pod tlakem, že stále kojí, a to z různých důvodů. Bolestivé toto bývá zejména, jedná-li se o její nejbližší. Např. o partnera nebo jeho či její rodiče. V tomto případě může být velmi přínosná podpora v komunitě kojících a účast na podpůrných skupinách pro kojící ženy. Uzná-li to žena ještě jako výhodné, může také těžit z individuální psychoterapie, v níž se lze zaměřit například na vztahovou dynamiku v rodině či s blízkými, významu kojení pro ni osobně apod.

Skloňováno mezi kojícími ženami bývá i partnerské soužití. Zvláště v tom smyslu, že péče o dítě spolu s kojením často zejména zpočátku přináší změnu v intimním soužití partnerů, rodičů dítěte. Je-li v této oblasti po určité době nesoulad, může se opět jednat o téma do psychoterapie. V ní lze hledat cesty, jak intimitu adaptovat na aktuální situaci k větší spokojenosti obou partnerů, jak o tomto komunikovat apod.

Témat z oblasti kojení se může v procesu psychoterapie přirozeně objevit mnohem více. Zkušenosti jsou individuální, stejně tak jako přístupy jednotlivých žen ke kojení samotnému. Ostatně i úvahy o nekojení mohou být významným psychoterapeutickým obsahem.

Na straně druhé se lze v psychoterapeutické praxi setkat i se zajímavými a zvláště povzbuzujícími tématy týkající se kojení, které mohou mít sekundární vliv na psychický wellbeing ženy i dítěte. Kojení je způsob péče o dítě a současně lze konstatovat, že kojení je výchova (Poloková, 2020). Například se jedná o nástroj

k saturaci fyzického kontaktu. Velmi dobře zastává funkci uspávací či utišovací. Kojení je také pomocník při péči o nemocné dítě – sání prsu má analgetické účinky, kontakt kůže na kůži pomáhá termoregulaci a kojení jako takové pomáhá stabilizovat životní funkce. Kojení též funguje jako rychlý a snadno dostupný způsob výživy a hydratace dítěte kdykoliv a kdekoliv. Není k němu potřebné nic speciálního, umožňuje reagovat na dítě ihned.

Existuje také adoptivní kojení, které spočívá v podpoření nástupu laktace i v případech, že dotyčná žena miminko neporodila. Ať už někdy těhotná byla nebo ne. Laktační poradenství pro to má opět svůj postup a je šance, že se ženě podaří zahájit laktaci a kojit i nevlastní dítě. To může mít velký význam pro vznikající vztahovou vazbu mezi ženou a dítětem, mimo mnohé další přínosy. Informovaný psychoterapeut např. může ženu zvažující adopci o takové možnosti informovat a při její vůli ji na této cestě také doprovázet.

Závěrem

Tato práce přinesla stručný souhrn dosavadního výzkumu z oblasti duševního zdraví kojící žen a také tématu kojení v psychoterapii. Na základě výše popsaných psychických, somatických a vztahových benefitů kojení se domníváme, že je důležité, aby měly kojící ženy možnost využívat psychoterapii. A to nejlépe v takových formách, které jsou pro ně s ohledem na péči o malé děti a kojení dle jejich potřeb reálné. Takovou formou může být například podpůrná skupinová psychoterapie nebo individuální psychoterapie za přítomnosti kojeneckého dítěte tak, aby mohlo být kojeno dle jeho potřeb. Jako možnost se nabízí také online psychoterapie, která může být pro matku zejména novorozence či kojence velmi vítanou variantou snižující práh k čerpání psychické péče.

Kojení by mělo být v procesu psychoterapie po celou dobu pro mnoho svých benefitů jednak přijímáno, jednak podporováno, je-li taková vůle kojící ženy. Podobně jako je žádoucí u klientů podporovat například zdravý životní styl.

Reference

AlThuneyyan, D. A., AlGhamdi, F. F., AlZain, R. N., AlDhawayan, Z. S., Alhmly, H F., Purayidathil, T. S., AlGindan, Y. Y. & Abdullah, A. A. (2022). The Effect of Breastfeeding on Intelligence Quotient and Social Intelligence Among Seven- to Nine-Year-Old Girls: A Pilot Study. *Frontiers in Nutrition*, Volume 9. DOI: 10.3389/fnut.2022.726042

American Academy of Pediatrics. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827-e841.

Bernardo, Horta, Cesar, Victora & World Health Organization. (2013). Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. World Health Organization.

Borra, C., Iacovou, M., & Sevilla, A. (2015). New evidence on breastfeeding and postpartum depression: The importance of understanding women's intentions. *Maternal and Child Health Journal*, 19(4), 897-907. DOI: 10.1007/s10995-014-1591-z

Brown, A., Raynor, P., & Lee, M. (2020). Breastfeeding duration and its relation to weight gain, eating behaviours and positive maternal feeding practices in infancy. *Pediatric obesity*, 15(5), e12615. DOI: 10.1016/j.appet.2016.10.020

Cochran DM, Fallon D, Hill M & Frazier JA. (2013) The role of oxytocin in psychiatric disorders: a review of biological and therapeutic research findings. *Harv Rev Psychiatry*, 21(5):219-47. DOI: 10.1097/HRP.0b013e3182a75b7d.

Davanzo R, Copertino M, De Cunto A, Minen F, & Amaddeo A. /2011ú. Antidepressant drugs and breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Med*, 6(2):89-98. doi: 10.1089/bfm.2010.0019

Demirtas, B. (2012). Strategies to support breastfeeding: a review. *International Nursing Review*. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2012.01017.x

Doan T, Gardiner A, Gay CL & Lee KA. (2007) Breast-feeding increases sleep duration of new parents. *J Perinat Neonatal Nurs.* 21(3):200-6. DOI: 10.1097/01.JPN.0000285809.36398.1b

Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Ezell S & Siblalingappa V. (2010). Depressed mothers and infants are more relaxed during breastfeeding versus bottlefeeding interactions: brief report. *Infant Behav Dev.* (2):241-4. DOI: 10.1016/j.infbeh.2009.12.006

Fitelson E, Kim S, Baker AS & Leight K. (2010). Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *Int J Womens Health.* 30;3:1-14. DOI: 10.2147/IJWH.S6938

Gómez, L., Verd, S., de-la-Banda, G. et al. (2021). Perinatal psychological interventions to promote breastfeeding: a narrative review. *Int Breastfeed J* 16, 8. DOI: 10.1186/s13006-020-00348-y

Hahn-Holbrook J, Haselton MG, Dunkel Schetter C, & Glynn LM. (2013). Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?: A prospective study from pregnancy to 2 years after birth. *Arch Womens Ment Health.* 16(5):411-22. DOI: 10.1007/s00737-013-0348-9

Halaštová, E. (2019). Půl roku po porodu kojí jen třetina matek. Neumí si poradit, když je kojení problém. *Aktuálně.cz*. Získáno 29.4.2023 z <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/kojeni-zdravi-dite-vyziva-materstvi/r~b3ea357082d011e98a200cc47ab5f122/>

Horta, BL, Loret de Mola, C, & Victora, CG. (2015) Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015 Dec;104(467):14-9. doi: 10.1111/apa.13139.

Kendall-Tackett K, Cong Z & Hale TW. Depression, sleep quality, and maternal well-being in postpartum women with a history of sexual assault: a comparison

of breastfeeding, mixed-feeding, and formula-feeding mothers. *Breastfeed Med.* 2013 Feb;8(1):16-22. doi: 10.1089/bfm.2012.0024

Klein, M. (1997). *Envy And Gratitude And Other Works*. The Melanie Klein Trust.

Klein, M. (1998). *Love Guilt And Reparation And Other Works*. The Melanie Klein Trust.

MAMILA (nedatováno). Dlouhodobé kojení a přirozené odstavení. Získáno 28.4.2023 z [https://www.mamila.sk/cz/pre-matky/dojcenie-a/dlhodobе-dojcenie/](https://www.mamila.sk/cz/pre-matky/dojcenie-a/dlhodobे-dojcenie/)

Mezzacappa ES & Katlin ES. (2002). Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychol.* 21(2):187-93.

McClure CK, Schwarz EB, Conroy MB, Tepper PG, Janssen I, Sutton-Tyrrell KC (2011). Breastfeeding and subsequent maternal visceral adiposity. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 19(11):2205-2213. DOI: 10.1038/oby.2011.185

Park, S., & Choi, N. (2019). Breastfeeding reduces risk of depression later in life in the postmenopausal period: A Korean population-based study, *Journal of Affective Disorders*, 248, 13-17. DOI: 10.1016/j.jad.2018.12.081

Peters SAE, Yang L, Guo Y, Chen Y, Bian Z, Du J, Yang J, Li S, Li L, Woodward M & Chen Z. (2017). Breastfeeding and the Risk of Maternal Cardiovascular Disease: A Prospective Study of 300 000 Chinese Women. *J Am Heart Assoc.* 6(6):e006081. DOI: 10.1161/JAHA.117.006081

Poloková, A. (2020). *Vztahová výchova (e-kniha)*. Slovak edition © MAMILA, o. z.

Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, Allison MA, Ness RB, Freiberg MS & Cauley JA. (2009). Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol.* 113(5):974-982. doi: 10.1097/01.AOG.0000346884.67796.ca

Victora, C. G., Horta, B. L., Loret de Mola, Ch., Quevedo, L., Pinheiro, R. T., Gigante, D. P., Gonçalves, H., & Barros, F. C. (2015). Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil, *The Lancet Global Health*, 3(4), e199-e205. DOI: 10.1016/S2214-109X(15)70002-1

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J D, França, G. V A, Horton, S., Krasevec, J. et al. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387(10017), 475-490. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7

Uguz F & Sharma V. (2016). Mood stabilizers during breastfeeding: a systematic review of the recent literature. *Bipolar Disord*, 18(4):325-33. doi: 10.1111/bdi.12398.

Vymětal, J., a kol. (2004). *Obecná psychoterapie, 2. rozšířené a přepracované vydání*. Grada Publishing.

Wiklund, P.K., Xu, L., Wang, Q. et al. (2012) Lactation is associated with greater maternal bone size and bone strength later in life. *Osteoporos Int* 23, 1939–1945. DOI: 10.1007/s00198-011-1790-z

Winnicott, D. (1988). *Babies and Their Mothers*. Free Association Books.

World Health Organization (nedatováno). *Breastfeeding: Recommendations*. Získáno 26.4.2023 z https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2.

Zizek, S. (2014). *Lacanian psychoanalysis and its applications*. Routledge.

Psychosociální intervence při perinatální ztrátě

Barbora Tománková

Ztráta dítěte patří mezi nejnáročnější životní krize. Krize, která otřese životem, a po které už "nic" nebude jako dřív. Čím blíže k termínu porodu nastane, tím hůře se s ní rodiče vyrovnávají. Dítě představuje pro rodiče naději do budoucnosti, je částí identity rodiče. Rodiče tedy ztrácí část sebe samých, ztrácí rodičovské kompetence, ztrácí naději. Zároveň je mrtvé miminko někým, kdo bude po celý další život postrádán i když se narodí další děti.

Těhotné ženy vykazují vůči svým nenarozeným dětem vysoký stupeň senzitivity. Dopad ztráty dítěte před porodem je nepředstavitelně bolavý. Je to ztráta nečekaná, náhlá, nepochopitelná. Zbývá prázdná náruč. Nic. Ztrácí se anticipovaná mateřská role.

Ztráta dítěte bezprostředně ochromí ženu a její rodinu šokem, žalem, psychickou bolestí. Rodiče by (nejen od zdravotnického personálu) měli získat plnou podporu v celé bio -psycho-socio-spirituální péči počínaje respektující komunikací při sdělení závažné zprávy, dostatku informací podaných srozumitelnou formou, podpoře rodičovských kompetencí, rituálu rozloučení, vytváření upomínek na miminko, profesionální péči o truchlící rodiče během hospitalizace nevyjímaje. Témata týkající se pohřbu, laické i odborné psychologické pomoci, komunikace se sourozenci a rodinou a procesu truchlení by rovněž měla být v informování rodičů před propuštěním zahrnuta.

Definice pojmů

Ztráta je definována jako oddělení od někoho nebo přerušení vazby k něčemu, výsledkem je změna ve vztahu. Může být fyzická i psychická

Zármutek je přirozená reakce člověka na ztrátu. Kromě smutku zahrnuje i další pocity jako je hněv, bolest, pocit viny, studu, znechucení, zmatku, bezmoci...

Truchlení je celkovou reakcí na ztrátu, proces hojení a vyrovnávání se se ztrátou. Zahrnuje emocionální, mentální, fyzickou, behaviorální, sociální i duchovní reakci jedince na ztrátu.

Perinatální ztrátou rozumíme úmrtí plodu nebo novorozence v perinatálním období doprovázené u rodičů pocity smutku, bezmoci, bolesti, hlubokého žalu a myšlenkami na zemřelé dítě. Jde o přirozenou reakci, která provází ztrátu blízkých a je popisována jako proces truchlení (Ratislavová, Hrušková, 2020 str.68)

Perinatální období je definováno jako období od viability plodu (od 24. týdne těhotenství), přes období porodu, do 7 dnů po narození dítěte.

Perinatální paliativní péče vymezuje oblasti péče zaměřené především na problematiku prenatalně diagnostikované život limitující vrozené vývojové vady u plodu, porod mrtvého miminka a časně novorozenecké úmrtí. Každá z těchto oblastí má svá specifika, ale společným tématem je péče o truchlící rodiče, vytváření vzpomínek na miminko, které s rodiči strávilo jen velmi omezenou dobu, psychosociální podporu rodičů, budování respektu a úcty k „nenarozeným“ dětem. Perinatální ztrátu zažívá každým rokem v České republice asi 450-470 žen a jejich rodin.

Specifickou situací perinatální ztráty je porod mrtvého dítěte, jehož charakteristický znak je dobře vyjádřen anglickým výrazem "*stillbirth*" - tichý porod. Po porodu není slyšet křik dítětem a zároveň je jeho smrt svým způsobem neviditelná. Matka cítila jeho pohyby, vytvářela si o něm fantazie, oslovovala ho, ale další vzpomínky chybějí, chybějí konkrétní doklady o existenci dítěte. Ztráta se tedy stává nejednoznačnou. V procesu truchlení rodičů se může nejednoznačnost ztráty projevit popřením, neúnavným vyhledáváním informací, bezmocí, nižší sociální oporou okolí (Marková, Chvílová Weberová, 2021 str.502)

Při časném novorozeneckém úmrtí, které je často spojeno s vrozenou vývojovou vadou u dítěte nebo s předčasným porodem - tedy s narozením extrémně

nezralého novorozence - předcházejí úmrtí dítěte rozhodnutí, která musí rodiče v rámci spolurozhodování v péči o dítě učinit. Spolurozhodnutí se týkají např. vedení porodu, pokračování nebo ukončování intenzivní péče. Bývají to obtížná, eticky složitá rozhodnutí, která mohou ovlivnit i proces truchlení. Zároveň rodiče mohou alespoň krátký čas o své dítě pečovat a rozloučit se s ním.

Specifickou skupinu tvoří rodiče, kteří očekávají příchod miminka s život limitující vadou. Po stanovení diagnózy se mohou rozhodnout, zda chtějí těhotenství ukončit nebo v něm pokračovat s poskytnutím perinatální paliativní péče (která začíná již před narozením) a postnatální léčbou. Tito rodiče se vydávají cestou velké nejistoty. Nikdo jim dopředu neřekne, zda ztratí miminko ještě prenatálně, při porodu, zda bude jejich dítě žít minuty, hodiny, měsíce či roky.

Sdělení závažné zprávy

Ke sdělení diagnózy o úmrtí dítěte v děloze dochází při ultrazvukovém vyšetření. Ženy přichází s obavou, že " něco " není v pořádku, necítí pohyby. Jsou velmi vnímavé na neverbální projevy lékaře a kombinace ticha a řeči v nich vzbuzuje často strach. Způsob sdělení diagnózy ovlivňuje okamžité i dlouhodobé utrpení rodičů. Převaha mlčení může být v některých případech i příčinou vzniku psychického traumatu (Ratislavová, 2016 str.40). Rodiče potřebují citlivou, osobní účast, respekt, empatii, pochopení a podporu ze strany zdravotníků. Potřebují čas k přijetí situace.

Po sdělení diagnózy se rodiče nachází ve fázi šoku, který může trvat až 24 hodin. Je nutné tento stav akceptovat a přizpůsobit mu komunikaci. Není výjimkou, že ženy fungují jako " robot", že mají pocity nereálnosti, zmatku, vzteku, smutku. Ratislavová a Hrušková (2020str.29) uvádějí dva typy akutních reakcí u žen : „**rychlou mobilizací sil**" (pláč, křik, zhroucení se, útok, útěk, tendence se zabít- ve smyslu být tam, kde je dítě) či reakcí "**mrtvý brouk**" (zamrznutí, ztuhnutí, odpojení od emocí, necítění těla nebo jeho částí, prožitku neskutečnosti apod.). Reakce mohou přecházet jedna v druhou. Kromě emocionálních reakcí pomou rodiče pociťovat i reakce tělesné. Tyto reakce mohou připomínat intenzivní

strach. Rodiče mohou pociťovat bušení srdce, tíhu na hrudi, mohou často vzdychat, mohou cítit vyčerpanost, otupělost, problémy se spaním, noční můry).

Rodiče potřebují dostatek informací podaných citlivou formou o dalším postupu, tlumení bolesti, rozloučení s miminkem. S matkou by měla vždy zůstat blízká osoba, pokud to tak není, je důležité ponechat ji předměty, které ji navodí bezpečí, zajistit ji intimitu prostředí, ne však izolaci, zajistit individuální péči a důsledné předávání informací při střídání směn. Informace je nutné podávat opakovaně.

Porod mrtvého dítěte je pro ženu jako " zlý sen". Často chtějí situaci vyřešit okamžitě, "zbavit" se mrtvého dítěte, " odříznout se od všeho", přejí si často císařský řez. Mohou se u nich vyskytovat ambivalentní pocity k dítěti. Je důležité vyslechnout je a citlivě jim poskytnout informaci, že císařský řez ovlivňuje proces fyzické i psychické rekonvalescence a částečně i schopnost přijmout ztrátu dítěte. Neodsuzovat reakce ženy, veškeré reakce jsou normální, protože není normální ztratit dítě...

Žal rodičů je tak intenzivní, že se u nich aktivují obranné mechanismy, které je před nesnesitelnou bolestí ochraňují, např. disociace při níž dochází k odštěpení traumatických myšlenek a pocitů tak, že tyto prožitky nejsou pro vědomí dále dostupné, resp. vědomí je neschopno integrovat a zpracovat. - nejčastěji jde o amnézii různého stupně či popření. (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 141). Ženy odmítají uvěřit, že situace je skutečná a někdy je nutné opakované vyšetření ultrazvukem na poukázání absence srdečních ozev miminka. Vodáčková (2002) uvádí, že odštěpení sice umožňuje návrat k normálnímu fungování, znemožňuje však emoční kontakt s traumatickou zkušeností a její zpracování.

Některé ženy prožívají pocity viny. Pocity viny se častěji vyskytují u žen, které upřednostňovaly kariéru nebo mají v anamnéze umělé přerušování těhotenství. Může se také objevit pochybnost o tom, zda mohou být nazývány " matkami", když nebyly schopné donosit dítě. Otázky, které se honí ženám hlavou jsou ochromující. „Kde jsem udělala chybu?“ „Mohla jsem tomu zabránit?“ Pocity viny mohou být až destruktivní. Je to stejné, jako bychom se nalézali ve slepé uličce.

Cesta dál nevede, nezbývá, než se vrátit na její začátek a rozhlédnout se po jiné cestě.

V situaci perinatální ztráty je velmi důležitá sociální opora ženy a žena by měla mít možnost přítomnosti partnera nebo jiné blízké osoby. Důležitá je také otázka tlumení bolesti. Pro některé rodiče je důležitá podpora kněze či nemocničního kaplana. Některá zdravotnická zařízení nabízejí podporu pracovníků Center provázení či klinického psychologa. Je s výhodou, pokud personál porodního sálu má povědomá o základní krizové intervenci.

Rituály

Po porodu mrtvého miminka jsou rodiče konfrontováni s řadou rozhodnutí. Jedním z nich je možnost rozloučení se s miminkem, mohou jej vidět, držet v náručí a trávit s ním tolik času, kolik potřebují. Zdravotníci by měli mít na paměti, že tato přání a rozhodnutí nemusí být definitivní, mohou se v průběhu porodu měnit, a je dobré ptát se či nabízet možnost rozloučení s odstupem. Důležité je respektování, pokud rodiče tuto možnost nevyužijí.

Rozloučení může mít charakter rituálu. Rituál je takové chování, které je specifické, adresné a je nositelem vnitřního významu, symbolu či symbolů. Projevuje se u lidí zejména v krizových momentech vždy, když se má člověk přizpůsobit něčemu novému a neznámému. Je důležitý tím, že dává určitý smysl a řád, nabízí určité zázemí a hranici pro prožitek a pomáhá přizpůsobit se novému a neznámému. Rituál převádí účastníky z jednoho stavu bytí do druhého, ovlivňuje prožívání a chování. Má spirituální rozměr a odlehčující funkci (Sobotková, 2003 str. 8-20) Rituály, které jsou vázány k úmrtí blízké osoby, jsou nazývány přechodovými. Mají funkci ochrannou, podpůrnou a mají dodávat pocit kontroly nad situací, reálnosti dítěte a jeho ztráty a tím napomáhat započatí procesu truchlení.

Česká Republika, stejně jako ostatní země prošla, co se týče "rituálu loučení s miminkem" určitým vývojem. Ve druhé polovině 20. století to byl rituál "zmizení novorozence", kdy byl novorozenec ihned po porodu odnesen a ženy se kolikrát nedozvěděly pohlaví, míru ani váhu miminka. Ženy měly svoji bolest co nejdříve

odhodit a počít nové dítě. Jejich zármutek však přetrvával, ale v té době nebylo společensky únosné o něm hovořit. Nutno podotknout, že v té době převažoval paternalistický přístup zdravotníků, který umožňoval rozhodovat o tom, co se rodičům sdělí.

Spolurozhodování pacientů o péči a jejich aktivní zapojení je jedním ze základních práv pacientů. Jedině svobodná informovaná volba je správným řešením při nabídce rituálu rozloučení s mrtvým miminkem (Rastislavová, 2016).

Uchování vzpomínek

Za velmi důležité jsou pokládány upomínky na dítě, které jsou vlastně i symbolem přetrvávající vazby k dítěti. Různé studie se shodují, že vlastnění upomínek na dítě dlouhodobě snižuje úzkostnost matek. Mnoho rodičů je v šoku a ve stresu v době ztráty o to víc, nastala-li náhle a neočekávaně a proto nad vytvořením upomínek nepřemýšlejí, ale jsou později velice vděční personálu, pokud ten vzpomínky zachytil a uchoval. Jsou uchovávány otisky ručiček či nožiček, pramínek vlasů, dečka, v které bylo miminko ovinuto. Některé porodnice nabízejí certifikát o narození dítěte s vyjádřením hluboké úcty na památku dítěte. Mohou být pořízeny fotografie, které jsou spolu s věcmi uloženy do balíčku - tzv. memoryboxu. Součástí memoryboxu může také být třeba plovoucí svíčka, která může být puštěna jako součást rozlučkového rituálu (pokud jsou třeba v rodině další děti, nebo pokud si rodiče nepřejí pohřeb).

Někteří rodiče dají miminku jméno, je spojováno s potvrzením identity miminka a jeho místem v rodinné historii.

Ztráta dvojčat/vícerčat

Každý rok řada rodičů zažívá úmrtí jednoho nebo obou dětí z vícečetného těhotenství. U vícečetných těhotenství je vyšší riziko výskytu vrozených vývojových vad. Těhotenství je také ohroženo twin to twin transfúzním syndromem, kdy při plném rozvinutí syndromu dosahuje mortalita 80-90%. Někdy

intrauterinně odumře jeden plod, zatímco druhé dvojče se může vyvíjet dobře. U jednoho z dvojčat se také může vyskytovat např. život limitující vada. Rodiče po porodu mohou být rozpolcení - zda trávit čas se zdravým novorozencem nebo s tím umírajícím/zemřelým. Je těžké v jednu chvíli truchlit a zároveň se radovat. Také těmto rodičům by měla být nabídnuta možnost vytvoření nejen vzpomínkových věcí, ale také fotografií. Tyto upomínky mají velký vliv na proces truchlení, na přijetí reality ztráty a později mohou pomoci přeživším dětem pochopit příběh jejich narození. Také návrat domů s přeživším dvojčetem není šťastným dnem, ale chvílí připomenutí ztráty. Může také dojít k nadměrné "idealizaci" mrtvého dvojčete na úkor přeživšího, které je třeba nadměrně plačtivé nebo nemocné.

Specifikem zármutku při ztrátě jednoho z vícero dětí je také strach o život přeživších dětí a potíže připoutat se k nim. Chrání se tak před emocionální bolestí případně další ztráty (Rastislavová, 2016 str. 80).

Pitva

Zdravotnický personál by měl rodiče také informovat o vykonání pitvy u jejich miminka, která je české republice při úmrtí do 18-ti let povinná. Pokud je příčina úmrtí zřejmá, od pitvy je možno odstoupit. Většina rodičů si pitvu přeje, doufají, nezískají odpověď na to, proč k tomu došlo.

Pohřeb

Od rodičů by se nemělo očekávat okamžité rozhodnutí o důležitých otázkách pohřbu dítěte, ale rodiče měli by vědět, že je nutné toto rozhodnutí učinit do 96 hodin od porodu. V procesu truchlení se u řady žen, které se odmítly podílet na pohřbení dítěte, objevuje ve fázi hledání a touhy po dítěti, jak bylo naloženo s jeho ostatky. Tyto představy mohou vyvolávat pocity viny. Proto by rodiče také měli vědět, že pokud se nerozhodnou pro pohřeb, bude tělíčko jejich miminka tiše zpopelněno a uloženo do společného hrobu na anonymním místě. Toto místo se zpětně dá dohledat.

Pro některé rodiče netěžké během hospitalizace se s miminkem rozloučit, nebo je pro ně nepředstavitelné vystrojit pohřeb. Později toho mohou litovat. Je důležité, aby věděli, že to nevyovídá nic o tom, jací jsou rodiče, v dané chvíli jednali podle svého nejlepšího vědomí. Je vhodné nabídnout jim jiné možnosti rozloučení (napsání dopisu miminku, uspořádání symbolického pohřbu, zasazení stromu, vypuštění lampionu se vzkazem apod.)

Medikalizace zármutku

Problematika medicinalizace a medikalizace zármutku přetrvává hlavně ze strany zdravotníků. Jedná se o určitý způsob jejich ochrany, kdy při styku s rodiči, kteří přicházejí o své dítě, jsou vystaveni bezmoci, lítosti a selhání. V praxi to často znamená podávání psychofarmak. Užívání psychofarmak by mělo být používáno velmi zřídka z důvodu blokování pocitů a komplikování procesu truchlení. Medikace může být nabídnuta k zregenerování fyzických sil po vyčerpávajícím porodu. Truchlení není nemoc, je přirozenou reakcí na ztrátu milovaného člověka.

Před propuštěním matky z nemocnice je dobré v rámci krizové intervence probrat i další okruhy otázek jako jsou laktace, strach z propuštění s prázdnou náručí - co s věcmi pro zemřelé miminko, komunikaci s okolím – sdělením zprávy blízkým a okruhu známých, jak si říct o pomoc, otázku návratu do práce, obav z reakce okolí, postoji k jiným těhotným, informaci o průběhu truchlení). Předání informací o sociálních dávkách, nutných dokumentech, které nenuťné zařídit nevhodné předat rodičům v písemné formě, stejně tak i o možné formě laické pomoci, svépomocných skupinách i odborné psychologické pomoci. Je dobré informovat je také o návštěvě matrikářky, neboť i mrtvě rozeným dětem se vystavuje rodný list.

Truchlení

Přirozenou emocionální reakcí na ztrátu je smutek, který je doprovázen truchlením. Proces truchlení představuje určitý způsob zpracování této ztráty - jedná se o proces vyrovnávání se s danou situací.(Špatenková 2011, str. 56). Kastová (2000) charakterizuje jednotlivé fáze procesu následovně:

1) Fáze popření - člověk se chová tak, jako by smrt vůbec nenastala. Tato fáze obvykle trvá nejdéle do pohřbu

2) Fáze propukání chaotických emocí - objevuje se bolest, úzkost, strach, hněv, radost, pocity viny (nebo naopak tendence obviňovat druhé), poruchy spánku. Tímto emočním chaosem je nutné projít vydržet ho a ventilovat ho

3) Fáze hledání, nalézání a odpoutávání - člověk na zemřelé dítě neustále myslí, zdají se mu o něm sny. Chodí na místa, která mu je připomínají

4) Fáze nového vztahu k sobě a světu - v této fázi je dosaženo přijetí ztráty. Teprve poté přestane pozůstalý pociťovat bolest a je schopen vstupovat o jiných vztahů, resp. přemýšlet o dalším dítěti, ale na druhé straně má strach, že by mohl být znovu vystaven bolesti ze ztráty.

Podle Špatenkové (2008) musí truchlící projít celým procesem, aby vzpomínka na ztrátu nebyla tolik bolestivá a mohlo dojít k uzavření. Proces truchlení není lineární, ale cyklický (Ratislavová, 2016). Každý člověk nemusí dojít do závěrečné fáze smíření, může se u něj objevit i rezignace a beznaděj, či může dojít k rozvoji patologických reakcí na ztrátu (Kübler–Ross, 2015). Hlavním úkolem truchlení je odpoutat se od zemřelého, a přesto s ním zůstat (Kast, 2015). Úspěšný výsledek toho, jak člověk projde tímto procesem závisí na jeho osobnosti, životních zkušenostech, ale také na efektivní podpůrné síle, která jedince obklopuje.

Proces truchlení může u rodičů probíhat rozdílně, a to co do tempa, intenzity i způsobu. Během těhotenství navazuje matka k dítěti silnější vztah než otec - ten vnímá dítě až do chvíle narození abstraktněji (Takác, Sobotková, Šulová, 2015).

Otcové se často stávají prostředníky mezi matkou a personálem, často sdělují informace i zbytku rodiny. Nesou dvojí břemeno- vlastní žal nad ztrátou dítěte i utrpení partnerky. Zůstávají živiteli rodiny a truchlení často odkládají, zahrnují se

úkoly nebo unikají do zaměstnání. Velkou výhodou je, pokud mohou tuto zkušenost s muži, kteří pošli podobnou situací.

Rastislavová (2008) popisuje u mužů následující konflikt rolí :

- role silného muže (musím být statečný, vydržet ro)
- role muže-ochránce (pocity selhání, že nezachránil dítě, že není schopen ochránit zbytek rodiny před žalem)
- role soběstačného muže (nemožnost připustit si vlastní kolaps)
- role muže- živitele

Perinatální ztráta může znamenat tvrdou zkoušku vztahu především proto, že proces truchlení muže a ženy bývá rozdílný. Každý jedinec truchlí svojí vlastní cestou a potřebuje svůj vlastní čas na zpracování ztráty. Ženy více vnímají ztrátu dítěte jako takového, muži spíše ztrátu otcovské role. Muži spíše zármutek potlačují nebo jej prožívají o samotě. Jsou orientováni více na obnovu, ženy na ztrátu. Obvykle první týdny po ztrátě truchlí partneři podobně, pak se ve způsobu truchlení začínají odlišovat. Je důležité, aby o svých rozdílných postojích a prožitcích hovořili. Rozdíly v procesu truchlení mohou vznikát také sexuální problémy.

Sourozenci

Pokud jsou v rodině kromě dítěte, které zemřelo v těhotenství i další děti, je nesporné, že smrt zasáhne i je. To, jakým způsobem budou ztrátu prožívat bude záležet na jejich věku, míře „ připoutanosti k nenarozenému“ sourozenci, na reakci rodičů a okolí. Je důležité, aby jim rodiče (adekvátně věku) poskytli upřímné, otevřené, faktické vysvětlení. Je také dobré zapojit je do rodinných rituálů, které uznávají ztrátu (kreslení obrázku, zasazení stromu apod.)

Prarodiče

U prarodičů se mnohdy projevuje dvojitý žal. Truchlí po vnoučeti, na které se těšili, zároveň je zraňuje bolest, kterou nesou jejich děti.

Perinatální zármutek není událost, ale spíše cesta, která nemá předepsaný žádný konečný bod. Rodina se musí vyrovnávat s hledáním smyslu, přehodnocením svých nadějí, zachováním partnerského vztahu. V průběhu procesu si připomínají různá výročí a neustále si uvědomují, kolik by bylo jejich zemřelému dítěti. Ratislavová (2016) uvádí, že pokud copingové strategie, které rodiče zvolí selhávají, může se rozvinout traumatický proces, který truchlení komplikuje. Mohou se rozvinout psychické poruchy (PSTD, depresivní nebo úzkostná porucha) či závislosti na lécích, alkoholu. Může také dojít ke ztrátě sociálních kontaktů.

Komplikované truchlení znamená, že zármutek nad zemřelým miminkem se v čase, po uplynutí adaptivní fáze (obvykle jeden rok), projevuje intenzivním truchlením a touhou po přítomnosti zemřelého dítěte spolu s častými prudkými a bolestnými emocemi. Zapojení do běžného života je limitováno nebo zcela chybí. Mezi další symptomy patří traumatický distres jako jsou pocity nedůvěry, pochybností, vzteku. Mohou se objevovat somatické obtíže (Marková, Chvílová Weberová, 2021).

Velmi bolestný je odchod z nemocnice s prázdnou náručí a příchod do „prázdného hnízda“. V prvních měsících se může objevovat silná touha po dítěti a pocit osamělosti, hněv na ostatní rodiče, kteří mají děti. V kognitivní oblasti přetrvává nesoustředěnost, poruchy paměti, hledání informací o možných příčinách úmrtí, pocity viny nebo obviňování druhých. Rodiče se také musí vyrovnat s reakcemi okolí, návratem do práce.

Rodiče často během procesu truchlení zvažují a plánují **další těhotenství**, které však bývá emočně náročné, plné obav, úzkosti a strachu. Zármutek ze ztráty se může reaktivovat v průběhu dalšího těhotenství nebo po porodu (nutná výšená péče). Potíže emočně investovat do dalšího těhotenství a připoutání k dítěti je obranným mechanismem, který má ženu chránit před další ztrátou. Těhotenství žen s nezpracovanou předchozí ztrátou může mít dopad na výchovu dalšího dítěte. Ratislavová (2016) se zmiňuje o **syndromu zranitelného dítěte** – pokud

je dítě ošetřováno hyperprotektivně a s úzkostí a **náhradním dítěti** – dítě je idealizováno nebo naopak není tak schopné v očích rodičů, jako by bylo dítě zemřelé. Další dítě neřeší ztrátu novorozence, který zemřel, ale stává se dlaším dítětem a sourozencem dítěte, které zemřelo.

Laická i odborná psychologická pomoc

Některé ženy vyhledávají odbornou pomoc ještě v porodnici, jiné si neumí představit rozhovor s někým, kdo v takové situaci nebyl a vyhledávají podporu někoho, kdo podobnou „zkušeností“ prošel. Důležitou roli proto hraje jak **laické poradenství** (založeno na principu sdílení vlastní zkušenosti s někým, kdo podobnou situaci prožil, zpracoval a žije dál smysluplný a plnohodnotný život) a zahrnuje i svépomocná setkání, tak **odborná pomoc a podpora**. Odborná pomoc a podpora může mít více podob a rodiče ji využívají zejména v počátku truchlení. Své místo má určitě v případě, že se proces truchlení komplikuje a zasahuje dlouhodobě nepříznivě do osobnosti rodičů či vztahů s blízkým okolím (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé rodiče, sourozence, prarodiče, psychologické konzultace či psychoterapie, psychiatrická konzultace a podpora, sociálně-právní poradenství, spirituální a duchovní podpora).

Rizikové skupiny žen, které mají problém vyrovnat se s perinatální ztrátou jsou ženy po opakovaných potratech, infertilní, po umělém přerušení těhotenství, po vícečetných graviditách s úmrtím jednoho z dětí, ženy s nedávnou ztrátou (rozvod, úmrtí v rodině), ženy s pozitivní psychiatrickou anamnézou. Těmto ženám je vhodné nabídnout kontakty na odborníky a monitorovat proces truchlení.

Rodiče si mohou pomoci také sami. Oni nejlépe vědí, co jim v životě v těžkých chvílích pomáhalo, mohou hledat další možnosti. Je potřeba, aby o sebe pečovali, (pravidelně jedli, hýbali se, relaxovali, udělali si krátkou dovolenou do neznáma, hledali zdroje ve svém okolí, nespěchali na sebe a nezlobili se na sebe, poslouchali své potřeby a plánovali si své dny. Mohou si psát deník, pečovat o své vzpomínky, Najít si člověka, se kterým budou sdílet svůj smutek.

Zdravotnický personál

Narození mrtvého miminka, či dítěte s život limitující vadou je zátěží pro rodiče, ale také zdravotnický personál, který má rodiče v péči. Zdravotnický personál musí počítat s tím, že emoční reakce rodičů mohou být velmi různé. Od racionálního přijetí, těžké depresivně úzkostné symptomatologie, přes totální odmítnutí, obviňování zdravotníků až po výrazně afektované projevy. Zdravotníci si tyto projevy nesmí brát osobně. Někdy se zdravotníci vyhýbavým chování, emočním odstupem či omezeným kontaktem chrání před mimořádnou emocionální zátěží. Nezpracované a nevyjadřované emoce jejich zátěž naopak zvyšují. Vhodným řešením je reflektování emocí a prožitků a jejich následné zpracování v supervizi. Je s výhodou, pokud jsou zdravotníci zaškoleni alespoň v základní krizové intervenci. Opečování sebe samých, , psychohygiena je pak prevencí přetíženosti a syndromu vyhoření.

Perinatální paliativní péče zahrnuje péči o celou rodinu. Nemocnice by si měly postupně vytvářet postupy ošetření prvotního i následného traumatu rodin, které postihla perinatální ztráta. Zdravotníci by měli vnímat bezpodmínečnou důstojnost lidského života jakkoli „velkého“. Prevencí dlouhodobých komplikací je krizová intervence a dlouhodobá podpora rodiny po perinatální ztrátě.

Otevřená a soucitná komunikace zdravotníků, autenticita projevu, ocenění, individuální a nedirektivní přístup, který ponechává odpovědnost za rozhodování na ženě / rodičích pomáhají snižovat nežádoucí psychickou zátěž a rodině tak usnadnit průběh fázemi truchlením až k přijetí situace a k vyrovnání, které nastane za mnoho měsíců.

Psychologická podpora zdravotníků podílejících se na paliativní péči by měla být pravidelně podporována, neboť nejen pomáhá v prevenci syndromu vyhoření ale i nepřímo zvyšuje kvalitu poskytované péče

Použitá literatura

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.

VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. 1.vyd.Praha : Portál, 2002. ISBN: 80-7178-696-9 .

KAST, Verena. *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Praha: Portál, 2000. Spektrum (Portál). ISBN 80-7178-365-X.

KAST, Verena. *Truchlení: fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál, 2015. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0789-4.

Špatenková, N. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada, 2008. ISBN: 978-80-247-1740-1

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0121-4.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.

TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

MARKOVÁ, Daniela a Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ. *Předčasně narozené dítě: následná péče - kdy začíná a kdy končí?*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1745-1.

RATISLAVOVÁ, Kateřina a Zuzana Hrušková. *Psychosociální podpora při úmrtí miminka: průvodce pro učitele pomáhajících profesí*. Praha: Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP, 2020. ISBN 978-80-270-6935-4.

Sobotková, P. *Místo rituálů v současné rodině*. Praha, 2003. 142s. Diplomová práce. Filozofická fakulta, Univerzita Karlova v Praze, Katedra psychologie.

PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ

DEPRESE

Judita Trenklerová

OBSAH:

I. Úvod

II. Vymezení základních pojmů

- Depresivní porucha dle aktuální klasifikace nemocí
- Endogenní a exogenní deprese
- Depresivní porucha osobnosti

III. Možnosti léčby deprese

IV. Psychoterapeutické postupy při léčbě deprese dle vybraných

psychoterapeutických škol

- Kognitivně-behaviorální terapie
- Psychodynamická terapie
- Gestalt terapie
- Logoterapie
- Interpersonální terapie
- Rodinná a systemická terapie

V. Závěr

VI. Literatura

I. Úvod:

Psychoterapie představuje léčebný proces, který je realizován ve společné alianci mezi terapeutem a klientem/pacientem, neboli člověkem, který do terapie přichází (individuální forma) prostřednictvím rozhovoru, jenž představuje hlavní „pracovní nástroj“ terapeuta. Tento léčebný postup má svá specifika, tedy vztah i rozhovor naplňují určitá kritéria, která činí terapii specifickým mezilidským setkáním. Cílem terapie je dosažení předem dohodnuté, „nakontraktované“ změny. Psychoterapeut zodpovídá za to, aby psychoterapie probíhala se všemi jejími atributy, a hlavní úkol klienta je být v práci na změně aktivní, což opět zahrnuje specifické prvky jako je pravidelná docházka, aktivita v sezeních i mimo ně, plnění úkolů aj.

Odborná definice psychoterapie zní např. následovně: *„Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky směrem, které obě strany požadují za žádoucí.“* (Prochaska, Norcross, 1999, s. 6). Volba této definice není však zcela náhodná, neboť pochází z per dvou významných osobností **integrativní psychoterapie** a šíře definice tak má své odůvodnění.

Integrativní psychoterapie vyučovaná ve *Skálově institutu* klade hlavní důraz na obecné faktory a integruje efektivní faktory napříč psychoterapeutickými směry. Dále se rovněž opírá o principy asimilativní integrace založené na integraci technik včetně příslušné teorie různých terapeutických přístupů (Frouzová, 2020, webinář). Psychoterapie je tak obohacena o zcela otevřeně přiznaný a dokonce vyžadující akcent na integrativní přístup, čímž je terapie tzv. šita na míru každému klientovi.

Předkládaná práce se zaměřením na terapeutické možnosti léčby deprese si klade za cíl seznámit se specifickými přístupy její léčby napříč vybranými terapeutickými přístupy v souhrnu s přehledným inventářem konkrétních postupů s prokázanou efektivitou. Dříve než přejdu k samotnému přehledu terapeutických přístupů, bude ve stručnosti pojednáno o definici deprese dle platných mezinárodních klasifikací včetně stručného úvodu k dalším pojmům, které s tématem deprese souvisí, a jejichž základní znalost je užitečná pro terapeutickou práci s depresivními pacienty.

II. Vymezení základních pojmů:

Depresivní porucha dle aktuální klasifikace nemocí

Popis deprese nalezneme v aktuálně platné Mezinárodní klasifikaci nemocí v sekci afektivních poruch (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, 2000, s. 129–134). Rozlišuje se zde mezi depresivní fází, periodickou depresivní poruchou a dystymií.

Depresivní fáze je členěna dle závažnosti od lehké až po těžkou s psychotickými symptomy. Typický je pokles nálady, energie a aktivity, snížený zájem o volnočasové aktivity, snížená schopnost koncentrace, změna v spánkovém režimu a v chuti k jídlu. Narušeno je i sebehodnocení, bývají přítomny pocity viny a beznaděje. Nálada u depresivní poruchy nereaguje na okolní změny. Epizoda by měla trvat nejméně dva týdny. U těžších forem deprese se obvykle vyskytují suicidální myšlenky i pokusy o sebevraždu (výskyt udáván přibližně u 2/3 lidí s depresí a realizace se pohybuje v rozmezí 10–15 %, např. Raboch, Zvolský, 2001).

Periodická depresivní porucha se projevuje opakovanými fázemi deprese v trvání od několika týdnů až po mnoho měsíců. V mezidobí bývá nálada v normě či se může vyskytnout krátká fáze mírné elevace nálady i aktivity, nikoliv však manie (výskyt manické fáze by odpovídal spíše bipolárně afektivní poruše).

A pro úplnost uvádím i dystymii jakožto perzistentní afektivní poruchu projevující se chronickým zhoršením nálady trvajícím alespoň několik let, jejíž epizody však nenaplnují kritéria depresivní fáze (obvykle nejsou natolik závažné nebo dostatečně dlouhé).

Symptomy deprese tak lze shrnout do několika zastřešujících skupin: depresivní nálada, somatické příznaky a somatický syndrom, o němž hovoříme, pokud se vyskytují klinicky významné somatické příznaky (ranní pesima, poruchy spánku s nedospáváním, snížená chuť do jídla, pokles libida, psychomotorické zpomalení či agitovanost atd.), kognitivní symptomy (ruminace, suicidální myšlenky, psychomotorická retardace, „pseudodemence“) a behaviorální symptomy (únava, hypobulie, úzkost, autodestruktivní jednání atd.) (Raboch, Zvolský, 2001, s. 260–261).

Endogenní a exogenní deprese

V současné klasifikaci bylo upuštěno od rozlišování etiologie deprese, tedy od toho, zda se jedná o depresi *endogenní* neboli „pravou“, objevující se z ničeho nic, bez zjevné vnější příčiny, či o depresi *exogenní* neboli reaktivní či psychogenní, vznikající v reakci na nepříznivou životní situaci či zážitky (Raboch, Zvolský, 2001, s. 133). Aktuálně převládá koncepce pojímající oba typy spíše jako kontinuum s příklady depresí vznikajících v důsledku exogenní faktorů a postupně přecházejících do klinického obrazu depresí endogenních (tamtéž). Pro základní přehled a klinickou praxi je i přesto užitečné znát alespoň základní

rozdíly (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 242). Pro endogenní depresi je typická častá hereditární zátěž a příčina na rozdíl od reaktivní deprese nebývá zřejmá. Pro endogenní bývá typický sezónní výskyt. Depresivní nálada u klasické deprese bývá horší ráno (ranní pesima) a u reaktivní naopak večer, kdy ji doprovází špatné usínání, ale spánek je obvykle klidný. Při endogenní depresi je usínání obvykle bez potíží, ale spánek je neklidný s častým buzením a nepřinášející pocit osvěžení. U reaktivní deprese lze smutnou náladu alespoň částečně odklonit a riziko suicidia bývá nižší.

Dalším termínem, který již v oficiálních manuálech nenalézáme, je *larvovaná* deprese, jíž je myšlen depresivní stav, kdy tělesné obtíže jsou zcela v popředí před jinou depresivní psychopatií, kterou takto maskují (Praško, Prašková, 2003, s. 44).

Depresivní porucha osobnosti

Další pojem, který v klasifikaci nenalezneme a je vhodné jej znát vzhledem k cílům práce, je koncept *depresivní poruchy osobnosti*. Obecně se jedná o depresivně laděné osoby s nízkým sebehodnocením, sklonem k nadměrné sebekritice a potížemi s vyjádřením agrese vůči druhým, u nichž může dojít k dekompenzaci stavu do deprese (Kasalová, Praško, Jadlovec, 2015, s. 12). V psychodynamicky orientované literatuře (např. McWilliams, 2015 s. 241–245) nalezneme i popis depresivní osobnostní dynamiky s diferenciací mezi *introjektivní* a *anaklitickou* formou. Introjektivní typ prožívá sám sebe jako špatného či vadného a anaklitický typ se zase vnímá jako prázdný a toužící po kontaktu. Introjektivní typ používá obranný mechanismus introjekce a obrácení proti sobě. Vnímá sebe jako špatného, což vychází z negativních zkušeností s raným objektem (pečující osoba), kdy obvykle došlo k nějaké rané formě ztráty. Akceptace nespolehlivosti objektu může vést k prázdnotě a pocitům neovlivnitelnosti života a tendencím k pasivní roli oběti.

III. Možnosti léčby deprese:

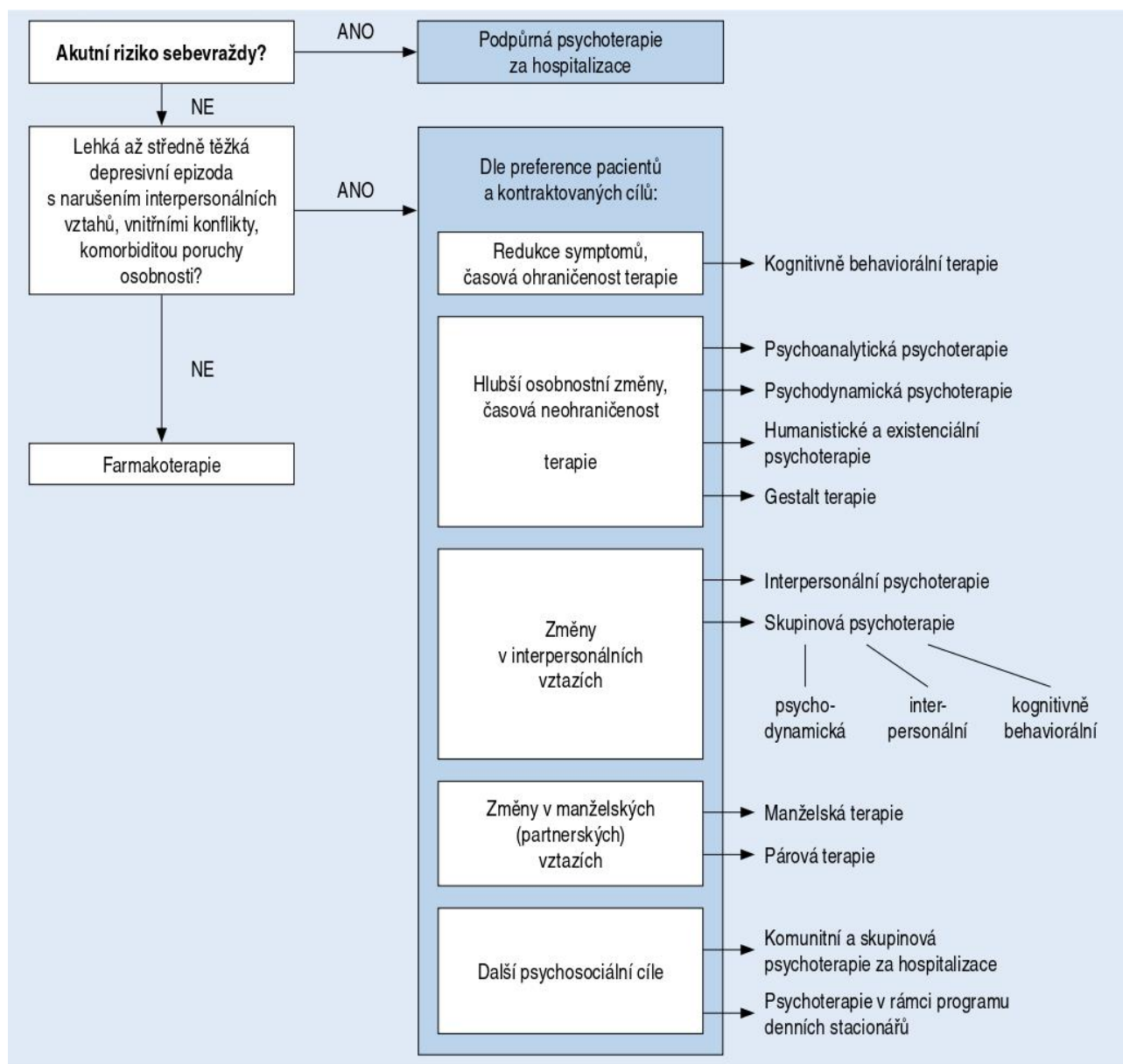
Obecné postupy při léčbě deprese můžeme rozlišovat dle závažnosti poruchy. I přestože existuje možnost spontánní remise deprese, je vzhledem k rizikům týkající se autodestrukce, recidivy či snížení kvality života vhodné léčbu zahájit v jakékoliv fázi. (Raboch, Zvolský, 2001, s. 262). U lehké deprese je obvykle postačující psychoterapie a u středně těžkých a těžkých forem je doporučována kombinace terapie s léčbou biologickou. Biologická léčba zahrnuje farmakoterapii, elektrokonvulzivní terapii a další netradiční postupy jako spánková deprivace nebo léčba světlem (tamtéž). V akutní fázi je primárním cílem odstranění akutních symptomů. V dalších fázích je hlavním cílem udržení remise a zabránění relapsu. U těžkých depresivních forem má psychoterapie především podpůrnou podobu s významnou složkou edukace (Kryl, 2006, s. 250). Terapeutické působení je tedy smysluplné v jakékoliv fázi i závažnosti deprese. Terapeutické postupy jsou pak modifikovány na míru a obecnými indikačními kritérii pro volbu konkrétních postupů mohou být forma a hloubka deprese, komorbidita, intelekt, osobnost i zohlednění přání pacienta (Kryl, 2006, s. 253).

Dle Kryla (2006, s. 251) lze při psychoterapeutické práci s depresivním člověkem stanovit obecné cíle, o něž lze usilovat bez ohledu na to, z jaké terapeutické školy jsme i bez ohledu na závažnost depresivního onemocnění. Hlavním cílem by mělo být navázání pevného terapeutického vztahu, který může představovat bezpečnou základnu poskytující důvěru. Náhledová část si klade za cíl vnímat depresi jako náročné, ale přechodné životní období, kdy informace mohou napomoci identifikovat varovné signály a lépe na ně reagovat. Po odeznění fáze je třeba se zabývat aktivizací a posilováním zvládacích mechanismů.

V následujících částech práce se zabývám především terapeutickými přístupy u lehkých až středně těžkých fází, kde terapie probíhá obvykle ambulantní formou. Inspirativní je v tomto ohledu členění volby psychoterapeutických postupů dle kontraktu uzavřeného s pacientem (Kryl, 2007, s. 42). Schéma (viz obrázek níže) rozlišuje pět hlavních zakázek terapeutické práce. Integrativní psychoterapeutové tak mohou nabídnout komplexní nabídku péče, kdy mohou na základě rekontraktování pružně nabízet přístupy či metody napříč terapeutickými školami. Jako první cíl se nabízí redukce symptomů a práce na dosažení remise. To obvykle ohraničuje terapii spíše na krátkodobou a obvykle bývají aplikovány postupy z kognitivně behaviorální terapie. Samozřejmě i tento cíl terapeutické práce může být konečným. Spolupráce může být dále přerámčována na zabývání se hlubšími osobnostními změnami, kde obvykle nastupují psychoanalyticky či psychodynamicky orientované terapie, humanistické a existenciální přístupy či gestalt terapie. U změn v interpersonální oblasti je vhodná interpersonální psychoterapie či

skupinová forma terapie. Změny v interpersonální oblasti konkrétně definovány jako změny v partnerských vztazích pak ošetřují postupy z manželských či párových terapií, kde se jako užitečná nabízí systemická orientace terapeutů.

Schéma postupu psychoterapie u depresivní poruchy (zdroj: Psychiat. Pro praxi; 2007; 1: 42)



IV. Psychoterapeutické postupy při léčbě deprese dle vybraných psychoterapeutických škol:

Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) je psychoterapeutický směr komplexně integrující kognitivní a behaviorální terapie. Jedná se převážně o krátkodobou, časově ohraničenou a strukturovanou terapii. Vyžaduje od pacientů aktivní přístup a zaměřuje se na řešení současných problémů, které jsou jasně vymezeny a konkretizovány. Dosažení cílů je měřitelné, stejně tak i data získávána v průběhu celé terapie. KBT se primárně zaměřuje na aktuální udržující faktory daného problému a usiluje o samostatnost pacienta (Možný, Praško in Vybíral, Roubal, 2010, s. 196–197). Vzhledem k těmto svým charakteristikám je KBT při léčbě deprese vhodná zvláště ve fázi redukce symptomů.

V úvodu KBT má své důležité místo **edukace**. K tomuto účelu může posloužit tzv. bludný kruh deprese vysvětlující vzájemné propojení mezi myšlenkami, chováním, emocemi a tělesnými reakcemi, jehož stálé opakování je spjaté s velkým vyčerpáním a poklesem energie (Praško, Prašková, 2003, s. 96–97). Prvním krokem může být postupná aktivizace skrze **sebemonitoring** prostřednictvím sledování a zapisování denních aktivit, jejich hodnocení a rovněž plánování dosažitelných cílů. Součástí může být i mapování myšlenek, které mohou bránit provádění naplánované činnosti (**záznam tzv. automatických negativních myšlenek** a následná práce s nimi skrze praktické tabulky, které může pacient využívat i samostatně). Plánování činností by mělo být co nejkonkrétnější a odpovídat reálným aktuálním možnostem.

Obdobně ve skupinové formě KBT je na prvním místě rovněž **edukace** (o specifikách KBT terapie a o depresi – opět pomocník bludný kruh deprese). Následně uvádím pro inspiraci příklad struktury skupinového KBT programu v trvání šesti týdnů (Múdra, Bultmanová, 2008, s. 128–129). Program zahrnuje samostatné **vypracování životopisu** a jeho následné prezentování. V průběhu jsou zadávány úkoly jako **monitorování** a **zaznamenávání denních aktivit** s cílem vyvrácení přesvědčení, že pacient nic nedělá. Tento seznam je dále bodován na škále 1–10 (**škálování**) dle toho, jak moc činnost přináší potěšení. Pacienti si na každý den plánují alespoň šest aktivit, které po uskutečnění opět hodnotí. Dále jde o práci s **negativními automatickými myšlenkami**, což je nejdůležitější a nejnáročnější část programu. A dále je to i práce „sám se sebou“ ve smyslu sebepoznávání a **nácviku asertivity**, k čemuž je skupina ideálním prostředím. Součástí je také **prevence relapsu**, kde se mapují situace, které by mohly v budoucnu vést opět k depresi. Učí se osvojovat postupy, jak takové situace včas rozpoznat a předcházet jim, či způsoby, jak je lépe zvládat, pokud již nastanou.

V tzv. třetí vlně kognitivně behaviorální terapie se můžeme setkat s dalšími specifickými přístupy k léčbě deprese. Příkladem může být Na všímavosti založená kognitivní terapie (MBCT), jejímž hlavním účelem je prevence relapsu deprese. Ústředním cílem programu je změna v uvědomování si myšlenek. To vede k budování nezaujatého postoje k negativním automatickým myšlenkám, čímž se přeruší spojení mezi myšlenkami a emocemi (zde depresivním prožíváním) (Šlepecký a kol., 2018, s. 62–63). Program je navržen na osm sezení s třemi hlavními podcili: osvojení způsobů prevence deprese prostřednictvím **nácviku všímavosti** vůči svému tělu, emocím a myšlenkám dle pořadí v kterém se vyskytují. Dále osvojení **postoje všímavého přijetí** negativních myšlenek a emocí vedoucí k přerušení automatických reakcí. A nakonec **nácvik přiměřených způsobů reagování** na nepříjemné vjemy nebo situace (tamtéž, s. 64).

Příkladem jiného terapeutického přístupu vycházejícího z kognitivně behaviorálního základu je CBASP neboli Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. Přístup byl navržen J. P. McCulloughem (2003) pro léčbu persistentní depresivní poruchy (chronické deprese). V základu tohoto přístupu stojí teze, že depresivní pacienti si nejsou vědomi svých řečových a myšlenkových vzorců (např. *Deprese není má chyba., Nikdo mi nepomůže., Proč mě druzí odmítají?, Proč se vždy vše obrátí proti mně?* atd.). Tyto vzorce je udržují v izolaci od okolí a nevnímají tak následky svého chování ani zpětnou vazbu. Cílem je tyto deficity ve vnímání napravit a naučit je rozpoznávat důsledky vlastního jednání (McCullough, 2003, s. 833–834). Autor přirovnává tyto vzorce k Piagetovské fázi předoperačního myšlení. Takové myšlení je vázáno na přítomný okamžik. Pacient žije lapen v negativní přítomnosti, kterou percipuje jako výsledek opakování negativní minulosti a předpověď obdobné budoucnosti. Dominuje zde negativní egocentrismus, v němž upadá do role pasivní oběti. Cílem psychoterapie je chronicky depresivního pacienta postupně posunout na stádium formálních operací. Přístup CBASP zdůrazňuje převzetí zodpovědnosti za vlastní život a schopnost identifikovat důsledky svého chování.

CBASP využívá tři základní techniky: **situační analýzu (SA)**, **interpersonální diskriminační cvičení (IDE)** a **nácvik behaviorálních dovedností**. SA se zaměřuje na řešení interpersonálních problémů s cílem překonat předoperační fungování, odhalit maladaptivní vzorce chování a propojovat chování s důsledky. Aplikace bývá obvykle ve třetím sezení s cílem samostatného provádění mimo terapii. Jde o strukturované cvičení, které spočívá ve výběru konkrétní problematické mezilidské události. Událost ve formě příběhu pacient popíše a na základě analýzy mapuje rigidní vzorce chování a jejich důsledky. Pacienti jsou vyzýváni, aby vytvářeli žádoucí výsledky chování, čímž dochází ke konfrontaci mezi reálným důsledkem a původním záměrem. To obvykle způsobí emoční nepohodu, která je žádoucím efektem, který umožňuje

negativní posílení. Emoční nepohoda v závěru cvičení klesá, když dojde k edukaci o tom, jak docílit žádoucích důsledků.

Technika IDE slouží k opravě vnímání interpersonální reality, kdy chronicky depresivní pacienti přenosově vnímají své terapeuty jako trestající či odmítající blízké osoby z dětství. Hlavní technika pomáhá zmapovat historii významných blízkých (*The Significant Other History*), na základě čehož se utváří hypotézy o pacientově interpersonálním vnímání. Pacient sestaví seznam šesti až sedmi významných lidí v jeho životě a u každého popíše, čím ho ovlivnil a v jakém jsou vztahu. Obvykle zde figurují rodiče, sourozenci, blízcí přátelé, učitelé či partneři. Toto cvičení je první, kde se od pacienta vyžaduje funkční a kauzální uvažování. Terapeut pomáhá na základě pacientových výroků utvářet kauzální teorie o každé z významných osob ze seznamu. Dochází k učení se rozdílu mezi reakcemi blízké osoby a terapeuta. To vede k negativnímu posílení, emoční nepohoda se snižuje a posiluje se snaha např. o větší blízkost k terapeutovi. Následuje pak diskuze o novém zážitku, které podporuje zvědomění nové mezilidské zkušenosti (tamtéž., s. 843–844).

Nácvik dovedností má mnoho podob a je vždy tvořen na míru potřeb daného pacienta, aby byl vybaven takovými sociálními dovednostmi, které jsou potřebné k zvládnutí každodenních interpersonálních problémů. Tento přístup tak zdůrazňuje nezbytné naladění na funkční úroveň pacienta a jeho aktivní osobní angažovanost a důslednost.

Psychodynamická terapie

Psychodynamická psychoterapie vychází z psychoanalýzy, ze které některé koncepty jako je vliv nevědomí, intrapsychické konflikty a akcent na rané zážitky přešla a dále je rozpracovávala, a jiné jako bezvýhradnou biologickou determinaci a vše prostupující sexuální motivy odmítla (Kratochvíl, 2006, s. 40). Vznikl tak svébytný terapeutický směr akcentující zkoumání interpersonálních vztahů a konfliktů. Ty propojuje s minulými zážitky (zvláště z dětství), napomáhá porozumění souvislostí a podporuje emoční korektivní zkušenost s cílem úspěšnějších mezilidských interakcí a vztahů (tamtéž). Jedním ze současných psychodynamicky orientovaných odborníků je mj. Nancy McWilliams (2015), která nabízí ve své publikaci psychodynamické pojetí struktur osobností a dle toho navrhuje specifické terapeutické postupy. Neopomíjí ani depresivní osobnostní strukturu, kdy se drží diferenciací mezi anaklitickou a introjektivní formou deprese (viz podkapitola *Depresivní porucha osobnosti*). Terapeutická práce s těmito dvěma typy klientů se totiž liší.

Pro oba typy je obvyklá tendence si idealizovat svého terapeuta, kterého si váží, oceňují a zároveň se jej snaží nadměrně nezatěžovat. Introjektivní pacient do terapeuta projikuje svého vnitřního kritika a potýká se s vnitřním přesvědčením a obavou, že pokud by ho terapeut skutečně poznal, odmítnul by jej. Navázání kontaktu s anaklitickým typem jde jednodušeji, protože z počátku obvykle velmi

dobře reaguje na zájem terapeuta, což často uleví některým depresivním symptomům, protože je uspokojena jejich hladová potřeba vztahu. Potíže pak mohou nastat při konfrontaci terapeutem ke skutečné změně, která je vyžadovaná přes akceptující vztah (McWilliams, 2015, s. 253–254). S introjektivním typem může pro terapeuta nastat potíže ve fázi, kdy dojde k posunu a hněv a agresivní impulsy nejsou obráceny výhradně proti sobě, ale skutečně prožívány a to v podobě kritiky terapeuta. Tuto fázi je třeba vnímat jako pokrok a trpělivě ji ustát. Kritika vůči terapeutovi u obou typů tak může být chápána jako známka pokroku (tamtéž).

Terapeutův protipřenos lze rozdělit na komplementární, který zahrnuje obecně oblibu a náklonnost či se může manifestovat až omnipotentními představami o záchraně pacienta. Druhým typem je konkordantní neboli souhlasný protipřenos, který u anaklitických pacientů nabývá podoby zoufalství, marnosti či neschopnosti a u introjektivního typu zase pocity nedostatečnosti, chybování a poškozování (tamtéž, s. 254–255).

V psychodynamické psychoterapii osob s depresí je na prvním místě vybudování pevného, akceptujícího, respektujícího a empatického **pracovního spojení**. Co se týče formy terapie, doporučována je spíše střednědobá až dlouhodobá terapie, která by neměla být předem časově vymezena. Otevřený konec představuje důležitý prvek, který může být v léčbě nápomocný a spočívá v ponechání rozhodnutí o konci na pacientovi (tamtéž, s. 259). Hlavní práce v psychoterapii představuje **odhalování a zpochybňování vnitřních negativních přesvědčení** o sobě a zvláště důležité je vedení k **prožívání a uvědomování vlastních negativních pocitů** zejména agresivních impulsů a hněvu. Zde autorka upozorňuje, že obava z prožívání hněvu může pramenit z dětské zkušenosti, že hněv je něco nepřijatelného. Cílem je tak dosažení dospělé pozice a **emoční korektivní zkušenost**, že autentické prožívání všech emocí včetně negativních může mezilidské vztahy prohlubovat (tamtéž, s. 257–258). Autorka nabízí další strategie jako je **vyvarování se tichu** v terapii, které v pacientovi aktivuje vnitřní přesvědčení typu *jsem nezajímavý, bezcenný* atd. Také poukazuje na senzitivitu na opuštění, čemuž je třeba věnovat zvýšenou pozornost v situacích, když např. terapeut ruší sezení nebo má delší dovolenou. Mělo by to být na terapii s pacientem tematizováno s ohledem na jeho pocity a vnitřní přesvědčení. Autorka zdůrazňuje, že i přes možný protipřenos vyvolávající v terapeutovi pocit, že si nemůže vzít dovolenou (*nemůžu ho opustit*), je velmi důležité, aby depresivní pacient **prožil odloučení**, po kterém se terapeut vrátí (tamtéž, s. 257). V souvislosti se zmiňovaným sklonem depresivních pacientů terapeuta idealizovat, je třeba aktivně usilovat a **podporovat zmírnění či ustání idealizace**, aby se terapeutický vztah mohl vyrovnat. To obvykle provází kritika terapeuta, kterou je důležité ustát a vnímat to jako známku určitého posunu. Další praktickou poznámkou v přístupu zejm. k jedincům introjektivního typu může být pozorování, že terapeutovo vyjádření podpory může mít i opačný účinek. Zde se dostává rady „**nepodporujte ego, útočte na supergo**“ (tamtéž, s. 258)

Gestalt terapie

Hlavní princip gestalt terapie spočívá ve zvyšování uvědomování a prožívání pocitů, s čímž souvisí akcent na přítomnost (Kratochvíl, 2006, s. 82–83). Gestalt terapie se zabývá procesem, nepátrá tedy po příčinách, v našem případě deprese, ale zaměřuje se na práci s tím, jak to lidé „*sobě dělají, že jsou stále smutní*“ (Roubal, 2004, s. 32). Gestalt terapie inspirovaná teorií pole pojmá jedince jakožto proces, který je součástí svého okolí, a s kterým interaguje dle aktuálních potřeb. Dominantní potřeba vstupuje do popředí jako figura, dle které se organizuje pozornost, prožívání i jednání, dokud není potřeba uspokojena. Poté ustupuje opět do pozadí. Tento kontaktní cyklus probíhá v několika fázích (Roubal in Vybíral, Roubal, 2010, s. 181–182). Gestalt terapie chápe depresivního člověka jako jedince, který opakovaně přerušuje kontaktní cyklus a opakovaně ustrne v některé z jeho fází. Gestalt přístup svým akcentem na zvědomování pomáhá sledovat a vyzdvihovat momenty mobilizace energie a pozastavovat se u těchto chvílí za účelem uvědomění si tohoto procesu napomáhající kontaktu s vlastními kompetencemi (Roubal, 2004, s. 33). Typickým vzorcem (kontaktním stylem) depresivních pacientů, kterým narušují kontaktní cyklus je retroflexe. Ta se projevuje tendencí k obrácení pocitů (zvláště hněvu a agrese) proti sobě a sklonem k zadržování impulsů, což se může manifestovat somatickými projevy. Cílem terapeuta je tyto momenty zachycovat a vést jedince k jejich **zvědomování a rozhodování, jak impulsy vyjádřit**. Cílem by mělo být osvojení schopnosti chránit sebe a zároveň osvojení způsobu, jak bezpečně impulzy vyjadřovat (Roubal, 2004, s. 34). Při skupinové terapii jde o vybudování bezpečí a důvěry skrze strukturu, pravidla, pravidlo stop a další. Učí se zde rovněž vymezit si vlastní hranice. Pokud je i terapeut otevřený ohledně svého prožívání tady a teď, může posloužit jako dobrý vzor. Adekvátní míra vědomé introspekce a mobilizace energie při vědomém kontaktu s prostředím napomáhá odstraňovat rigidní retroflexi a umožňuje pokračovat i v dalších fázích (tamtéž). Autor rovněž poukazuje na obvyklý protipřenos u depresivních pacientů projevující se pohotovostí k povzbuzování, dodávání naděje a posilování sebevědomí (tamtéž, s. 35)

Logoterapie

Logoterapie patří mezi existenciální psychoterapie a jejím zakladatelem je přeživší holocaustu V. E. Frankl. Ústředním tématem logoterapie je chybějící smysl v lidském životě. V kontextu této teorie je vůle ke smyslu základní hnací silou lidské existence (Prochaska, Norcross, 1999, s. 103). Tento typ terapie je obecně považován za vhodný pro neurotické poruchy včetně lehkých, příp. středně těžkých forem deprese.

Konkrétním příkladem aplikace logoterapie v praxi je protokol logoterapeutické léčby somatogenní endogenní deprese (Ungar, 2002, s. 3–10).

U endogenní deprese logoterapeuté rozeznávají somatickou příčinu v souladu se symptomatikou popisovanou diagnostickými manuály. Věnují ale pozornost i psychickým reakcím a noetickým konfliktům, kterého mohou vznikat v důsledku neléčených a opakovaných depresivních epizod. Tento protokol má tři hlavní části:

První fáze je diagnostická a představuje **podrobný klinický rozhovor** zahrnující zmapování predispozic, vzniku poruchy a popisu symptomů. K psychologickým symptomům endogenní deprese mj. patří existenciální tíseň projevující se beznadějí a ztrátou životního smyslu.

Druhá fáze představuje samotnou terapii, která obecně začíná věnováním zvýšené pozornosti bezpečí pacienta v souvislosti s případnými suicidálními myšlenkami. Toto je dotazováno přímo a případně zvažujeme doporučení k hospitalizaci. I v případě hospitalizace považují zastánci Frankla za vhodné kombinovat farmakoterapii a psychoterapii (obvykle podpůrného charakteru). Velkou výzvou pro pacienty s endogenní depresí je dosáhnout toho, aby se za své symptomy neobviňovali, ale chápali je jako důsledek biochemické disbalance nikoliv slabé vůle. Psychologické a spirituální konflikty nechápe logoterapie jako příčinu endogenní deprese, ale spíše jako projev onemocnění se somatickými kořeny. Psychologické symptomy deprese jsou pak pojímány jako dočasný blok ve schopnosti hledat smysl života. V této fázi je klíčové neobviňovat, nepřikazovat, nehádat se s pacienty a **poskytovat ujištění, že nemoc existuje a lze ji léčit**. Úkolem terapeuta je pomoci **zaujmout k depresi postoj**, který je zdravý a prospěšný a neprohlubuje depresivní onemocnění. K tomuto cíli napomáhá tzv. **modifikace postojů** založená na objektivizaci symptomů deprese k dosažení sebeodstupu a zaujetí postoje. Příznaky jsou vnímány jako projev deprese nic víc, a tím že terapeut bere symptomy vážně a objektivně, učí klienta, jak je brát s lehkostí. Pacienti se tak cítí pochopení a poskytovaná vysvětlení jim dávají smysl. Třeba **užití metafor** typu *nechte depresivní symptomy přejít, jako temné mraky před sluncem* napomáhají prožívat depresivní fázi bez sebeobviňování s připomínkou, že s časem zase odezní. Tato technika pomáhá i k orientaci na tvořivé, zážitkové a postojové zdroje, které mohou být k dispozici i během epizody. Logoterapie nezabrání se stoprocentní jistotou opakování depresivních epizod, ale pomáhá nalézt zdravý postoj k symptomům.

Třetí část léčby představují tzv. **následná opatření**. Ta se uplatňují v době, kdy pomocí farmakoterapie a terapie dojde k zmírnění vegetativních symptomů a ústupu symptomů psychických. Obnovuje se přirozené hledání smyslu a pacient se navrácí do obvyklého fungování. Role terapeuta je nadále podpůrná, pomáhá řešit občasně rodinné či pracovní obtíže a podporuje obnovu předchozích činností či rozvoj nových zájmů. Zároveň je terapeut pro klienta k dispozici, pokud by byla třeba intenzivnější péče. Čím více se klienti učí rozeznávat příznaky deprese a zvládání depresivní epizody, tím více se potvrzuje jejich vůle ke smyslu.

Interpersonální terapie

Interpersonální terapie (IPT) vznikla v 70. letech jako výzkumná intervence určená pro lidi s depresí. Přístup se prokázal jako účinný a nabyl podobu časově omezené terapie zaměřené na současné vztahy, resp. jejich zlepšení na základě mapování pozitivních vlastností a učení se efektivních strategií jak zvládat problémy (Prochaska, Norcross, 1999, s. 179–180). Tento přístup chápe depresi a další psychické poruchy jako fenomény v interpersonálních souvislostech, kdy naše mezilidské vztahy ovlivňují, jak se cítíme a to, jak se cítíme, posléze ovlivňuje, jak zvládáme společenské role (tamtéž). Na vznik deprese IPT nahlíží jako na absenci uspokojivých raných vztahů, na základě čehož došlo k reaktivní depresi, která je nadále udržována vzhledem k nedostatečné sociální vybavenosti. To ústí v odmítání ze strany druhých, což může depresi prohlubovat a zhoršovat sociální vztahy (tamtéž).

Léčba deprese založená na přístupu IPT trvá obvykle 12 až 16 sezení a mívá tři fáze (dle Gruettert, 2004). Úvodní fáze zahrnuje čtyři cíle. Dochází k **pojmenování onemocnění** deprese, **zmapování aktuálních symptomů** a posouzení vhodnosti indikace farmakoterapie. Dále je společně **mapován interpersonální kontext** (důležité vztahy, interakce, očekávání) a problémové oblasti související s depresí. Dochází ke **kontraktování cíle změny ve vztazích**, kterého by chtěl pacient dosáhnout. Nezbytnou součástí této fáze je také **edukace** o psychoterapeutických pojmech, koncepci terapie, kontraktu a dalších.

V druhé fázi se cíleně pracuje s některými (ze začátku jednou až dvěma) problémovými oblastmi, jako je zármutek, interpersonální konflikty, změny rolí nebo interpersonální nedostatky. V IPT má specifické místo **práce se zármutkem**, která je aktuální v případě, že v historii pacienta nacházíme událost úmrtí rodiče či jiné blízké osoby. Intervence by měly pomoci porozumět souvislosti mezi vznikem depresivní nálady a úmrtím důležité osoby. Cílem je pomoci provést pacienta tímto obdobím, zkoumat související události, pocity a možné plány k aktivizaci sociálních i zájmových oblastí, které by mohly ztrátu nahradit. V oblasti interpersonálních konfliktů je cílem vhléd do vlastních potřeb a očekávání pomocí intervencí zaměřených na zlepšení komunikace a plánování postupných kroků k dosažení vytyčených změn ve vztazích. Příkladem intervence může být **nácvik komunikace či řešení** problémů. Oblast změny rolí obvykle zahrnuje potíže s adaptací na novou roli, k níž může docházet v rámci různých krizí, ztrátě vztahu či jiných. Cílem je přijmout ztrátu role a budovat novou roli. Oblast interpersonálních nedostatků zahrnuje chybějící nebo nedostatečně rozvinuté sociální kompetence narušující mezilidské vztahy. Postupy jsou aplikovány, pokud pacient reportuje absenci nebo nedostatek blízkých vztahů. Příkladem může být vzorec nadměrné závislosti či ochuzené sociální vztahy až izolace typické pro afektivní poruchy. Terapeutický vztah může nabízet vzor pro budování a podobu budoucích vztahů.

Závěrečná fáze zahrnuje postupy týkající se zakončení terapie, o níž se otevřeně hovoří. Tematizován je i dosažený pokrok.

Obvyklé techniky, které IPT používá je např. **hraní rolí**, **analýza komunikace** či jiné behaviorální postupy vhodné pro analýzu mezilidských konfliktů a vztahových vzorců. Dále je užívána **klarifikace**, podporující **naslouchání**, **podpora vyjádření emocí** a další. Terapeutova role je průvodce procesem, který postupně ustupuje do pozadí a hlavním iniciátorem v objevování a navrhování intervencí se stává pacient. Tento typ terapie vzhledem k její časové omezenosti, a k tomu, že se příliš nezabývá hlubšími osobnostními změnami, je vhodný pro fázi redukce symptomů a udržení remise.

Principy interpersonálního přístupu k depresivním pacientům lze aplikovat i do skupinových programů v psychiatrických nemocnicích, jak popisuje např. MUDr. Raška (2001, s. 3). Znalost teoretického pozadí tohoto přístupu oceňuje zejména kvůli obeznamenosti s problémovými oblastmi dobře ovlivnitelnými terapeutickými intervencemi. A zvláště oceňuje specifické techniky pro práci s nezpracovanou ranou ztrátou blízkého člověka, která se ukazuje jako časté téma tamějších pacientů.

Párová a rodinná terapie

Pro osoby s depresivní osobnostní dynamikou bývá typické navazování vztahů až symbiotického charakteru. Vztahy navazují rychle s cílem nalezení bezpečí. Agresivní impulsy vůči druhým potlačují, partnerovi vyjadřují obdiv, mají sklon vést i poučovat. (Kasalová, Praško a Jadlovec, 2015, s. 12). V partnerském protějšku mohou tyto vztahové vzorce vyvolávat kritiku, využívání, řízení až odmítání či devalvací. Kompetence, které by měl depresivně strukturovaný jedinec v partnerském vztahu rozvíjet je zvládnutí kritiky, usilování o zdravou míru samostatnosti v rámci vztahu, prožívání agrese a umění vyjadřovat své potřeby (tamtéž, s. 18).

Pro depresivní poruchu nemáme žádnou specifickou párovou či manželskou terapii, nicméně lze využít např. rodinnou nebo systemickou formu psychoterapie. Hlavní koncepcí těchto přístupů je práce s rodinnými problémy a s celým rodinným systémem. Každý člen rodiny je dílčí součástí tohoto systému a jeho symptomy souvisí a ovlivňují to, jak rodina funguje (Kratochvíl, 2006, s. 253). Depresi lze chápat jako reakci na podmínky prostředí, ve kterém došlo k rané ztrátě, zanedbávání či jinému stavu bezmoci (Jonesová, Asen in Roubal, 2008). Systemika nechápe depresi izolovaně, nýbrž jako jev spoluutvářený sociálním okolím, z čehož vyplývá, že průběh i podoba nemoci ovlivňuje rodinu a vztahy pacienta a ty zpětně ovlivňují jeho symptomy. Může docházet k bludnému kruhu, v němž rodina pacienta vyvolává tlak na nedeprativní projevy chování či kritiku za opak, čímž depresivní pacient není pochopen a udržuje se bludný kruh rolí pečovatel-pacient (tamtéž). Cílem párové systemické terapie je

narušení tohoto bludného kruhu. K metodám patří **kontextualizace** aktuálních depresivních symptomů a **experimentování** s novými vzorci chování.

V. Závěr:

Předkládaná práce představuje kompilát psychoterapeutických přístupů vybraných terapeutických škol s ochutnávkou konkrétních intervencí při léčbě depresivní poruchy. Integrativní přístup kombinuje prvky různých terapeutických škol s cílem poskytnout komplexní a individualizovanou péči.

V počátcích terapie, kdy je obvykle cílem dosažení zmírnění či úplné redukce symptomů deprese, se jako vhodné jeví techniky z klasické KBT či IPT. Oba směry nabízí časově ohraničenou terapii. KBT pro tuto fázi nabízí techniky jako je edukace, sebemonitoring, cílené plánování činností, identifikaci negativních myšlenkových vzorců, prevenci relapsu a další. Z IPT jde především o zmapování aktuálních depresivních symptomů v interpersonálním kontextu zahrnující rovněž edukaci s cílem vzhledu do vztahových vzorců, k čemuž slouží specifické techniky jako práce se zármutkem, hraní rolí, analýza komunikace aj. K hlubším osobnostním změnám se pak nabízí postupy psychodynamicky (a psychoanalyticky) orientovaných směrů zaměřené na odhalování nevědomých vztahových vzorců v souvislosti s osobní historií a uvědomování a vyjádření emočních prožitků. K tomu mohou posloužit intervenční nástroje jako je analýza obranných mechanismů, práce se sny či interpretace přenosu a protipřenosu. Gestalt nabízí mj. při práci na posilování vzhledu aktivní zvědomování a práci s emocemi. Pokud je terapeut ve svém prožívání autentický může rovněž sloužit jako vzor. Gestalt terapie podporuje prožitek technikami jako je analýza snů a jiné tvůrčí činnosti až po specifické techniky jako horká židle aj. Logoterapie vnáší i prvky duchovní a filosofické svým explicitním zaměřením na hledání smyslu života, kdy i u depresivní poruchy je jedním z cílů zaujmout k depresi zdravý a prospěšný přístup. Partnerské či rodinné záležitosti pak mohou být výzvou k aplikaci systemického přístupu nabízející pohled na depresivní onemocnění s jeho symptomy v kontextu celého rodinného systému s možností hledání a experimentování s novými vzorci chování v rámci systému.

Tento výčet je pouhou stručnou ukázkou základních přístupů, které jsou pro potřeby práce zjednodušeny. Inspirativními jsou pak zejména integrativní přístupy formující se přímo z „tradičních“ terapeutických škol, což povzbuzuje otevřený integrativní přístup v terapii jako možné cesty pro udržení kroku s vývojem společnosti a její poptávkou po vhodné terapeutické péči vyžadující flexibilitu v přístupu k různým typům nemocí či odchylek. To však zároveň klade na terapeuty i nároky, aby se neustále vzdělávali, integrovali další poznatky a obohacovali tak a rozšiřovali své znalosti i hodnoty k dosažení vyššího komplexnějšího a smysluplného celku.

VI. Literatura:

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. Diagnostika a terapie duševních poruch. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 9788024748269.

FROUZOVÁ, M. (2020, 6.-7. červen). Minimum teorie integrativní psychoterapie (webinář). Skálův institut, Praha, Česká republika.

GRUETTERT T. Interpersonální psychoterapie (IPT) deprese: CME kurz na výroční konferenci České psychiatrické společnosti ČLS JEP ve Špindlerově Mlýně 10.–13. 6. 2004. Psychiatrie, 2004, vol. 8, no. 4, p. 326–330.

KASALOVÁ, P., PRAŠKO, J., JADLOVEC, F. Poruchy osobnosti v manželství a partnerském vztahu. Psychiatrie pro praxi, 2015, vol. 16, p. e3–e21.

KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie. 5., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.

KRYL, M. Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese. Česká a slovenská Psychiatrie, 2006, vol. 102, no. 5, p. 250–255.

KRYL, M. Psychoterapie deprese. Psychiatrie pro praxi, 2007, vol. 1, p. 42–43.

KRYL, M., LUKÁNYOVÁ, L. Psychoterapie depresivní poruchy. Původní standardy k depresivní poruše. Dostupné z <http://www.psychoterapeuti.cz/standardy>

MCCOLLOUGH, J. P. ,Jr., Treatment for chronic depression using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). J. Clin. Psycholog., 2003, vol. 59, p. 833-846.

MCWILLIAMS, N. Psychoanalytická diagnóza: porozumění struktuře osobnosti v klinickém procesu. Přeložila Hana DRÁBKOVÁ. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0943-0.

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 80-85121-44-1.

MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. Kognitivně behaviorální terapie. In VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. (ed.). Současná psychoterapie. Praha: Portál, 2010, s. 195–234. ISBN 978-80-7367-682-7.

MÚDRA, J., BULTMANOVÁ, D. Kognitivno-behaviorální terapie v léčbě depresií. Psychiatria-psychoterapia-psycho-somatika, 2008, vol. 15, no. 2, p. 127–130.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, H. Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději. Praha: Portál, 2003. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7178-809-0.

PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi. Praha: Grada, 1999. Psyche (Grada). ISBN 80-7169-766-4.

RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. Psychiatrie. Praha: Galén, c2001. ISBN 80-7262-140-8.

RAŠKA, I. Interpersonální terapie deprese. Psychiatrie, 2001, vol. 5, p. 59-60.

ROUBAL, J. Fenomén bludného kruhu deprese z pohledu pěti psychoterapeutických směrů. Československá psychologie, 2008, vol. 52, no. 6, p. 615–624.

ROUBAL, J. Gestalt přístup v terapii deprese. Konfrontace, 2004, vol. 15, no. 1, p. 31–36.

ROUBAL, J. Gestalt terapie. In VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. (ed.). Současná psychoterapie. Praha: Portál, 2010, s. 164–194. ISBN 978-80-7367-682-7.

ŠLEPECKÝ, M., PRAŠKO, J., KOTIANOVÁ, A., VYSKOČILOVÁ, J. Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii: nové směry. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1340-6.

UNGAR, M., A logotherapy treatment protocol for major depressive disorder. International Forum for Logotherapy, 2002, vol. 25, no. 1, p. 3–10.

Všímavost a soucit se sebou v psychoterapii

Eva Vadovičová

Úvod

Všímavost a soucit se sebou jsou důležitými aspekty v oblasti osobního rozvoje a psychoterapie. Tyto prvky jsou úzce propojené a vzájemně se podporují. V terapeutickém procesu může být použití všímavosti důležité k tomu, aby klienti byli v přítomném okamžiku a uvědomovali si své momentální prožívání a myšlenky, a získali tak lepší porozumění sobě samým. Soucit se sebou může pomoci klientům se lépe vyrovnat s těžkými emocemi a přijmout sami sebe takoví, jací jsou. Tyto principy jsou integrovány do mnoha terapeutických přístupů a pomáhají klientům rozvíjet větší sebeuvědomění, sebeakceptaci a vztah k sobě. Terapeuti mohou klientům pomoci rozvíjet tyto schopnosti použitím mnoha technik a cvičení.

Tato práce se zabývá koncepty všímavosti a soucitu se sebou samým a jejich použitím v terapeutických technikách. První část rozebírá všímavost a její úroveň, na ni navazuje sekce soucitu sama se sebou, která se dotýká jeho tří prvků a vymezení vůči jiným pojmům jako je sebelítost, požitkářství nebo sebeúcta. Následující část popisuje použití všímavosti a soucitu se sebou v terapii a uvádí sedm terapeutických technik, které tyto koncepty využívají.

Všímavost

Koncept všímavosti má své kořeny v buddhistické filozofii a psychologii. V posledních desetiletích se všímavost dostala do hlavního proudu psychoterapie, z velké části díky úspěchu programů snižování stresu založených na všímavosti (MBSR) a ústřední roli všímavosti v dialektické behaviorální terapii, stejně jako v terapii přijetí a závazku (Davis, Hayes, 2011).

Všímavost (angl. mindfulness, něm. Achtsamkeit) je definována jako schopnost být v přítomném okamžiku, mít jistý odstup od vlastních myšlenek či akceptovat všechno to, co probíhá v našem těle i myslí okamžik za okamžikem (Benda, 2019, s. 19).

Neff (2023a) charakterizuje všímavost jako první krok k emočnímu uzdravení – schopnost obrátit se k našim obtížným myšlenkám a pocitům (jako je nedostatečnost, smutek, hněv, zmatek) a uznat je v duchu otevřenosti a zvědavosti.

V mindfulness programech se obvykle rozvíjí schopnost soustředit se. Soustředění, často na dech, není všímáním. Soustředění a všímavost jsou dvě různé, ale vzájemně propojené koncepce.

Soustředění se obvykle vztahuje k situaci, kdy se člověk zaměřuje na jednu úlohu nebo činnost a potlačuje jakékoli rušivé vlivy, aby se mohl plně soustředit na daný úkol. Soustředění může být užitečné při řešení složitých problémů, zlepšování produktivity v práci nebo při učení se nových dovedností.

Soustředění a všímavost se mohou prolínat a navzájem se doplňovat. Při soustředění na jednu úlohu je užitečné být také všímavý a vnímat své pocity a myšlenky. Všímavost může být užitečná také k uklidnění a soustředění ještě předtím, než se člověk do složité úlohy nebo situace pustí.

Úrovně všímavosti

První úrovní všímavosti je uvědomit si, že právě teď myslíme a že můžeme místo myšlení také chvíli jen vnímat, spočinout svou pozorností u přítomných vjemů, pocitů a nálad. Tento návrat do přítomnosti je základem většiny mindfulness programů. (Benda, 2019, s. 21–22)

V první úrovni se snažíme být co nejvíce přítomni a vnímat všechny smysly – zrak, sluch, chuť, hmat a čich. Důležitá je plná soustředěnost na přítomný okamžik, neplánovat, nevzpomínat na minulost nebo nepřemýšlet o budoucnosti.

Druhou úroveň všímavosti je možné popsat jako schopnost uvědomovat si procesy probíhající v našem těle a v mysli v přítomném okamžiku s postojem smířlivého porozumění a přijetí. Všímavost má dvě složky – uvědomování si procesů a akceptující postoj k nim. Proces však nesmíme zaměřovat za obsah. Musíme například rozlišit uvědomění si, že se na něco díváme (obsah), od vjemu vidění (proces), uvědomění si vzpomínky na něco (obsah) od vjemu vzpomínání (proces). (Benda, 2019, s. 24–25)

Třetí úrovně lze dosáhnout intenzivní meditační všímavostí, při které se všímavost natolik rozvine, že mysl již neovládají obranné mechanismy. Meditující si začne uvědomovat tři univerzální charakteristiky – pomíjivost, neuspokojivost a nepřítomnost něčeho, čemu bychom mohli říkat Já. (Benda, 2019, s. 29)

Soucit se sebou

Koncept soucitu se sebou zavedla Kristin Neff v roce 2003 a definuje jej jako emočně pozitivní postoj k sobě samému, který zažíváme ve chvílích trápení, selhání nebo uvědomění si vlastního nedostatku.

Soucit se sebou samým (angl. self-compassion, něm. Selbstmitgefühl) se ve skutečnosti neliší od soucitu s ostatními. Jestliže chceme mít soucit s druhými, musíme si nejprve všimnout, že trpí. Za druhé, soucit zahrnuje pocit, že nás utrpení druhých dojíká tak, že reagujeme na jejich bolest. Když k tomu dojde, pocítíme vřelost, starostlivost a touhu trpícímu člověku nějakým způsobem pomoci. Mít soucit také znamená, že druhým nabízíme pochopení a laskavost, když selžou nebo udělají chybu, místo abychom je přísně soudili. A konečně, když cítíme soucit s druhým člověkem (spíše než pouhou lítost), znamená to, že si uvědomujeme, že utrpení, selhání a nedokonalost jsou součástí společné lidské zkušenosti. Soucit se sebou samým zahrnuje stejné jednání vůči sobě samému, když prožíváme těžké období, selháváme nebo se nám na sobě něco nelíbí. Místo toho, abychom svou bolest jen ignorovali, zastavíme se a uvědomíme si, že to máme teď opravdu těžké a hledáme, jak se v tuto chvíli utěšit a postarat se o sebe. A co je možná nejdůležitější, mít soucit sám se sebou znamená, že ctíme a přijímáme svou lidskost. (Neff, 2023a)

Tři prvky soucitu se sebou

Neff (2023a) zmiňuje tři prvky soucitu se sebou, které jsou odlišné, ale navzájem provázané. Jedná se o tři protichůdné dvojice:

1. Laskavost k sobě vs. sebeodsuzování

Soucit se sebou samým zahrnuje projev vřelosti a pochopení vůči sobě samému, když se cítíme špatně, selháváme, nebo máme pocit nedostatečnosti. Laskaví lidé vědí, že život přináší nevyhnutelné chyby, těžkosti a bolest, a tak se snaží k sobě být shovívaví a laskaví, místo aby ignorovali své pocity nebo se

kritizovali. Pokud lidé nemohou dostat, co chtějí, popírají to, nebo s tím bojují, což vede ke zvýšení utrpení, stresu, frustraci a sebekritice. Když jsme schopni přijmout realitu se vší její nedokonalostí s pochopením a laskavostí, můžeme dosáhnout větší emocionální vyrovnanosti.

2. Lidská sounáležitost vs. izolace

Často se frustrace z toho, že věci nejsou přesně tak, jak si přejeme, projevuje iracionálním pocitem izolace. Můžeme si připadat jako jediní lidé, kteří trpí nebo dělají chyby, ale ve skutečnosti tím prochází každý. V podstatě je to součástí toho, být člověkem – být smrtelným, zranitelným a nedokonalým. Proto je soucit se sebou samým tak důležitý. Zahrnuje uznání, že utrpení a osobní nedostatečnost jsou součástí lidské zkušenosti, kterou prochází všichni, a nejen my sami.

3. Všímavost vs. přílišná identifikace

Soucit se sebou samým vyžaduje vyvážený přístup k našim negativním emocím, kdy nedochází k jejich potlačení ani přehánění. Tento postoj vychází z procesu, kdy si uvědomujeme, že i ostatní lidé procházejí obtížnými situacemi, což nám pomáhá získat širší perspektivu našich vlastních záležitostí. Důležité je také pozorovat své negativní myšlenky a emoce s otevřeností a jasností, abychom byli v bdělém vědomí. Všímavost je stav mysli, kdy neodsuzujeme své myšlenky a pocity, ale pozorujeme je s empatií. Nelze ignorovat svou bolest a zároveň s ní soucítit, proto je důležité být sám se sebou vnímavý, abychom se nepodvolili negativní reaktivitě.

Co soucit se sebou není

Soucit se sebou samým může být zaměňován se sebelítostí, požitkářstvím nebo sebeúctou (Neff, 2023b).

- Soucit se sebou samým není sebelítost.

Člověk pociťující sebelítost je zaměřený na vlastní problémy, zapomíná, že se ostatní potýkají s podobnými problémy, a má tak pocit, že trpí jako jediný na světě. Sebelítost vede k pocitům odloučení od ostatních a zveličuje rozsah osobního utrpení, což neumožňuje odstup od své situace a zaujetí objektivnější

perspektivy. Naproti tomu soucit se sebou umožňuje nahlédnout související prožitky sebe a druhých bez egocentrických pocitů izolace a odpojení.

- Soucit se sebou samým neznamena požitekářství.

Soucit se sebou samým je něco jiného než jen dopřávat si potěšení. Mnoho lidí se bojí být soucitní k sobě, protože se obávají, že by tím mohli podpořit své špatné návyky, které jim přinášejí požitky. Soucit se sebou vnímají spíše jako požitekářství. To ale není pravda. Soucit se sebou samým znamená, že chcete být dlouhodobě šťastní a zdraví. To může zahrnovat i nějaké nepohodlí, například přestat kouřit nebo zhubnout. Často jsou lidé k sobě příliš kritičtí, což může vést k pocitu studu a k tomu, že se budou bránit změnám. To ale není cesta k růstu a změně. Lidé, kteří se k sobě chovají pečujícím způsobem plným soucitu, jsou motivováni k růstu a změně a zároveň se cítí bezpečně, aniž by se obviňovali, a to jim umožňuje vidět sami sebe jasně.

- Soucit se sebou samým není sebeúcta.

Soucit se sebou samým se liší od sebeúcty. Sebeúcta se týká našeho pocitu vlastní hodnoty, jak si ceníme svých schopností a jak se máme rádi. Přestože je důležité mít zdravé sebevědomí, které nás motivuje k úspěchům, snaha mít vysokou sebeúctu může být problematická. V dnešní společnosti se sebeúcta často zakládá na tom, jak moc jsme odlišní od ostatních nebo jak moc vynikáme. Být průměrný není dostatečné, musíme se cítit nadprůměrně, abychom se cítili dobře. Toto zvýšené sebevědomí může vést k narcistickému, do sebe zahleděnému chování nebo k odsuzování ostatních, abychom se cítili lépe. Potřeba vysoké sebeúcty může vést k ignorování vlastních nedostatků, což znemožňuje vidět sami sebe objektivně. A v neposlední řadě, naše sebeúcta je závislá na posledním úspěchu či neúspěchu a může kolísat. Soucit se sebou není založen na sebehodnocení a konkrétních vlastnostech, ale na přesvědčení, že si všichni lidé zaslouží soucit. To nám umožňuje přijmout své nedostatky s laskavostí a otevřeností a být sebevědomí, i když nejsme dokonalí. Soucit se sebou je nezávislý na vnějších okolnostech a pomáhá překonávat těžké situace. Podle výzkumů vede k větší emoční odolnosti, přesnějšímu sebepojetí a citlivějšímu chování ve vztazích.

Využití všímavosti v psychoterapii

Při rozvíjení všímavosti je obtížné některé procesy všímavě zaznamenat a akceptovat je takové, jaké jsou, zvláště automatické neuvědomované reakce jako odpor a ulpívání a nepříjemné prožitky, od kterých obranné mechanismy odvádí pozornost.

Schopnost akceptace má souvislost s etikou naší kultury, která je zaměřená na sebedůležitost a sebestřednost na rozdíl od východní kultury posilující štědrost a etické jednání. My pak nedokážeme své pocity a myšlenky brát zlehka a s nadhledem tak, jak je to obvyklé u asijských národů, kde se učí nelpět na věcech a dokážou snáze neulpívat ani na vlastních myšlenkách a pocitech, a nechat je plynout a být. (Benda, 2019, s. 24)

Způsob, jak o nás rodiče pečovali v dětství, se schopností akceptace také souvisí. Pokud jsme v dětství nezažili dostatek zkušeností s empatickými, soucitnými, vřelými, milujícími rodiči, nemusí všímavost stačit k tomu, abychom se naučili laskavosti a soucitu k sobě, bez nichž nedokážeme akceptovat některé bolestivé pocity. Přes snahu si všímat těchto bolestivých pocitů, jsme dál ovládání neuvědomými obrannými mechanismy a maladaptivními emočními schémata, která jsou příčinou stresu, úzkosti, deprese, poruch osobnosti, poruch příjmu potravy, závislosti a dalších (Benda, 2019, s. 26)

Úkolem terapeuta je pomoci klientovi zpracovat emoční zranění z dětství, poskytnout mu korektivní zkušenost, která vede k vyhasínání mozkových spojů zapříčiňujících patologii, a naopak k aktivaci mozkových center usnadňujících akceptaci bolestivých pocitů. V terapii se klient neučí uvědomovat si všechny fenomény, které probíhají v přítomném okamžiku jako při meditaci všímavosti, ale terapeut ho vede, aby se cíleně učil uvědomovat si a akceptovat pouze ty fenomény, které mu způsobují potíže (Benda, 2019, s. 27). K tomu terapeut využívá postupy jako komentování, reflektování, konkretizace, kotvení a různé další techniky (Benda, 2019, s. 165).

Techniky všímavosti a soucitu se sebou v psychoterapii

V následujícím bodech jsou uvedeny některé z technik podporující všímavost a soucit se sebou u klienta, které může terapeut využít během sezení, nebo doporučit klientovi jako domácí cvičení.

Před použitím těchto technik je potřeba zmínit pár tipů, které je důležité mít na paměti. Všímavost a soucit se sebou samým je praxe dobré vůle, nikoliv dobrých pocitů. Jinými slovy, i když je přátelský, podpůrný postoj zaměřen na zmírnění utrpení, nemůžeme vždy ovlivnit, jak se věci mají. Pokud se pomocí praxe soucitu se sebou snažíme, aby naše bolest zmizela tím, že ji potlačujeme nebo proti ní bojujeme, věci se pravděpodobně jen zhorší. Díky soucitu se sebou vědomě přijímáme, že daný okamžik je bolestivý, a v reakci na to se přijímáme s laskavostí a péčí a pamatujeme, že nedokonalost je součástí lidské sounáležitosti. (Neff, 2023c)

Je třeba počítat s tím, že u některých lidí se při využívání technik jejich bolest zpočátku zvyšuje. Tomuto jevu říkáme „backdraft“, což je hasičský termín, který popisuje, co se děje, když se otevřou dveře v hořícím domě – dovnitř vniká kyslík a plameny šlehají ven. Podobný proces může nastat, když otevřeme dveře svého srdce – dovnitř vchází láska a stará bolest vychází ven. Naštěstí můžeme staré bolesti čelit prostředky všímavosti a soucitu se sebou samým a srdce se přirozeně začne uzdravovat. (Neff, 2023c)

Technika první úrovně všímavosti – „Mám všech pět pohromadě?“

Usaďte se co nejpohodlněji, chodidla mějte na zemi. Přesuňte pozornost do svého těla. Uvědomte si, jak se chodidla dotýkají země, tělo židle, uvědomte si dotek rukou, mezi rty, celou svou sedící pozici. Uvědomte si své hmatové vnímání. Setrvejte ve sledování hmatových vjemů.

Dále zaměřte svoji pozornost do úst, polkněte, uvědomte, jakou cítíte chuť. Pozorujte své chuťové vnímání.

Všimněte si svého čichu, nadechněte se. Jaké cítíte pachy nebo vůně? Zaměřte se na své čichové vnímání.

Dále na okamžik promrkněte očima a uvědomte si, jaké vidíte světlo, stíny, barvy, tvary. Můžete nechat oči zavřené a pozorovat tmu. Uvědomte si své zrakové vnímání.

Přeneste svou pozornost k sluchu. Uvědomte si zvuky z blízkého okolí i z dálky. Není důležité, co slyšíte. Uvědomte si, že probíhá sluchové vnímání.

Po ukončení cvičení se protáhněte. (Benda, 2019, s. 23)

Technika druhé úrovně všímavosti – „Přijetí chladu“

Technika všímání si chladu a automatických obranných tendencí ve studené vodě může posloužit k nácviku akceptace prožívaného na druhé úrovni všímavosti.

Připravte si plnou vanu studené vody. Svlékněte se a učiňte rozhodnutí ponořit se do vany. Nejprve klidně stůjte a pozorujte své pocity, svůj dech. Pak si uvědomte svůj záměr vstoupit do vody a pomalu tam vnořte jednu nohu. Pozorně přitom sledujte pocity chladu, odporu a touhu úniku. Při každém uvědomění pocitu nebo představy je v duchu pojmenujte: „chlad“, „odpor“, „nepříjemné představy“, apod. Při uvědomění si pocitu nutkání vytáhnout nohu z vody, pojmenujte ho „nutkání“. Pokud tomuto impulzu nepodlehnete, sledujte své pocity v noze ponořené v chladné vodě. Jak se mění pocity? Vnímáte pouze chlad? Až spočinutí ve vodě nebude činit velký problém, ponořte do vody i druhou nohu a postupujte dále, až budete úplně ponořeni. Vždy pozorujte vše, co probíhá v těle i mysli a označujte opět probíhající procesy „chlad-odpor-touha-představy-nutkání“ apod. Automatické nutkání se rozpouští jen když si ho všimnete a označíte ho v duchu slovem. Po koupeli si zopakujte, jak vše probíhalo a co se dělo, když jste se ztratili v myšlenkách a přestali se věnovat všímavosti. Jaké se objevily pocity a jak se cítíte nyní? (Benda, 2019, s. 28)

Technika soucitu se sebou - „Jak byste se chovali ke svému příteli?“

Veźměte si list papíru a odpovězte na následující otázky. Nejprve si vzpomeňte na chvíle, kdy se blízký přítel cítí opravdu špatně nebo se kvůli něčemu opravdu trápí. Jak byste v takové situaci reagovali na svého přítele? Napište si, co obvykle děláte, co říkáte, a poznamenejte si, jakým tónem obvykle s přáteli mluvíte.

Nyní se zamyslete nad okamžiky, kdy se cítíte špatně nebo se vám nedaří. Jak na sebe v těchto situacích obvykle reagujete? Napište si, co obvykle děláte, co říkáte, a poznamenejte si, jakým tónem se sebou mluvíte.

Všimli jste si nějakého rozdílu? Pokud ano, zeptejte se sami sebe proč. Jaké faktory nebo obavy vstupují do hry, že se k sobě a k druhým chováte tak odlišně?

Napište si, jak by se podle vás situace změnila, kdybyste na sebe reagovali stejným způsobem, jakým obvykle reagujete na blízkého přítele, když trpíte.

Proč se k sobě nezkusíte chovat jako k dobrému příteli a uvidíte, co se stane? (Neff, 2023c)

Technika soucitu se sebou – „Přestávka na soucit se sebou samým“

Zamyslete se nad těžkou situací, kterou momentálně prožíváte a která vás zatěžuje. Snažte se v mysli představit tuto situaci a zjistěte, zda skutečně cítíte stres a emocionální nepohodu ve svém těle.

Nyní si řekněte:

1. Toto je okamžik utrpení

To je všímavost. Další možnosti jsou následující:

- Tohle bolí.
- Au.
- Tohle je stres.

2. Utrpení je součástí života

To je obyčejná lidskost. Další možnosti jsou následující:

- Ostatní lidé to tak cítí.
- Nejsem v tom sám.
- Všichni ve svém životě bojujeme.

Nyní si položte ruce na srdce, vnímejte teplo svých dlaní a jemný dotek rukou na své hrudi. Nebo si zvolte jiný uklidňující dotek, o kterém víte, že vám vyhovuje.

Řekněte si:

3. Ať jsem k sobě laskavý

Můžete se také sami sebe zeptat: "Co potřebuji právě teď slyšet, abych vyjádřil laskavost sám k sobě?". Existuje nějaká věta, která vás osloví ve vaší konkrétní situaci? Např:

- Ať si mohu dopřát soucit, který potřebuji.
- Ať se naučím přijímat sám sebe takového, jaký jsem.
- Mohu si odpustit.
- Kéž jsem silný.
- Kéž jsem trpělivý.

Toto cvičení lze použít kdykoli během dne nebo v noci a pomůže vám připomenout si tři aspekty soucitu se sebou samým, když to nejvíce potřebujete. (Neff, 2023c)

Technika soucitu se sebou – „Podpůrný dotek“

Jedním ze snadných způsobů, jak o sebe pečovat a utěšit se, když se cítíte špatně, je poskytnout si podpůrný dotek. Dotek aktivuje systém péče a parasympatický nervový systém, který nám pomáhá uklidnit se a cítit se bezpečně. Zpočátku vám to může připadat nepříjemné nebo trapné, ale vaše tělo o tom neví. Jen reaguje na fyzické gesto tepla a péče, stejně jako dítě reaguje na přítulení v matčině náručí. Naše kůže je neuvěřitelně citlivý orgán. Výzkumy ukazují, že fyzický dotek uvolňuje oxytocin, poskytuje pocit bezpečí, uklidňuje tísnivé emoce a zklidňuje kardiovaskulární stres. Tak proč to nezkusit?

Zkuste si během těžkých období několikrát denně po dobu alespoň jednoho týdne přikládat ruku na tělo.

Ruce na srdce

- Když si všimnete, že jste ve stresu, zhluboka se 2-3krát nadechněte.
- Jemně si položte ruku na srdce a vnímejte jemný tlak a teplo své ruky. Pokud chcete, položte si obě ruce na hrudník a všímejte si rozdíl mezi jednou a oběma rukama.
- Vnímejte dotek své ruky na hrudi. Pokud chcete, můžete rukou na hrudi dělat malé kroužky.
- Vnímejte přirozené zvedání a klesání hrudníku při nádechu a výdechu.
- Setrvejte s tímto pocitem tak dlouho, jak budete chtít.

Někteří lidé se cítí nesví, když si položí ruku na srdce. Nebojte se prozkoumat, kde na vašem těle je jemný dotek skutečně uklidňující. Další možnosti jsou:

- Jedna ruka na tváři
- Kolébání obličeje v dlaních
- Jemné hlazení paží
- Zkřížení paží a jemné stisknutí
- Jemné tření hrudníku nebo krouživé pohyby
- Ruka na břicho

- Jedna ruka na břicho a druhá na srdci
- Jedna ruka vložená do dlaně druhé, složené na klíně. (Neff, 2023c)

Technika – „Deník soucitu se sebou“

Po dobu jednoho týdne nebo i déle si ved'te deník soucitu se sebou samým. Zapisování do deníku je účinný způsob, jak vyjádřit emoce. Večer si v klidu projděte události celého dne. Do deníku si zapište vše, z čeho jste měli špatný pocit, co jste si vyčítali, nebo jakýkoli jiný zážitek, který vám způsobil bolest. U každé události použijte všímavost, smysl pro obyčejnou lidskost a laskavost, abyste událost mohli zpracovat s větším soucitem k sobě samému.

- Všíímavost:

Je důležité si uvědomit bolestné emoce, které vznikají v důsledku vašeho sebeodsuzování nebo obtížných okolností. Pokuste se napsat, jak jste se cítili – mohlo to být smutně, zahanbeně, vyděšeně, vystresovaně apod. Při psaní svých prožitků se snažte přijímat své emoce bez odsuzování, zlehčování nebo přílišné dramatizace.

- Lidská sounáležitost:

Zapište si, jakým způsobem je váš zážitek spojen s obecnější lidskou zkušeností, že být člověkem znamená být nedokonalý a že všichni lidé prožívají podobné bolestné zážitky. Můžete také zvážit různé příčiny a podmínky, které vedly ke vzniku této bolestivé události.

- Laskavost k sobě:

Napište si nějaká laskavá slova útěchy, plná pochopení. Dejte si najevo, že vám na sobě záleží.

Procvičování tří složek soucitu se sebou samým prostřednictvím psaní deníku pomáhá uspořádat si myšlenky a emoce a zároveň si je uložit do paměti. Pravidelná praxe tohoto cvičení, posiluje soucit se sebou samým, což se promítne do každodenního života. (Neff, 2023c)

Technika soucitu se sebou – „Určení toho, co skutečně chceme“

Zvažte, jak používáte kritiku sám sebe jako nástroj k motivaci. Možná máte tendenci kritizovat se kvůli určité osobní vlastnosti, jako je například nadváha, lenost nebo impulzivita, protože věříte, že tvrdý přístup k sobě vám pomůže se

změnit. Pokud je to tak, zkuste nejprve být v kontaktu s emocionální bolestí, kterou vám tato sebekritika způsobuje, a snažte se přijmout a soucítit se sebou samým, že se cítíte odsouzeni.

Poté se podívejte, zda vás nenapadá laskavější a starostlivější způsob, jak se v případě potřeby motivovat ke změně. Jaká slova by použil moudrý a pečující přítel, rodič, nebo učitel, aby vás jemně upozornil na to, že vaše chování je neproduktivní, a zároveň vás povzbudil, abyste udělali něco jiného. Jaké podpůrné sdělení vás napadne, které je v souladu s vaším základním přáním být zdravý a šťastný?

Pokaždé, když se v budoucnu přistihnete, že odsuzujete svou nežádoucí vlastnost, všimněte si nejprve bolesti, kterou vaše sebeodsuzování způsobuje, a buďte k sobě soucitní. Poté se pokuste změnit svůj vnitřní dialog tak, aby byl povzbudivější a podporující. Pamatujte, že pokud se chcete skutečně motivovat, láska je silnější než strach. (Neff, 2023c)

Technika KBT – „Sebeznehodnocující a sebepovzbuzující dopis“

Klient nejprve formuluje své negativní myšlenky do sebeznehodnocujícího dopisu. Píše o vlastnostech, schopnostech, práci, studiu, volném čase, (např. „*Nemám se rád, protože...*“, „*Nejsem schopný...*“, „*Neumím...*“), vztazích (např. „*Nikdo mě nemá rád, protože...*“, „*Nesnáším druhé lidi, protože...*“), postoji k životu a světu (např. „*Nic nemá smysl, protože...*“), vize budoucnosti (např. „*Nikdy se to nezlepší, pořád budu...*“), zvládání myšlenek a pocitů (např. „*Nejsem schopný ovládat své pocity, hned se rozpláču, když...*“). Tento proces mu pomáhá uvědomit si myšlenky a vytvořit určitý emoční odstup.

Na terapeutickém sezení čte klient nebo terapeut tento dopis nahlas. Klient si během čtení uvědomuje, pojmenovává a přijímá své emoce a začíná si uvědomovat přehnanost svých tvrzení v dopise. Klient si doma opakovaně čte tento dopis a dochází ke zmírnění emočního náboje spojeného s negativními myšlenkami.

Na dalších sezeních se dopis rozdělí na části. Terapeut s klientem rozpracovává jednotlivé části do povzbudivější podoby. Klient pak napíše celý sebepovzbuzující dopis za domácí cvičení. S terapeutem poté společně hledají argumenty, které negativní myšlenky zpochybňují (např. „*Přeháním, vidím to moc*

černě, katastrofizují, dělám unáhlené závěry, když si myslím, že...“). Dále se klient pokouší získat více realistický pohled na věc (např. „Blíže objektivní realitě je...“) a poslední část obsahuje postupy a doporučení, které má klient realizovat v jednotlivých oblastech, aby se v nich postupně zlepšoval, nebo je lépe zvládal (např. „Budu se lidem více dívat do očí, až s nimi budu mluvit.“).

V dalších terapeutických sezeních klient společně s terapeutem propracovávají sebebepovzbuzující dopis. K dosažení silnějšího přesvědčení v myšlenkách uvedených v dopise se využívá techniky sokratického dialogu, behaviorálních experimentů a brainstormingu. Jako domácí cvičení si klient čte svůj sebebepovzbuzující dopis, který přitom průběžně upravuje a doplňuje. (Pešek, Praško, Štípek, 2013, s. 171-173)

Závěr

Všímavost a soucit se sebou jsou klíčovými prvky v psychoterapii. Všímavost nám umožňuje být přítomni v současném okamžiku a vnímat naše myšlenky, emoce a tělesné pocity. Soucit se sebou nám pak umožňuje přijímat tyto zkušenosti bez odsuzování a s porozuměním.

Je důležité si uvědomit, že rozvoj všímavosti a soucitu se sebou je proces, který vyžaduje trpělivost, praxi a zájem. Terapeuti mohou být užiteční při poskytování podpory a vedení v této oblasti, ale konečná odpovědnost za tento proces leží na klientovi samotném. Pokud se klienti naučí integrovat tyto prvky do svého každodenního života, mohou dosáhnout většího osobního štěstí a psychické pohody.

Nicméně je třeba mít na paměti, že všímavost a soucit se sebou nejsou univerzálním řešením pro všechny problémy v psychoterapii. Každý klient má své vlastní individuální potřeby a tyto dovednosti by měly být použity v kontextu konkrétního terapeutického procesu.

Celkově lze tedy říci, že všímavost a soucit se sebou jsou prvky, které mohou pomoci klientům lépe pochopit své zkušenosti a zlepšit svou psychickou pohodu.

Seznam literatury

Benda, J. (2019). *Všímavost a soucit se sebou: proměna emocí v psychoterapii*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-1524-0.

Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). *What Are the Benefits of Mindfulness? A Practice Review of Psychotherapy-Related Research*. *Psychotherapy* 2011, Vol. 48, No. 2, 198–208. DOI: 10.1037/a0022062.

Neff, K. *Self-Compassion Guided Practices and Exercises*. In: *Self-Compassion Dr. Kristin Neff* [online]. 2023c [cit. 22.04.2023]. Dostupné z: <https://self-compassion.org/category/exercises/#exercises>

Neff, K. *The three elements of self-compassion*. In: *Self-Compassion Dr. Kristin Neff* [online]. 2023a [cit. 22.04.2023]. Dostupné z: <https://self-compassion.org/the-three-elements-of-self-compassion-2/#definition>

Neff, K. *What self-compassion is not*. In: *Self-Compassion Dr. Kristin Neff* [online]. 2023b [cit. 23.04.2023]. Dostupné z: <https://self-compassion.org/what-self-compassion-is-not-2/>

Pešek, R., Praško, J. a Štípek, P. (2013). *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi: pro terapeutky, studenty a poučené laiky*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0501-2.

Práce s emocemi v integrativní psychoterapii

Radka Voskovcová - Vaksmanová

Obsah:

1. Emoce a jejich funkce
2. Kde a jak emoce vznikají
3. Vznik emocí na buněčné úrovni
4. Emoce a imunitní systém
5. Emoce a vývoj mozku
6. Rozdělení emocí
7. Co nám emoce říkají
8. Práce s emocemi
9. Regulace emocí
10. Závěr
11. Seznam zdrojů

Téma emoce a práce s nimi jsem si vybrala ze dvou důvodů. Tím prvním byl moje osobní zkušenost z minulosti, kdy jsem naprosto neporozumění nechápala vztah těla a mysli a, že emoce jsou součástí našeho biologického systému. Vzpomínám si, jak se mě poprvé zeptala psychoterapeutka, kde v těle cítím vztek. Zmateně jsem zkoumala svoje tělo s myšlenkou, že terapeutka je taky jenom člověk a i ona může být občas úplně mimo, což samozřejmě kýženou úlevu nepřineslo.

Druhým důvodem díky němuž považuji toto téma za klíčové, jsou příčiny, které přivádí klienty do terapie. Často jako první informace zazní: Necítím se dobře, je mi hrozně, už to nezvládám, nemůžu to vydržet... O čem to lidé vlastně mluví? Lidé vypráví příběhy plné negativních a traumatických zážitků. Může to vypadat, že potřebují pomoci vyřešit situace, poradit, co komu říct, jak reagovat, zkrátka co udělat. Za tím se však dle mého skrývá jiná zakázka – pomozte mi, aby mi bylo líp, abych se necítil/a tak strašně. Jinými slovy nechci už dál cítit ten ubíjející smutek, děsivý strach, zaplavující stud, spalující vztek, ničující nenávisť... Jak se toho mám zbavit?

Emoce a jejich funkce

Téměř celý svůj profesní život pracuji ve zdravotnictví. Ve světě západní medicíny vládne přísná racionalita a logika. Lékaři a obecně zdravotníci jsou často tolik zaneprázdněni péčí o technické fungování těl svých pacientů, že nezbyvá prostor pro péči o lidskou duši. Mnozí zdravotníci tomu ani nepřikládají význam. Jejich chytré mozky natolik pohlcuje přemýšlení o „opravě porouchaných součástí“, že téměř zapomínají na to, že lidé jsou tvorové bio – psycho – socio - spirituální a každá složka má stejnou váhu důležitosti.

„Byť jsou emoce objektem vědeckého zkoumání už celé století a doba, kdy psychologie na emoce nahlížela jako na víceméně nežádoucí, primitivní vlivy, které narušují poznávání a rozumové uvažování, je již překonána, jejich role a dopad na naši fyziologii ještě stále není řádně doceňován.“ (Benda, J., 2020, str. 15)

Co jsou to tedy emoce a proč jsou pro naši spokojenost a smysluplný život tak důležité?

Na úvod zde cituji několik definice pojmu „Emoce“ z několika zdrojů:

Wikipedie říká, že „emoce jsou psychicky a sociálně konstruované procesy, zahrnující subjektivní zážitky libosti (sympatie) a nelibosti (averze), provázené fyziologickými změnami (změna srdečního tepu, změna rychlosti dýchání atd.), motorickými projevy (mimika, gestikulace), změnami pohotovosti a zaměřenosti. Hodnotí skutečnosti, události, situace a výsledky činností podle subjektivního stavu a vztahu k hodnocenému, vedou k zaujetí postoje k dané situaci.“

„Funkcí emocí je příprava jedince k reakci na konkrétní událost. Kromě toho emoce facilitují vstřípení zážitku. Například strach má jedince připravit na nebezpečí a vtisknout danou situaci do paměti jako nebezpečnou. Emoce tak

vedou k vymezení a hierarchizaci hodnot, vytvoření schopnosti seberegulace.“
https://cs.wikipedia.org/wiki/Emoce#Funkce_emoc%C3%AD

„Emoce vznikají jako reakce organismu na situace, které pro nás mohou být významné. Nabízejí nám první odhad zda to, co se děje, je pro nás dobré nebo ne. Poukazují na naplňování našich potřeb, hrozící nebezpečí nebo třeba na hranice naše a ostatních lidí. Každá emoce nás nutí k určitému jednání.“ (J. Benda, 2019, str. 40)

Vědci se domnívají, že naše emoce nám pomáhají zvládat situace, jež jsou pro nás příliš důležité na to, aby bylo jejich řešení ponecháno pouze na intelektu. (D. Goleman, 2020, str. 13)

Radka Loja ve své knize Emoce pod kontrolou popisuje emoce takto: „Emoce jsou zdrojem obrovské energie a vášně. Činí náš život zajímavým. Dávají mu jiskru. Díky nim dokážeme podávat neuvěřitelné výkony, prožívat lásku, úspěch, klid, smysl, strach, vztek... Pomáhají nám například v rozhodování, při výběru partnera a ukazují nám, jestli jdeme správným směrem.“ (Loja, R., 2019, str. 20)

Kde a jak emoce vznikají

Emoce propojují mysl a tělo. Na biologické úrovni si můžeme velmi zjednodušeně říci, že nositel emoce je vlastně elektřina a bílkovina. Její vznik a funkce jsou úzce spjaty s nervovou soustavou s řídícím centrem v mozku. K lepší představě o tom, jak mozek funguje, nám poslouží model tzv. trojjediného mozku, jehož tvůrcem je americký lékař a neurolog Paul D. MacLean. MacLean ve své teorii tvrdí, že máme mozky tři, které se vyvinuly v procesu evoluce. Máme tedy plazí mozek, savčí mozek a lidský mozek. (R. Loja, 2019, str. 11)

Vývojově nejstarší je plazí mozek, který řídí základní vitální funkce jako například dýchání, krevní oběh nebo reflexy a pudy. Nachází se v zadní a dolní části mozku, která se nazývá mozkový kmen. Je to sídlo tří základních stresových reakcí důležitých pro přežití – útěk, útok a zamrznutí.

Později se vyvinul tzv. savčí neboli emoční mozek. Především díky části tohoto systému nazývané amygdala, je tento mozek zodpovědný za naše emoční a sociální chování. Podílí se také na řízení paměti (proto si daleko snáz pamatujeme události, které na nás emočně zapůsobily). Jsou zde uloženy také vzorce prožívání, které vznikly na základě primární vztahové vazby a ovlivňují naše chování, aniž bychom si je uvědomovali. Tyto vzorce jsou nahnány již v dětství a během života se opakují a upevňují. Mnoho emočních reakcí se spouští automaticky na základě těchto vzorců. „Vědecké studie tvrdí, že na situace reagujeme automaticky podle starých naučených vzorů až z 95 %.“ (R. Loja, 2019, str. 39)

Třetí, vývojově nejmladší část mozku je neokortex. Je to centrum pro vyšší kognitivní funkce jako je plánování, složité vyhodnocování, řešení problémů, vnímání času. Pro práci s emocemi je neokortex klíčový. Díky němu máme

schopnost rozhodnout se, jestli budeme reagovat jen na základě emocí nebo se dokážeme zastavit a vybrat si svoji reakci. „Viktor Frankl (rakouský neurolog a psychiatr, zakladatel existenciální analýzy a logoterapie) přednesl klíčovou myšlenku pro efektivní zvládnání našich emocí: „Mezi podnětem a odezvou je určitý prostor. V tomto prostoru se nachází naše schopnost vybrat si reakci. V naší reakci pak spočívá náš rozvoj a naše svoboda.“ (R. Loja, 2019, str. 39) V tomto prostoru leží možnost ovládnout emoci a nemuset se jí nechat zaplavit a unést.

Vznik emocí na buněčné úrovni

Nervová soustava je složena z nervových buněk – neuronů. Neurony mezi sebou komunikují pomocí elektrických impulzů a chemických látek. Neuron je složený z těla, ze kterého vystupují krátké výběžky – dendrity. Právě ty jsou propojené s ostatními neurony a přijímají vzruchy a signály. Informace se šíří dál pomocí dlouhého výběžku axonu. Je to výběžek, jehož délka může dosahovat až dvou metrů a elektrický impulz jím proletí rychlostí 300 km za hodinu. Proto jsou emoce rychlejší než rozum a tak často nad ním vítězí. Elektrický signál způsobí uvolnění chemických látek, tzv. neurotransmiterů – hlavních přenašečů informací mezi buňkami. Z těch, které mají přímý vliv na naše emoční nastavení se jedná například o serotonin, dopamin, noradrenalin, adrenalin ale i celou řadu dalších. Přenosem zpráv vznikají elektromagnetické cesty, tzv. paměťové stopy. Čím častěji dojde k opakování, paměťová stopa se prohlubuje. Mozek pak, protože šetří energii, využívá těchto stop i když už nejsou efektivní nebo nám i škodí. Takto vznikají emoční vzorce, které se pak tak těžko přepisují.

Emoce a imunitní systém

Gábor Maté ve své přednášce říká:

„Mysl a tělo jsou od sebe neoddělitelné a emoční systém a imunitní systém jsou nedílnou součástí stejného aparátu. Když potlačujete emoce, potlačujete také svůj imunitní systém.“

(<https://www.youtube.com/watch?v=t5BkPTdznK8&t=296s>)

Funkci emočního systému vnímá podobně, jako funkci systému imunitního – Vpustit dovnitř to, co je zdravé a vyživující a zabránit tomu, aby se dovnitř dostalo to, co je nezdravé a nevídané.

Ve své knize Když tělo řekne ne píše, že potlačování emocí, neschopnost říct ne a neuvědomování si vlastního hněvu se podílí na tom, že takový člověk se mnohem častěji dostává do situací, kdy nemůže vyjádřit své emoce, zajistit naplňování svých potřeb, je ignorován díky své neprůbojnosti nebo využíván

pro svoji laskavost. Takovéto situace vyvolávají stres a právě tento stres spíše než osobnost člověka narušuje rovnováhu a obranné mechanismy těla a otevírá tak dveře chorobám nebo snižuje imunitu organismu vůči těmto útokům.

Dokládá zde, že několika studiemi bylo potvrzeno, že *„pacienti trpící rakovinou plic mají obecně tendenci dusit v sobě emoce.“* (G. Maté, 2021, str. 89)

Emoce a vývoj mozku

Možná proto, že jsem skoro celý profesní život trávil mezi zdravotníky „staré školy“, kde panovalo přesvědčení, že hlavní vliv téměř na vše mají geny a mysl je oddělená od těla, bych se ráda věnovala důležitosti prostředí, ve kterém se dítě narodí, na vývoj jeho mozku. Díky rozsáhlým mnohaletým vědeckým výzkumům v této oblasti, odborníci opustili staré domněnky a začal se rýsovat nový pohled: *„Geny skutečně diktují základní organizaci a anatomii struktur lidské centrální nervové soustavy a časovou osu jejího vývoje, ale právě vlivy okolního prostředí provádějí konečné formování a ladění chemických procesů, propojení, vznik okruhů, sítí a systémů, které nakonec určují, jak coby jedinci budeme fungovat.“* (G. Maté, 2022, str. 216)

Díky tomu, že se člověk během evoluce vzpřímil a k chůzi začal používat jen dolní končetiny, bylo potřeba vyvážit postavu tak, aby měla stabilitu. Jednou z vývojových změn je i zúžení pánve. Takto úzkou pávní není možný průchod hlavičky dítěte ve vývojové fázi, kdy je již plně připravené na pobyt mimo dělohu. Dítě se tedy rodí s velmi nezralým mozkem a na jeho vývoj má zcela zásadní vliv vztah a péče primárních pečovatелů (rodičů). *„Ke zdravému vývoji mozku dítě potřebuje radostné emoční interakce, souznění a láskyplné napojení primárních pečovatелů, které stimulují mozek klíčových systémů zodpovědných za tak důležité životní funkce, jako jsou motivace, láska, spojení s druhými, potěšení a úleva od bolesti.“* (G. Maté, 2022, str. 214)

Rozdělení emocí

Emoce rozdělujeme na základní a sociální respektive sebevztahné. *„Zatímco základní emoce prožíváme od narození, sociální se objevují teprve zhruba ve druhém roce života a plně se rozvíjejí až v mladším školním věku.“* (J. Benda, 2019, str. 44).

1. Základní emoce

Tato skupina emocí nám zajišťuje přežití. Vede nás k tomu, abychom se vyhýbali tomu, co je pro nás nepříjemné a potenciálně nebezpečné a naopak vyhledávali situace, které v nás vyvolávají příjemné pocity.

- Strach
- Hněv
- Smutek
- Radost
- Hnus nebo odpor

2. Sociální neboli sebevztahné emoce

I když skupina sociálních emocí nehraje zdánlivě tak důležitou roli pro naše fyzické přežití, je nesmírně důležitá pro naše fungování ve společnosti. V dobách našich předků závisel jejich život na tlupách, ve kterých žili. Vyloučení znamenalo smrt. Do dnešní doby nás naše nastavení motivuje k tomu, abychom získali co nejlepší pozici ve své sociální skupině. Abychom byli přijatí, získali ocenění a vyhnuli se odmítnutí. Děje se to pomocí sociálních a sebevztahných emocí. Všechny sebevztahné emoce úzce souvisí se sebedůvěrou. Pokud v sobě máme zakořeněný pocit, že jsme v pořádku, dostateční a pro sebe i druhé přijatelní, nemáme důvod obávat se společenského zavržení a vyloučení.

- Pýcha
- Stud

V tomto stručném přehledu uvádím zástupce tzv. emočních rodin. Odborníci na emoce se domnívají, že mnohé pocity jsou si navzájem příbuzné. Předpokládají, že pocity z jedné rodiny mají podobný význam a proto je můžeme částečně zobecnit.

Co nám emoce říkají

Všechny naše emoce jsou důležité a mají svoji nezastupitelnou funkci, a to i tehdy (a možná právě tehdy nejvíce), když jsou nepříjemné. Je potřeba přijímat je jako pravdivé a potřebné.

STRACH

Strachem reagujeme na skutečné nebo domnělé nebezpečí. Strach v nás probouzí ostražitost, soustředěnost a tříbí naše smysly. Přípravuje nás na reakce útěk, útok nebo zmrznutí. Říká nám: Pozor, jsi možná v nebezpečí, buď opatrný. Varuje nás, abychom se vyhýbali život ohrožujícím situacím. Tato forma strachu je vysoce funkční a zajišťuje nám přežití. Mnozí klienti, však vyhledávají psychoterapii, protože se strach vymkne jejich kontrole. Prožívají úzkost a paniku, která nedává smysl. Jsou v zajetí černých scénářů a ruminací, kterých se nedokážou zbavit. Takový strach je maladaptivní.

HNĚV

Zdravý hněv chrání naše hranice. Carla McLaren ve své knize Řeč emocí nazývá hněv „kůží psychiky“, která odděluje jednoho člověka od druhého. Může se objevit v situacích, kdy s námi druzí nejednají férově, nerespektují naše potřeby, ubližují nám nebo našim blízkým či bezbranným. Hněv s sebou nese energii,

kteřá je důležitá pro naši ochranu. Celé naše tělo říká druhému: Dej si pozor, překračuješ mé hranice a to si nenechám líbit. Přestaň! Když vztek budeme vnímat s úctou a laskavým respektem, dokážeme si nastavit zdravé hranice. Klienti často přichází do terapie s tím, že neumí vztek zdravě vyjádřit, tedy regulovat. Buď trpí výbuchy agresivního vzteku směrem ven, k druhým, kterým pak ubližují nebo ho naopak potlačují a obrací směrem dovnitř – proti sobě. Tento způsob vyjádření emoce označujeme jako maladaptivní. (J. Benda, 2019, str. 49).

SMUTEK

Smutek ve svém zdravém vyjádření nám pomáhá smířit se se ztrátou, neúspěchem nebo odmítnutím. Patří sem stavy zklamání, zármutek, žal, rezignace... Smutek nám pomůže zpomalit, procítit naše ztráty a pustit to, co máme nechat odejít. Říká nám: Je čas se rozloučit, vyrovnej se se ztrátou a novými skutečnostmi. Nelpi na tom, co bylo. Pusť to! Vede nás k tomu, abychom ostatním dali najevo, že potřebujeme jejich oporu a pomoc. Smutek nám nabízí prostor, abychom přehodnotili své cíle a očekávání nebo strategie, které se ukázaly jako neúspěšné. (J. Benda, Všímavost a soucit se sebou, str. 51) Smutek má důležitou biologickou léčivou roli také proto, že je spojený s pláčem. Slzy uvolňují toxické látky a přebytečné napětí z těla. Pokud člověk dovolí průchod pláči, pomůže tím vnést do těla uvolnění. Toto je zdravá a smysluplná funkce smutku. Smutek se však může překloupat do své maladaptivní polohy jako jsou stavy strnulosti, netečnosti, až apatie. Někteří lidé smutek a slzy vnímají jako slabost, tak se ho snaží potlačit pomocí alkoholu, jídla nebo jiného závislostního chování.

RADOST

Radost je emoce spojená s energií. Vnímáme ji ve chvílích úspěchu, dosažení cíle, porozumění s druhými nebo například když dojdeme někam, kde je nám dobře. Radost v nás otevírá naše dětské já, hravost, optimismus, chuť učit se novému, humor a nadhled. V radostných chvílích chceme být s druhými, sdílet naše pocity, tančit, zpívat, užívat si, vychutnávat. Do rodiny radostných pocitů patří stavy spokojenosti, štěstí, vzrušení i extáze. Radost však není pouze užívání si příjemného stavu, ale bývá spojena s naplňováním vlastních možností a potenciálu. Někteří lidé však bývají pohlceni pouhou honbou za štěstím a radostí bez zdolávání výzev a překračování překážek. Kýžené pocity radosti se pak nedostavují a vede to k vyhledávání čím dál většího vzrušení, až nebezpečí nebo pocity radosti pouze předstírají a přehlíží tak své vlastní potřeby.

HNUS/ODPOR

Pocit odporu nás vede k tomu, abychom se vyhnuli něčemu jedovatému, nebezpečnému, nečistému (i v morálním smyslu slova), nakažlivému. Odpor nám říká: Nejez to! Vyhni se tomu! Pozor, mohl bys sebe nebo své blízké vystavit nákaze. Vede nás k tomu, abychom se neušpinili a ani nepošpinili. Dává nám signál, že byla závažně narušena morální pravidla. Hnus nám ukazuje hranice „stravitelného“. *„Problémy s prožíváním hnusu mohou nastat tehdy, když si pocit hnusu nespojíme jen s nějakým konkrétním činem, ale s celým člověkem. Z hnusu se pak stane pohrdání spojené s nadřazeností, a to je velmi nebezpečný postoj.“* (J. Benda, 2019, str. 55)

HRDOST/PÝCHA

Hrdost patří mezi sebevztážné emoce. Tento příjemný pocit prožíváme ve chvílích dosažení úspěchu, překonání překážek nebo se něco nového naučíme a překonáme tak sami sebe. Hrdost nás vede k tomu, abychom se se svým úspěchem pochlubili ostatním a podělili se o něco, co může být pro fungování skupiny důležité. Hrdost lidi spojuje a vybízí ke spolupráci, podporuje vřelost a vstřícnost. Právě tyto postoje odlišují hrdost od pýchy. Pýcha je maladaptivní pocit, který vzniká z hluboké nedůvěry v sebe sama, nejistoty, že jsem pro lidi přijatelný. Ve chvílích ohrožení si pak prisuzujeme větší hodnotu, než mají druzí. Pýcha však samozřejmě příjemné pocity a uznání druhých nepřináší. Naopak od nás lidi vzdaluje.

VINA/STUD

Pocit viny a studu obvykle prožíváme tehdy, když porušíme nějaká společenská pravidla nebo se zachováme způsobem, který je v rozporu s našimi morálními zásadami. Pocit viny nám říká: Udělal jsi chybu, tvoje chování nebylo v pořádku a je potřeba, to napravit. Dává nám prostor pro převzetí odpovědnosti za svoje činy a možnosti napravení situace. Je to pocit, který nás přivádí zpět k ostatním lidem. Stud je naopak emoce, která nás od druhých vzdaluje. Vzniká z rozporu mezi tím, jak chceme být viděni a jak se vidíme. Říká nám: Jsi špatný a nepřijatelný člověk. Očekáváme, že druzí by námi byli znechuceni, kdyby odhalili, za co se stydíme. Ve chvílích, kdy jsme zaplaveni studem, máme tendenci vyhnout se odpovědnosti, schovat se, utéct, nebýt. V psychoterapeutické praxi stud můžeme chápat jako signál, že klient potřebuje přijetí, porozumění, ocenění, uznání, respekt a obnovení bezpečí ve vztahu s druhými.

Práce s emocemi

Integrativní psychoterapie spojuje různé psychoterapeutické přístupy a proto jsem měla ve své práci možnost čerpat techniky a postupy práce z mnoha zdrojů. Mým cílem bylo sestavit systematický program práce s emocemi s výběrem terapeutických technik, které mohou být užitečné

v psychoterapeutické praxi. Nutno říci, že jsem vybírala pracovní metody, které oslovily a připadají funkční mě. Existuje celá řada dalších jinak zaměřených psychoterapeutických postupů, které v této práci nejsou obsažené.

Jak jsem již zmiňovala dříve, většina lidí vstupuje do psychoterapie kvůli tomu, že jim „není dobře“. Často přichází s přáním „zbavit se“ nepříjemných emocí. Toto je zakázka, která splnit nejde. Zbavit se emocí prostě neumíme. Cílem není emoce nemít, ale emoce mít a umět s nimi zacházet – regulovat je. Zásadní při práci s emocemi je porozumění tomu, proč jsou emoce důležité, co nám ukazují a že jsou jakýmsi naším vnitřním kompasem, který nám udává směr kam jít a čemu se vyhnout.

Regulace emocí

1. Všímavost

Při práci s emocemi je nezbytné, abychom si vůbec všimli, že nějakou emoci máme. Pro řadu lidí, kteří přichází do psychoterapie je už tento první krok náročný. Nejsou propojeni se svým tělem a při mnohaletém nebo celoživotním zvyku své emoce potlačovat a/nebo považovat za nepřijatelné, nejsou zpočátku často ani schopni, své emoce zaregistrovat, natož pojmenovat. V první fázi je proto potřeba propojit se s tělem a naučit se vnímat, co se to vlastně děje. Někdy už i tento krok stačí k tomu, aby se prožívání člověka stalo snesitelnějším. Gestaltterapeut Arnold D. Beisser ve svém slavném článku o paradoxní teorii změny vidí paradox v tom, že ke změně prožívání dochází, když si plně uvědomíme, co vlastně prožíváme. *„Když se přestaneme bránit, připustíme si dosud potlačované pocity, prožijeme je, vyjádříme je (třeba jen v rozhovoru s terapeutem) a porozumíme jim, pak dojde ke změně!“* (J. Benda, 2019, str. 132)

Když přichází klient do terapie, obvykle vypráví o potížích a symptomech, které ho trápí. Mluví o vztazích, důležitých osobách, problémech v různých oblastech života. Vše zpravidla také hodnotí a interpretuje. Hlavně tedy přemýšlí a málo si všímá, co se s ním děje. Úkolem terapeuta je v první řadě vést klienta k tomu, aby si začal více a konkrétněji uvědomovat svoje pocity a nálady a mohl pak rozpoznat a lépe zmapovat emoční vzorce, které se mu opakují a limitují ho.

Existuje řada přístupů z oblasti mindfulness, která učí lidi meditace, ukotvit se tady a teď a všimnout si všech fenoménů, které probíhají v jeho hlavě a těle v přítomném okamžiku. Ve spolupráci s psychoterapeutem však není potřeba, aby si člověk musel všimnout všech svých pocitů. V psychoterapii jde o to, aby se klient cíleně naučil uvědomit si a akceptovat právě ty pocity, které mu činí potíže. A k tomu poslouží techniky jako je například komentování, reflektování, konkretizace, kotvení nebo průzkum izotopu.

- Komentování

„Komentování znamená nehodnotící slovní nebo neverbální označení procesu, které v sezení probíhá tady a teď. Učí klienta rozlišovat mezi pouze „virtuálními“ představami, myšlenkami a vzpomínkami a opravdu reálnou skutečností přítomného okamžiku.“ (J. Benda, 2019, str. 168)

- **Reflektování**

Reflektování je zpětné zvědomování proběhlých procesů. Na základě něj si můžeme všimnout i fenoménů, které klientově pozornosti unikly.

- **Konkretizace**

Vedeme klienta, aby zobecnělé a neurčité informace (Dneska je mi nic moc...) vyjádřili jinak, jasněji a konkrétněji. Můžou například dopodrobna popsat, jak situace probíhala krok za krokem.

- **Kotvení**

Kotvení je technika, která klienta vede k všímavosti a uvědomování si tělesných prožitků. Ve chvíli, kdy je na klientově těle patrná reakce nebo změna (začervenání, napětí, změna dechu...) se ptáme: Jak se cítíte teď, když o tom mluvíte?

- **Průzkum psychotopu**

Při průzkumu psychotopu jde o zachycení schémat a vzorců, jež opakovaně ovlivňují chování člověka. Tento pojem zavedl do psychologie Mirko Frýba a můžeme zde využít techniky jako například životní panorama, vrstvení psychotopu, gradient vztahů, dynamiku integrace či štěpení sociálního atomu (Frýba, 2008, Němcová, 1993, 1995).

Jak v této fázi, tak i v dalším postupu v umění regulovat emoce může být funkční pomůckou vedení deníku, do kterého si člověk zaznamenává své emoční prožívání v průběhu dnů mezi setkáními s terapeutem. Pokud je psaní deníku pro klienta příliš náročné, existují různé tabulky pro práci s emocemi například v knize Emoce pod kontrolou (R. Loja, 2019)

2. Soucit se sebou a sebezpyčování

Dalším krokem po té, kdy klient danou emoci rozpozná, je vyrovnat se s ní. Přijmout, že se zlobíme, že máme vztek, někoho nenávidíme, prožíváme strach nebo třeba lítost, může být pro řadu lidí nepřijatelné a spojené s velkou záplavou studu. Tyto pocity jsou velice hluboké, zakořeněné a propojené s nejranějšími zážitky z dětství a primární vztahovou vazbou.

Není obsahem této práce zabývat se podrobněji primární vztahovou vazbou. Pro umění regulace emocí je však naprosto stěžejní. Alespoň ve stručnosti tedy pár nutných informací.

Dítě se na svět rodí, jak jsem již zmiňovala, s velmi nezralou nervovou soustavou. Je plně závislé na svých primárních pečovateli. Ti mu zprostředkovávají informace o tom, jakou důležitost mají jeho potřeby, učí ho svým přístupem k nim (jejich pozorností a uměním potřeby pochopit a naplnit či nenaplnit), jak dítě bude přistupovat samo k sobě. Zda jsou jeho potřeby, potažmo ono samo, důležité nebo přehlížené. Na základě toho, jak ho druzí dokáží ukonejšit vzniká umění utišit a ukonejšit sám sebe v budoucnu. Pokud se lidem, na kterých je závislý jeho život, nelíbí některé projevy emocí, pak je raději nebude dávat najevo, naučí se je potlačovat. Ve chvíli, kdy pak tyto

„zakázané“ emoce vybublají na povrch, jsou spojeny s pocity selhání, viny a studu.

Téma Přijetí v terapii je o umění přijmout sám sebe i se svou stinnou stránkou, v našem případě – přijmout sám sebe s celou paletou emocí, ať už je vnímáme jako negativní nebo pozitivní. Psychoterapeut v tomto procesu zprostředkovává korektivní zkušenost. Učí klienta, že je v pořádku potřebovat podporu a ochranu, není nutné být na všechno sám. Že je tu někdo, kdo se zajímá o jeho potřeby a pocity, které byly v minulosti přehlížené rodiči (nebo jinými primárními pečovateli) a pak jím samotným. Že je na místě v záplavě emocí se zastavit, uznat, že mi není dobře a věnovat si pozornost a péči.

Krocení démonů v nás

Jan Benda ve své knize Všímovost a soucit se sebou popisuje techniku Krocení démonů v nás. Jde právě o techniku, která učí, jak na to, aby člověk přijal i to, co se mu na sobě nelíbí, jako součást sebe. Pak teprve může dojít ke změnám.

V této technice vedeme klienta, aby si proces (myšlenky, pocity, nálady), který ho sužuje, představil jako nějakého démona. Démona si představí do nejmenších podrobností: Jak vypadá? Jakou má barvu... velikost... pohlaví? Jakou má démon povahu? Jaké emoce prožívá? Jak by se jmenoval? Když má klient přesnou představu o svém démonovi, může si ho nakreslit.

Dalším krokem této techniky je zprostředkovat klientovi jiný, soucitný pohled na démona. Chceme klientovi dát možnost procítit i démonovy kvality. Můžeme zde využít techniku dvou křesel, kdy může být v roli démona nejdříve terapeut. Klient mu pokládá otázky, které většinou jsou obviňující: Proč mě tak trápíš? Jak se tě můžu zbavit? Co po mně vlastně chceš?!! Můžeme techniku i trochu odlehčit a udělat například rozhovor s démonem do časopisu nebo vypracovat jeho forenzní profil.

Po té se může klient s terapeutem vyměnit a klient se ocitne v roli démona. Terapeut mu klade otázky zaměřené na to dobré, co díky démonovi klient zvládá nebo může zvládnout. Účelem je, aby se klient o svém démonovi dozvěděl cokoli nového a důkladně ho poznal.

V dalším kroku pomáháme klientovi ještě důkladněji sledovat, jak změna postoje k démonovi způsobuje jeho proměnu. Klient si jasně ověří, že změna postoje k démonovi, kdy se mu snaží porozumět a dívat se na něj soucitnějším pohledem, způsobí, že démon mění svou formu a způsob projevu a pak může být někdy i užitečný.

Závěr

Na závěr bych chtěla říct, že přístupů a technik práce s emocemi, obzvláště v integrativní psychoterapii, je obrovské množství. Každý terapeut může nalézt přesně to, co mu v jeho práci a přístupu vyhovuje, aby byl autentický a pro klienta zároveň užitečný. V mé práci shrnuji pouze určitý výsek, který je ovlivněn mým přístupem a preferencemi v rámci integrativní psychoterapie.

Seznam zdrojů

Benda, J. (2019). *Všímavost a soucit se sebou*, Portál, s. r. o., ISBN 978-80-269

Benda, J. (2020). *Soucit se sebou a jeho role v regulaci emocí, udržování duševního zdraví a osobní pohody: Disertační práce*

Candace, B. P. (2016). *Molekuly emocí*, ANAG, ISBN 978-80-7554-049-2

Goleman, D. (1995). *Emoční inteligence*, Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-7359-832-7

Kolaříková, L. (2015). *Učebnice sebelásky, Ženy ženám*, ISBN 978-80-260-7688-9

Loja, R. (2019). *Emoce pod kontrolou*, Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-271-2977-5

Maté, G. (2003). *Když tělo řekne ne*, PeopleComm, ISBN 978-80-87917-76-3

Maté, G. (2022). *V říši hladových duchů*, PeopleComm, ISBN 978-80-87917-78-7

McLarenová, K. (2016). *Řeč emocí*, NOXI, ISBN 978-80-8111-570-7

Solms, M., Turnbull, O. (2002). *Mozek a vnitřní svět*, Portál, s. r. o., ISBN 978-80-262-0592-0

Internetové zdroje:

https://cs.wikipedia.org/wiki/Emoce#Funkce_emoc%C3%AD

Muži, ženy a imunita, G. Maté

<https://www.youtube.com/watch?v=t5BkPTdznK8&t=296s>

Nejvíce oči otevírajících 10 minut vašeho života | Gabor Maté

<https://www.youtube.com/watch?v=ZDZOU4KSpRI&t=1s>

