

Univerzita Palackého v Olomouci  
Pedagogická fakulta

# **Krizová intervence** pro speciální pedagogy

Michal Růžička a kolektiv

Olomouc 2013

Oponenti:       Mgr. Zdeňka Polínková  
                  Mgr. Pavlína Prachařová

Vedoucí autorského kolektivu: Michal Růžička

Členové autorského kolektivu:

Darina Horáková  
Miluše Hutýrová  
Jiří Kantor  
Pavel Kučera  
Martin Dominik Polínek  
Michal Růžička  
Julie Wittmannová  
Edmund Wittmann

Foto na titulní straně: Darina Horáková

Tato publikace je hrazena z Fondu rozvoje vysokého školství.  
Projekt: FRVŠ: Krizová intervence pro speciální pedagogy. č.  
1973/F5b./2012

© Michal Růžička a kol., 2013  
© Univerzita Palackého v Olomouci, 2013  
1. vydání

ISBN 978-80-244-3305-9

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může za-  
kládat občanskoprávní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

## Předmluva

*„Jediná cesta ven vede skrz.“*

Helen Kellerová

Zmíněný citát, který tuto knihu uvádí, je vlastně jakýmsi zaklínadlem, kouzelnickou formulí, či šifrou, která nás vede k jádru krizové intervence. Při hlubším studiu této knihy si budete stále více uvědomovat, že opravdová úleva z krize znamená odrazení se ode dna samotného. Člověk připravený a schopný pomoci druhému by se neměl tíhy ani hloubky dna bát. Měl by být odhodlán být průvodcem druhému na trnitých cestách, které razí sám život, a chovat v sobě naději, že ta cesta má svůj cíl, anebo, že i ta nevládná cesta je cílem samotným.

Cílem knihy je přiblížit speciálním pedagogům problematiku krizové intervence. Kapitoly jsou seřazeny tak, aby daly proniknout nejdříve do teorie a následně nahlédnout do praxe speciálních pedagogů, kteří ve své profesi čelí často krizovým situacím v příbězích svých klientů.

Každý ze zmíněných autorů byl pro účely této publikace důsledně vybírán. Snažili jsme se najít takové autory, kteří svou praktickou zkušenost získanou při práci s lidmi s postižením dokážou předat dál. Z tohoto důvodu byla také autorům ponechána tvůrčí volnost. Každý z nich je totiž svou terapeuticko-filosofickou orientací odlišný. V textech se proto setkáme s různými terapeutickými přístupy, jako jsou Kognitivně behaviorální terapie, Psychoanalytické směry, Systemická psychoterapie a Gestalt psychoterapie. Tyto, ač na první pohled rozdílné přístupy, obohacují základní paradigma metody Krizové intervence a staví ji tak pod nejrůznější úhly pohledů. Kniha tedy nemá jednotnou a ucelenou strukturu, ale je spíše souborem ověřených zkušeností jednotlivých autorů. Čtenář tak může číst knihu jako celek, ale zároveň se může nechat inspirovat každou kapitolou zvlášť.

První dvě kapitoly jsou svým obsahem teoretické. Čtenář se v nich seznámí s teorií krize a krizové intervence. Tyto kapitoly vycházejí z konceptu dlouholeté terapeutky a krizové interventky Daniely Vodáčkové a jsou obohaceny o poznatky z psychosféry lidí s postižením.

Třetí kapitola rozebírá význam pomoci a pomáhání v kontextu náročných krizových situací. Rozvádí rovněž důležitou otázku postavení pracovníka a klienta a zabývá se etikou práce.

Čtvrtá kapitola se podrobně věnuje fenoménu traumatu a okolnostem, které trauma doprovázejí.

Kapitoly pět až sedm se zabývají krizovou intervencí a náročnými životními situacemi u jednotlivých skupin klientů ve speciální pedagogice. Tyto texty jsou prakticky zaměřeny a vycházejí ze zkušeností a pracovních postupů jednotlivých autorů.

Další dvě kapitoly vnímají krizovou intervenci z pohledů jednotlivých resortů, a sice školství, sociálních věcí a zdravotnictví.

Poslední kapitola je věnována skupinovým aktivitám u osob, které se nacházejí v krizové situaci.

Věříme, že čtenář nalezne v této knížce inspiraci pro své studium či speciálně pedagogickou praxi a že se pro něj tyto texty stanou přítelem a dobrým pomocníkem.

Za autorský tým

Michal Růžička

# Obsah

Předmluva	3
1 Krize, teoretické vymezení problému	9
1.1 Uvedení do problému	9
1.2 Psychosféra jedinců s postižením v kontextu krizové intervence	12
1.3 Teorie krize v psychologickém kontextu	13
2 Teoretické vymezení krizové intervence, specifika komunikace a práce s člověkem v krizi	17
2.1 Uvedení do problému	17
2.2 Principy krizové intervence	18
2.3 Průběh krizové intervence	19
2.4 Vybrané techniky pro krizovou intervenci	21
3 Pomoc, pomáhání v kontextu náročných či krizových situací	23
3.1 Uvedení do problému	23
3.2 Náročné a krizové situace v pomáhajících profesích	23
3.3 Pomáhající profese	24
3.4 Etické principy a profesionální zodpovědnost pracovníka	25
3.4.1 Etika a morálka	27
3.4.2 Možná východiska ze současného stavu pojetí etiky	28
3.4.3 Etické kodexy	28
3.5 Osobnost pracovníka – jeho základní nástroj	29
3.5.1 Altruismus – historický rámec	30
3.5.2 Pomoc jako spolupráce	30
3.5.3 Jak moc ovlivňuje proces pomáhání	32
3.6 Reflexe a reflektování	34
3.7 Klient	35
3.8 Specifika vztahu mezi pracovníkem a klientem v psychoterapii, poradenství a krizové intervenci	39
3.8.1 Vztah pracovník a dospělý klient	40
3.8.2 Vztah pracovník a dítě	41
3.8.3 Hranice ve vztahu mezi pracovníkem a klientem	42
4 Trauma a traumatické události	43
4.1 Uvedení do problému	43
4.2 Trauma a disociace	48
4.3 Symptomatologie traumatu	54

4.4	Terapie traumatu	56
5	Náročné životní situace u lidí s tělesnou, mentální nebo kombinovanou disabilitou, u jejich rodin a partnerů	63
5.1	Uvedení do problému	63
5.2	Terminologie	63
5.3	Psychosociální potřeby osob s disabilitou	65
5.4	Teorie životních aktivit	67
5.5	Náročná životní situace	68
5.6	Rodinný systém a jeho potřeby	70
5.7	Proces vyrovnávání se s disabilitou	74
5.8	Rozdíly mezi disabilitou vrozenou a získanou	75
5.9	Specifika a možnosti psychosociální intervence	76
6	Náročné životní situace u osob s těžkým zrakovým postižením	81
6.1	Uvedení do problému	81
6.2	Shody a specifika krizové intervence u lidí s postižením zraku	83
6.3	Některé možné krizové situace a jejich průběh	86
6.4	Na co si dát při krizové intervenci pozor	92
6.5	Osobnost pracovníka v pomáhající profesi při krizové intervenci	95
7	Náročné životní situace u osob se sluchovým postižením	99
7.1	Uvedení do problému	99
7.2	Problémy s identitou u neslyšících	101
7.3	Vliv sluchové vady na utváření osobnostních vlastností	105
7.4	Situace neslyšících rodin se slyšícími dětmi	107
7.5	Profesní uplatnění na trhu práce	109
7.6	Tlumočníci znakového jazyka	110
7.7	Domácí násilí, drogy, sexuální zneužití, šikana, psychické problémy, problémy v rodině apod.	113
7.8	Mimořádné události – hlášení vzniku krizové situace, živelné pohromy, havárie, požár apod.	114
8	Nestandardní situace ve školách a zařízeních pro výkon institucionální výchovy	119
8.1	Uvedení do problému	119
8.2	Krizové situace ve školství	119
8.3	Co může pomoci při zvládnání těchto situací	121
8.4	Krizová intervence ve škole	122
8.5	Specifika krizové intervence ve školním prostředí	124

---

8.6	Kompetence pedagoga	126
8.7	Krizové a náročné situace v podmínkách zařízení pro výkon institucionální výchovy	126
8.8	Umístění dítěte do zařízení institucionální výchovy jako náročná situace v životě dítěte	127
9	Krizová intervence mimo prostředí školy – zdravotnictví a sociální služby	129
9.1	Krizová centra a služby	129
9.2	Děti a mládež v krizové situaci	130
9.3	Dospělí v krizové situaci	131
	9.3.1 Postižení jako krizová situace	132
	9.3.2 Chudoba jako krizová situace	132
	9.3.3 Závislost na návykových látkách jako krizová situace	134
	9.3.4 Oběť – člověk v krizové situaci	136
10	Skupinová práce v rámci krizové intervence	139
10.1	Uvedení do problému	139
10.2	Principy skupinové terapie	139
10.3	Specifika skupinové práce s klienty v náročné životní situaci	142
10.4	Vybrané metody a techniky pro skupiny klientů s traumatickou zkušeností	145
	Příloha: Krizová centra a linky důvěry – kontakty	157
	Literatura	161
	Summary	166
	O autorech	167

---



# 1 Krize, teoretické vymezení problému

*„Svět je kulatý a to, co vypadá jako konec, může být stejně tak i začátkem.“*  
Ivy Bakerová-Priestová

## 1.1 Uvedení do problému

Namísto úvodu přinášíme čtenáři krátký rozhovor s MUDr. Jarmilou Šmoldasovou, která pracuje jako psychiatr a má dlouholetou praxi s lidmi, kteří se ve svém životě ocitají v náročných a krizových situacích.

**„Co pro vás znamená, když se řekne krize, respektive člověk v krizi?“**

„Člověk v krizi, to je zajímavá otázka. Je to člověk, který oproti svojí normě je v situaci, kterou nedokáže bez cizí pomoci zvládnout.“

**„Co podle vás může pomoci člověku, který je v náročné životní situaci, tuto situaci zvládnout?“**

„Náročnou situaci zvládá někdo, kdo je kolem něho, kdo mu poradí a komu může dotyčný říci bez nějakých zábran to, co ho trápí.“

**„Je tedy pro lidi v náročných situacích v prostředí ČR takováto péče dostupná?“**

„Jak pro koho. Pro ty, kteří ví, kam se obrátit, ano. A ti, co to neví a nemají třeba přístup k internetu a k jiným informacím, tak si myslím, že jsou bezradní. To jsou právě ti, se kterými se setkáváme třeba na službách. Tito lidé pak pod tíhou dlouhodobé krize jednájí méně standardním způsobem, což je dovede, třeba pod dohledem policie, do nemocnice.“

**„Co znamená, když říkáte, méně standardním způsobem?“**

„Tito lidé z nějakého důvodu dlouhodobě nevyhledávali pomoc zvenčí a pod silným tlakem pak udělali něco, co vyžaduje právě jejich hospitalizaci.“

**„Jak vnímáte krizové okamžiky v souvislosti se zdravotním postižením?“**

„Zde může být krizovou situací i to, co pro běžného člověka krizovou situací není. Tzn., jak se dostane k lékaři nebo na úřad, když třeba nemá svého asistenta. Důležitá je také otázka, zda má člověk s postižením rodinu, popřípadě do jaké míry je tato rodina funkční. Pak jsou tady další okolnosti, například povědomí dotyčného o možnostech pomoci. Zde vidím jako

velmi důležitou pomoc různých neziskových organizací, jako je Tyfloservis, Trend vozíčkářů atd.“

**„Jaká by měla být osobnost člověka, který pracuje s lidmi, kteří se nachází v krizové situaci?“**

„Měl by to být člověk otevřený, takovým obyčejným způsobem. Ničemu se nedivít. Aby byl připravený, že uvidí nebo uslyší věci, nad kterými by se ostatní divili. Takže se nedivít a umět člověka přijmout, jaký je. Primárně by krizový intervent neměl nikoho odsuzovat, aby ho mohl přijmout. S tím souvisí také umění naslouchat. Naslouchat nejen z profesionálního hlediska, ale zejména z toho lidského. Často chce dotyčný jen rychle říct a vyventilovat svůj problém. Až pak by se měl řešit nějaký krizový plán.“

**„Vy jste jistě sama zažila mnoho náročných momentů při práci se svými pacienty. Co vám osobně pomáhá tuto práci dlouhodobě vykonávat a být stále připravena lidem naslouchat?“**

„Člověk se stále učí. Za ta léta, a já jsem v oboru již dvacet osm let, člověk zjistí, že někomu pomohl, tzn. našel cestu, nebo lépe řečeno byl průvodcem na té cestě. Když pak vidím, že se těm lidem daří, pomáhá mi to mít z té práce radost. Já chodím do práce ráda a mám ráda své klienty. Na druhou stranu je důležitý volný čas, kdy nabírám sílu ve svých koníčcích, jako je výtvarné umění, cestování a poznávání nového. Zároveň i mí klienti mne obohacují, takže se člověk zároveň seznámí s různými profesemi, s různými věkovými kategoriemi. A teď si nemyslím, že je to klišé, ale když lidem dávám, tak je mi to zároveň také vráceno.“

**„A ještě jedna otázka na závěr. Tato publikace je určena pro studenty, kteří si vybrali právě předmět krizová intervence. Měla byste pro ně nějaké doporučení, nebo lépe poslání?“**

Důležité je, že člověk musí mít tuto práci rád. To znamená nikoho dopředu neodsuzovat. Ať uslyším či uvidím cokoli. Na druhé straně je důležité nalézt vlastní hranici, kdy si řeknu: tak a teď si musím odpočinout. Teď potřebuji přestat přemýšlet o tom, co jsem právě vyslechla. Naučit se znát hranice. Naučit se relaxovat.

Říjen 2012, Olomouc, p-centrum.

Rozhovor, který jste právě přečetli, odráží definici krize jako situace, se kterou si jedinec není s to poradit sám. Následující text má za cíl popsat tento fenomén v teoretické rovině.

Zkuste se zamyslet nad vlastní životní situací. Pravděpodobně se jako každý jiný člověk snažíte jít cestou nejmenšího odporu za šťastným životem. Jak to však někdy v životě bývá, připlétá se do života občas nějaký problém, nečekaná událost, která může stav psychické spokojenosti vychýlit (neuděláte zkoušku, dostanete výpověď, opustí vás partner/ka atd.) Jsou to situace, ve kterých se přirozeně necítíte dobře a vy se snažíte stav vlastní nepohody změnit. V takovýchto případech používá člověk tzv. kompenzační mechanismy. Tyto mechanismy slouží k tomu, aby nás vrátily do opětovné psychické pohody. Co kompenzační mechanismy obvykle jsou? Zkuste se sami zamyslet nad tím, co vám pomáhá při běžných životních těžkostech. U někoho to bude sklenka vína, u jiného sport, někdo upřednostňuje sex nebo jinou formu odreagování. Kompenzační mechanismus nám obvykle pomáhá dostat se z životních těžkostí zpět do stavu duševní rovnováhy.

Někdy nám však život postaví do cesty takové překážky, že kompenzační mechanismy přestanou fungovat a vy se propadáte na křivce nepohody stále hlouběji. Ocitáte se v krizi a zdá se, že vám nic nedokáže pomoci. Příčiny tohoto pádu mohou být různé. Mohou to být vleklé nevyřešené konflikty, dlouhodobé nadměrné pití či užívání drog, problémy ve vztahu, nezpracované úmrtí v rodině a celá řada dalších těžkostí. Dostáváte se do situace, kdy potřebujete pomoc zvenčí. Tato pomoc je vám poskytnuta zpravidla ve třech úrovních.

V první úrovni, kdy dosud funkční kompenzační mechanismy selhávají a zároveň není vaše psychosféra vážně ohrožena, vám může pomoci dobrá rada, kniha či informace, které vedou ke zlepšení situace.

Ve druhé úrovni vám ani rady okolí nepomáhají a vaše situace se stává vážnější, nedokážete se v náhlé situaci vyznat, potřebujete někoho, kdo vám pomůže se zorientovat, abyste se následně dostali z aktuální krize a mohli svou situaci dále řešit sami.

Někdy je ale situace závažná natolik, že i přes všechnu vaši snahu a pomoc okolí problémy přetrvávají dál. V tuto chvíli (v pomyslné třetí úrovni) potřebujete, aby vám někdo dělal průvodce náročným obdobím života a poskytl vám podporu na této trnité cestě životem, popřípadě vás naučil po této cestě znovu chodit.

První obraz pomoci nazýváme **poradenstvím**, druhý **krizovou intervencí** a ten třetí **psychoterapií**.

Role krizové intervence v oblasti speciální pedagogiky je nesporná. V životě jedince s postižením a v životech jeho blízkých existuje mnoho krizových momentů a chvil, které se mohou zdát neřešitelné. Krizová

intervence bývá důležitá u problémů úzce spojených se samotným postižením (reakce na vzniklou situaci, podpora rodičů, kvalita života atd.), ale také u dalších, které vznikají plíživě a nenápadně v průběhu života, jako jsou problémy v rodině, neurózy, depresivní onemocnění, závislost na alkoholu atd. V rámci práce s lidmi s postižením je důležité znát některé jejich psychické odlišnosti.

## **1.2 Psychosféra jedinců s postižením v kontextu krizové intervence**

Abychom lépe pochopili následující kapitoly, je potřeba přiblížit si zvláštnosti duševního prožívání u lidí s postižením.

Podle odborníků je psychosféra jedince s postižením do značné míry specifikovaná rodinným prostředím. Zde si dítě uvědomuje své první role, které pak uplatňuje v širší společnosti. Vývoj v oblasti osvojování rolí může být kvůli disabilitě narušen. Člověk s postižením v průběhu života nezískává pouze tradiční role (chlapec, dívka, sourozenec), ale i roli outsidera, odlišného, nenormálního, což má za následek i rozdílná očekávání či postoje vůči němu. Každé postižení má svůj charakteristický odstín při vytváření rolí či pozic v rodině i společnosti. Často pozorujeme i jakousi omezenost variant chování zapříčiněnou chudším sociálním kontaktem těchto jedinců.

Dítě s postižením, jak konstatuje Vágnerová (2003), je obecně více izolováno, obvykle v rodině, popř. v ústavním zařízení. Sociální zkušenosti takových dětí jsou odlišné a jsou omezenější. Kontakt s vrstevníky i zkušenost s cizími lidmi bývá minimální. Z hlediska zdravých dětí jsou postižení méně žádoucími partnery, ať již jsou handicapováni v pohybových dovednostech, řeči, myšlení, nebo mají smyslové postižení. Postižené děti společně hře obvykle nestačí a nebývají v ní ani samy uspokojeny. Co se týče kontaktu s cizími dospělými, bývá jejich chování i vztahy odlišné, preformované sociálními stereotypy dané společností, které postoje k postiženým modifikují. Nejsou tudíž často modelem normálního chování a nestimulují ani standardní formu vztahu.

Také u Čápa (2001) se setkáváme s podobným názorem. Podle něj je absence uspokojení potřeby osobního vztahu (emoční vztah rodičů, učitelů, vrstevníků, omezování dítěte ve styku s vrstevníky, pozice dítěte v roli izolovaného od skupiny, méněcenného) vážnou zátěžovou situací pro dítě.

Vágnerová (2004) uvádí, že jakákoli odlišnost se často odráží v horším hodnocení a nižším sociálním statutu ve společnosti intaktních.

Dosavadní závěry akcentovaly pouze pohled intaktní populace. Rogers (1995) poznamenává, že každý člověk naléhavě potřebuje, aby druzí k němu měli kladný vztah a aby si ho na základě toho vážili. Podstatné bude rovněž studovat sebepojetí, sebeobraz a sebehodnocení jedince s postižením. Sebeпоjetím rozumíme subjektivní prožívání vlastní pozice. Nebo také, jak uvádí Koluchová (1989), součást organizující a regulující struktury s poměrně složitými vnitřními vztahy. Sebeobraz pak definujeme jako „*emocionálně podbarvený výsledek poznání vlastní hodnoty v jistých životních situacích*“. Sebehodnocení podle Čápa (2001) chápeme v závislosti na tom, jak jedince hodnotí ti druzí, a také na tom, k jakým skupinám jedinec patří a jak ostatní tyto skupiny hodnotí. Sebehodnocení je důležitým aspektem poznávacího aspektu osobnosti. Jak uvádí Edelsberger (2000), poruchy sebehodnocení jsou u jedinců s postižením velmi časté. A to od naivního přeceňování až k bezdůvodnému podceňování.

Přítomnost postižení může podle Hadj-Moussové (2003) zkomplikovat vytváření obrazu sebe sama a zasáhnout tak do sebehodnocení, což může mít za následek neurotizující pocity méněcennosti.

Zmíněné citace můžeme doplnit slovy Matějčka, který kritizuje ustálené přesvědčení, že „*děti postižené nějakou vadou se mají od začátku učit a jen učit. Mnohem důležitější je nabýt jistoty ve vztahu k ostatním lidem, aby mělo dítě příležitost poznávat, kdo, kdy a jak je schopen zbavit je úzkosti. Aby mělo spolehlivé citové základy, na nichž teprve později vyrůstá chuť učit se a pak i schopnost učit se.*“ (Matějček, 2001, s. 103)

Můžeme tedy konstatovat, že krizové situace v kontextu zdravotního postižení mají specifický charakter. Při práci speciálního pedagoga se setkáváme s řadou krizových situací, které mohou vzniknout právě jako důsledek postižení coby náročné životní situace.

### 1.3 Teorie krize v psychologickém kontextu

Hartl, Hartlová (2010) definují krizi jako extrémní psychickou zátěž, jako nebezpečný stav schopný vyvolat selhání dosavadních regulativních mechanismů, nefunkčnost v oblasti biologické, psychické nebo sociální.

Krizi můžeme zároveň definovat jako rozhodný, zlomový okamžik. Jako stav vedoucí ke změně. Jistou zajímavostí je chápání slova krize v globálním

kontextu. Například čínské slovo pro krizi (wei-ji) je složeno ze dvou slov. To první znamená nebezpečí, to druhé příležitost. V rámci takového chápání slova krize spatřujeme ve významu tohoto slova nový možný počátek. Cílem krizového intervanta je otevřít v myšlení klienta i tuto možnost.

## Příčiny a projevy krize

Současná psychologie definuje krizi jako **náročnou životní situaci, kterou člověk není schopen zvládnout sám, či za pomoci svých blízkých, v přijatelném čase svými navykými způsoby.**

Příčiny krize jsou různé, nejčastěji to bývají následující:

- Ohrožení zdravotní, onemocnění, změna zdravotního stavu atd.
- Ohrožení psychologické: ztráta hodnoty člověka, tzn. ztráta postavení, prestiže, práce.
- Ohrožení ekonomické: ztráta majetku, vývojové potřeby.
- Ohrožení sociální: ztráta společenského postavení, ztráta partnera.
- Ohrožení v důsledku onemocnění nebo úmrtí blízké osoby.
- Ohrožení v důsledku životní změny.
- Ohrožení v důsledku traumatické události.

Vzniklá krize pak má své projevy, které jsou pozorovatelné jak v oblasti vnitřního prožívání člověka, tak navenek. Jedná se především o tyto:

- emoční rozrušení (neklid, úzkost, zmatek),
- snížení sebevědomí,
- ztráta kontroly,
- narušení psychické rovnováhy,
- zhoršené sociální fungování,
- problémy ve vztazích,
- somatické potíže.

## Klasifikace krize

Zjednodušeně můžeme krizové situace klasifikovat jako akutní a chronické. Akutní krizové situace mají jasně ohraničený začátek a dynamický vývoj. Jsou to většinou významné životní situace, jejichž příčinou je náhlá změna či náhlá ztráta pro nás důležité hodnoty. Jak vyplývá z kontextu, jsou

to často události, které jsou náhlé, neočekávané a nemůžeme je ovlivnit. Řadíme sem: traumatické události, úmrtí, živelné katastrofy, atd.

Chronické krize mají naopak nenápadný průběh, ale přináší dlouhodobou zátěž. Bývají charakterizovány dlouhodobou paralýzou jedince. Mezi příčiny řadíme většinou vztahové problémy a vnitřní konflikty. V důsledku se tyto dlouhodobé krize mohou projevit psychosomatickými projevy, depresí, v krajním důsledku bilanční sebevraždou.

Typologií krizí se podrobněji zabývá Vodáčková (2002), která krize dělí na:

- **krize situační**, její příčinou je nepředvídatelný stres,
- **krize z náhlého traumatizujícího stresoru**, příčinou jsou události zvenčí, nad kterými nemá jedinec kontrolu,
- **tranzitorní krize**, příčinou jsou očekávané životní změny,
- **vývojové krize**, krize zrání, příčinou bývají překážky a požadavky ve vývojových etapách,
- **krize pramenící z psychopatologie**, kde je příčinou psychické onemocnění jedince,
- **neodkladné psychické stavy**, příčinou jsou stavy s vysokým potenciálem naléhavosti, nutkavost k sebevraždě, alkoholové a drogové intoxikace atd.,
- **krize psychospirituální**, příčinou je konflikt s vlastní spiritualitou.

## Fáze krize

V souladu s dostupnou odbornou literaturou hovoříme o fázích krize v rámci doby, kdy probíhá.

Pro první fázi je charakteristický pocit ohrožení, napětí, úzkost, kdy jedinec využívá své vrozené a naučené mechanismy a strategie zvládnání. Druhou fázi doprovází nepohoda a zranitelnost, kdy se situace vzdaluje mimo kontrolu jedince. Pro tuto fázi jsou typické náhodné pokusy o řešení, dotýčný věří, že to zvládne sám, že jen potřebuje víc času.

Ve třetí fázi jedinec připouští, že je neschopen situaci řešit, a je přístupný pomoci zvnějšku, zde se právě může obrátit na odborníky pro pomoc. V poslední fázi krize je typická celková dezorganizace a dekompenzace, tady už chybí síla vyhledat pomoc a jedinec bývá směřován k hospitalizaci.

## Další důležité termíny v kontextu krizové intervence

V souvislosti s krizí se setkáváme s dalšími termíny, kterými jsou: trauma, disociace, alexithymie, panická reakce, derealizace, regresivní chování, agresivní reakce.

**Trauma:** jedná se o duševní otřes, který člověk zažil sám na sobě nebo byl jeho svědkem. Podrobněji se traumatu věnuje samostatná kapitola.

**Disociace:** disociací rozumíme osamostatnění psychických funkcí, např. vznik amnézie po traumatické události. Disociaci dělíme podle Procházkovy (2011) na normální a patologickou. Zatímco za normální považujeme denní snění, automatické vykonávání činností, za patologickou považujeme vše, co leží v kontinuu za ní. Může se jednat o krátkodobou disociativní amnézii nebo v krajním případě až o poruchu disociativní identity.

**Alexithymii** rozumíme neschopnost rozeznat či vyjádřit emoce. Procházka (2011) popisuje alexithymii jako hraniční koncepci psychosomatiky prokázanou u panické poruchy, deprese, somatiformní poruchy. Tedy u diagnóz, se kterými se v praktických případech krizové intervence setkáváme.

**Panická reakce:** je extrémní projev úzkosti na stresovou událost, charakterizovaný neschopností zorientovat se v prostředí a situaci.

**Derealizace:** je poruchou vnímání vnějšího světa, doprovázenou pocitem neúčasti a neskutečnosti prožívané události.

**Regresivní chování:** dochází k němu při intenzivním stresu, kdy jedinec regreduje do dětského chování, které je spojeno s neschopností přijmout zodpovědnost za daný stav.

**Agresivní reakce:** s agresí se můžeme setkat u lidí, kteří jsou ohroženi akutním stresem.



## 2 Teoretické vymezení krizové intervence, specifika komunikace a práce s člověkem v krizi

*„Když máš pocit, že jsi na konci svých sil a že už nedokážeš udělat jediný krok, když se život zdá prost všeho smyslu: Jaká to úžasná příležitost začít se vším nanovo, otočit a načít nový list.“*

Eileen Caddyová

### 2.1 Uvedení do problému

Hartl, Hartlová (2010) definují krizovou intervenci jako psychoterapeutickou pomoc, která je poskytována v krizových situacích, jako je předávání drog, sebevražedný pokus, těžký partnerský konflikt, nápor náhlé deprese. Tato pomoc může probíhat po telefonu nebo v přímém kontaktu. Cílem krizové intervence je ohraničení akutního krizového stavu, zeslabení intenzity krize, zklidnění. Z dlouhodobé perspektivy je funkční obnovení psychického stavu na úroveň před započítím krizového stavu.

V souladu s aktuálním stupněm poznání můžeme krizovou intervenci vnímat na třech pilířích. Prvním z nich je **psychická stabilizace klienta**. Pracovník by měl stabilizace dosáhnout pomocí klidného vystupování, způsobu vedení rozhovoru, který by měl být nedirektivní a empatický. Dále je třeba věnovat prostor ventilaci a abreakci klienta. Pracovník by měl v této fázi posoudit závažnost problému, orientovat se v něm a posoudit možnost ohrožení života klienta.

Druhým pilířem krizové intervence je **zamezení stupňování okolností** a eskalace krizové situace. Zde pracovník analyzuje klientovu situaci v celé její šíři, hledá ústřední problém či spouštěč krize. Spolu s klientem nachází alespoň částečná řešení problému.

Posledním z pilířů je **zprostředkování návazné péče**. Součástí může být předání či doprovodu klienta k dalšímu specialistovi, zároveň s ním intervent může zůstat v kontaktu.

To vše se děje v podpurném a klidném prostředí s dostatkem času pro klienta.

## 2.2 Principy krizové intervence

V souladu s Vodáčkovou (2002) definujeme výchozí body a principy krizové intervence. Jedná se o následující:

- Individuální charakter. Krizi vnímá každá osobnost specificky a odlišně.
- Těžiště práce krizové intervence spočívá v řešení problému.
- Důležitým cílem je posílení klientovy kompetence, aby vyřešení krizové situace zvládl co možná nejvíce svým vlastním přičiněním.
- Při krizové intervenci se zaměřujeme na blízkou minulost, tzn. na to, kde krize vznikla.
- Krizová intervence by měla pojmout celou šíři klientovy osobnosti. Tzn. všechny její biologické, psychologické, sociální, spirituální aspekty.
- Je dobré, aby krizová intervence kontinuálně přešla v další odbornou poradenskou či terapeutickou práci.

### Průběh rozhovoru v krizové intervenci

Při rozhovoru s člověkem v krizi se řídíme čtyřmi základními pravidly.

#### 1. *Klademe otevřené otázky*

Výhodou otevřených otázek je to, že se klient stává ochotnější mluvit, odpovědi získáme více informací, zvyšuje se tím důvěra (protože účastník vidí, že pracovník o něj má zájem), rozproudí se diskuze. Otevřenými otázkami motivujeme účastníka k tomu, aby mluvil o těch věcech, které považuje za důležité. Příklady otevřených otázek:

- Jaké to pro vás je?
- Jak na vás celá situace působí?
- Jaký máte pocit, když...?
- Co více mi k tomu můžete říct?
- Co máte konkrétně na mysli, když říkáte...?
- Jaký příklad byste mi řekl, abych tomu lépe porozuměl?

#### 2. *Nasloucháme a snažíme se porozumět a zjišťujeme úmysly člověka*

Zde používáme rovněž techniky aktivního naslouchání, jako jsou parafrázování, zrcadlení emocí a povzbuzování klienta.

**Parafrázování:** jedná se techniku, která si klade za úkol ukázat mluvčímu, že mu plně nasloucháme a rozumíme. Zároveň si ověřujeme, zda

jej chápeme správně. Děláme to pomocí tlumočení neboli zopakujeme hlavní myšlenky a vše důležité pomocí jiných slov. Na závěr se dotazujeme, zda s naším zopakováním mluvčí souhlasí pomocí slůvek „že“, „je to tak?“, „Pochopil jsem to správně?“ atd.

**Zrcadlení emocí:** tímto způsobem můžeme projevit pochopení a porozumění pocitům druhého, a tím mu umožníme pocity a emoce zvládnout. Vyjádřit emoce můžeme pomocí vět typu: „jste naštvaný, protože...“, „máte strach, že...“, „byla jste šťastná, protože...“. Na tyto otázky by vždy mělo navazovat ověření: „Vnímám to správně?“, „Je to tak?“ atd.

**Povzbuzování:** je velmi důležité pro projevení našeho zájmu, pro povzbuzení k dalšímu hovoru, prohlubování důvěry a zároveň dynamizuje rozhovor. Povzbuzování můžeme vyjádřit slovy: „Řekněte mi o tom více.“, „Zajímá mě, co se stalo potom.“

### 3. *Normalizujeme reakce klienta*

Klient v situaci krize mívá často pocit, „že se zbláznil“. Je dobré klienta ujistit, že nestandardní situace vyvolává nestandardní reakce, a že to, co se v tuto chvíli děje, je adekvátní a normální.

### 4. *Pomáháme znovu nastolit kontrolu a odpovědnost klienta za svá rozhodnutí*

V průběhu rozhovoru se snažíme klienta vyvést z tzv. tunelového chápání problému s celou šíří jeho subjektivní bezvýchodnosti. Snažíme se emoční aspekty problému přenášet do roviny racionálního myšlení.

V rámci rozhovoru se naopak vyhýbáme následujícím chybám:

- neodvádíme pozornost od toho, o čem chce klient hovořit
- nerozveselujeme, nerozptylujeme
- negeneralizujeme
- nebagatelizujeme
- nepřikazujeme

## 2.3 Průběh krizové intervence

V souladu s Vodáčkovou (2002) přibližujeme čtenáři průběh krizové intervence:

### 1. *Analýza situace*

V prvních chvílích začíná klient hovořit o tom, co jej přivedlo do poradny. Pomocí otevřených otázek se snažíme získat o klientovi co nejvíc informací. Posuzujeme základní souvislosti klientova příběhu. Může se stát, že klient je mlčenlivý. V tuto chvíli mu dáme prostor pro vyjádření a netlačíme na něj.

### 2. *Redukce ohrožení*

V některých situacích mapujeme to, zda není klient v akutním ohrožení života. Můžeme mapovat, zda nemá sebevražedné myšlenky, v případě, že již podnikl aktivity k suicidu (např. spolykal prášky), poskytujeme první pomoc a voláme záchrannou službu.

### 3. *Očekávání a zakázka*

Jakmile si uděláme základní obraz popisované události, směřujeme k saturaci potřeby klienta. Využíváme technik aktivního naslouchání, jako je parafráze. Často jde klientovi o něco konkrétního. Chce nám něco sdělit, něco zjistit, na něco se zeptat. Není tedy dobré točit se v kruhu rozhovoru, ale své hypotézy si ověřovat přímými otázkami ke klientovi.

### 4. *Katastrofický scénář*

Rozhovor s klientem často směřuje k temnému místu klientových obav. Jedná se o nevyslovené představy, které člověka zúzkostňují. Strach z nemoci, ztráty atd. Úkolem krizového intervanta je těmito nepříjemnými místy společně s klientem projít. Tím, že se tyto obavy a potlačené představy zverbalizují, dostávají nový význam a často mohou napomoci v redukcii klientovy úzkosti. V tomto bodě, můžeme využít i další techniky (viz podkapitola: vybrané techniky pro krizovou intervenci).

### 5. *Dohoda s klientem a závěr rozhovoru*

Jestliže hovor prošel popsánými fázemi, dochází často k jisté úlevě u klienta. Může také dojít k tomu, že klientovy představy o blízké budoucnosti nabudou reálnějších kontur. V tuto chvíli je vhodné klienta podpořit a dohodnout se na nějakém reálném kroku, který udělá a o kterém vás bude dále informovat.

## 2.4 Vybrané techniky pro krizovou intervenci

Volně dle Praška (2002)

### Dekatastrofizace představy

Člověk si v náročné životní situaci představuje tuto situaci jako naprostou katastrofu, v níž se zastaví čas a jeho nepříjemné pocity trvají věčně. V tomto případě může klientovi pomoci, když se jej zeptáme, co nejhoršího by se mohlo v dané situaci opravdu přihodit a jak by situace dále pokračovala, dokonce jaké nejhorší důsledky by mohla přinést. Musíme být však opatrní, nejdříve probrat s klientem reálnou možnost takovéto situace a připravit ho na takovýto experiment v imaginaci.

Pokud probíráme katastrofický scénář opakovaně, zpravidla dochází k habituaci na jeho obsah.

Pokud by se přece jen katastrofický scénář naplnil, můžeme s klientem probrat, co vše by se dalo dělat, kdyby k nejhoršímu došlo. Dotyčný si zpravidla uvědomí, že existují možnosti, jak může nejhorší obávanou situaci zvládnout on sám nebo za pomoci někoho jiného.

### Časová projekce

Tato metoda je vhodná v případech, kdy se klient obává určité události, která jej čeká. Můžeme ho požádat, aby si představil, jak bude tuto situaci hodnotit za několik měsíců nebo let.

### Vytvoření uklidňující představy

Pokud je klient pronásledován nepříjemnými představami a obavami, je účinné, aby si vytvořil určité obranné představy situací, v nichž se cítí klidně a uvolněně. Tuto uklidňující představu cvičí klient tak dlouho, aby si ji dokázal představit co nejživěji, včetně smyslových vjemů a emočního doprovodu.

### Vytvoření přehnané představy

Některým klientům ale naopak pomůže, jestliže si svou negativní představu dovedou ad absurdum, tedy rozvinou ji do ještě horší podoby, než byla původně. Příkladem může být klientka, která trpěla představou, že se jí

budou spolužáci vysmívat za to, jak vypadá. Vytvořila si představu, že se jí posmívá celá škola a všichni po ní házejí rajčata a shnilé ovoce. Její původní představa ji pak přestala znepokojovat.

### **Změna rámce**

Tato technika je podle Ellise (2005) vhodná k tomu, aby klientům pomohla získat nadhled nad problémy. Můžeme klienta přimět k tomu, aby na svých problémech dokázal najít i nějaké pozitivní aspekty. Místo, aby se na své starosti díval jako na ohrožení a problém, může je přijmout jako výzvu, kterou je třeba překonat.

## 3 Pomoc, pomáhání v kontextu náročných či krizových situací

*„Bolest je dočasná. Může trvat hodinu, den či rok, ale nakonec ustoupí a na její místo přijde něco jiného.“*

Lance Armstrong

### 3.1 Uvedení do problému

V následující kapitole se budeme věnovat vymezení náročných či krizových situací v kontextu pomáhajících profesí, procesu pomáhání a jeho etickým principům. Je nepochybně důležité si uvědomit význam osobnosti pracovníka a obrátit pozornost k nástrojům, se kterými pracuje, stejně podstatná je osobnost klienta, jeho vnitřní svět a respektující vztah, který pracovník a klient společně budují.

### 3.2 Náročné a krizové situace v pomáhajících profesích

Náročné životní situace mohou být reprezentovány rozhodujícími životními mezníky, ale také problémy a těžkostmi, se kterými se lidé setkávají mnohem častěji, v některých případech i každodenně.

Všichni, někteří častěji, jiní méně často, jsme se dostali do situací, při jejichž řešení jsme museli zmobilizovat všechny síly, někdy s větším, jindy s menším úspěchem při jejich zvládnání. Hledání efektivních způsobů adaptace člověka na složité podmínky současného dynamického životního stylu společnosti je také cílem mnoha výzkumných šetření v dané oblasti v České republice i v zahraničí. Odmaskování psychických procesů v zátěžových krizových situacích (i když mnohdy pouze částečné) je důležité pro jejich zvládnání, měli bychom si být vědomi, že pracujeme většinou s neměřitelnými položkami, např. emoce, postoje.

Současně si musíme být vědomi pojmové neujasněnosti a nejednotnosti při terminologickém vymezení – situace krizová, náročná či zátěžová.

Naše uvažování i vědecké výzkumy se soustřeďují především na to, co lze predikovat, co je pokračováním dosavadního vývoje. To, co je považováno

za zlom v dosavadním vývoji, diskontinuitu, je chápáno jako něco nežádoucího, náhodného, nepředpověditelného. Podle majoritního mínění tyto situace příliš často nenastávají, takže je lze považovat za výjimky z řádu.

Právě tyto výjimky v sobě skrývají klíče k pochopení jevů v jejich celistvosti. Nic není tak ohrožujícího jako změna, která neodpovídá dosavadnímu vývoji událostí, i když se tyto situace mohou jevit jako chaotické, mají také svůj vnitřní řád.

## Terminologické vymezení

Krise, krizová situace – je zároveň pro člověka nebezpečím a příležitostí, vede obvykle ke změně regulačního vzorce subjektu, ke změně regulativních způsobů chování. Je to životní situace, která přesahuje obvyklý repertoár vyrovnávacích strategií člověka, má subjektivní charakter, pro každého znamená něco jiného.

Výše zmíněné výzkumy se odehrávají ve třech liniích:

- jak můžeme charakterizovat, identifikovat a klasifikovat situace, které jsou vnímány ostatními lidmi jako krizové, náročné či zátěžové,
- možnosti strategií, které člověk v dané situaci zvolí, jak dané situace řeší a jak se v nich chová,
- analýza souvislostí mezi způsobem zvládnání těchto situací a dispozičními charakteristikami jednotlivce či situačními podmínkami.

## 3.3 Pomáhající profese

Pomáhající profese je souhrnný název pro všechny profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu, tak aby pomoc mohla být účinnější. Mezi pomáhající profese patří lékaři, sociální pracovníci, speciální pedagogové, pedagogové apod. (Hartl, Hartlová, 2010)

Pomáhající profese představuje poměrně široký soubor nejrůznějších povolání majících vztah k bezprostřední práci s lidmi, jsou však často považovány více za službu či poslání než za rutinní práci. Bez etického kontextu si pomáhající profese nelze představit. (Jankovský, 2003)



Jiné vymezení nabízí Michalík (2011), který uvádí, že pomáhající profese představují jistý celek povolání a činností, které jsou zaměřeny na potřeby člověka, jejich podstatným rysem je takové jednání vůči druhému člověku, které je zaměřeno na řešení jeho potřeb a poskytování podpory a pomoci.

Jak uvádí Hubálek, Koťová in Weiss (2011), již Sigmund Freud v roce 1925 zařadil učitelství, psychoterapii a politiku do skupiny tzv. **nemožných povolání**, tímto označením naznačoval i zvláštní a obtížně popsatelnou povahu těchto disciplín, kterou spatřoval v následujících specifikách:

- nesnadná uchopitelnost,
- obtížně vykazatelná úspěšnost,
- celková nevladatelnost jejich přesnějšího vymezení.

Na druhou stranu lze také vymežit pomáhající profesi jako **nutkavé pomá-hání druhým na úkor vlastních potřeb**.

Je také evidentní, že mnohé z disciplín, které řadíme do pomáhajících profesí, nemusí být v exaktním slova smyslu vždy řazeny mezi vědecké disciplíny, např. psychoterapie, pedagogika, sociální práce, ale spíše jsou považovány mnohými odborníky za umění – ve smyslu umění práce s lidmi, využívající jako jeden z hlavních nástrojů mezilidský vztah. (Kopřiva, 2011)

### 3.4 Etické principy a profesionální zodpovědnost pracovníka

Pravidla chování a jednání v pomáhajících profesích, která se týkají vztahů pracovníků a klientů, žáků, pacientů či uživatelů jejich služeb, jsou vymezena etickými zásadami, které v některých případech mají podobu psaných etických kodexů, v jiných se odkazují na standardy služeb či dobrou praxi. (Michalík a kol., 2011)

Pokud se budeme inspirovat teorií a praxí medicíny a psychologie, musíme si uvědomit, že se medicína dosud zcela neoprostila od některých prvků paternalistického modelu, nicméně dosáhla pokroku v situacích předpokládajících autonomii pacienta (Honzák in Weiss, 2011). Po mnohaletých dohadách o celkovém charakteru etiky byl nalezen kompromis v **bioetice**, kde ze všech pravidel a postupů byly formulovány **čtyři základní principy**:

- **respekt k autonomii,**
- **prospěch klienta/pacienta,**
- **zabránění jeho poškození,**
- **spravedlnost v poskytované péči.**

Psychologie, především klinická psychologie, může s přihlédnutím k vlastním specifikům tyto principy přijmout. (Honzák in Weiss, 2011)

Ke **konceptu autonomie** se vztahuje i požadavek **respektu** k osobnosti klienta v tom smyslu, že s každým člověkem je nutné jednat jako s autonomní osobností, která je schopna svobodně rozhodovat o svých cílech a podle těchto rozhodnutí svobodně jednat.

Pro pracovníky pomáhajících profesí je mnoho oblastí, které se k autonomii vztahují, například:

- získání povolení klienta před zahájením vlastní intervence,
- zachování důvěrnosti,
- nepodvádění klienta, ani v zájmu tzv. dobrého konce,
- komunikace a poskytování takových informací, které povedou klienta k rozvoji a dosažení větší autonomie, která mu umožní zralé rozhodování a řešení životních situací.

Pokud se však klient ocitne v situaci ohrožení nebo když vzhledem ke svému aktuálnímu stavu může představovat i nebezpečí pro své okolí, **musí pracovník zasáhnout tak, jak by postupoval klient, kdyby jeho možnosti a schopnosti nebyly omezeny.** Míru zásahu pracovníka lze však velmi obtížně taxativně vymezit a toto téma je v oblasti zdravotnictví, sociálních služeb a v podstatě i ve školství, i když v menší míře, stále diskutováno. Vymezení mantinelů společné práce může napomoci vypracování informovaného souhlasu. (Honzák in Weiss, 2011)

Z profesionálního i etického hlediska je velmi citlivá otázka **hranic a jejich propustnosti.** Platí to všude, kde se mohou objevit přenosové a protipřenosové mechanismy, v podstatě tedy všude. Můžeme rozlišovat jejich překročení a porušení, někteří liberálně uvažující odborníci zmiňují i pozitivní výsledky při rozvolnění hranic. Je vždy otázkou zkušenosti, osobní zralosti, komunikačních dovedností a taktu, jakým způsobem pracovník tomuto riziku a skutečnosti vystavený a s nimi konfrontovaný situaci zvládne.

V neposlední řadě je nutné si uvědomit nejenom zodpovědnost pracovníka vůči klientovi, ale také **zodpovědnost pracovníka vůči vlastní osobě, sobě samotnému.** V souvislosti s problematikou syndromu vyhoření se

dostává osobnost pracovníka v posledních letech do popředí zájmu odborníků.

### 3.4.1 Etika a morálka

Jankovský (2003) zdůrazňuje takovou dimenzi etického jednání, které zakládá společný svět morálního jednání v lidském společenství. Bez tohoto zakotvení by etika byla pouze formální záležitostí a bylo by možné ji charakterizovat jako obor zabývající se mravními jevy z nejširšího možného hlediska. Morálka pak hodnotí lidské jednání z hlediska dobra a zla, a to porovnáním se svědomím člověka.

Etymologicky pochází termín „etika“ z řečtiny, „ethos“ a „éthos“ můžeme volně přeložit jako „zvyk, mrav, obyčej“ nebo také „zvláštnost, charakter“. (Jankovský, 2003)

Etika je filozofickou disciplínou o správném způsobu života, který vychází z racionálních přístupů a snaží se nalézt a také zdůvodnit společné a obecné zásady, na kterých morálka jako předmět etiky stojí. Etika je tedy teorií morálky. (Jankovský, 2003)

Je jistě pozoruhodné a nepochybně zajímavé, že právě téma morálky se v současné době ukazuje jako obtížně uchopitelné téma v euroamerické civilizaci, zvláště pokud je vztahováno k tradičním konceptům (např. štěstí, slast, smysl lidského života). V neoliberální atmosféře stále zdůrazňované a propagované svobody bez hranic a bez závazků je téma jakékoli korekce či omezení tzv. svobodné realizace zájmů svým způsobem poněkud nepopulární. (Hubálek, Koťová in Weiss, 2011)

Současné společenské vědy, především historie, sociologie, antropologie, psychologie a sociální psychologie, preferují přístup k člověku jakožto členu určitého společenství, etnické nebo náboženské skupiny, který tím, že se nachází ve specifické kulturní a historické situaci, disponuje svébytným vztahem k hodnotám a otázkám morálního jednání. Pro člověka tzv. západní kultury bývá šokující zjištění, že obzvláště nemajetní a chudí obyvatelé některých oblastí světa kladou nad veškeré materiální poklady otázky cti, jež jsou pro ně zásadnější i než např. zachování vlastního života. (Hubálek, Koťová in Weiss, 2011)

### 3.4.2 Možná východiska ze současného stavu pojetí etiky

Jako zajímavý podnět uvádí Hubálek a Koťová in Weiss (2011) pojetí Hanse Kúnga, kontroverzního švýcarského teologa, který vychází z přesvědčení, že budoucí řád světa nebude uskutečnitelný bez přijetí nového světového étosu, a to navzdory všem dogmatickým rozdílům mezi náboženstvími nebo mezi věřícími a nevěřícími. Globální étos v tomto pojetí nepředstavuje novou ideologii či superkulturu, neznamená ani jednu světovou kulturu, a už vůbec ne jedno jediné světové náboženství – znamená pouze nutné minimum společných humánních hodnot, měřítek a základních postojů. Jde o konsenzus, ke kterému by se mohli připojit stoupenci všech náboženství a který mohou sdílet i nevěřící.

Podle Kúnga (2010) má tvořit základ světového étosu požadavek lidskosti, skutečné humanity. Tento požadavek lze nejlépe vyjádřit dvěma základními principy:

- s každým člověkem je třeba zacházet lidsky,
- co chceš, aby se dělo tobě, dělej i druhým (tzv. zlaté pravidlo).

Pro Evropany by to znamenalo model eticky založené Evropy, který neustupuje od emancipace a sekularizace, nýbrž volá občana k větší zodpovědnosti a hlubší solidaritě s druhými lidmi. Měl by být odmítnutý veškerý fundamentalismus ve smyslu pevného lpění na údajně neomylné autoritě vůdců, tradičních zákonů a dogmat. (Kúng, 2010)

### 3.4.3 Etické kodexy

Etické kodexy jsou pro pracovníky pomáhajících profesí jakýmsi vodítkem na cestě mezi nepřiměřenými očekáváními ze strany společnosti a zneužitím vlastní moci. Začaly vznikat od padesátých let minulého století a jsou významně ovlivněny Deklarací lidských práv a svobod, kterou přijala v roce 1948 Organizace spojených národů.

Zohlednění etických kodexů patří sice k základním atributům kompetence, ale je nutné si uvědomit, že jde o formální standardy, nikoli plnohodnotnou náhradu tvůrčího a aktivního přístupu k naplnění etické zodpovědnosti.

Kodexy napovídají, vedou a informují, ale nemohou v žádném případě sloužit jako plně vyčerpávající návody pro složité každodenní praktické situace, do kterých se pracovník dostane. Každý nový klient, bez ohledu

na jisté podobnosti s těmi předcházejícími, přináší své specifické problémy, každá situace se stává jedinečnou a v čase se proměňuje. Kodexy mohou ukázat, co je explicitně neetické, upozornit na problematiku, která by mohla být přehlédnuta, orientovat pracovníkův etický pohled. Ale již nám neřeknou, jakou cestou se máme nejsprávněji ubírat, abychom naplnili jejich smysl. (Honzák in Weiss a kol., 2011)

Etika práce v oblasti krizové pomoci a služeb a etická pravidla v oblasti krizové intervence mají několik zdrojů. Jedním z nich jsou zásady IFOTESu (International Federation of Telephone Emergency Services) a druhým je Etický kodex České asociace pracovníků linek důvěry. Existují témata, která jsou v dané oblasti frekventovanější oproti jiným, např. anonymita na lince důvěry či respektování zakázky klienta. (Vodáčková, 2002)

### 3.5 Osobnost pracovníka – jeho základní nástroj

Jak uvádí Kopřiva (2011), mezi profese, jejichž hlavní náplní je pomáhání lidem, patří nepochybně lékaři, sociální pracovníci, psychologové, speciální pedagogové a další. Rozdíl oproti jiným povoláním spočívá především ve skutečnosti, že v pomáhajících profesích hraje velmi podstatnou roli nejenom vzdělání, tedy odbornost, suma vědomostí a dovedností, které jsou nutné pro výkon dané profese, ale ještě další významný prvek, a to navození vztahu mezi pomáhajícím profesionálem a tím, který pomoc přijímá, ať už je to klient, žák, pacient či uživatel služeb. Potřebuje tomu, který mu pomáhá, věřit a cítit lidský zájem. Je obecně rozšířenou skutečností, že v pomáhajících profesích je za základní nástroj pracovníka považován on sám, tedy jeho osobnost.

Motivace pracovníků, kteří působí v pomáhajících profesích, bývá různorodá a má u každého z nich specifický vývoj. Můžeme specifikovat tři krajní postoje, které se v „čisté podobě“ obvykle nevyskytují:

- **altruistický přístup,**
- **realistický přístup,**
- **mocensko-manipulativní přístup.** (Michalík a kol., 2011)

V osobnostním zaměření pracovníka zřídka kdy najdeme pouze jednu z variant, zpravidla se motivace různě překrývají a potencují, který přístup převládá, lze poznat při podrobném zkoumání činnosti pracovníka.

### 3.5.1 Altruismus – historický rámec

Altruistické způsoby chování jsou mezi živými bytostmi velmi rozšířené. Altruismus vymezuje Schmidbauer (2000) jako připravenost přijmout ohrožení vlastního blaha kvůli prospěchu jedince stejného druhu, jeho opakem je egoismus.

Biologické odůvodnění altruistického chování se zdá být na první pohled obtížnější než zdůvodnění egoismu, tak samozřejmého v boji o přežití. Problematika egoismu a altruismu se v evoluci objevuje teprve tehdy, když jedno zvíře dokáže nějak identifikovat příslušníka stejného rodu. Mnoho se také mluví o kulturním, tedy tradicemi předávaném chování. Tento kulturní princip altruistického chování v lidských společnostech jeho biologické základy velmi výrazně přetvořil. Ale naučené způsoby chování jsou většinou bez vrozeného, v biologické struktuře zakotveného „substrátu“ nepředstavitelné. Za prvotní formu altruistického chování je považováno dělení se s druhými. (Schmidbauer, 2000)

Mezi historické předchůdce pomáhajících profesí můžeme s jistou tolerancí zařadit šamany, kněze a lékaře. Měli bychom si však uvědomit, že i v nejstarších formách sociální pomoci byl pomáhající velmi zavázán zvnitřnělému symbolickému systému společnosti. Vždy jde o to, aby bylo vráceno narušenému sociálnímu řádu zdraví, aby se objasnilo pochybení členů skupiny nebo pochybení, jejichž důsledky směřují proti ní.

Ti, kteří se zabývají problematikou pomáhajících profesí v euroamerickém kulturním prostoru, se nevyhnou analýze křesťanského náboženství a sociální etiky. **Křesťanství** zcela jednoznačně klade altruistické hodnoty nad jiné, tedy závazek lásky k bližnímu je zvýrazněný. Z křesťanství vychází také základní předpoklad tradice pomáhání, ve kterém je obsaženo **obětování se pro druhého**. (Schmidbauer, 2000)

### 3.5.2 Pomoc jako spolupráce

Mnozí pracovníci pomáhajících profesí jsou vedeni dobrou vůlí a úmyslem a dělají pro potřeby svých klientů téměř zázračné a nevídané věci. Po jistém čase si tito pracovníci zoufají, cítí se zbyteční, ztrácí smysl svého snažení a uvažují o odchodu, protože jsou vyčerpaní, unavení a zklamaní. Dělají sice podle svého nejlepšího svědomí to nejlepší, ale zapomněli se ptát klientů na to, jakou pomoc si oni sami vlastně přejí. V tom, co si pracovník představuje, že si klient přeje, může být výrazný rozdíl proti tomu, co klient samotný chce. (Úlehla, 2000)

## Modely pomáhání

V euroamerickém kulturním prostoru rozlišujeme zhruba tři modely pomáhání:

- **křesťanský**, jenž je postavený na sebeobětování jako nejvyšší pomoci druhému člověku,
- **židovský**, který vychází z principu, že nejvyšší pomoc je správný výklad, který je založený na tradici chápání skrytých věcí a skutečností, nejvíce pomůže moudrá a odhalující rada zkušeného,
- **filozofický**, jehož východiska zformuloval řecký filozof Prótagorás – „*mírou všech věcí je člověk sám, jsoucích že jsou, a nejsoucích, že nejsou*“, proto i to, zda pomoc je opravdu pomoci, může posoudit pouze její příjemce. (Úlehla, 2007)

## Co je a není pomoc

Termín **pomoc** z hlediska etymologického v sobě zahrnuje dva významy, a to „mohu“ a „mám moc“. Pomáhá tedy ten, kdo může a má moc takto konat. Naopak ten, který pomoc přijímá, moc nemá, není tedy „mocen“ se bez pomoci domoci svého. Je „ne-mocný“ a „ne-mohoucí“, proto se stává klientem, pacientem, uživatelem služeb, předmětem péče a starosti.

Pro samotného klienta není vůbec snadné obrátit se o pomoc. Mnoho lidí v této situaci má pocit, že zklamali, cítí se méněcenní apod. Často je také zklamalo jejich přirozené okolí – příslušníci rodiny, přátelé a kamarádi, spolupracovníci či spolužáci, sousedé. Často se pak může stát, že klient se snaží „přehlušit“ svou vnitřní úzkost a zklamání hlasitým a výrazným domáháním se pomoci a jejím nárokováním. Jelikož pomoc nemusí být vnímána jako nárok, tento projev chování u klienta působí negativně na pracovníka, protože ten mu nerozumí. (Úlehla, 2000)

Úsilí pracovníka pomáhat druhým může, mimo jiné, souviset s lítostí a soucitem. Jak snadné je s klientem soucítit, litovat jej. Jenže kvůli tomu klient za pracovníkem nepřichází. Přichází kvůli tomu, čeho sám není schopen, tedy mocen a obrací se na odborníka, který je v této souvislosti mocnější. Pracovník by v této situaci neměl zapomenout na to podstatné, ptát se klienta, **jakou pomoc si přeje**. Pak je pracovník na nejlepší cestě k vyčerpání, vyhoření, protože sama dobrá vůle a soucit nestačí.

I když se pracovníkovi povede dozvědět, co pro svého klienta může udělat, aby to bylo pro něj pomoci, potřebuje mít dostatek sil, aby mohl pomáhat. Dokonce můžeme říci, že je vlastně jeho povinností se postarat,

aby byl schopen pomáhat klientovi. Pracovník se tedy musí starat o sebe, aby se mu dobře pomáhalo. Pokud je vyčerpaný, unavený a nespokojený, jeho pomoc stejně nemůže splňovat to, co se od ní očekává ze strany klienta. Mezi základní etické principy pracovníka pomáhající profese by mělo patřit pravidlo, že ten, který chce pomáhat druhým lidem, se musí postarat o to, aby byl ve své nejlepší psychické i fyzické kondici, aby mohl podat svůj optimální výkon.

Pracovník může nalézt pro sebe tři zdroje:

- mít člověka, od kterého se může učit, jak svou práci dělat lépe, nově, kvalitněji, učit se způsoby, postupy a metody,
- mít člověka, se kterým může sdílet těžkosti své práce, obvykle to bývají spolupracovníci,
- mít člověka, který by mu pomáhal řešit těžkosti jeho práce, a to s nadhledem, který by mu poskytoval možnost si říci o pomoc, tedy supervizora.

Pracovníkovi by tedy mělo pomoci zastavit se, přestat chtít všechno zvládat a začít se znovu ptát na přání druhého. Tím se může ubránit stavům zklamání, vyhasnutí a vyčerpání, do kterých jej v podstatě dohnala jeho dobrá vůle a obětavost. Znamená to tedy přijmout za svou povinnost starat se o sebe a ne pouze o klienta. Jako důležitější pro klienta se jeví nedělat pro něj maximum, ale udělat právě to, na čem se pracovník a klient dokázali společně domluvit. (Úlehla, 2007)

## Help a assistance

Jedná se o dvojí variantu anglického slova **pomoc**. Pracovník potřebuje „jistou dávku neutrality“, jde o takový postoj, který pomáhá udržet hranici mezi pracovníkem a klientem. Jeden z principů práce s klientem, který je v napětí, panice nebo šoku spočívá v nabídce empatického, ale současně neutrálního dialogu. Pracovník není totožný s klientem a tuto skutečnost lze využít. (Vodáčková, 2002)

### 3.5.3 Jak moc ovlivňuje proces pomáhání

Mocenská pozice pracovníka silně ovlivňuje možnosti a způsob poskytování pomoci. Čím větší pravomoc pomáhající má, tím je také větší tendence jeho protějšku k odstupe a nedůvěře. Mocenský systém vede k oboustranné



manipulaci. Pokud přebírá pracovník kompetenci v některých oblastech životní praxe klienta, může jej sice ochránit před újmou, ale může klienta také zneschopňovat.

Moc pracovníka může být:

- nevlídná,
- neomalená,
- krutá,
- laskavá.

Projevy moci může pracovník sám u sebe rozpoznat na projevech vlastního chování, když si představí, že by se za stejné situace choval jinak k lidem, kteří nejsou jeho klienty, žáky, pacienty, uživateli služeb. (Kopřiva, 2011)

Každý projev moci pracovníka může mít svůj protipól v projevech prožívání klientů, kteří mohou např.:

- stáhnout se z kontaktu,
- zaujmout postoj tzv. uctivé pasivity,
- stáhnout se křivdou nebo zlostí,
- naučit se prosit o mezilidský kontakt.

Celý proces pomáhání se takto může oddálit od svého původního účelu, kterým je orientace na rozvoj a autonomii klienta. (Kopřiva, 2011)

Také bez institucionálně udělené pravomoci (např. pracovník sociálně-právní ochrany dětí a mládeže) může mít pracovník ve vztahu ke klientovi moc. Stává se to v případech, kdy se pro klienta stane pracovník autoritou, která jej řídí.

Pracovník je samozřejmě autoritou tam, kde má podat informace, vyjádření v oblasti svého odborného vzdělání a zkušeností (např. informace o zdrojích pomoci ve hmotné nouzi, diagnóza, léčba a prognóza pacienta, poznatky z předmětu, pro který je pedagog aprobován).

Pokud však jde o vztahové, emoční či životní problémy, stává se řídicí pozice pomáhajícího pracovníka spíše zátěží. Na tyto otázky odpovědi neexistují, protože nikdo nevypracoval účinné návody, jak manipulovat s druhými lidmi. Pracovník by si měl přiznat a vyhradit, pokud nedostane nějaký jiný dobrý nápad, právo nevědět. Necítit povinnost být moudrou „vědmou“, která má odpověď na všechno. Tímto „právem nevědět“ může také zrušit klientův postoj podřízenosti.

Jak jsme uvedli v předchozím textu, základním nástrojem pracovníka v pomáhajících profesích je jeho **osobnost**. Dalším podstatným prvkem v pomáhajících profesích je **vztah ke klientovi**. Aby pracovník mohl s klientem navázat vztah, musí si uvědomovat silné i slabší stránky a především potřeby nejenom klienta, ale také vlastní. Tento proces se nazývá **reflektování**, tedy práce se sebou samým.

### 3.6 Reflexe a reflektování

Reflexe je, jak uvádí Havrdová, Hajný a kol. (2008), nejlepším zdrojem celoživotního učení dospělých, pokud je aplikována na reálné pracovní situace, které pracovníci aktuálně řeší. To je motivuje a otevírá.

S tím, jak byl postupně v pomáhajících profesích formulován význam dialogu, došlo i k oživení tradičního termínu **reflexe**. Ta tvoří podstatnou složku každého dialogu a jeho atmosféru. Dialog samotný reflexi přímo navozuje. Je to také klíčový pojem pro termín supervize.

V historii filozofie najdeme mnohé výklady a názory na to, co vlastně termín reflexe znamená. Výraz pochází z latinského slova „*reflexio*“, které můžeme přeložit jako obracení zpět či obracení k sobě. Reflexe předpokládá zastavení a obrácení pozornosti na určitý úsek zkušenosti, jestliže je toto zastavení spojeno s tvůrčí otevřeností, s vytvořením prostoru v mysli pro něco nového, může dojít k reflexi, ve které je určitá zkušenost člověka nebo její část nazírána, vnímána nově.

Do oblasti pomáhajících profesí byl termín reflexe zaveden v 80. letech minulého století D. Schönem, od této doby se hovoří o tzv. reflektujících profesionálech a reflektující praxi, na rozdíl od praxe a profesionality, která má povahu technického řešení bez hlubšího vztahu a vzhledu do situace klienta.

Potřeba reflektovat komplexní činnosti, které nemají pouze technickou povahu, a hlavně takové, kde jde o člověka, jeho mezilidské vztahy a naplnění smyslu, je jádrem potřeby supervize, která tak nemůže být pouhým dohledem. (Havrdová, Hajný a kol., 2008)

Havrdová (2005) uvádí, že reflexe nastává, pokud dojde k „souběhu“ následujících čtyřech podmínek:

- zastavení u významného momentu zkušenosti;
- zaměření se na něj;

- vystoupení z obvyklého rámce nazírání a přístupu k věcem, skutečností a lidem;
- otevření se „něčemu“ novému, neočekávanému, tomu, co se objeví (pocit, postoj, myšlenka, zorný úhel apod.).

Termín supervize byl odvozen od anglického výrazu „*supervision*“, a ten z latinského „*super*“ – nad a „*videre*“ – hledět, vidět, zírat. V angličtině se vztahoval původně na každou situaci, ve které pověřená či zkušenější osoba „*dohlíží/dozírá*“ na jinou osobu či osoby při provedení nějakého úkolu nebo průběhu činnosti.

Vnímání a chápání termínu supervize v pomáhajících profesích se postupně proměňovalo tak, jak se proměňovala celá konkrétní kultura **dohlížení na práci v různých oblastech**.

Ke zdrojům chápání supervize v pomáhajících profesích v současné podobě musíme počítat staletí vývoje lidského myšlení a mnohé myšlenkové proudy, které se lišily svou kulturou a jejichž poznatky do sebe postupně současná supervize integrovala.

### 3.7 Klient

Jak uvádí Ůlehla (2007), klientem může být kdokoliv a může mít jakýkoliv problém. Klient je definován svou žádostí, nikoliv problémem. Tato žádost či přání klienta vůči pracovníkovi je pouze jednou „zastávkou“ na klientově životní cestě. Úkolem pracovníka by mělo být „zabývání se“ tímto přáním, a nikoliv klientovou životní cestou. Pokud klient svou žádost či přání pracovníkovi nevysloví, není klientem a pracovník nemá žádné oprávnění zasahovat do jeho života.

Systemický přístup ke klientovi zdůrazňuje, že klient je nositelem žádosti. A jako takový nositel klient:

- je schopen posoudit, co je pro něj dobré a co nikoli,
- přichází za pracovníkem, aby společně pracovali na tom, co chce, nikoli na tom, co by měl,
- určuje cíle i kroky spolupráce,
- chce spolupracovat,
- je ten, který musí udělat více práce než pracovník,

- je schopen řešit problémy svými prostředky,
- nese zodpovědnost za to, co ve svém životě změní.

Všechny události, které se odehrávají ve vnějším světě, prožívá každý člověk subjektivně a po svém. Pro pomáhajícího pracovníka je proto podstatné, aby si uvědomil, že v komunikaci s klientem nemá jeho vnitřní svět právo či status nějakého objektivního hodnocení, ale je vždy pouze jeho subjektivním pohledem. Chceme-li klientovi porozumět, musíme se nejdříve zajímat o to, jak lidi, události, věci vnímá a prožívá on. Pracovník by neměl nahrazovat porozumění klientovi vlastním hodnocením nebo klasifikací klienta podle nějakého třídícího systému, i když je nesporné, že pro jisté způsoby praktického zacházení s klientem mají hodnotící hlediska i třídící systémy svou cenu. (Kopřiva, 2011)

## Specifika vnitřního světa klienta

Vnější svět, ve kterém žijeme, je pro všechny lidi společný, ale každému člověku se zobrazuje jinak. Tomuto obrazu, který je jedinečný a nemá žádnou kopii, se říká vnitřní svět. Plný přístup do něj máme každý sám.

V každodenní praxi však často jednáme tak, jako kdybychom vnímali svět objektivně, stejným způsobem jako fotoaparát zachycuje vnější svět na fotografii, a očekáváme od ostatních, že vidí svět jako my. Ale nejsme fotografické přístroje a neděláme fotografie vnějšího světa, my si jej malujeme.

Tři lidé vidí horskou krajinu. Jeden akcentuje barvy, druhý strmost kopců a třetí devastaci přírody, kdyby ji každý z nich namaloval, vzniknou tři různé obrazy. Každý z nich by mohl mít rozdílný název a každé zobrazení dané horské krajiny by bylo pravdivé. Zde je patrný rozdíl mezi obrazem a fotografií, protože žádný z významů, který ztvárnil jeden ze tří autorů na svém obraze, by fotografie nezachytila, na jejím základě bychom této krajině neporozuměli. (Kopřiva, 2011)

Když klienta potkala nějaká životní událost, situace, nemůžeme jako pracovníci dopředu vědět, co to pro něj znamená, i když jde o situaci, se kterou se pomáhající pracovník profesně již setkal a má zkušenost s reakcemi jiných lidí. U žádného dalšího člověka nemůže vědět, jaký vnitřní obraz dané životní situace si ten člověk namaloval, proto se na to musí zeptat. Chce-li se pracovník s klientem dorozumět, musí jeho obraz vzít v úvahu, musí jej pochopit zevnitř, jako součást vnitřního světa druhého člověka, což však vůbec neznamená, že se pracovník musí s vnitřním obrazem klienta **ztotožnit**.

V pomáhající profesi je důležité si uvědomit, že každý pracovník má zodpovědnost za vlastní vnitřní svět, který si o jednotlivých jevech vnějšího světa vytvořil. Tento krok je rozhodující na cestě k profesnímu a souběžně lidskému zrání. Pokud je pracovník přesvědčený, že jeho prožitky vyplývají ze skutečností, které se dějí kolem něj, tak nemá jinou možnost změny než zkoušet své okolí ovládat. Ale jakmile je schopen se zastavit nad tím, jak životní situace vnitřně zpracovává, může se začít měnit a směřovat k vnitřní svobodě.

## **Respekt ke klientovi**

Vnitřní svět druhého člověka, a tedy i klienta, můžeme poznat především tak, že on sám se nám jej snaží popsat vlastními slovy. Slova nám na jednu stranu dorozumívání usnadňují, na druhé straně však mohou přispívat i k nedorozumění. Například tak, že předpokládáme, že pro druhého člověka mají určitá slova stejný význam jako pro nás samotné.

Někomu může připadat respekt vůči vnitřnímu světu klienta nepřiměřeně významný a velký. Je přece známou skutečností, že člověk si své vlastní pohnutky vůbec neuvědomuje, nevnímá sám u sebe některé skutečnosti, které lidé z jeho okolí vidí zřetelně. Jsou to představy, pohnutky, které jeho prožívání a jednání ovlivňují, ale on sám si jejich existence není vůbec vědomý, tudíž nejsou součástí jeho vnitřního světa. (Vybíral, Roubal, 2010)

Ale každá nevědomá představa má ve vnitřním, tedy vědomém světě klienta nějaké, byť nepatrné stopy, může to být např. napětí, tíseň, nepřiměřené pocity apod. Tato místa by se měla dostat do ohniska pozornosti a právě na toto místo ve vnitřním světě potom může druhý člověk, tedy pracovník navázat svou vlastní nabídku spolupráce. Až klient pozná, že pracovníkova nabídka k jeho vnitřnímu prožívání „zapadla“, že otevírá pro něj něco nového a je to pro něj důležité, začíná pohyb v jeho vnitřním světě. Na tomto principu probíhá proces psychoterapie. (Kopřiva, 2011)

Podstatná dovednost pracovníka je orientace na porozumění, kdy nepředpokládá, že je platné jeho vidění klientovy situace, ale vychází z vnitřního světa klienta a snaží se porozumět tomu, co mu klient sděluje. (Úlehla, 2007)

## **Porozumění versus hodnocení**

Lidé se mnohdy nezajímají o to, co druhý člověk opravdu vidí, cítí, co si myslí, jak co hodnotí apod. Místo toho mluví o tom, co by ten druhý měl

vidět, cítit, prožívat, myslet, jak by měl věci hodnotit apod. To stejné se stává i pomáhajícím profesionálům ve vztahu ke klientům.

Tváří v tvář mezilidským konfliktům používají pomáhající často hodnotící šablony a zkušenostní klišé místo zájmu o vnitřní svět zúčastněných klientů. Častou formou hodnocení namísto porozumění je popírání oprávněnosti té či oné rušivé emoce klienta, např. „...*přece nebudete plakat kvůli takové maličkosti*“.

## „Diagnostické nálepky“

Odborné speciálněpedagogické, psychologické či psychiatrické výrazy, diagnózy či kategorie mají tentýž význam jako fotografie horské krajiny, o které jsme se zmiňovali v předchozím textu, slouží pouze praktickým účelům. Hodí se k tomu, pokud rozhodujeme do jakého typu školy žáka zařadit, zdali zbavit člověka trestní odpovědnosti apod. Mohou urychlit porozumění klientovi, ale pouze takovému pracovníku, který s nimi má zkušenost. Jsou vedlejší pomůckou, nic však neříkají o tom, jaký ten člověk je, co prožívá, jaký je jeho vnitřní svět.

Je zde však jedno velké nebezpečí, že tyto termíny či kategorie pracovníkovi uzavrou jeho porozumění klientovi, pokud pouze termín přiřadí, a tím je pro něj vše ukončeno bez potřeby klientovi porozumět.

Diagnostické kategorie lze použít a také se hojně používají k tomu, abychom klienta, pacienta či žáka ohodnotili a zařadili jako určitý typ, tímto zařazením však pro sebe samotné jako pomáhající zablokujeme své vlastní úsilí o porozumění jeho vnitřnímu světu.

Každý z nás se setkal s nepřeberným množstvím nálepek, které používáme všichni. V případech pedagogů jsou to nálepky, které jim mají pomoci zvládat dětský kolektiv. Mnohdy si neuvědomují, že právo veřejně pojmenovávat znamená také velkou moc. Např. „*Novák opět neví, co má dělat*“. Učitel ji může použít k tomu, aby označil např. ukázněné a neukázněné žáky, a tak polarizoval třídu ve vztahu k sobě. V takto strukturované situaci se on sám může cítit jistěji a bezpečněji. Avšak na druhou stranu daná strategie vytváří konfrontační atmosféru a blokuje mu přístup k „*Novákovi*“ a jemu podobným žáků. (Kopřiva, 2011)

Pokud se zajímáme o vnitřní svět druhého člověka, mnohé konfliktní situace mezi pomáhajícím a klientem se mohou přeměnit v situaci spolupráce. Pomáhající se často místo snahy o porozumění vnitřnímu světu klienta orientují více na hodnocení oprávněnosti jeho prožívání, ta jej však od kontaktu s klientem většinou vzdalují, stejný účinek může mít přemýšlení

o klientovi v diagnostických kategoriích a termínech, popisujících jeho patologické fungování, jeho hranice, limity či omezení. (Kopřiva, 2011)

### 3.8 Specifika vztahu mezi pracovníkem a klientem v psychoterapii, poradenství a krizové intervenci

#### Psychoterapie

Psychoterapie jako léčebná činnost („*clinical practice*“) je nejčastěji používaný termín pro metodu zajišťující, aby u klienta došlo k žádoucí změně k uspokojivějšímu prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění. Dovednosti terapeuta se týkají vedení rozhovoru v terapeutickém kontextu, vytvoření a udržení podpůrného vztahu a používání rozličných technik. (Vybíral, Roubal, 2010)

Jiné vymezení psychoterapie nabízí Vymětal (2007, s. 20): „*Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciární prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy.*“

#### Poradenství

Matoušek (2003) vymezuje poradenství v několika kontextech. V **užším smyslu** je to poskytování informací, které si klient vyžádá a které potřebuje k řešení problému. V **širším smyslu** chápané poradenství umožňuje klientovi prozkoumat vlastní silné i slabé stránky a nalézt účinné strategie ke zlepšení kvality života. V **nejširším slova smyslu** může být cílem poradenství také získání nového pohledu na sebe i druhé lidi a získání potřebných dovedností. Zde se již poradenství do značné míry „překrývá“ s psychoterapií. (Matoušek, 2003)

#### Rozdíly pojetí psychoterapie a poradenství

V některých položkách spolu pojetí psychoterapie a poradenství splývá. Prostupování poradenství a psychoterapie dokládá existence společných asociací v různých zemích. Stejně tak rozlišování toho, co je poradenství a co psychoterapie, je někdy sporné i podle toho, že oba termíny mají v různých jazycích a rovněž tradicích zemí rozličné konotace.

Psychoterapie	Poradenství
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je zaměřená na člověka.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je zaměřené na problém.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pomáhá lidem objevit důvody, proč myslí, cítí a jednají tak, že jsou s tím nespokojeni.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poskytuje lidem informace, rady i návody.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• V současnosti je převážně otevřená různým teoriím a přístupům v různých kombinacích.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je speciálně zaměřené na různé oblasti (např. školská poradenská pracoviště).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoterapeut je v podstatě „detektiv“.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poradce je vnímán jako odborník na danou oblast.</li> </ul>

(Vybíral, Roubal, 2010)

## Specifika vztahu klient a krizový pracovník

Jak uvádí Vodáčková (2002), krizový pracovník potřebuje pracovat s jistou „lehkostí“, k níž potřebuje jistou dávku neutrality. Jde o takový postoj, který pomáhá udržet hranice mezi sebou samým a klientem, umožňuje odlišit vlastní pocity od pocitů toho druhého, a tímto si uchovat co nejširší zorné pole.

Jeden z principů práce s klientem, který je v napětí, v panice, v šoku, v riziku suicidia, spočívá právě v nabídce empatického, ale zároveň neutrálního dialogu.

Krizový pracovník není s klientem totožný, v danou chvíli vidí dále než klient a může mu být k dispozici pro bezpečnější ohledání prostoru. Práci nutnou k překonání problému však musí udělat jedině klient. (Vodáčková, 2002)

### 3.8.1 Vztah pracovník a dospělý klient

Už od padesátých let minulého století je známo, že kritickým faktorem účinnosti práce s dospělými i dětmi, a to jak v poradenském, tak terapeutickém vztahu či jiném kontextu pomáhání, je vztah mezi pracovníkem a klientem. Originální výzkum v této oblasti realizoval Carl Rogers. Vycházel z přesvědčení, že mezi nejdůležitější komponenty tohoto vztahu patří:



- kongruence,
- empatie,
- bezvýhradné a pozitivní přijetí.

Inspiroval ostatní odborníky, a ti se snažili a snaží vystihnout žádoucí vlastnosti terapeutického vztahu. (Geldard, Geldard, 2008)

Žádoucí vlastnosti tohoto vztahu se pokusila definovat celá řada odborníků (např. A. Freudová, M. Kleinová, V. Axlineová). Nedošlo mezi nimi ke shodě, jaký typ vztahu je pro práci s klientem neefektivnější.

### 3.8.2 Vztah pracovník a dítě

Geldard a Geldard (2008) uvádí, že vztah pracovník a dítě závisí na osobních vlastnostech, které pracovník do vztahu přináší. Mezi tyto vlastnosti patří např. požadavek na kongruentní osobnost pracovníka, aby byl akceptující, citově nezaujatý a dokázal být v kontaktu s dítětem v sobě samotném. Vztah mezi dítětem a pracovníkem by měl být:

- **spojnicí mezi světem dítěte a pracovníka**, jde primárně o navázání spojení s dítětem a o sledování vývoje jeho vnímání, představ apod.,
- **exkluzivní**, tedy je zapotřebí, aby se v rámci tohoto vztahu utvářela vzájemná důvěra, tento vztah by měl pro dítě mít příchuť výjimečnosti a jedinečnosti, udržovat exkluzivitu také znamená, že pracovník by neměl dovolit účast žádné další osoby, pokud se problém týká pouze dítěte, tedy ani rodičů, kterým by měl pracovník objasnit povahu své práce s dítětem a získat jejich souhlas jako zákonných zástupců, je rozdíl, zda pracujeme s dítětem terapeuticky, nebo se jedná o jiný typ intervence, ale etický i právní prvek je zde přítomen,
- **bezpečný**, tedy i tolerantní, dítě by mělo nabýt přesvědčení, že mu nehrozí žádné nebezpečí, ať již psychické nebo i fyzické, je dobré si formulovat s dítětem pravidla,
- **autentický**, za autentický může být označený takový vztah, který je poctivý, nefalšovaný, mezi pracovníkem i dítětem dochází k přirozené souhře, bez zábran, úzkosti či „cenzury“,
- **důvěrný**, podmínkou důvěry je pocit bezpečí, s tímto souvisí také další skutečnosti, např. ohlašovací povinnost pracovníka, pokud zjistí, že je dítěti neadekvátně ubližováno (syndrom CAN),
- **nevtíravý**, dítě by se mělo cítit spokojeně a uvolněně,

- **cílevědomý**, dítě by mělo přesně vědět, jaký má jeho společná práce s pracovníkem smysl, tedy „proč tam chodí“. (Geldard, Geldard, 2008)

### 3.8.3 Hranice ve vztahu mezi pracovníkem a klientem

Hranice ve vztahu mezi dvěma lidmi je jistým dělítkem, které určuje, co je záležitostí jednoho člověka a co již druhého člověka. Každý z účastníků vztahu může rozdělení kompetencí vnímat odlišně.

Je to podobné rozdělení pravomocí, jaké vymezuje hranice mezi dvěma státy. Co se stane na území jednoho státu, podléhá jeho zákonům a jeho výkonné moci, druhý stát nemůže do řešení takové události přímo vstupovat.

Zřetelnou hranici vůči okolí musí mít každý fungující celek, vše, co se nachází uvnitř organismu, je účelně poskládáno pro jeho optimální fungování a vývoj. A zároveň hranice představuje ochrannou bariéru vůči tomu, co je venku.

Stejný smysl má i hranice psychická, hranice vlastního já, která se uplatňuje v mezilidských vztazích. Pokud by bral každý člověk v úvahu životní zájmy všech ostatních lidí, zvířat či přírody a planety, pak by nepřežil. Každý má tedy primárně na starosti sám sebe. (Kopřiva, 2011)

## 4 Trauma a traumatické události

„Aby člověk dokázal odložit zármutek, je občas nutné zas a znovu prožít každý okamžik, probrat jej a rozebrat a znovu jej objevit. Nakonec se však srdce vyrovná s minulostí a přetvoří ji ve vzpomínku – a život může pokračovat.“

Peter Gray

### 4.1 Uvedení do problému

**Trauma** je následkem takových okolností, kdy je člověk uvězněn v ohrožující situaci, která překračuje individuální možnosti zvládnání a je provázena intenzivním prožitkem bezmoci a pocitem, že je člověk vydán na milost a nemilost. To vyvolá trvalý otřes v pojetí sebe a světa, kdy oběť považuje vnucenou bezmoc za vlastní selhání a za reprezentativní situaci.

Z neurobiologického pohledu (Grave, 2007) bychom trauma mohli vidět jako „negativní událost, při které dojde k neodeznívající neuronálně-fyziologické stresové reakci, jež má trvalé a škodlivé následky“.

Analytický pohled podává Ursula Wirtzová (2005), ta trauma vnímá jako vynucený stimul proměny, součást individuace, iniciace do jiného prostoru vědomí. Proces proměny je tvořen fází zničení a znovuzrození. Člověk je dle ní v návaznosti na evoluční teorie „ten, kdo přežívá a překonává“; lze ho chápat jako jednotku bio-psycho-socio-spirituální. Spiritualita transcenduje naše vědomí, dodává existenci smysl a hodnotu. Trauma lze chápat jako duchovní krizi, která ničí nebo zpochybňuje dosavadní hodnoty a smysl; nebo případně jako transformativní spirituální proces.

**Psychická traumatizace** (Müller, Müller, 2003, s. 427) (řec. trauma: zranění, rána, silný otřes) je velice komplexní proces, který se skládá z různých komponent a není ještě do všech podrobností prozkoumán.

Pro lepší pochopení celého fenoménu traumatu můžeme rozlišit:

1. **traumatickou situaci,**
2. **reakci na expozici a**
3. **traumatický proces.**

Traumatickou situaci lze porozumět na základě vzájemného působení konkrétních objektivních okolností a jim připisovaného subjektivního významu. Ten úzce souvisí s životní historií jedince (stejná negativní událost může být pro někoho traumatem s trvalými a škodlivými následky a pro druhého nikoliv).

## ***Traumatická situace***

Traumatické situace můžeme dělit na:

1. **Traumatizace interpersonální** – způsobené druhou osobou (např. mučení, zneužívání dítěte, znásilnění, rukojmí atd.); mají větší dopad na vztahové postoje.
2. **Traumatizace následkem vyšší moci** – přírodní katastrofy, neštěstí; ovlivňují spíše postoje k prostředí nebo k vlastnímu tělu.

U žen je sexuální traumatizace častější než u mužů; u mužů je častější traumatizace v souvislosti s bojovými akcemi a vyšší mocí. K traumatizaci může dojít zprostředkovaně (tedy pozorováním apod.) nebo bezprostředním prožíváním událostí, které představují ohrožení vlastního těla a života nebo života jiné osoby. (Müller, Müller, 2003, s. 427)

Jiné rozdělení používá Franz Rupert (2008, s. 53–106), který rozlišuje čtyři základní typy traumat (traumatických situací):

1. Existenciální traumata
2. Traumata ze ztráty
3. Traumata z narušené vazby
4. Traumata z narušeného systému rodinných vazeb

### *1. Existenciální traumata*

Jde o život a smrt, o holé přežití situace. Jsou to případy přírodních katastrof, dopravních nehod, válečných situací. Základním pocitem je smrtelná úzkost. Osoba většinou na konci traumatické situace ztuhne.

### *2. Traumata ze ztráty*

Člověk trvalou nepřítomností určité osoby nebo její smrtí ztrácí vazbu, která je pro něj důležitá. Vzniká např. pro nemluvně, když je delší dobu vzdáleno od matky, když matka předčasně zemře, když se rodiče brzy rozvedou, když dítě odevzdají k adopci či trvalé péči, při interrupci, smrti vlastního dítěte. Po takovém traumatu ze ztráty zůstávají v člověku pocity jako strach z opuštěnosti, vztek, bolest a smutek. Dlouhodobým důsledkem jsou deprese.

Zdravé já může dobře fungovat ve všech situacích, které nemají nic společného se smrtí. „*Já přežití*“ pozorně registruje vše, co se týká tématu života a smrti. Pro zdravé já je pak těžké vrátit se k normální radosti ze života, ta je spjata s úzkostí a se strachem, že to, co si nejvíce zamilujeme, zase ztratíme.

### 3. *Traumata z narušené vazby*

Trauma vazby znamená, že je traumatizována základní duševní potřeba dítěte mít emocionální vazbu k matce. Dítě se cítí bezmocné a neschopné připoutat k sobě svou matku a otce. Traumatizace této prapůvodní potřeby dítěte má dalekosáhlé důsledky pro celý další vývoj jeho osobnosti.

Studiem existence potřeby vazby se zabýval John Bowlby (2010). Dítě je se svojí matkou spjato od samého počátku života (těhotenství, porod) a nadále je na matce všestranně závislé, neboť je dosud nesamostatné. Je pro něj zásadně důležité, aby ho matka po porodu přijala a přijala plnou odpovědnost za jeho další růst.

Pro dítě, vyžadující vazbu, vzniká situace traumatu vazby, jestliže jeho matka není s to vybudovat si a připustit vazbu k němu. Děje se tak především v případech, je-li matka traumatizovaná, a tudíž vnitřně rozštěpená a nemůže pak svým *zdravým já* reagovat na dítě, protože intenzivní pocity ji okamžitě dostávají do stavu jejího *já přežití*, které podobné pocity potlačuje a brání se jim. Za příznivých okolností se taková matka sice může o dítě postarat, nakrmit je, umýt, přebalit a obléct, ale každý intenzivnější tělesný kontakt v ní vyvolává nebezpečí retraumatizace. Matčina část přežití ignoruje emocionální potřeby dítěte, neregistruje je nebo je falešně interpretuje. Orientuje se spíše na vlastní potřeby a nálady než na potřeby a přání dítěte. Novorozené dítě cítí svou traumatizovanou matku jen jako mechanicky fungující tělo, necítí z ní vřelost a lásku. Matka ho drží, ale dítě necítí oporu. Hlas matky mu nezní měkce a láskyplně, nýbrž chladně a věcně. Dítě vnímá, že se jeho matka vyhýbá jakémukoli emocionálnímu sblížení. Čím více dítě vyhledává emocionální blízkost, tím větší vnitřní distanci a mocnější ochrannou hradbu matka mezi sebou a dítětem vytváří.

### 4. *Traumata z narušeného systému rodinných vazeb*

Trauma může působit na celý systém mezilidských vazeb, často bývá logickým důsledkem situace traumatické vazby. Traumata vznikají, když se v systému vazeb dějí věci, které odporují základnímu principu vazby.

Když muži a ženy se svými rozštěpeními žijí spolu střídavě v šarvátkách a vzájemných objetích, není divu, že dělají věci, jimiž překračují meze věcí tolerovatelných, dokonce v sociálním prostředí ovlivněném traumaty: incest, četné interrupce, zabíjení dětí po porodu, strašících dětí pod rouškou údajné nehody, apod.

Např. matka, která zavraždí své dítě – dojde k rozštěpení v samém jádru její duše, v oblasti identity. Musí se duševně rozdělit na část, která dělá, jako by se nic nestalo, a část, která ve své hloubi pohřbí pocity viny a studu za skutek, který se stal. Odštěpená traumatizovaná část po činu naprosto ztratila vnitřní vodítko. Děsí se vlastního skutku. Může být tudíž v jednom okamžiku smutná a plakat nad tím, co se stalo a co sama provedla, ale v dalším okamžiku může bez přechodu propuknout v hysterický smích. Může být milá a vzápětí zlá. Stala se sama pro sebe nepředvídatelnou.

### *Reakce na expozici*

Samotná fáze expozice se vyznačuje **disociativními fenomény**, které je třeba chápat jako ochranné opatření a pokus o zpracování situace a reorganizaci subjektu: např. změněné prožívání prostoru, času a vlastní osoby s depersonalizací/derealizací, tunelové vidění (zúžení zorného pole), distancované vnímání, poruchy paměti. To, co bylo prožito ve stavu vysokého afektivního vzrušení, se neuchovává v obvyklých kategoriích prostoru, času a příčiny, ale ve formě nesouvisajících smyslových fragmentů (elementy pachové, obrazové, hluku). Ty zůstávají po dlouhou dobu v paměti aktivní jakoby ve „zmrazeném stavu“ a mohou se vracet v podobě živých vzpomínek jako „flešbky“.

Z neurobiologického pojetí (Grave, 2007, s. 161) představuje traumatická událost vždy velmi intenzivní strachový podnět, který vede k silné bezprostřední reakci amygdaly. Zde dochází ke klasickému podmiňování zrakových, sluchových a jiných smyslových podnětů spojených s událostí. Takové podmiňování je velmi silné a obtížně vyhasíná. Paměťové stopy mohou být v plné síle aktivovány odpovídajícími zvuky, zápachy nebo obrázky. Úzkostná reakce uložená v amygdale (*implicitní paměť*) nevyhasíná, ale je ji možno tlumit. Tlumení vychází z orbitofrontální kůry ve spolupráci s hipokampem, který je zodpovědný za zpracování a uložení kontextových informací (*explicitní paměť*). V případě, že došlo k disociaci implicitního a explicitního zapamatování traumatické události, nemůže dojít k tlumení úzkostné reakce. Neurobiologické výzkumy se shodují v tom, že traumatická událost se velmi dobře ukládá do implicitní paměti, ale méně do explicitní paměti, takže následný vznik traumatu do značné míry souvisí s **disociací implicitního a explicitního zapamatování** traumatické události.

Normální proces zpracování **negativní** zkušenosti vypadá zpravidla tak, že dotyčná osoba o události vypráví někomu blízkému, znovu si zpřítomní, co se skutečně stalo, a do určité míry to ještě jednou prožije, tentokrát ale v jiném, neohrožujícím kontextu. Později ve spánku i za několik týdnů dochází k ukládání dané zkušenosti, přičemž jsou do procesu stále více zapojovány mozkové struktury, které se na události původně podílely. A právě k takovému procesu utváření explicitních paměťových obsahů po **traumatické** zkušenosti pravděpodobně v dostatečné míře nedochází.

Dlouhodobá paměť ukládá významné zkušenosti, např. poznatky nutné k vykonávání nějaké činnosti či poznatky životně důležité. Vštěpování informace do dlouhodobé paměti trvá přibližně 30 minut a může probíhat buďto záměrně (např. mechanickým opakováním – memorováním), nebo bezděčně.

Organizace údajů v dlouhodobé paměti můžeme rozdělit na (Plháková, 2010):

- a) implicitní (procedurální) paměť – slouží k zapamatování dovedností a pravidel, pomocí nichž lze tvořit nové smysluplné celky. Informace v ní uložené jsou hůře verbálně vyjádřitelné. Implicitní paměť je vývoje starší, odolnější a relativně nezávislá na paměti explicitní. Vštípení do implicitní paměti může probíhat i nevědomě. Implicitní paměť obsahuje dovednosti, postupy a návyky (např. jízda na kole). Uchovává informace pomocí emočního podmiňování (asociace mezi emocemi a vnějšími vlivy) či pohybového podmiňování. Jsou zde části odpovědné za „priming“ – zcitlivění vůči relativně novým podnětům – a neasociativní učení – reflexní reakce.
- b) explicitní (deklarativní) paměť – uchovává vzpomínky a faktické znalosti. Informace v ní jsou verbálně vyjádřitelné a před vštípením musí projít vědomím. Explicitní paměť ještě můžeme rozdělit na sémantickou, epizodickou a autobiografickou. Sémantická paměť – obsahuje obecná fakta bez vztahu k místu a času vštípení; epizodická paměť – uchovává informace o událostech, zahrnující rozměr časový, prostorový a citový; autobiografická paměť – obsahuje vzpomínky na vlastní život – osobní zážitky.

Symptomům, které se objevují v postexpoziční fázi, lze rozumět jako pokusům organismu zpracovat prožitou zkušenost, což se může zdařit lépe či hůře.

Charakteristické jsou symptomy posttraumatické stresové poruchy (PTSD – posttraumatic stress disorder). Intrapsychická regulace, která se projevuje v symptomech PTSD a jejímž cílem je reorganizace, se vyznačuje střídáním znovuprožívání (intruze, vzpomínání) a obrany vůči prožitému (popření, zapomínání – aby se předešlo opětovnému zaplavení podněty). Tak se např. objevují doznívající vzpomínky (flash-backs) střídavě s pocity otupělosti a emocionální netečnosti. Přetrvávající panické stavy emocionálního ustrnutí mohou být známkou chybného procesu zpracování.

Zpracování traumatu (někdy hovoříme o integraci traumatu) je zdařilé v tom případě, když se může uzavřít cyklus traumatických reakcí, vzdor dočasnému vykojení. Z oběti traumatu se stává jedinec, který přežil trauma.

### *Traumatický proces*

Jestliže se integrace nezdaří, dochází k traumatickému procesu, který je poznamenán dilematem: organismus se má přizpůsobit zkušenosti, aniž by měl možnost se s ní konfrontovat nebo vyrovnat, jelikož je příliš neúnosná. Pak se vyvine buď chronická PTSD (při nedostatečné obraně), nebo dojde k celkovému ustrnutí osobnosti (při nadměrné obraně).

Ve fázi po expozici mohou podpurné faktory prostředí usnadnit zpracování traumatu a zabránit tak přechodu do traumatického procesu.

## 4.2 Trauma a disociace

**Trauma a disociace** (lat.: oddělení, rozštěpení, opak je asociace) jsou velmi úzce spjaté fenomény. Poznat koncept disociace je nezbytné pro porozumění průběhu a především způsobu léčení traumatu.

### **Disociace v zátěžových situacích**

Když je nám nějaká situace emocionálně příliš obtížná, své pocity redukuje nebo z nich vnitřně „vystoupíme“. ***Zátěžové situace způsobují spíše jen krátkodobé oddělení pocitů od vědomí.***

### **Disociace a stres**

Mnohé disociace jsou jen dočasné. Jakmile pomine zátěžová situace a nastane situace příjemná, můžeme své vytěsňené pocity opět uvolnit. Čím déle však zatěžující situace a emocionální stres trvají, nebo se dokonce



přiostrhují, tím těžší je opět pociťovat to, co jsme na přechodnou dobu potlačili. Za určitých okolností je zapotřebí delšího časového odstupu od situací, které stres vyvolaly, aby se člověk mohl zase cítit duševně integrovaný. ***Stresové situace vedou k děletrvajícím pociťovým disociacím, které mohou po odeznění stresové situace ustupovat.***

***Traumatické prožitky – způsobují hluboká rozštěpení, která vedou k trvalému oddělení těla, pocitů a ducha.***

Disociace představuje jev, který má v oblasti psychologického bádání více než stopadesátiletou historii a kterému se věnovala celá řada významných osobností psychologického výzkumu. V dnešní době disociace představuje velice rozšířený a nosný koncept v oblastech obecné psychologie, psychopatologie, klinické psychologie a dalších. Přes intenzitu a extenzi, s jakou se různí badatelé a teoretici disociaci věnovali, neexistuje doposud jednotné pojetí, které by podalo základní možný a obecně přijatelný výklad podstaty disociativních jevů.

Pojem disociace poprvé použil a termín podrobně rozpracoval Pierre Janet (1859–1947), který chápal disociaci jako porušení psychické jednoty v důsledku závažných stresujících událostí, které nezapadají do stávajících kognitivních schémat. Na teorii disociace navázal také Sigmund Freud, který svůj koncept psychoanalýzy rovněž opírá o teorii intrapsychického konfliktu. V podobném kontextu uvažoval i Eugen Bleuler (1857–1939), který na konceptu štěpení psychické jednoty postavil nové vymezení schizofrenie, do té doby chápané jako *dementia praecox*. V návaznosti na Bleulera a Janeta (a později také ve spolupráci s Freudem) rozvinul významnou měrou teorii disociace také Carl G. Jung. Ze současnějších badatelů je možno jmenovat např. E. R. Hilgarda. (Ptáček, 2006)

Konceptů disociace a popisů mechanismu disociace existuje celá řada, zde se seznámíme se dvěma z nich:

### ***C. G. Jung a disociace***

Normální reakcí duše na traumatický zážitek je stáhnout se z dějiště zranění. Není-li možné se stáhnout, pak se musí stáhnout nějaká část, a aby se to mohlo uskutečnit, musí se jinak ucelené ego rozštěpit na fragmenty neboli *disociovat*. Disociace je normální součástí psychických obran proti potenciálně ničivým účinkům traumatu, jak dokázal před mnoha lety Jung svým asociačním experimentem. *Disociace je trik, který duše používá sama*

na sebe. Umožňuje pokračování života tím, že rozdělí nesnesitelnou zkušenost a rozstrká ji do různých koutů mysli a těla, zejména do „nevědomých“ aspektů mysli a těla (Kalsched, 2011, s. 28). To znamená, že normálně jednotné prvky vědomí (tj. kognitivní bdělost, emoce, vjemy, představivost) se nemohou vzájemně propojit. Samo prožívání se stává nespojitým. Představivost se může odštěpit od emocí, anebo jak emoce, tak fantazie mohou být disociovány od vědomého poznání. Objevují se záblesky vjemů zdánlivě vytržené z kontextu chování. Vzpomínky na vlastní život jsou útržkovité – člověk, jehož život byl přerušen traumatem, nedokáže vyprávět ucelenou historii.

U člověka, který utrpěl nesnesitelnou bolest, umožňuje psychická obrana ve formě disociace, aby jeho život pokračoval dál, ale za velkou vnitřní cenu. Vnější trauma končí a jeho účinky mohou být z velké části „zapomenuty“, avšak psychické účinky traumatu nadále zaplavují vnitřní svět, a sice ve formě určitých představ, jež se shlukují kolem silné emoce, které Jung nazývá „pocitově zbarvené komplexy“. Tyto komplexy mají tendenci vystupovat samostatně jako děsivé vnitřní „bytosti“ a ve snech jsou reprezentovány útočícími „nepřáteli“, zákeřnými zvířaty atd.

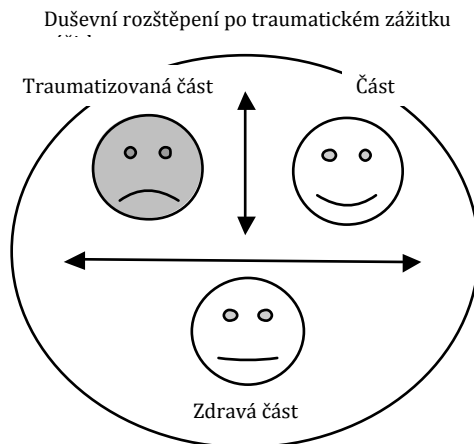
**Plný patologický účinek traumatu vyžaduje, dle Junga, vnější událost a nějaký psychologický faktor. Samotná vnější traumatická situace duši nerozštěpí. Rozštěpení způsobí nějaký vnitřně-psychický činitel, vyvolaný traumatickou situací.**

### *Mechanismus štěpení (disociace) dle popisu F. Rupperta (2008)*

Po traumatické situaci zasahuje **mechanismus štěpení**. Z duševní struktury, která byla před traumatem integrována (předpokládejme, že dosud neměla žádný traumatický zážitek), se stane struktura rozštěpená.

Nakolik je to možné, udržuje se jedna část duše co nejdále od traumatické zkušenosti – zdravá neboli nadále **zdravá část**. Jiná část duše v sobě uschovává traumatické zkušenosti – **traumatizovaná část**. Jako doplněk k traumatizované části pak vzniká část, která se zabývá překonáváním traumatické zkušenosti – **část přežití** (Ruppert, 2008, s. 30).

Existují tedy tři části jedné duše, které jsou disociativními procesy aktivně udržovány v oddělení a vyvíjejí se nadále každá zvlášť (obr. 1).



**Obrázek 1.:** Rozštěpení člověka po traumatické zkušenosti  
(Ruppert, 2008, s. 31)

**Hlavním cílem tohoto procesu štěpení je oddělit traumatizovanou část od vědomého vnímání, cítění, myšlení a jednání, a pokud možno ji udržovat v odstupu.** To je základním úkolem *části přežití*. Ta má tudíž přístup k vědomým a i nevědomým procesům, kdykoli se projevuje traumatizované já. *Zdravé já* musí dát prostor *já přežití*, kdykoli se to jeví nezbytné, aby se nedostalo do další traumatické situace. Duševní struktura jako taková se rozštěpila, zatímco část, která v sobě nese vzpomínku na trauma, se odstěpila.

### Zdravé části

Zdravé části jsou to, co nebylo zničeno traumatem. Jedná se o soubor integrovaných struktur, které si člověk dokázal vytvořit v průběhu života a které může budovat dále i po traumatizaci (např. otevřenost pro vjemy, orientace v realitě, schopnost regulace pocitů, schopnost reflexe, kontaktu, empatie, ochota přijmout odpovědnost). Významný termín tematiky je **resilience** (odolnost vůči osudovým ranám, predispozice k adaptivnímu vývoji a k odolávání nepříznivým okolnostem).

## Traumatizované části

Traumatizované já je duševní úschovnou všech špatných zkušeností a nepříjemných prožitků, které vyvolaly trauma: panické úzkosti, pocitu bezmoci, bezvýchodnosti, bolesti, zoufalého vzteku, studu, viny atd.

Já přežití stárne, zatímco traumatizované já zůstává stále přibližně stejně staré, neboť nemůže získávat nové zkušenosti, nebo jen ve velmi omezené míře. Automaticky spuštěné tělesné kontrolní mechanismy odřízly traumatizovanému já přístup k životu a k vědomé existenci a strategie já přežití mu v přístupu dále zabraňují. Nemůže se tedy učit nic nového. Traumatizované já tudíž zůstává po celý svůj život na tom vývojovém stupni, do kterého dospělo v době, kdy k traumatu došlo. Je stále uzavřeno ve svém vlastním světě bez vyhlídek na změnu a zabývá se jedině tím, jak vydržet vzpomínku na trauma. Je zaujato minulostí jako jedinou podobou své přítomnosti (Ruppert, 2007, s. 34–35).

Někdy se traumatizované já působením určitých obrazů, hlasů, pachů nebo tělesných kontaktů, jež se podobají původní traumatické zkušenosti, ocitne v poplašeném stavu a domnívá se, že se trauma bude právě teď, v tento okamžik, opakovat (trigger – spouštěč nebo spínač, který uvádí traumatizované já do akce). Traumatizované já je vytrženo z izolace, je vzrušeno a začíná se chovat panicky. V podstatě každá zkušenost retraumatizace vyvolává psychotický stav. Dotyčný nežije svou přítomnost, nýbrž myslí, cítí a jedná jako v minulosti.

### Části já přežití

Já přežití se snaží být co nejdále od traumatizovaného já. Může myslet, cítit i jednat, ale chybí mu niterný emocionální vztah. Já přežití je strážcem rozštěpení. Musí vynakládat veškerou pozornost a energii na to, aby se spolu nesešly traumatická vzpomínka a vědomá zkušenost. Stará se o to, aby traumatizované já nezískalo kontrolu nad vědomým prožíváním a jednáním. Já přežití má obavu, aby se některé z vjemů a pocitů, které aktuálně má, nestaly řečištěm, jímž se spustí proud emocí z traumatizovaného já (Rupper, 2008, s. 36).

**Já přežití rozvíjí 5 hlavních strategií**, jak udržovat rozštěpení mezi sebou a traumatizovaným já (Rupper, 2008, s. 36–39):

1. **Vyhýbání:** já přežití se vyhýbá všem situacím, které se podobají původnímu traumatu a mohly by na ně upomínat. Jde z cesty jakýmkoli obrazům, vyhýbá se určitým slovům, straní se všech pocitů. Já přežití

dělí okolní svět na emocionálně bezpečné a emocionálně nebezpečné zóny. Dochází k blokadě pocitů. Až do úplného vyčerpání se zahrnuje úkoly a povinnostmi, jen aby nemuselo vnímat traumatické pocity. Je vděčné za každé vyrušení, neboť nechce dojít klidu. Klid je pro něj nebezpečný, mohly by se objevit emoce.

2. **Kontrola:** já přežití se snaží dostat pod kontrolu kritické situace, když už se jim při veškeré opatrnosti nemůže vyhnout. Zaměřuje se do vlastního nitra – jakmile se objevují pocity, jsou potlačovány. Kontroluje chování druhých lidí – manipuluje nebo striktně přikazuje, co mají a nemají dělat. Základní strategií já přežití je odvracet sebe i druhé od nebezpečných pocitů a vzpomínkových obrazů a zabývat se jinými, nepodstatnými věcmi, sotva se ty nebezpečné objeví. Z takového kontrolujícího já přežití se může vyvinout diktátor celého okolí. Já přežití se vyčerpává nad meze svých možností a zabrání mu v tom nakonec až úplné tělesné zhroucení.
3. **Kompenzace:** já přežití pátrá po náhradách za to, co už nemůže mít přirozenou cestou právě pro užívání strategie vyhýbání a kontroly. Maskou, za níž se skrývá, se stává strojená bodrost, šaškování nebo hysterický smích. Náhradou za radosti, které mohou přinášet mezilidské kontakty, se mu stává nadměrná konzumace jídla a pití. Každodenní drogy – káva, nikotin, někdy i tvrdší –, mají dotyčným přinášet zážitky, které uměle povzbuzují nebo přinášejí ulehčení, když je stav, v němž se já přežití ocitá, příliš nesnesitelný.
4. **Iluze:** iluze jsou pro já přežití důležitým pomocným prostředkem. Realita traumatu je příliš nesnesitelná, a tak je útek do iluzí jedním z možných východisek, jak to nevzdat a nezemřít. Iluze vytvářejí krásné zdání, činí realitu krásnější a živí klamně naděje. Jsou prostředkem jak klamat sebe i druhé. Iluze jsou marné naděje já přežití. Pokud se nějaká iluze zhroutí, já přežití honem vystaví nový, ještě pevnější obraz ideálního světa. Vzdát se iluzí by znamenalo přijmout vlastní trauma, skutečně pocítit vnitřní prázdnotu a propastné úzkosti, znovu připustit obrovskou bolest.
5. **Další štěpení:** když výše zmíněné strategie nepomáhají, má já přežití stále ještě možnost dalšího štěpení. Tu část, jejíž vnímání se stává nesnesitelným, potlačí do nevědomí. To, co zbude, pak pocituje o něco lehčeji, ale ztrácí další kus vztahu k realitě.

Já přežití dělá, co může a snaží se ze všech sil, aby člověk po traumatu mohl žít dál. Akceptuje rozštěpení jako nový základ pro svou existenci. Nedokáže si ani představit, že by se rozštěpení zase scelilo. Nevědělo by, jak to udělat. Není s to spojovat problémy, které se v životě vynořují, s rozštěpením. Pokud ano, pak vidí v rozštěpení řešení, nikoli jádro problému. Já přežití nechce a ani nemůže poznat duševní pravdu o traumatu. Jeho domněnky, proč že má pořád potíže, jsou uvězněny v přítomnosti.

Psychoanalytickou terminologií bychom strategie já přežití mohli označit za *odpor* proti změnám, za *obranné mechanismy* nebo *charakterové deformace*. Podle psychotraumatologie G. Fischera bychom je přiřadili ke „schématu kompenzace traumatu“. V koncepci „vnitřních hlasů“ (H. a S. Stoneovi) by strategie využívané části přežití odpovídaly hlasům „ochránce“, „vnitřního kritika“ nebo „kontrolora“. (Ruppert, 2008, s. 40)

Různá traumata nebo opakovaná traumata téhož druhu vedou k vyššímu počtu rozštěpení. Každým traumatem se duše štěpí a vzniká v ní traumatizovaná část a část pro přežití.

### 4.3 Symptomatologie traumatu

Jestliže se nezdaří zpracovat traumatickou situaci, může se vyvinout Posttraumatická stresová porucha (PTSD) jež je MKN-10 (mezinárodní klasifikace nemocí) definována následovně (zpracováno z knihy P. Smolíka *Duševní a behaviorální poruchy: MKN-10, DSM-IV., 2002*).

#### Posttraumatická stresová porucha

PTSD je opožděná a protrahovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci krátkého nebo dlouhého trvání, která má výjimečně nebezpečný nebo katastrofický charakter a která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv. Typickými projevy jsou epizody opakovaného znovuprožívání traumatu v podobě živých vzpomínek (flešbaky), snů nebo nočních můr, při kterých se znovu vynořují dosud živé pocity ochromení a emočního oploštění, odtazení se od ostatních lidí, netečnost vůči okolí, anhedonie a vyhýbání se činnostem a situacím připomínajícím trauma.

## Diagnostická kritéria MKN-10 pro PTSD

- A. Pacient musel být vystaven stresové události nebo situaci krátkého nebo dlouhého trvání, výjimečně nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv.
- B. Musí se vyskytovat neodbytné vybavování nebo „znovuprožívání“ stresoru v podobě rušivých „flešbeků“, živých vzpomínek nebo opakujících se snů, nebo prožívání úzkosti při expozici okolnostem připomínajícím nebo spojeným se stresorem.
- C. Pacient se musí vyhýbat nebo dává přednost vyhýbání se okolnostem, které připomínají nebo jsou spojené se stresorem, přičemž toto vyhýbání nebylo přítomno před expozicí stresoru.
- D. Musí být přítomno kterékoli z následujících kritérií:
  - 1) neschopnost vybavovat si, částečně nebo úplně, některé důležité momenty z období expozice stresoru,
  - 2) jsou přítomny kterékoli dva z následujících příznaků zvýšené psychické citlivosti a vzrušivosti, které nebyly přítomny před expozicí stresoru:
    - a) obtíže s usínáním nebo udržováním spánku,
    - b) podrážděnost nebo návaly hněvu,
    - c) obtíže s koncentrací,
    - d) hypervigilita,
    - e) nadměrná úleková reaktivita.
- E. Kritéria B, C a D musí být splněna v průběhu 6 měsíců od stresové události nebo od konce období stresu. Někdy může být účelné diagnostikovat i po delším období než 6 měsíců, ale důvody by měly být zřetelně specifikovány.

## Epidemiologie PTSD

Prevalence v celkové populaci je uváděna mezi 0.5 a 1 %. Závisí na populačním vzorku epidemiologické studie. U rizikových skupin (váleční veteráni, oběti sopečných erupcí nebo kriminálních činů) se uvádí rozmezí 3–58 %. Poměr muži : ženy je 1 : 2.

## Etiologie a patogeneze PTSD

Multifaktoriální etiologie souvisí s genetickou i získanou psychologickou výbavou jedince. Predispoziční faktory, jako jsou osobnostní rysy, např.

kompulzivní, astenické nebo předcházející neurotické onemocnění, mohou snížit práh pro vývoj syndromu nebo zhoršit jeho průběh, ale nejsou ani nezbytné, ani dostačující pro jeho vysvětlení.

## **Průběh a prognóza PTSD**

Může vzniknout v kterémkoliv věku po traumatu po období latence. Latence může trvat týdny až měsíce. Průběh je proměnlivý, ale ve většině případů dochází k uzdravení. U malé části jedinců může mít porucha chronický průběh a trvat mnoho let s případnou přeměnou v přetrvávající změně osobnosti (F62.0). K poruše obvykle patří nadměrné vegetativní podráždění s hypervigilitou (nadměrnou ostražitostí), zvýšená úleková reakce a insomnie. Běžně jsou s příznaky poruchy spojeny úzkost a deprese, poměrně časté jsou suicidální myšlenky.

## **Diferenciální diagnóza PTSD**

- a. *Jiná duševní porucha.* Mohou být uvedeny obě diagnózy.
- b. *Akutní reakce na stres.* Začátek bezprostředně po stresu, dříve odeznívá.
- c. *Simulace.*

## **Léčba PTSD**

- a. Akutní typ. Přemístění pacienta z místa traumatické expozice. Rozhovory o traumatické situaci, psychická podpora, nepřipustit „statut nemocného“ (např. podáváním psychofarmak), co nejrychleji expoziční trénink.
- b. Chronický (opožděný) typ. Není jednotné terapeutické schéma. Opatrný expoziční trénink, symptomaticky psychofarmaka, psychoterapie.

## **4.4 Terapie traumatu**

Na základě neurobiologických poznatků se dá očekávat zlepšení symptomů traumatu především tehdy, pokud se podaří odstranit disociaci mezi explicitní a implicitní paměti vztahující se k traumatické události. Tedy vytvářet dobře zpracované explicitní paměťové obsahy vázané na traumatickou událost (nově vytvořený kontext, který ruší ohrožující význam podnětů).



Z klinických poznatků však vyplývá, že tohoto nejde dosáhnout přímou cestou. Přímá abreakce bývá škodlivá, jedná se vlastně o retraumatizaci. Na trauma se nevzpomíná, trauma je vždy znovu spuštěno. Terapie spočívá ve zpracování na úrovni pro klienta bezpečné a zvládnutelné (symboly, obrazy – integrace traumatu do životního příběhu).

Trauma lze „léčit“ množstvím způsobů, my si v následujícím textu přiblížíme dva z nich.

### *Katatymně imaginativní psychoterapie* (Müller, Müller, 2003)

Pro terapii traumatu je obzvláště vhodná *imaginativní forma terapie* (imaginace, imaginace aktivní), neboť právě tato terapie umožňuje propojit ná-zorné myšlení, re-inscenování vztahů a tělesné vnímání se sférou řečového projevu a racionálního porozumění. (Müller, Müller, 2003, s. 421)

Koncept imaginativní terapie, jak se užívá např. v **katatymně imaginativní psychoterapii**, stojí na třech pilířích (tři fáze): **1. vytvoření vztahu; 2. stabilizace; 3. integrace traumatu.**

- 1. Vytvoření vztahu.** V rámci strukturovaného postupu zakouší klient na jedné straně optimální ochranu, na druhé straně povzbuzení a možnost strukturálního dozrávání já. Klienti s PTSD jsou ve značné míře náchylní k zaplavení, prožitkům „flešbeků“ a retraumatizaci. To se zohledňuje ve využití vhodných speciálních stabilizujících motivů – např. imaginace chráněného místa; květiny na chráněném místě; vnitřního pomocníka; moudré postavy; chrámu klidu. Tyto archetypové motivy oslovují všechny aspekty lidského bytí. Základním předpokladem a vstupním motivem pro všechny další postupy je motiv chráněného nebo bezpečného místa. Ve způsobu, jak se bezpečné místo vytváří a jak se s ním zachází, lze spatřovat na jedné straně diagnostická kritéria, na druhé straně se zde již ukazují první ambivalentní prožitky. Vědomé, dospělé já se cvičí a dovolí klientovi první korigující zkušenost ochrany sebe. Souhrnně vzato, všechny stabilizující motivy podporují dosud nedostupné zdroje; tak působí např. moudrá postava, která mimo jiné otevírá cestu ke spirituálnímu prožívání, což bývá právě pro traumatizované velmi často oporou.
- 2. Stabilizace.** Práce v počáteční práci terapie se vyznačuje orientací na pozitivní životní sílu, první záblesky naděje a na důvěru; práce s vnitřním dítětem (archetyp dítěte, dítě, božské), jež na tuto fázi navazuje, je podstatně náročnější. Obtíže souvisejí především s prací se „zraněným vnitřním dítětem“, které svým způsobem reagování nese odpovědnost

za prožitky „flešbeku“, zaplavení duše a disociaci. Toto „zraněné vnitřní dítě“ vede vlastní život, který se vymyká sledování a kontrole dospělého, rozumně jednajícího já (transakční analýza). V terapii je třeba: objevit vnitřní dítě, společně – terapeut i klient – se mu věnovat, porozumět jeho zranění, přijmout je a nakonec léčit. Tato práce umožňuje intrapsychickou regresi, aniž by se regrese rozšířila i na vztah. Podporuje také nezávislost klienta na terapeutovi a vede k nárůstu kompetence.

**3. Integrace traumatu.** Jestliže je o vnitřní dítě postaráno a je k němu možný dobrý přístup, lze začít s vlastní integrací traumatu. V souladu s modelem průběhu psychických traumatizací přitom jde o: a) zacházení s traumatickou situací, b) zacházení s traumatickou reakcí, c) změnu traumatického procesu. Ve většině případů upouští léčba katatymně imaginativní psychoterapií od konfrontace s reálným traumatem, a to vzhledem k riziku možné retraumatizace, která s tím bývá často spojená. Traumatu se dá čelit daleko šetrněji na symbolické úrovni (obraz, metafora, symbol). Cílem integrace traumatu je reintegrace dříve odštěpených pocitů, především bezmoci, pocitu být vydán napospas, pocitu studu, smutku a vzteku. Všechny kroky integrace traumatu se klientovi objasňují i na kognitivní úrovni, aby získal sebeurčení a kontrolu nad vším, co se v terapii děje. Konfrontace s pachatelem na začátku traumaterapie probíhá buď na symbolické úrovni, nebo imaginativně s reálným pachatelem. Jde při tom o to, aby spouštěcí momenty (trigger) už nevedly k identifikaci se zraněným vnitřním dítětem, aby dospělé já již pochopilo, že má kontrolu nad svým chováním a není bez ochrany vydáno v plen. Konfrontace s pachatelem se proto odehrává z pohledu dospělého já, které je obklopeno vnitřními pomocníky a má jistotu, že je o vnitřní dítě dobře postaráno na chráněném místě a s pachatelem se lze dnes setkat jinak. Vnitřní pomocníci se přitom starají o to, aby se pachatel nedostal příliš blízko k dospělému já, a úzkost se nyní dá chápat jako úzkost signální, která mobilizuje síly, jež jsou k dispozici, a tak se lze proti tomu, co ubližuje, bránit. V imaginaci tak může být pachatel pomocníkem zahuben nebo bezpečně uvězněn. Zničit to, co dítěti jednou způsobilo značnou újmu, je podstatnou součástí této konfrontace. V příštím kroku se konflikty, mobilizované traumatickým procesem v traumatické situaci, zpracují pomocí dalších motivů katatymně imaginativní psychoterapie. Nakonec se rovněž imaginativně propracuje smutek související s traumatizací a jejími následky. Cílem je vyjádřit vůči pachateli vše, co bylo kvůli traumatu znemožněno. Nakonec je

možné pochopit trauma v dosavadních životních souvislostech. Práce v závěrečné fázi – opět více orientovaná na zdroje – slouží k rozvíjení kreativity a vytvoření konkrétního životního plánu.

Terapie traumatu končí poté, co proběhnou všechny výše popsané fáze. Fáze však někdy musejí proběhnout několikrát, mnohdy i v terapeutických cyklech s několikaměsíčním přerušením a opětovným započítím terapie. S terapií lze postupovat kupředu jen tak rychle, jak to vyhovuje pacientovi, a řídí se tím, co je prospěšné pro pacienta. To může také znamenat, že terapie například skončí po fázi stabilizace. Vždy je důležité, aby terapie byla nejen účinná, ale aby byla jak pro pacienty, tak pro terapeuty pokud možno nejšetnější.

### ***Terapie desenzibilizace pomocí očních pohybů a přepracování (EMDR – eye movement desensitization and reprocessing) (F. Shapirová)***

(Prochaska, Norcross, 1999, s. 206–211)

Traumatické životní zkušenosti uvedou do pohybu patologické vzorce v oblasti afektů, chování, kognitivních pochodů, vjemů a z toho vyplývající osobnostní struktury. Patologické osobnostní struktury vznikají, protože určité informace nejsou zpracovány: namísto toho existuje traumatická informace, která je statická, nezpracovaná a zablokovaná v okamžiku, v němž byla během nepříjemné události uložena. Tyto dřívější znepokojující zážitky setrvávají v nervovém systému v podobě zvláštního specifického stavu. Trauma je, řečeno pomocí metafory, „chyceno v pasti“ nebo „uzamčeno“ v neurofyziologickém systému. Psychopatologie přetrvává i po traumatickém zážitku, protože každodenní podněty vyvolávají negativní pocity a přesvědčení, které jsou součástí traumatických vzpomínek. Nedostatečné zpracování traumatu vede k tomu, že v emočním prožívání a chování klienta se objevují reakce, které na trauma navazují. Trauma je udržováno ve stavu nepříjemného napětí, je neustále „probouzeno“ právě probíhajícími událostmi a projevuje se jako noční můry, záblesky nepříjemných vzpomínek, vtíravé myšlenky a vyhýbavé chování. Traumatické vzpomínky jsou zodpovědné především za patologickou osobnostní charakteristiku, neboť blokují systém zpracování informace. Vzhledem k tomu odblokování tohoto systému a přepracování vzpomínek změní osobnostní charakteristiku klienta.

EMDR je založeno na „modelu urychleného zpracovávání informace“ (pracovní hypotéza dle Shapirové, 1995). Základním procesem vedoucím ke změně je protipodmiňování pomocí desenzibilizace a kognitivní

restrukturalizace. Přiblížením se k traumatickým vzpomínkám se aktivuje systém zpracovávající informace, který je pak zpracovává do přijatelné podoby. Systém nejenže upravuje traumatické vzpomínky a zneklidňující informace, ale současně také mění pocity, myšlenky a vjemy. To vše dohromady mění lidskou identitu. EMDR urychlí zpracování informace směrem k jejímu rozplynutí a duševnímu zdraví. Přivodí i podstatné snížení úzkosti, s následujícím „osvobozením“ jejich zralých kognitivních procesů. Desenzibilizace a kognitivní restrukturalizace jsou vedlejšími produkty adaptivního přepracování na neurofyzické úrovni (Prochaska, Norcross, 1999, S. 208).

EMDR se skládá z osmi fází:

1. *První fáze* zahrnuje zaznamenání klientovy historie a naplánování léčby (nehodní kandidáti na terapii – klienti bez patřičné podpory okolí a klienti neschopní snést vysokou míru úzkosti – pro ty je vhodnější imaginativní forma terapie).
2. *Druhá fáze je přípravná*. Terapeut seznamuje klienta s procedurou EMDR, její podstatou a připravuje na případné obtíže mezi sezeními. Klienti jsou informováni o technickém provedení, používají se metaforu: „cesta vlakem“ či „sledování filmu“ (člověk sedí ve vlaku, kině a sleduje traumatické scény ubíhající za oknem či na plátně kina...). Klienti se musí naučit před desenzibilizací relaxovat a zklidnit mysl (nejprve nácvik).
3. *Fáze zhodnocení*. Terapeuti určují cíl terapie a sbírají základní data. Klient má vybrat jednu vzpomínku, tu nejstarší nebo nejhorší, se kterou se bude na sezení pracovat. Pak si vybere negativní poznání, které vyjadřuje dysfunkční nebo nezdravé sebepojetí, spojené s traumatem. Posléze klient musí uvést pozitivní poznání vypovídající o zdravém nebo adaptivním sebepojetí, které se váže k traumatu a má později při instalaci (5. fáze léčby) nahradit poznání negativní.
4. *Fáze desenzibilizace*. Nejdělsí a nejnáročnější fáze. Klient si musí vybavit traumatickou představu, myslet na negativní poznání a všimnout si pocitů s tím spojených. Zároveň sleduje terapeutovu ruku. Ten vyvolává u klienta co možná nejrychlejší oční pohyby, vedoucí z jedné strany orného pole na druhou, ale tak, aby to nebylo nepříjemné. Jedno kolo tvoří asi 15–30 bilaterálních očních pohybů. Po něm terapeut instruuje klienta, aby to „vymazal“ nebo „nechal být“ a aby „prohloubil svůj dech“. Klienti mají popisovat pocity, představy, vjemy či myšlenky na základě pobídek. „Co teď prožíváte?“, „Na co jste přišel?....“ Terapeut

se vyhýbá empatickým reakcím, nepovzbuzuje, žádá „Budte s tím“ či „Jenom na to myslte“.... Místo očních pohybů lze použít tukaní rukou a opakování sluchových podnětů apod. Desenzibilizace pokračuje celé sezení, každého cíle je obvykle dosaženo po několika sezeních (využívá se sebehodnocení klienta na škále SUD – subjective units of distress, kde 0 je žádná úzkost a 10 největší představitelná úzkost).

5. *Fáze instalace.* Jejím cílem je instalovat pozitivní poznání. Jakmile se klientovi ulevilo, může se u něj objevit adaptivnější poznání, které se propojuje s původní vzpomínkou.
6. *Fáze „body scan“.* Když je pozitivní poznání plně instalováno prozkoumává klient svým vnitřním zrakem celé své tělo a hledá místa neklidu a napětí, která následně odstraňuje pomocí očních pohybů.
7. *Závěr.* Klient se vrací do stavu rovnováhy a je žádán, aby si všiml všech bolestivých představ, myšlenek a snů, které se vyskytují mezi sezeními, terapeut připomene možnost využití naučených relaxací.
8. *Přehodnocení.* Jde o přezkoumání zážitků a úspěchů terapie, které slouží jako vodítka pro další rozvoj EMDR.

Samotné téma traumatu a terapie traumatu je v současné době ve středu zájmu jak výzkumníků, tak klinických pracovníků v oblasti duševního zdraví a je celkem zřejmé, že za řadou psychologických poruch (mimo PTSD, kde je traumatická etiologie zřejmá) stojí právě raná traumata, která neměla možnost být zpracována.

---

## 5 Náročné životní situace u lidí s tělesnou, mentální nebo kombinovanou disabilitou, u jejich rodin a partnerů

*„Uzdravování je proces, nikoli událost.“*

Anne Wilsonová Schaefová

### 5.1 Uvedení do problému

Život s dítětem, které má závažnou tělesnou, mentální nebo kombinovanou disabilitu, si většina z nás nedokáže představit a naštěstí také nemá přímou osobní zkušenost s touto náročnou životní zkouškou. Tato kapitola si klade za cíl přiblížit čtenáři některé aspekty života rodin, které této zkoušce byly vystaveny. Mluvíme-li o náročných životních situacích, musíme vzít v potaz vždy celý rodinný systém. Proto nás bude v následujícím pojednání zajímat situace i potřeby všech zúčastněných – člověka s disabilitou, primárních pečovatелů, partnerů, rodičů nebo sourozenců. Kapitola je rozčleněna na základní terminologické vymezení a části věnované problematice náročné životní situace, psychosociálním potřebám a procesu vyrovnávání se s disabilitou, včetně možných podob podpůrné intervence.

### 5.2 Terminologie

Termín *disabilita* pochází z Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, *disabilita a zdraví* z roku 2001 – významného dokumentu WHO, který vymezuje a klasifikuje terminologii používanou napříč pomáhajícími profesemi, zejména v oblasti rehabilitace. *Disabilitou* u jedince rozumíme určité omezení tělesných nebo psychických funkcí, které má vliv na jeho zapojení do důležitých životních situací a aktivit (tzv. participačních aktivit). Podle toho, které funkce jsou narušené, můžeme mluvit o disabilitách tělesných, mentálních, zrakových, sluchových a jiných. Kromě termínu *disabilita* se však stále používá termín *postižení*, byť již neodpovídá mezinárodním konvencím, kterými jsme jako členská země WHO vázáni. Mluvíme-li o *postižení*, vyjadřujeme tím projekci poruchy nebo *disability* do společenské

roviny. Termíny tělesná, mentální a kombinovaná disabilita v tomto textu vyjadřují totéž co pojmy tělesné, mentální nebo kombinované postižení.

Kombinace jednotlivých disabilit je považována za zcela specifický stav, který nelze postihnout pouhým součtem funkčních deficitů. Je to stav mnohem závažnější, neboť dochází nejen k omezení jednotlivých funkcí, ale také k vyrazení možných kompenzačních mechanismů podle povahy samotné disability.

*Představme si důsledky kombinovaného postižení na příkladu člověka s DMO. Pokud dojde k těžkému stupni narušení pouze v oblasti motoriky, můžeme imobilitu jedince kompenzovat prostřednictvím vhodné kompenzační pomůcky, v tomto případě elektrického vozíku. Pokud se k této disabilitě přidá také těžké postižení zrakových funkcí nebo těžký mentální handicap, není již indikace elektrického vozíku možná. Mohlo by dojít k vážnému ohrožení bezpečnosti okolí i samotného jedince. Žádnou další kompenzační pomůcku, která by mohla kompenzovat omezení motorických funkcí stejně efektivně jako elektrický vozík, doposud neznáme a jedinec se stává závislý na pomoci svého okolí.*

Terminologii této kapitoly již v úvodu doplníme o termín nemoc a mentální retardace. Nemoc je porucha rovnováhy organismu s prostředím, přičemž vznikají anatomické a funkční změny v organismu (Kábele et al., 1992). Rozlišujeme nemoc krátkodobou (akutní) a dlouhodobou (chronickou), nemoc recidivující, progresivní nebo také letální. Výše uvedené disability mohou být důsledkem různých nemocí.

Mentální retardaci lze definovat jako „vývojovou duševní poruchu projevující se sníženou inteligencí a demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií“ (Valenta, Müller, 2009, s. 14). Používá se v souvislosti s jedinci, u kterých je diagnostikované IQ pod 70. Je to významově užší termín než mentální disabilita či mentální postižení, které zahrnují také jedince v hraničním pásmu, tedy s IQ mezi 70 až 85.

Popis důsledků, charakteristika a klasifikace jednotlivých disabilit by překračoval rozsah této kapitoly. Čtenář je může nalézt v příslušné literatuře (Valenta, Müller et al., 2009; Pfeiffer, Švestková, Jankovský, 2005; Vítková, 2006 a další).

*Představu o skutečných důsledcích kombinace mentální retardace a těžké tělesné disability však získáme mnohem snáze díky následujícímu cvičení: Zkusme si představit, že se nemůžeme téměř hýbat, naše vnímání v těle je velmi otupělé, intenzivně a často cítíme bolest. Nemůžeme komunikovat s okolím*



*(s výjimkou omezených možností neverbální komunikace), vyjádřit své potřeby, úzkosti nebo realizovat své zájmy. Okolní svět a většina situací v našem okolí nám připadá nesrozumitelná a těžce předvídatelná, jistotu nám dávají především rigidně a cyklicky se opakující každodenní události.*

### **5.3 Psychosociální potřeby osob s disabilitou**

Existují různé teorie psychosociálních potřeb. Známa je hierarchizace potřeb dle Abrahama Maslowa nebo českého psychologa Zdeňka Matějčka. Maslow (Plháková, 2010) rozdělil psychosociální potřeby na pět úrovní – potřeby fyziologické, potřeba bezpečí, sounáležitosti, ocenění a seberealizace. Matějček (in Matějček et al., 2002) se zaměřil na psychosociální potřeby u dětí, přitom rozlišuje potřebu stimulace (náležité zásobení podněty), potřebu smysluplného světa, životní jistoty, pozitivní identity a potřebu otevřené budoucnosti (naděje a životní perspektivy). Podnětná je také teorie potřeb Alberta Pessa a Diany Boyden, kteří rozlišují 5 základních vývojových potřeb – potřebu místa, syčení, podpory, ochrany a mezí (limitů) a 4 vývojové úkoly – integraci polarit, rozvinutí vědomí, rozvoj „pilota“ a rozvoj jedinečnosti (Pesso, Boyden-Pesso, Vrtbovská, 2010). Pro seznámení s popisem jednotlivých psychosociálních potřeb doporučíme příslušnou odbornou literaturu.

V předchozích odstavcích jsme ukázali, že tělesná, mentální nebo kombinovaná disabilita může různým způsobem ovlivňovat myšlení, prožívání, chování i motivace u každého člověka. Nyní si ukážeme, že ačkoliv tyto lidé mají stejné základní potřeby jako člověk intaktní, disabilita může mít vliv na způsob uspokojování dané potřeby, její intenzitu i perspektivu naplnění. Např. člověk s autismem nebo mentální retardací si nemusí díky zvláštnostem svých kognitivních procesů být schopný představit dějovou následnost jako člověk intaktní. Také může mít vážné potíže s prostorovou orientací, v důsledku čehož prožívá úzkost, zmatenost, bezradnost, která může vyústit až v agresivní chování. Zkusme si představit, že budeme žít ve světě, kterému nebudeme rozumět, ve kterém nebudeme schopni se orientovat, který nám bude cizí. Pro saturaci potřeby bezpečí mohou tyto lidé potřebovat vysoce strukturované prostředí a denní režim, jejich relativní stálost, která je nevystavuje nepřiměřeným požadavkům na adaptaci, vizuální pobídky, specifické postupy v komunikaci atd.

Žijeme ve světě, který vytvořili lidé intaktní dle svých vlastních potřeb. Kdybychom měli žít ve světě, který vytvořili lidé s autismem, byl by pro nás patrně rigidně fádňí, nudný, s nepochopitelně přísnými pravidly. Každopádně zůstává faktem, že to jsou právě lidé s disabilitou, kteří se musí přizpůsobovat pro ně nevyhovujícím podmínkám. V uvedených příkladech jsme viděli, že základní potřeby zůstávají stejné pro člověka intaktního i pro člověka s disabilitou. Liší se však podmínky, které musí být k naplnění této potřeby splněny.

*Uvedme si opět několik příkladů. Imobilní chlapec s těžkou kvadruparézou a mentální retardací začne zuřit, když na každodenní cestě ze školy domů matka odbočí z chodníku, po kterém každý den jezdí, protože na chodníku provádí výkopové práce.*

*Malá holčička s dětským autismem během koupání ve vaně pravidelně dostává záchvaty agresivity. Rodiče po nějaké době zjistí, že jí vadí špunt ve vaně.*

*Nekomunikující žákyně s DMO a mentální retardací se pokouší neverbálně sdělit učitelům, co právě viděla v televizi ve svém oblíbeném pořadu. Protože jí nikdo nedokáže porozumět, začne se vztekat a nakonec si rozkouše ruku.*

*U mobilní dívky s DMO, hyperaktivitou, dětským autismem a těžkou mentální retardací se pravidelně vyskytují krátkodobá období agresivních výpadů vůči spolužákům. Po rozhovoru s matkou učitelé zjistí, že příčinou jsou bolesti břicha, které vznikají kvůli potížím se stolicí (dívka i několik dní po sobě není schopna vykonat potřebu). Agrese je v těchto případech spojená s neschopností vyjádřit bolest adaptivnějším způsobem.*

*Dospělá uživatelka s lehkou mentální retardací začne mít v zařízení sociálních služeb s celoročním pobytem nesmírně těžkou epilepsii typu generalizovaných tonicko-klonických záchvatů. Teprve na specializovaném neurologickém vyšetření se zjistí, že se nejedná o epilepsii, uživatelka tyto záchvaty dokonale imituje (což nerozeznal ani zkušený zdravotnický personál). Důvodem je pozornost, které se jí díky záchvatům dostává, neboť dívka je sociálně deprivovaná.*

Výše jsme mohli sledovat různé druhy nežádoucího chování, které vyvolává neuspokojení nebo narušení základních psychosociálních potřeb. Se specifickými potížemi se setkávají také lidé s tělesnou disabilitou, kteří nemají postižen intelekt. I zde uvedeme několik příkladů. Jedním ze specifických stresorů je bolest, která se může vyskytovat v klidovém stavu, ale především doprovází pohyby a tím celkově omezuje pohyblivost. Známý je

fenomén tzv. *fantomových bolestí*, které se vyskytují u osob po amputacích. Bolest je pocíťovaná na místě amputované končetiny. Není tedy reálná, způsobená fyziologickou činností nociceptorů, ale pochází z mozkové aktivity, neboť končetina zůstává i po amputaci součástí tělesného schématu člověka. Problémem pro osoby s tělesnou disabilitou je nejen bolest, ale také necitlivost tkání, díky čemuž dochází k omezení počitků, které běžně doprovází náš život.

*Jednoznačně to dokumentuje např. film Nedotknutelný. Líčí příběh muže, kterému v důsledku závažného onemocnění ochrnulo celé tělo s výjimkou hlavy. Když k němu přicházejí prostitutky, uspokojují jej olizováním ušních lalůčků, neboť to je jedno z mála míst na těle, na kterém je tento muž schopný cítit nějaké počitky.*

## 5.4 Teorie životních aktivit

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disabilit a zdraví (2004) předpokládá, že ke snížení kvality života dochází u osob s disabilitou v důsledku neschopnosti podílet se (participovat) na životních aktivitách, které jsou pro konkrétního jedince důležité. Mezi tyto aktivity patří například práce, vzdělání, schopnost samostatného bydlení, seberealizace ve volnočasových aktivitách atd. Pro každého člověka jsou významné jiné aktivity – vyplývá to z našich zájmů, z našeho věku, z rolí, které nám přisuzuje pohlaví, z našeho sociálního statutu atd.

Nemožnost realizovat určité aktivity je u osob s různými typy disabilit častý zdroj frustrace. MKF uvádí, že vlastní realizaci těchto aktivit ovlivňuje nejen funkční schopnost člověka (úroveň jednotlivých tělesných a psychických funkcí), ale také faktory prostředí a osobnosti. Např. stupeň bariérovosti prostředí může omezit nebo facilitovat pohyblivost člověka s tělesnou disabilitou, klimatické podmínky jsou v přímém vztahu k závažnosti astmatu, některých alergií a dalších respiračních onemocnění atd. V neposlední řadě jsou to také mnohočetné znaky naší osobnosti, např. temperament, vůle, frustrační tolerance a mnohé další.

## 5.5 Náročná životní situace

Nyní již víme, že neuspokojování důležitých potřeb může přinášet lidem s tělesnou, mentální a kombinovanou disabilitou zvýšenou frustraci, stres nebo vnitřní konflikty. Nemožnost vyrovnat se se zdravými vrstevníky a adekvátně plnit vývojové úkoly v jednotlivých stádiích života může mít negativní dopad na vývoj sebepojetí dítěte a dospívajícího člověka. Lidé s disabilitou pocítují také více těžkostí v každodenních situacích a setkávají se s řadou specifických problémů. Psychologové označují stav, kdy disabilita a těžkosti z ní vyplývající zasahují nepřiměřeně do prožívání a jednání člověka, jako *náročnou životní situaci* (Dytrych, Čáp, 1968).

Náročná životní situace je průsečíkem působení několika faktorů, mezi které patří stresor, frustrační tolerance a coping mechanismy jedince nebo celého systému. **Stresor** představují činitele vyvolávající zátěž. Jedná-li se o dlouhodobou zátěž, mluvíme o *distresu*. Již jsme uvedli několik příkladů, v nichž bylo možné snadno odhalit některé specifické stresory pro osoby s disabilitou. Každá disabilita či onemocnění je spojena s jinými specifickými stresory. Zde se pokusíme o stručný přehled těch nejčastějších:

- reakce rodičů na postižení dítěte, starosti a zabývání se budoucností dítěte,
- častá zkušenost s bolestí, hospitalizace, zdravotní péče,
- omezení komunikace, neschopnost vyjádřit své potřeby, narušení komunikačního procesu,
- snížené možnosti učení,
- nesrozumitelnost okolního prostředí, sociálních situací a požadavků,
- dezorientace v čase a nemožnost se připravit na změny,
- závislost na pečovateli a omezení aktivit,
- potíže v sociálních vztazích, sociální izolace,
- zvýšené nároky na adaptaci v období jakýchkoliv životních změn (např. nástup do školy),
- výběr partnera, uspokojování sexuálních potřeb, estetické narušení vzhledu jedince a další.

Tentýž stresor působící obdobnou intenzitou představuje pro každého člověka jinou zátěž. Stejně události můžeme přisuzovat různý význam a závažnost – každý máme totiž jinou psychickou výbavu. Do ní patří inteligence, temperament, dráždivost organismu nebo **frustrační tolerance** – odolnost organismu vůči zátěžím, které přinášejí nervovému systému člověka

opakované frustrace (Matějček, 2001). V průběhu života také získáváme odlišné zkušenosti s náročnými životními situacemi a vytváříme si rozdílné strategie jejich zvládnání, tzv. **coping strategie**. Mezi ně patří různé způsoby péče o sebe (např. horká vana, spánek, počítač, hudba), využívání lidských zdrojů (povídání s přáteli, emocionální podpora od druhých), psychické obrany (popření, racionalizace), ale také alkohol, drogy nebo aktivity jako uklízení bytu, nakupování a další. Jednotlivé coping strategie nemůžeme (až na výjimky) dělit na dobré nebo špatné. Jejich funkčnost závisí na situaci a jejím kontextu (např. fyzická agrese může být dobrá při fyzickém napadení, ale nevhodná v běžných sociálních situacích; vytěsnění může zabránit psychickému zhroucení, ale dlouhodobě znemožňuje řešení problému).

Mentální, tělesná nebo kombinovaná disabilita pochopitelně omezuje rozsah použitelných coping strategií nebo snižuje flexibilitu jejich působení. Např. mnoho zdravých lidí využívá pohybovou aktivitu jako prostředek ventilování frustrace nebo agrese. Představme si ale člověka s těžkým omezením hybnosti, který se nemůže téměř vůbec pohybovat a velmi obtížně komunikuje. Takový člověk má k dispozici velmi omezenou škálu možných coping strategií pro zátěžové situace. Proto se může uchýlit k verbální agresi (a v případě těžkého postižení motoriky mluvidel ani to ne), k vývojově méně vyzrálému chování nebo se uzavřít do světa fantazie. Člověk s mentální retardací se v zátěžových situacích často chová regresivně.

*Opět pomůže příklad. Při své práci v internátním zařízení jsem jedné mladé ženě s lehkou mentální retardací dal za úkol utřít a uklidit nádobí z myčky. Když jsem se po několika minutách přišel podívat, zda úkol splnila, měla v ruce stále stejný talíř, opakovala rigidní pohyb a bezradně přecházela z jednoho rohu místnosti do druhého. Byla zjevně ve stresu – vykonávala nepřetržitě stejné bezúčelné pohyby, ačkoliv se nabízelo mnoho jiných adaptivnějších možností – požádat o pomoc, odložit talíř, dát jej na jiné (byť nesprávné) místo apod.*

Vzhledem k tomu, že coping strategie se učíme používat v průběhu života, lidé s těžším omezením hybnosti nemusí mít dostatek sociálních příležitostí pro pozorování a učení se vhodným strategiím od ostatních lidí v zátěžových situacích.

Náročné životní situace mohou působit v různé intenzitě a různém rozsahu. Můžeme mluvit o zátěži, krizi a traumatu. Tyto termíny si zde představíme pouze stručně, neboť problematice krize bude v tomto textu věnována samostatná kapitola.

**Zátěž** je označení pro situace, které vybočují z každodenní zkušenosti (jsou nepříjemné), ale zároveň se jedná o situace, pro které máme vytvořené funkční *coping strategie*. Zátěž patří do běžného života. Lidem pomáhá, pokud ví, jak v zátěžových situacích reagují a jak se s nimi vyrovnávají. Příklady zátěžových situací: krátkodobá rozlada s partnerem, neúspěch u důležité zkoušky aj.

**Krizi** vyvolá intenzivně působící *stresor*, po kterém následuje výrazný psychický propad. Na rozdíl od zátěže nám však pro zvládnutí situace nestačí nebo nejsou v dané situaci funkční naše obvyklé *coping strategie*. V důsledku stresu je lidé začínají používat v příliš velkém množství, což celou situaci obvykle ještě zhorší (např. místo sklenky alkoholu začneme pít; voláme přátelům pozdě v noci). Člověk v krizi potřebuje pomoc druhého člověka. Nemusí to být vždy nezbytně psycholog, nicméně podpora přátel nebo rodiny mívá své limity a někdy bývá v dané situaci dysfunkční (rodina dává často nevyžádané a nefunkční rady). V takovém případě je opravdu nejlepším řešením vyhledat odbornou pomoc.

**Trauma** je hluboká krize. Vyvolává ji obvykle velmi silný, nečekaný podnět, pro který nemáme vytvořené *coping strategie*. Jedná se o situace, u kterých si nepřipouštíme, že by se nám mohly stát („dějí se jinde, jiným lidem“). Na traumatické situace se nemůžeme předem připravit. Jsou spojené se zdravím, životem, bezpečím, jistotou (Vymětal, 2003). Narození dítěte s postižením nebo těžký zdravotní úraz patří mezi traumatické situace. Následkem traumatu se může objevit série specifických projevů, které popíšeme dále (šok, vytěsnění, agrese a další).

## 5.6 Rodinný systém a jeho potřeby

Lidé s disabilitou nejsou individuality vydělené z prostředí, naopak jsou nedílnou součástí sociálních systémů, které sami ovlivňují a které zpětně ovlivňují je. Primárním a také z hlediska našeho tématu nejdůležitějším systémem člověka s omezením hybnosti je obvykle **rodina**, její struktura, funkce a interakce mezi jejími jednotlivými členy.

Potřeby rodin jsou velmi rozmanité. Často je poradenská podpora užitečná v období tranzitorních krizí, které se týkají náročných změn v životě rodiny, např. náhlého zhoršení zdravotního stavu dítěte, jeho nástupu do školy, internátního zařízení, přípravy na přechod dítěte do stacionáře či jiného zařízení sociálních služeb atd. Tyto změny mohou zasáhnout zaběhnutý

způsob fungování rodinného systému a vyžadují adaptaci všech členů na novou situaci.

Pro rodiče je samotná skutečnost, že mají dítě s postižením, velkou životní zkouškou. Ačkoliv se často setkáváme u dětí s tělesnou, mentální či kombinovanou disabilitou s neúplnými nebo nepůvodními rodinami (obvykle od rodiny odchází otec), názor, že tato zkouška je pro rodinný systém pouze hrozbou, je dle zkušeností z praxe nesprávný. Narození postiženého dítěte v některých případech rodinu posílí, podpoří vytvoření nových adaptivních vzorců pro zvládání zátěžových situací, pomůže dospělým přeskupit svůj hodnotový systém atd. Pro zachování rodiny je ovšem významná otevřená komunikace mezi partnery, sdílení (radostí i starostí), společně trávený čas (i bez postiženého dítěte/člena rodiny) a společné zážitky, umožnění uspokojování potřeb obou partnerů navzdory objektivním omezením, včetně možnosti se i nadále věnovat svému zaměstnání a svým dřívějším koníčkům, vzájemná emocionální podpora atd. To vše je s postiženým dítětem pochopitelně mnohem obtížnější, ale obvykle ne zcela nemožné. Záleží na souhrě mnoha faktorů a okolností, zda se podaří rodinný systém zachovat, či nikoliv (Krejčová, Strnadová, Vágnerová, 2009).

Pro partnery je důležité, aby rozvíjeli nejen své rodičovské role, ale také role partnerské. Velké riziko pro vztah dvou lidí představuje dlouhotrvající situace, kdy partnerská rovina přestává fungovat a oba dospělí se ztotožňují pouze nebo převážně se svou rodičovskou rolí. Postižení dítěte může také partnerský vztah ovlivňovat nebo deformovat dalšími nepříznivými způsoby, např. konfúzí partnerské a rodičovské roviny (v jejím důsledku mohou např. děti začít plnit roli dospělých), přenášením potíží s akceptací dítěte do partnerské roviny (emocionální přijetí postiženého dítěte je obvykle náročnější pro muže) apod. K důležitým aspektům partnerského života patří naopak umět se společně bavit, plánovat společné akce, podporovat radostnou atmosféru v rodině atd.

Život s dítětem s postižením je podle slov mnohých rodičů těchto dětí snáze přijatelný, pokud náročnou životní situaci pojmu jako životní úkol (Matějček, 2001). Samozřejmě – v mnoha případech není v moci poradenských pracovníků odvrátit rozpad rodiny. Ale také v případě, že k tomu dojde, může psychologické poradenství pomoci zvládnout tuto životní etapu způsobem, který je pro děti i dospělé co nejméně stresující.

## Potřeby primárního pečovatele

Ve většině rodin, kde se nachází dítě s tělesným nebo kombinovaným postižením, zastává jeden z rodičů roli primárního pečovatele. Většinou to bývá matka, kdo má největší zodpovědnost a zároveň podíl na péči o dítě s disabilitou. Tato role vyžaduje naučit se flexibilně zacházet se svými zdroji, neboť v mnoha rodinách dochází ke kumulaci péče a povinností na jednu osobu. Primární pečovatel obvykle vydává mnohem více energie, než má možnost získat zpět. Zvýšená nerovnováha mezi přijímáním a dáváním může mít z dlouhodobého hlediska závažné následky pro psychiku pečujících, a ty se mohou negativně projevit také v péči o dítě. (Plevová, 2007)

V praxi se můžeme navíc setkat s pečovateli (a není to zřídka), kteří jsou vnitřně přesvědčení, že svému dítěti musí věnovat veškerou energii a volný čas. Dítě tuto péči samozřejmě potřebuje, ale očekávání rodičů a reálné možnosti ovlivnění vývoje dítěte pozitivním směrem se málokdy střetávají. Čím větší je nasazení rodičů, tím rychleji dochází k jejich vyhoření a přetížení dítěte. Je tedy nutné, aby pečující osoby věnovaly pozornost všem složkám rodinného systému, včetně sebe. Věta, která by se měla stát součástí jejich životní filosofie, zní: „Každý máme nárok na péči, na chvíli denně jen pro sebe.“ Tato problematika je společná pro rodiny s dětmi s postižením i pro zaměstnance pomáhajících profesí.

Způsoby pečování o sebe a o svou duševní hygienu jsou velmi individuální. Každý člověk si musí najít, co mu vyhovuje. Při poradenské práci s maminkami dětí s těžkou kombinovanou, tělesnou nebo mentální disabilitou se často setkáváme s jejich nedostatečně saturovanou potřebou pečovat o sebe jako o ženu.

*Během kurzu pro pečovatele o děti s těžkým kombinovaným postižením jsme se věnovali projektivním imaginačním technikám. Účastníci si měli představit sebe jako hudební nástroj. Nadpoloviční většina účastnic si nezávisle na sobě představila sebe jako harfu – hudební nástroj, který má typicky ženské vlastnosti. Při následné diskuzi vyšlo najevo, že tyto ženy v důsledku starostlivosti o dítě dlouhodobě zanedbávají péči o sebe jako o ženu nebo jim chybí ocenění jejich ženství v rámci vztahu.*

Péče žen o své ženství se netýká pouze zevnějšku. Závažnější je negativní dopad pečování o dítě na pocit vnitřního ženství a snižování vnímání vlastní hodnoty, která jim jako ženám či partnerkám náleží. V těchto případech potřebují ocenění, pomáhá také sdílení zkušeností žen s podobnými problémy atd. Pro organizované svépomocné skupiny pečujících maminek mohou být užitečné aktivity jako např. aromaterapie, masáže, shiatsu, líčení atd.



Existuje mnoho relaxačních technik, které si čtenář může vyhledat v literatuře. U nás je známý Schulzův autogenní trénink, Jacobsonova progresivní relaxace, různá imaginační cvičení apod. Efektivní je i nácvik rychlých relaxačních technik, které umožňují dobytí energie v několika minutách. Těchto relaxačních technik je celá řada (např. opláchnutí obličeje chladnou vodou, břišní dýchání či jiné dechové cvičení, zkrácené varianty tradičních relaxací – rychlá autogenní imaginace, napínání svalů, prvky jógy, tai-chi, autosugestivní formule...). Nakonec však stačí dvě nebo tři osvědčené techniky. Pro některé pečovatele je nejlepším odpočinkem, pokud se mohou věnovat svým zálibám.

### **Potřeby otců**

Situace otců v rodinách, které mají dítě s disabilitou, nebylo doposud věnováno mnoho pozornosti. Pro muže bývá obtížnější emocionálně situaci zpracovat a nalézt si k dítěti s disabilitou vztah. To je ovšem přirozený důsledek situace, kdy s dítětem tráví většinu času matka a úkolem muže je rodinu finančně zajistit. Zvláště pokud je matka silně fixovaná na dítě a partnerská rovina vztahu přestává existovat, je pro muže obtížné nalézt v rodinném systému své místo. Přitom také otec potřebuje s dítětem individuálně trávit svůj čas a vytvořit si pocit kompetentního rodiče. Podpora ze strany poradenského pracovníka (střediska rané péče nebo SPC) mu může pomoci osvojit si základní postupy handlingu (fyzické manipulace s dítětem), komunikace, hry a další specifické dovednosti dle individuálních potřeb.

Osobně jsem poznal několik otců, kteří měli ve vlastní péči své dítě s těžkým stupněm autismu, mentální retardace, DMO nebo jinou závažnou diagnózou. Životní nadhled, starostlivost, porozumění svému dítěti i schopnost zorganizovat náročnou péči o dítě a domácnost – to vše byly v těchto výjimečných případech schopnosti a dovednosti získané díky mnohaleté životní zkušenosti.

### **Potřeby sourozenců**

Poradenským pracovníkům mnohdy nezbyvá čas, aby se věnovali všem členům rodiny, kteří podporu potřebují. Sourozenci žáků se zdravotním postižením jsou bohužel další opomíjenou skupinou, pro kterou by tato podpora mohla být užitečná. V rámci formování vztahů sourozenců k postiženému dítěti je důležité (Thorová, 2006):

- poskytnout sourozencům vhodnou formou věkově přiměřené informace o postižení, jeho zvláštích, projevech a důsledcích pro chování postiženého dítěte. S přibývajícím věkem sourozenců je nezbytné tyto informace aktualizovat,
- využívat vhodné komunikační strategie, tzn. netrestat zdravé dítě za jeho případné negativní pocity k sourozenci s disabilitou, umožnit mu o nich otevřeně hovořit, společně hledat řešení, předcházet pocitu viny,
- stanovit jasná pravidla a hranice (včetně vysvětlení, proč platí odlišná pravidla pro zdravého a postiženého sourozence),
- uspokojovat přirozené potřeby zdravých sourozenců – snažit se věnovat jim individuální pozornost, všimnout si jejich úspěchů, umožnit jim trávit určitý čas s rodiči bez postiženého dítěte, umožnit jim věnovat se svým zálibám,
- nacvičit, jak reagovat na dotazy nebo výsměch vrstevníků,
- neočekávat, že zdravý sourozenec v budoucnosti zcela převezme péči o sourozence s disabilitou,
- nepřetěžovat zdravé sourozence nepřiměřeným očekáváním a nároky na ně samotné a na jejich výkon (aby nemuseli být „úspěšní za dva“).

## 5.7 Proces vyrovnávání se s disabilitou

Vyrovnávání se s disabilitou představuje pro její nositele i jejich rodiny/pečovatele celoživotní úkol, neboť v průběhu vývoje se jedinec i jeho rodina setkává s řadou obtíží. Jedná se o proces, který je dynamický, proměnlivý. V jeho průběhu lze rozlišit určité typické fáze. Tento proces poprvé popsala Elizabeth Kübler-Ross (2003) při práci s umírajícími a těžce nemocnými lidmi:

- fáze šoku (který se vyskytuje v počátcích, při sdělení diagnózy),
- fáze převahy obranných mechanismů (popření, vytěsnění, víra v zázraky),
- fáze hněvu,
- fáze deprese,
- fáze smlouvání,
- fáze akceptace postižení.

U vrozených disabilit je průběh reakce odlišný, protože uvědomování a poznávání následků disability přichází postupně a v několika etapách. Specifický je také proces uvědomování si následků těžkého úrazu u malých

děti (v závislosti na věku může být průběh reakce podobnější vrozené disabilitě), akceptace disability u lidí s mentální retardací a umírajících dětí (porozumění terminálnímu onemocnění je závislé na vývoji dětského konceptu smrti a umírání).

Ve fázi, kdy se člověk již aktivně vyrovnává s důsledky postižení, je přístupnější uvědomování si svých pocitů a emocionálních postojů (deprese, hněv, vina a další). To je paradoxně dobrá známka vývoje oproti předchozímu stadiu převahy obranných mechanismů. Akceptace disability/onemocnění je málokdy definitivní, jednou provždy. Depresivní pocity se mohou vracet zpět ještě po letech v mírnějších atakách.

S časovým odstupem je možné nahlédnout na proces vyrovnávání se s disability jako na celistvou zkušenost, která může mít nějaký vnitřní smysl pro jednotlivé zúčastněné. V průběhu tohoto procesu je důležité nalézt funkční systém podpory a také reorganizovat vztahy, role a způsoby komunikace (především vzájemná emoční podpora) v rodině tak, aby společnými silami bylo možné zvládnout důsledky, které disability dítěte pro rodinu znamená.

Jourard (in Bigge, 1991), Vágnerová (1999) a jiní autoři uvádí některé další reakce, které se mohou objevit v průběhu procesu vyrovnávání se s disability. Jedná se např. o rezignaci, hledání viníka, aroganci, protest, agresi, odmítání pomoci (to jsou vše určité formy fáze hněvu), považování postižení za potrestání za skutečné nebo domnělé přestupky proti rodinným, společenským nebo náboženským pravidlům, závislost nebo přílišné požadavky na okolí, regresi, hyperkompenzaci, upoutávání pozornosti, únik do nemoci a somatizaci psychických potíží a mnohé další.

## 5.8 Rozdíly mezi disability vrozenou a získanou

U disability vrozené se zdůrazňuje snazší adaptace na změněný stav. Výhodou je delší časový úsek před poznáním jejich důsledků. Jedinec navíc nikdy nepozná zdravý stav, disability je již od raného věku součástí jeho osobnosti. Poznání poruchy nastává ve dvou etapách (Jonášková, in Müller, 2001):

- etapa vnější krize – objevuje se v předškolním věku. Dítě začíná tušit, především díky styku s intaktními vrstevníky, že je odlišné,
- etapa vnitřní krize – vlastní poznání disability a jejích následků. Nastává kolem desátého roku a plně propuká s nástupem puberty, tzn. kolem

12. roku. Tato etapa končí přibližně začátkem období dospělosti – Bigge (in Bigge, Best, Heller, 1999) uvádí kolem 25. roku (musíme však pamatovat na velké individuální rozdíly).

Disability získané mohou vzniknout v důsledku úrazu nebo nemoci. U disabilit získaných po nemoci, např. v důsledku svalové dystrofie, poliomyelitidy, nádorů apod., je výhodou delší adaptační období.

Bezprostředně po úraze člověk prochází fází silného šoku. Klasický průběh reakce na získanou disabilitu jsme popsali výše. Po vážném úraze člověk prožívá obvykle pocity vyčerpání, sklíčenosti, nesmyslnosti života a vlastní bezcennosti. Narušené jsou životní perspektivy. Převládá depresivní ladění, které se může rozvinout do těžké deprese až suicidálních pokusů. Někdy můžeme u jedince pozorovat pohybovou bouři, nebo naopak mrtvolný reflex, který se projevuje zdanlivým vymizením pohybové schopnosti organismu. V obou případech jde o projev nadhraniční úzkosti (Syřišťová, 1989).

Po zvládnutí pourazového stresu přichází období postupné rehabilitace a integrace do dřívějšího života. Podle věku jedince můžeme usuzovat na problémy, které pro něj budou dlouhodobě aktuální po ukončení hospitalizace. Dochází k reorganizaci vztahů s okolním světem a hledání zástupných perspektiv do budoucnosti. U dospělých se výrazněji mění jejich sociální role, sociální status, hierarchie hodnotového žebříčku aj.

Přestože hlavní problém u získaných disabilit vidíme v adaptaci na postižení, lidé po úrazech mívají většinou větší motivaci a chuť vyrovnat se svým handicapem. To je velmi důležité, neboť aktivní zapojení se do rehabilitačního procesu je základním předpokladem úspěšné rehabilitace.

## 5.9 Specifika a možnosti psychosociální intervence

V každé fázi procesu vyrovnávání se s disabilitou má dotýčný jiné potřeby. Může vyžadovat specifický přístup a způsob komunikace ze strany specialistů.

### Fáze šoku

Sdělování diagnózy je velmi náročným úkolem lékaře nebo zdravotnického týmu. Bohužel, ne vždy se setkáme s citlivým přístupem, který rodiče a pacienti v této životní situaci potřebují. Mnoho rodičů uvádí sdělení diagnózy

jako jednu z nejnáročnějších zkušeností v životě, která byla často nadměrně stresující kvůli nevhodnému přístupu zdravotnického personálu, nejistotě nebo aroganci lékařů. Samozřejmostí je **soukromí a dostatek času lékaře**, což znamená neodbíhat a nesnažit se co nejrychleji ukončit rozhovor v důsledku silné emocionální reakce rodičů.

Pokud je emocionální reakce rodičů velmi bouřlivá, musíme umožnit průchod nahromaděným emocím, nechat člověka vyplakat, být empatický, ale zároveň klidný.

Člověk ve fázi šoku příliš nevnímá, proto se nemají rodiče zahltit informacemi. Na **poskytování adekvátních informací** bývá vhodnější prostor až po odeznění prvotního šoku. Poskytujeme racionální informace, ne katastrofické scénáře. Můžeme doporučit kontakty na další péči, především psychologickou a speciálně pedagogickou péči. Úkolem speciálního pedagoga je pomoci formulovat realistický plán pro vzdělávání a další vývoj klienta s důrazem na pozitivní komunikaci. To znamená pokusit se přeformulovat negativní hodnocení a postoje a zdůraznit aktivní roli rodičů (Thorová, 2006).

*Příklady:*

*„Postižení nemusí předem znamenat špatný život.“*

*„Lidé s těžkou mentální retardací mohou být v životě šťastnější a spokojenější než my.“*

*„Nezměníme sice těžké kombinované postižení dítěte, ale můžeme významně přispět k dobré kvalitě života vašeho dítěte.“*

*„Onemocnění vašeho dítěte je trvalé, ale přesto můžeme důsledností a systematickým nácvikem rozvinout značnou samostatnost při většině běžných úkonů.“*

## **Fáze obranných mechanismů**

Obranné reakce mohou mít různé formy – od mírné bagatelizace až k naprostému popření skutečnosti. Tyto obrany (např. výrok „mému dítěti nic není“) by se neměly posilovat, ale ani se nesnažíme za každou cenu přesvědčovat rodiče o jejich neadekvátnosti. Obranná reakce je ve své podstatě přirozenou reakcí, která chrání integritu osobnosti dospělého, dokud nenastane doba, kdy je přístupnější zpracování ohrožující skutečnosti. Na pozadí obranné reakce je obvykle přílišná úzkost ze skutečnosti, kterou začínáme cítit s odezněním prvotního šoku.

Speciální pedagog by se měl snažit být v rámci možností pravdivý, ale zároveň moudrý. Nejdůležitější je udržet si dobrý vztah s rodiči, partnery

i samotným člověkem s disabilitou. K popření dochází především tam, kde onemocnění/porucha není vidět (např. různá vnitřní onemocnění, mentální retardace, autismus). Také v případech viditelných disabilit mohou rodiče/klient bagatelizovat jejich závažnost (např. u stavů po úraze se upínají až k nerealistické pravděpodobnosti zlepšení). V této fázi je důležité dát rodičům/klientovi čas a po malých krůčcích posilovat vnímání reality.

## Fáze hněvu

Hněv, verbální agrese, nespokojenost a další projevy této fáze se mohou vyskytnout bez zjevných vnějších příčin. Jejich reálným důvodem je často samotná disabilita, akutní stres při krizových situacích atd. Agresivní reakci potom mohou vyvolat pouhé maličkosti, které svou závažností neodpovídají reakci klientů nebo jejich rodičů. Pomáhající personál může mít v tomto případě tendence reagovat protipřenosem (tedy vlastní agresivní reakcí), což danou situaci pouze zhorší a zkomplikuje vzájemný vztah. Úkolem pomáhajících odborníků je v tomto případě nenechat se vtáhnout do ostré výměny názorů a zůstat dle možností situace racionální, věcný. Ve vyhrocených konfliktech mezi rodiči-klienty-personálem bývá užitečné využít funkci mediátora, ke kterému mají rodiče důvěru. Může to být nadřízený pracovník, psycholog, poradenský pracovník apod.

*Při předávání inkontinentního dítěte s těžkým kombinovaným postižením došlo k roztržce mezi matkou a asistentem pedagoga. Matka dítě přebírala v okamžiku, kdy vykonalo velkou potřebu, přitom si myslela, že asistent dítě po obědě záměrně nekontroluje a nechává tuto povinnost rodičům. Měla pocit, že pedagogický personál zanedbává péči o její dítě, které nedokáže vyjádřit, co potřebuje. Protože mezi asistentem a rodičem byl vytvořen dobrý vztah, podařilo se tuto situaci zvládnout. Matka přiznala, že tato reakce nebyla přirozená, protože je aktuálně ve velkém stresu. Asistent se matce omluvil.*

Takové situace se však stávají poměrně často a ne vždy dopadnou pří-  
větivě pro obě strany. Pokud by asistent vzal reakci rodiče osobně, mohlo by dojít k nepříjemné hádce, jejíž řešení by se patrně přesunulo na úroveň vedení školy. Také se stává, že se asistent omluví, cítí se vinen a útok rodiče dlouhodobě vnitřně zpracovává.

## Fáze deprese

Zatímco fáze šoku a obranných reakcí jsou jedinečné a po svém odeznění se neopakují, fáze hněvu, deprese a smlouvání se navracejí i po zdánlivě akceptaci disability nebo onemocnění. Práce s klienty či rodiči ve fázi deprese bývá velmi náročná. Pomáhající pracovník může mít pocit, že investuje do klienta mnoho energie, přesto vidí pouze minimální výsledky své práce. Naší přirozenou reakcí na depresi nebo smutek druhé osoby je snažit se této osobě pomoci. Deprese při vyrovnávání se s následky disability či onemocnění však může trvat měsíce až roky. Proto bychom si měli stanovit reálné hranice, kolik času a energie jsme schopni do daného klienta investovat. Také bychom se měli vyvarovat příliš vysokým cílům, neboť depresivně ladění klienti obvykle postrádají motivaci k systematické práci.

## Fáze smlouvání

Klient ve fázi smlouvání začíná být daleko přístupnější náhledu na realitu bez přílišných emocionálních výkyvů. Je to fáze uvažování „něco za něco“. Smlouvání lze vyjádřit větami typu „přijmu, že zemřu, pokud dostanu ještě půl roku života“ nebo „vím, že moje dítě bude mít zdravotní postižení, ale chci, aby mohlo chodit do běžné školy se zdravými spolužáky“. U klientů po úrazu může mít smlouvání podobu vyjednávání mírnějších následků disability.

Fáze smlouvání se u některých rodičů nebo klientů navrácí s objevením nových terapeutických metod, léků, výzkumů atd. Po dlouhém období deprese může vysvitnout nějaká naděje, která však v mnoha případech neznamená více než čekání zázrak.

## Akceptace postižení nebo onemocnění

O akceptaci závažného postižení nebo onemocnění mluvíme navzdory skutečnosti, že akceptace nemůže být patrně nikdy stoprocentní. I po mnoha letech se mohou navracet depresivní ataky, např. při výročích úrazů nebo úmrtí nemocných členů rodiny. Rodinám někdy pomáhá, pokud jsou schopni na takto zdánlivě bezvýchodné a obtížné situaci, jako je život s dítětem s disabilitou, najít něco pozitivního.

Je přirozené, že pokud uvažujeme o vyrovnávání se s disabilitou/onemocněním dítěte jako o dynamickém procesu, v každé fázi tohoto procesu pomáhá rodičům jiný způsob odborné podpory. Pokud dozraje správný čas, můžeme pomoci rodičům hledat odpověď na zdánlivě absurdní otázku:

„Byla k něčemu dobrá tato životní zkušenost?“ nebo „Přinesl mi život s postiženým dítětem něco pozitivního?“ Bilancování přínosů a ztrát je součástí vyrovnávání se s jakoukoliv závažnou ztrátou a patrně ji všichni známe ze svého života. Schopnost vidět „obě strany téže mince“ je jednou z kognitivních strategií, která může pomoci k smysluplné integraci těchto náročných životních zkušeností a k osvojení smířlivějšího náhledu na vlastní životní příběh.

Ačkoliv to v počátečních fázích vyrovnávání se s následky zdravotního postižení může působit absurdně, při rozhovorech s rodiči dospívajících nebo dospělých osob s tělesnou, mentální či kombinovanou disabilitou se při bilancování jejich životního příběhu skutečně objevují také kladné výroky. Často se týkají přeskupení životních hodnot. Disabilita dítěte však může vést také k posílení vztahů v rodině a podpořit funkčnost rodinného systému, osobní vyzrálост a zodpovědnost jednotlivých členů. Pro budoucnost celé rodiny je lepší, pokud ostatní členové rodiny vidí disabilitu jako úkol, spíše než jako životní tragédii. Takový postoj je totiž nestaví do pozice oběti a podporuje je v aktivitě při hledání strategií pro vyrovnávání se s náročnou životní situací.

Positivní roli v celém procesu může sehrát setkávání se s rodinami s podobnými problémy (např. formou podpůrných skupin, rehabilitačních pobytů pro rodiny apod.). Mnohým rodičům malých dětí pomáhá vidět, co všechno dokážou starší děti nebo dospívající se stejným funkčním omezením. Popsané fáze akceptace postižení nebo vážného onemocnění probíhají jako proces v čase, v určitém sociálním prostoru a kontextu, který společně s vnitřními zdroji a vlastnostmi zúčastněných modeluje průběh tohoto procesu, jeho délku, trvání, intenzitu i potíže, které se mohou při zvládání jednotlivých fází objevit.

## **Závěrem**

Tato kapitola představila mnoho rozmanitých témat. Věnovali jsme se terminologickému vymezení disabilit, tématu psychosociálních potřeb, aktivit, náročných životních situací, potřebám rodinného systému i procesu vyrovnávání se s disabilitou. Přesto zůstává řada témat, kterým jsme se zde věnovat nemohli. Problematika letálních onemocnění, psychosociální problematika osob s nemocí, různé podoby psychologické intervence a další zůstávají tématem pro další kapitoly či jiné publikace.



## 6 Náročné životní situace u osob s těžkým zrakovým postižením

*„Bůh mi dává pokoru, abych se vyrovnal s věcmi, které nemohu změnit, odvalu, abych změnil věci, které změnit mohu, a moudrost, abych rozeznal, které jsou které.“*

Reinhold Niebuhr

### 6.1 Uvedení do problému

Lidé se zrakovým postižením během života procházejí stejnými vývojovými krizemi jako většinová populace. Stejně tak nečekané zátěžové situace, tzv. situační krize, které potkávají lidi napříč věkovými skupinami, sociálními vrstvami, výší intelektu či národnosti, se nevyhýbají ani lidem se zrakovým postižením. Někdy jako důsledek ztráty zraku, jindy jako další životní komplikace bez jakékoli souvislosti se smyslovým postižením. Mnoho lidí s těžkým zrakovým postižením žije (navzdory očekávání veřejnosti) stejně hodnotný život se stejnými radostmi a starostmi jako lidé bez postižení. Prožívají stejná vývojová období v rámci svého dětství a dospívání, hledají své místo mezi vrstevníky, studují, hledají životního partnera, zakládají rodiny, vychovávají děti, věnují se koníčkům a sportům, pracují či práci hledají, starají se o své stárnoucí rodiče, touží se prosadit apod. Všechny tyto jmenované i další oblasti života s sebou přinášejí stránku příjemnou, ale také stránku poznamenanou riziky, strachem ze ztráty, ze selhání apod. Krizovou intervenci tedy mohou potřebovat ve stejné míře jako kdokoli jiný.

Jednoduché členění zrakově postižených osob, které pro tyto účely zcela postačí, je:

1. Z hlediska času:

- osoby se zrakovým postižením od narození
- osoby se získanou zrakovou vadou
  - náhle
  - postupně

## 2. Z hlediska stupně postižení:

- osoby zcela nevidomé
- osoby prakticky nevidomé
- osoby slabozraké

Během života se stupeň zrakové vady může změnit. U některých jedinců se ale stupeň zrakové ztráty mění v kratších časových intervalech, v závislosti na světelných podmínkách, počasí atd.

Ztráta zraku na obou očích může nastat náhle (např. při dopravní nehodě, po požití metylalkoholu, při hašení vápna, apod.). Většinou je však ztráta zraku postupná. Může být důsledkem různých chorob, při nichž degeneruje sítnice, glaukomu, nádoru v blízkosti zrakových drah a mnohých dalších příčin.

Ačkoli se má za to, že postupná ztráta zraku může svého nositele na jeho úplnou ztrátu psychicky připravit, ukazuje se spíše, že záleží spíše na osobnostní výbavě jedince, jak se s touto nepříznivou situací a výhledem na ještě horší, vyrovná. Na totální ztrátu zraku se zřejmě psychicky dost dobře připravit nedá. Má to ale bezesporu praktickou výhodu, neboť v takovém případě se člověk může již preventivně učit prostorové orientaci, chůzi s bílou holí, čtení a psaní Braillova bodového písma, zvládnání sebeobslužných činností bez zrakové kontroly apod.

Mezi lidmi, kteří žijí bez zraku od narození či od raného dětství, a lidmi, kteří o něj přišli během života, je značný kvalitativní rozdíl v prožívání této ztráty, ale také samozřejmě ve vnímání okolního světa. U osob prvně jmenovaných je tato životní okolnost přijímána jako přirozená, ačkoli i zde se mohou vyskytovat krizová období v důsledku zrakové vady, která kopírují období vývojových krizí. Pro mnohé nejcitlivějším je období dospívání, kdy je osobnost mladého dospívajícího obzvláště sebekritická, citlivá na kritiku zvenčí, podrobuje se neustálému srovnávání, podrobně zkoumá svou pozici ve společnosti vrstevníků apod. V současnosti, kdy jsou prakticky všechny děti, které mají čistě zrakovou vadu, vzdělávány integrovaně, je pro mnohé těžké zapadnout do kolektivu, najít si kamaráda. Nicméně některým dětem se to s úspěchem daří, což záleží jak na charakterových vlastnostech integrovaného dítěte, tak na dobré přípravě kolektivu dětí a jejich pedagogického vedení, i na charakterových vlastnostech dětí a postojích jejich rodičů. Dále jsou to např. období hledání partnera a rodičovství.

## 6.2 Shody a specifika krizové intervence u lidí s postižením zraku

V krizových situacích probíhá krizová intervence tváří v tvář i telefonická krizová intervence u lidí se zrakovým postižením principiálně stejně jako u většinové populace. Abychom u lidí s těžkým postižením zraku ještě nezvyšovali jejich úzkost, je třeba mít na paměti některé základní zásady pro kontakt s nimi.

Pro každého člověka jsou v krizových situacích primární základní potřeby (tekutiny, možnost využití WC, teplo, bezpečí, soukromí, apod.), jejichž uspokojení zajišťuje jakýsi základní fyzický, ale potažmo také psychický komfort. U lidí se zrakovým postižením lze k základním potřebám připočítat také komfort vhodného osvětlení a zajištění bezpečného bezbariérového prostředí. K důstojné a efektivní komunikaci pomůže také několik níže uvedených zásad.

### Zásady pro kontakt se slabozrakým člověkem

Nejen při prvním setkání se slabozrakým člověkem je vhodné k pozdravu připojit i své jméno pro případ, že v důsledku zrakového postižení nerozpozná obličej lidi. Lidem, kteří mají zúžené zrakové pole a při pohledu před sebe nevidí, co se děje směrem dolů, je také třeba říci, že jim podáváme ruku.

Někteří slabozrací lidé mají zhoršenou adaptaci na světlo. Mohou trpět tzv. šeroslepostí, světloplachostí, případně obojím. To znamená, že při slabém nebo naopak při silném osvětlení či slunečním záření přestávají vidět. Některým slabozrakým lidem se může výrazně zhoršit vidění při přechodu z osvětleného prostoru do neosvětleného a naopak, v důsledku čehož mohou mít po určitou dobu potíže s orientací. Někdo se na změnu světelných podmínek neadaptuje vůbec, někdo po různé dlouhé době. Nevhodné osvětlení může u některých osob způsobit až silné bolesti hlavy, pocity na zvracení apod. Je tedy třeba vytvořit vhodné světelné prostředí, které by člověka neiritovalo. Pokud si nejsme jisti, jaké prostředí je pro něj vhodné, je dobré se jej přirozeným způsobem zeptat.

Někteří lidé mají tzv. trubicové vidění, takže se při orientaci v prostoru chovají víceméně, jako by byli zcela nevidomí, ale při prohlížení detailů zblízka mohou při zachované zrakové ostrosti vidět velmi dobře. Při zhoršené zrakové ostrosti mohou nosit dioptrické brýle, což okolí mate ještě

víc. Většina veřejnosti si myslí, že pokud má člověk dioptrické brýle, je plně korigován a vidí tedy jako člověk zdravý.

Pro komunikaci je velmi důležitý oční kontakt. U slabozrakých lidí tomu není jinak. Pokud nám člověk řekne svůj vizus nebo popíše, jak vidí, zapamatujme si, kterým okem vidí lépe a při komunikaci s ním udržujme oční kontakt s tímto okem. Zrakové postižení nemusí být na první pohled zjevné a často se velmi těžko odhaduje, jak dotyčný vidí. Pokud to tedy zvýší i komfort komunikace pro pracovníka, především v případě, že se s největší pravděpodobností bude jednat o delší či opakovaná setkání, může se pracovník při vhodné příležitosti na míru vidění zeptat.

Při komunikaci se někdy stává, že naši pozornost přitahuje nějaká abnormalita na tváři komunikačního partnera či v jejím okolí (např. strup na čele, drobek na tváři, smítko na rameni) a náš zrak je k tomuto detailu nekontrolovatelně přitahován. Dotyčný si toho zpravidla všimne, je mu to nepříjemné a nakonec to většinou nevydrží a zeptá se, co tam má. Podobné je to se slabozrakým člověkem, který má nějakým způsobem viditelně poškozenou vnější část oka či víčka, oko je stočeno do vnějšího či vnitřního koutku nebo je do očnice vsazena protéza. Náš zrak je podvědomě přitahován právě na toto nefunkční oko, a tím narušujeme oční kontakt s komunikujícím.

Důležitá je zásada kontrastnosti. Mnohým slabozrakým lidem velmi pomáhá, když je prostředí kontrastně upraveno. To znamená, že objekty, které slabozraký potřebuje nalézt nebo s nimi manipuluje, jsou v barevném kontrastu k pozadí. Typicky chybným příkladem nektrastního prostředí jsou toalety, chodby, pokoje a další v mnoha zdravotnických zařízeních, které jsou z hygienických důvodů celé bílé. Někteří slabozrací lidé se v takovém prostředí stávají nevidícími, neboť jim vše splývá v jednodolnou bílou plochu. Velkým ulehčením pro orientaci by byla např. bílá toaletní mísa či umývadlo kontrastující k tmavé dlažbě. Na chodbách tmavé zárubně dveří a tmavé nebo výrazně barevné kliky. V pokojích např. tmavé háčky na ručníky či věšáky na župany apod. Takto bychom mohli jmenovat mnoho dalších drobností, které by slabozrakým velmi ulehčily orientaci. Nemáme-li možnost změnit barvu dlažby apod., můžeme učinit alespoň některé jednoduché změny tím, že se projdeme po svém pracovišti a zamyslíme se, které objekty je třeba, především z bezpečnostních důvodů, kontrastně zvýraznit (např. na pozadí toaletního papíru můžeme nalepit tmavý papír, světlé zárubně dveří a prosklené plochy můžeme označit barevnými reflexními páskami, první a poslední schod označit žlutou reflexní barvou, atd.).

Při poskytování krizové intervence je také vhodné dbát na to, abychom i my byli kontrastní ke svému pozadí a slabozraký člověk tak měl lepší představu o místě, kde sedíme. Je dobré pamatovat i na drobnosti, jako je černá káva servírovaná ve světlém hrnku, světlé sušenky na tmavém talířku apod.

Pokud chceme předat kontakt, je vhodné zeptat se na formu, jaká by dotyčnému vyhovovala. Zpravidla postačí, když použijeme tlustý černý fix a zvětšené, asi 3 cm vysoké tiskací bezpatkové písmo. V případě, že člověk disponuje počítačem se zvětšovací programem a kontaktů je víc, nejvhodnější forma je jejich zaslání přes e-mail.

Dodržováním těchto jednoduchých zásad nebudeme zbytečně zvyšovat úzkost slabozrakého člověka, naopak se nám tímto vstřícným a chápavým přístupem může podařit rychleji získat jeho důvěru a intervence tak může být úspěšnější.

Je však třeba si uvědomit, že slabozrací lidé jsou tak heterogenní skupina s tak specifickými individuálními potřebami, že není možné vymezit ideální podmínky pro poskytnutí krizové intervence. Proto je vždy lepší se individuálně na všem domluvit.

## **Zásady pro kontakt s nevidomým člověkem**

Při setkání s nevidomým člověkem vždy zdravíme jako první a k pozdravu je třeba vždy připojit své jméno, případně profesi či jakousi nápovědu, aby nevidomý věděl, s kým právě hovoří. Přírozeným způsobem jej také upozorníme, že mu podáváme ruku. Podání ruky je důležité, neboť svým způsobem nevidomému nahrazuje oční kontakt a vedle hlasu je to jediný neverbální prvek, skrze který si může pro sebe lidi trochu kategorizovat.

Při vstupu do místnosti, kde je nevidomý člověk, oznámíme nějakým způsobem svou přítomnost. Tichý pohyb neznámé osoby může opět zvyšovat úzkost. Stejně tak pokud ji opouštíme, oznámíme to, aby na nás nevidomý dále nemluvil.

Nevidomí lidé přicházejí do míst, kde to neznají, s průvodcem. Ačkoli s přepravením se na místo potřebují pomoci, své záležitosti si chtějí vyřídit sami. Komunikujeme tedy přímo s nevidomým člověkem, nikoli s průvodcem. I nevidomému člověku se díváme při hovoru do očí. Podle směru slyšeného hlasu nevidomý člověk pozná, kam je náš obličej směřován.

Při setkání se chovejme přirozeně a nenuceně, stejně jako s jinými lidmi. Taktním způsobem můžeme pomoci tam, kde je to třeba. Vždy je ale dobré zeptat se, jakým způsobem by to bylo nejlepší. Při doprovázení na nějaké místo stačí, když nabídneme svou paži, aby se do ní lehce zavěsil nebo ji

uchopil nad loktem. Vždy a všude procházíme jako první. Před nebezpečným místem vždy zastavíme a upozorníme na to, co bude následovat (např. schody dolů, schody nahoru, dveře, šikmá plocha dolů apod.). Při příchodu do místnosti poprvé ji stručně nevidomému popíšeme, aby získal hrubou představu o prostoru, ve kterém se nachází. Je důležité zmínit, zda se tam nacházejí nějakí lidé, případně kolik a kterým směrem.

Obecně platí, že při komunikaci s lidmi s vážným zrakovým postižením je třeba používat více slovního popisu a konkrétního označení místa, kde se co nachází. Pojmy jako „támhle“, „tady“, „kousek od vás“ je třeba nahradit přesnějším označením jako např. „vlevo od dveří, kudy jste přišel“, „na stole vlevo od vaší pravé ruky“, „asi půl metru po vaší pravici“. Velmi jednoduše se dá směr popsat také podle ciferníku hodin, např.: „Sklenici s vodou máte na dvojce.“ (tzn. před dotyčným trochu vpravo). Při podávání nějakého předmětu se jím lehce dotkneme jeho ruky a on už si jej sám nahmatá.

Při komunikaci se slabozrakými či nevidomými lidmi není třeba vyhýbat se pojům majícím spojitost se zrakem, jako jsou běžně používaná slovní spojení. Např. „Teď se spolu podíváme na...“, uvozovací věta „Podívejte se, měli bychom...“ nebo častá věta při loučení „Uvidíme se za týden.“

### 6.3 Některé možné krizové situace a jejich průběh

Nevidomí a slabozrací lidé mohou samozřejmě prožívat stejné krizové situace jako vidící populace a kromě toho mohou prožívat těžké životní situace, které jsou důsledkem vážného zrakového postižení.

Samotná postupná či náhlá ztráta zraku může pro někoho představovat velmi psychicky náročnou životní zkoušku. Je asi zbytečné polemizovat nad tím, co je psychicky náročnější – zda postupná nebo náhlá ztráta zraku. Ačkoli z hlediska sociální rehabilitace je jistě výhodnější ztrácet zrak postupně, protože se tak člověk může lépe připravit na celkovou ztrátu, z hlediska psychického je to pro některé jedince stejně trýznivé jako ztráta náhlá.

Primární změna – slábnoucí zrak či celková ztráta vidění však s sebou přináší mnoho sekundárních změn, které bývají často psychicky ještě náročnější. Většina lidí již nemůže dále vykonávat své dosavadní zaměstnání a často je velmi obtížné najít si nějaké náhradní. Některé koníčky nelze provozovat vůbec, jiné ano, ale trochu jiným způsobem, což pro někoho nemusí představovat plnohodnotný způsob. Ztráta zraku představuje velký

zásah do mnoha životních zvyklostí člověka. Některé činnosti, které dříve vykonával sám, nyní zvládne pouze s dopomocí. U mnoha věcí, které udělá, nemá jistotu, že je udělal správně, a potřebuje, aby je někdo vidící překontroloval. Vše mu trvá déle, nestihne toho tolik jako dřív, musí více plánovat a mnohem více věcí si pamatovat. Všechny tyto nové okolnosti představují podmínky, se kterými se člověk potřebuje vyrovnat, naučit se s nimi žít. Zpočátku jsou však pro některé jedince vysoce stresující.

V literatuře můžeme v různých drobných variacích najít jednotlivé fáze krize vyvolané nějakou traumatizující událostí

Fáze krize:

1. Šok
2. Popření
3. Hněv (hledání viníka)
4. Smlouvání
5. Deprese
6. Smíření či rezignace

Při výrazné či celkové náhlé ztrátě zraku můžeme u většiny jedinců pozorovat průběh krize v těchto fázích. Z praxe však vyplývá, že variabilita a určitá nepostižitelnost lidské psychiky je i zde. Ne u všech osob tyto fáze probíhají, a pokud ano, tak ne vždy v této posloupnosti a vzájemné návaznosti. To však nic nemění na tom, že znalost těchto fází je velmi cenným vodítkem nejen při kontaktu s postiženým člověkem. Zpravidla těmito fázemi procházejí i rodinní příslušníci či partner postiženého. Ojedinele nastává dokonce situace, kdy sám postižený člověk je od počátku psychicky vyrovnaný a smířený se ztrátou zraku a je spíše psychickou oporou svému okolí. Můžeme s nimi také seznámit klienta v krizi a jeho blízké, při technice krizové intervence zvané „edukace“ a kognitivně jej tak připravit na možný průběh jeho krizového období.

Výše uvedené první fázi často předchází období, kdy člověk teprve začíná mít jakési povědomí o nemoci. U člověka s počínající zrakovou vadou to mohou být prvotní signály závažných očních chorob, kdy si například začíná uvědomovat, že občas vidí jakési světelné záblesky, písmo nebo rovné linie vidí lehce pokřivené, vidí před očima jakoby pavučinku, kterou má neustále tendenci odstraňovat a nedaří se mu to, a další podobné situace. Trochu tedy tuší, že něco není v pořádku, ale často sám sebe přesvědčuje, že se nejedná o nic vážného, dokud mu postupující choroba nezačne vadit v běžném životě.

V první fázi je pak typické, že člověk nemůže uvěřit, že by jeho nepříznivý stav měl být definitivní. Tato fáze šoku přináší úděs a překvapení člověka nad poznanou pravdou. Pokud k této silné reakci nedojde, je možné, že osobnostní charakteristika člověka je natolik silná, že tuto objevenou realitu přijme velmi dobře nebo své diagnóze a prognóze neporozuměl. Některé lékařské termíny jako makulární degenerace, Stargardtova choroba, retinopatie, atrofie zrakového nervu, glaukom a další některým lidem mnoho nenapoví.

V další fázi člověk tento fakt popírá, protože nechápe, proč by se právě jemu mělo stát něco takového. Tato fáze je obranným mechanismem organismu. Raději na nějaký čas potlačí vědomí této negativní informace a všechno, co s tím souvisí. Lidé, kteří tuší, že budou postupně přicházet o zrak, si vytvoří tuto přirozenou ochranu, protože přijetí reality, že by neměli vůbec vidět, je pro ně za limitem únosnosti. Často tedy nabízenou pomoc či pomůcky odmítají se slovy, že „to oni nepotřebují, že to je pro ty slepé“, nebo s „děkuji, ale to snad (zatím) nebude třeba“. Použijí-li slovíčko „zatím“, je to známka toho, že si jsou vědomi možnosti budoucí změny svého stavu k horšímu a proces vyrovnávání se s nepříznivou realitou již pomalu začal. Nejmarkantnější je to bohužel právě u té nejdůležitější pomůcky, kterou je bílá hůl. Je označením člověka, který má těžce postižený zrak, aby si veřejnost (chodci, cyklisti, řidiči apod.) mohla dát pozor a neublížila mu, popř. mu v případě potřeby pomohla. Zároveň je to velmi praktická pomůcka, jakási prodloužená ruka člověka, která velmi zvyšuje bezpečnost jeho pohybu. Právě označení je ale to, co většině lidí tolik vadí a je pro ně samotné nebo jejich partnery a blízké za hranicí přijatelnosti. Považují to za stigmatizaci, potvrzení definitivního stavu, zařazení se do skupiny, kam nepatří. S vědomím tohoto je tedy třeba velmi citlivě a postupně motivovat člověka, aby si tuto pomůcku pořídil a začal také bez pocitů studu využívat ochoty a laskavosti lidí z řad veřejnosti. Obdobné tendence popírat realitu pak často prolínají i dalšími fázemi krize.

Po prvotní paralyzaci přichází fáze hledání viníka, ve které se zlost a hněv nejčastěji obrací proti konkrétnímu lékaři či nemocnici, kteří jsou ať už právem či neprávem obviňováni ze zanedbání lékařské péče, podceňování informací, které pacient avizoval, provádění neověřených operací bez předchozího seznámení s riziky apod.

Ve fázi smlouvání již dochází k akceptaci „definitivna“ do určité míry. Člověk se již smířil s faktem, že se jeho zrak nedá lékařsky napravit, ale odmítá se rehabilitovat a drží se přesvědčení (velmi často se touto představou



chlácholí především příbuzní a partneři postiženého), že rychlý pokrok moderní medicíny a techniky jistě přijde brzy s nějakou možností, jak vrátit člověku zrak alespoň částečně. Ačkoli takovéto výzkumy (dokonce již s určitými výsledky) probíhají a nezbyvá než doufat, že se v budoucnu skutečně najde způsob, jak umožnit alespoň nějaké vidění, tyto přehnané naděje zbytečně brzdí proces smíření se s definitivní ztrátou zraku a zájem postiženého o rehabilitaci. V této fázi lidé obvykle nejsou přístupní jakékoli pomoci ve formě sociální rehabilitace ani jiné formě, kromě finančního zajištění. Je třeba je motivovat, aby se přeci jen v době „čekání na přelomový technický pokrok“ učili samostatnosti a nečekali nečinně třeba i několik let nebo do konce života.

Ve fázi deprese člověk stále ještě není přístupný rehabilitaci. V tomto období potřebuje především oporu ve svých nejbližších, pochopení, podporu sebevědomí a pocit užitečnosti. Je důležité „odžít“ si tuto fázi, aby poté mohl člověk opět znovu „stoupat“. Nebylo by na místě, a bylo by to zřejmě také zbytečné, tuto fázi nepřirozeně potlačovat nebo tabuizovat, násilně urychlovat či přerušovat nemístným utěšováním, předkládáním příkladů jiných lidí, kteří vše úspěšně zvládli, tišením depresí medikací apod. Není-li tato fáze příliš dlouhá (delší než rok), je zcela v pořádku. V této fázi je však již vhodné nabízet možné způsoby zmírnění dopadů ztráty zraku. Klient na ně zpravidla nereaguje hned, nicméně se v jeho mysli tato informace zachytí a za nějakou dobu, až tzv. nazraje čas, sám pomoc vyhledá. V takovou chvíli je již na začátku fáze smíření a je přístupný jakékoli pomoci, radě a komplexní sociální, popř. i pracovní, rehabilitaci.

Ztráta zraku během života je bezpochyby náročná životní situace. Na následujících kazuistikách lze však dobře vidět, že každý člověk vnímá tuto situaci velmi individuálně.

*Kazuistika: Mladá žena začala mít ve svých 23 letech zdravotní problémy. Po komplexním vyšetření jí byla diagnostikována roztroušená skleróza. Byla často unavená, při změně počasí měla silné bolesti a někdy se mohla pohybovat jen s pomocí francouzských holí. V důsledku nemoci začala také postupně ztrácet zrak, proto se začala připravovat na jeho celkovou ztrátu tím, že se naučila ovládat klávesnici bez zrakové kontroly a pracovat na počítači za pomoci hlasového odečítače. Naučila se také číst a psát Braillovo bodové písmo, používat bílou hůl. V průběhu sociální rehabilitace si jen velmi zřídka posteskla, že jí trápí postupně slábnoucí zrak. To, co ji trápilo nejčastěji, byly bolesti nohou a neschopnost pohybu, ale také manželská krize a nedostatek*

*financí, se kterými se jako samoživitelka potýkala. Během dalších 4 let ztratila zrak zcela. Byla ale velmi spokojená ve svém novém partnerském životě, měla dvě zdravé děti, o které se zvládala postarat, podařilo se jí získat práci, která ji bavila. Co však pro ni bylo nejbolestivější, nebyla slepota. Velmi těžce nesla, že se odcizila se svou matkou, která od počátku nesouhlasila, aby si její dcera při tak těžké nemoci a zrakovém postižení pořídila dítě nebo dokonce děti. Klientku velmi mrzelo, že místo podpory a ocenění, jak situaci dobře zvládá, na což byla sama velmi pyšná, jí její matka stále nedůvěřuje a nemůže jí odpustit, že si šla svou vlastní cestou.*

Tento příběh ilustruje, že samotná ztráta zraku je sice velkou psychickou zátěží, ale pro některé jedince nepředstavuje zásadní problém a relativně dobře se s ním vyrovnají. Na rozdíl od narušených rodinných vztahů, které mohou způsobit dlouhotrvající stres a připravit psychicky velmi náročné situace. To vše společně s kumulujícími se zdravotními problémy, bolestí a obtížemi s mobilitou může pro některé jedince znamenat nadlimitní zátěž.

*Kazuistika: Mladý muž ve 25 letech havaroval. Jako zázrakem vyvázl téměř bez zranění, vážně si ale poranil hlavu a ztratil zcela zrak. Překvapivě se se ztrátou zraku bez problémů vyrovnal, neproběhla u něj ani jedna z popisovaných fází krize. Dokonce uváděl, že se mu život vůbec nezměnil. Žil stále u své původní rodiny, která mu vytvářela zázemí. Naučil se pohybovat samostatně s bílou holí, číst a psát Braillovo bodové písmo, pracovat s počítačem s hlasovým výstupem, byl i bez zrakové kontroly velmi manuálně zručný. S velkým nadšením se rekvifikoval, ale zklamání přišlo, když neměl dostatek práce, čili ani výdělku. Také další zdravotní komplikace v důsledku havárie jej začali sužovat. Začal mít bolesti zad a kvůli hrozbě epileptického záchvatu se již nemohl pohybovat svobodně, sám, ale vždy v doprovodu někoho z rodiny. Delší dobu si nemohl najít vhodnou partnerku, neboť možnosti seznámení se byly omezené. Velmi se mu dařilo ve sportu pro nevidomé, ale hrozilo, že kvůli dalším zdravotním potížím bude muset se sportováním přestat.*

Na tomto příběhu si můžeme uvědomit, že samotná ztráta zraku pro mnohé lidi není nepřekonatelnou překážkou a jako psychická zátěž sama o sobě je únosná. Krize ale může nastat, pokud se zátěžové situace začnou množit a kumulovat se do krátkého časového období. Určitě také záleží, kdo jaké oblasti přiřkládá větší či menší důležitost a jakými povahovými vlastnostmi je vybaven. V situaci, ve které by se někomu hroutil svět a měl by silně

suicidální tendence, může být jiný člověk psychicky vyrovnaný, radostný, plný energie učit se novým věcem a vracet se k těm, které měl rád před ztrátou zraku. To je mimochodem i případ našeho mladého muže z kazuistiky.

*Kazuistika: Muž ve středních letech ztratil zrak náhle, při práci na stavbě svého rodinného domu. Ztráta zraku ho zastihla v období, kdy byl pln síly, stavěl dům, živil manželku na mateřské dovolené, spolu s ní vychovával malého synka, byl úspěšným podnikatelem a dominantní hlavou rodiny. Po ztrátě zraku, která pro něj představovala nadlimitní krizi, bohužel na několik let ustrnul v těžké depresi. Tuto depresi ještě posilovala ztráta vůdčí role hlavy rodiny. Manželka musela alespoň zpočátku jeho roli převzít. Musela zařizovat záležitosti ohledně stavby, udělat si řidičský průkaz, aby mohla sebe s dítětem i manžela přepravovat, protože bydleli v malé vesnici. Byla velmi čínorodá, vše velmi dobře zvládala. Muž byl však primárně ztrátou zraku a sekundárně ztrátou své dominantní role tak otřesen, že na život rezignoval a na dlouhé roky se ponořil do deprese. Celé dny seděl a poslouchal rádio. Posiloval v sobě pocit bezmoci, odmítal se učit samostatnosti a stal se zcela závislým na své manželce. Suicidální tendence zaháněl jen kvůli svému synkovi.*

Na tomto příběhu je zřejmé, že ztráta zraku pro tohoto člověka představovala nadlimitní zátěž, mnohem větší než pro většinu lidí. A to zřejmě proto, že na rozdíl od mladého muže, kterému se v podstatě život nijak zásadně nezměnil, se tomuto muži, alespoň zpočátku, život změnil velmi zásadně. Z dominantního živitele rodiny a řidiče automobilu se stal muž s nízkým příjmem sociální dávky a závislým na své ženě a řidičce. Již nemohl pokračovat v aktivním pracovním životě podnikatele. Nemohl sám dostavět dům, jejich společný sen. Uvědomoval si, že neuvidí, jak jeho malý syn roste. Kumulace nechtěných bolestných změn přesáhla hranici únosnosti tohoto člověka.

V literatuře věnující se krizi a krizové intervenci je často uváděna Tabulka náročných životních událostí autorů Holmesa a Rahea, kde jsou asi čtyři desítky náročných životních událostí. Každé z nich je přidělen určitý počet bodů na základě dlouholetých klinických zkušeností. Autoři uvádějí, že při kumulaci událostí, jejichž součet přesáhne 250 bodů, se organismus člověka ocitá na pomezí vlastních rezerv. Již při přesáhnutí 150 bodů byly zaznamenány změny ve zdravotním stavu. (Vodáčková, 2002)

Již samotné události, které většinou následují po ztrátě zraku, jako je ztráta zaměstnání (47 b), odchod do invalidního důchodu (45 b), změna

finančního stavu (38 b), změna životních zvyklostí (24 b), změna rekreačních aktivit (19 b), změna spánkových zvyklostí a režimu (16 b), můžou v součtu spolu se samotnou ztrátou zraku (53 b) útočit na zmiňovanou hranici 250 bodů. Přidají-li se další náročné události jako neshody v partnerském životě, další zdravotní potíže, úmrtí blízkého člověka apod., mohou se objevit silné suicidální tendence, deprese, alkoholismus.

Na uvedených kazuistikách je však možné uvědomit si zásadní věc, a to, že prožívání každého člověka je jedinečné, závislé na mnoha faktorech, jako je jeho osobnostní charakteristika, životní okolnosti, věk, ale hlavně na jeho postoji a subjektivním vnímání události.

„Emoční reakce postiženého jedince je totiž závislá na významu, který jedinec dané situaci nebo události připisuje. Potenciální zdroj krize tedy spočívá v subjektivním hodnocení životní události a vlastních možností – nikoliv v události samotné.“ (Špatenková, 2004, s. 21)

Z hodnocení lidí ztrácejících zrak vyplývá jednoznačně, že obrovskou stabilizační sílu mají sociální vztahy – rodina, partneři, přátelé. I těmto lidem je však třeba poskytnout krizovou intervenci, je-li to třeba, neboť někdy mohou situaci prožívat jako větší krizi než sám postižený.

## 6.4 Na co si dát při krizové intervenci pozor

Pro mnoho lidí představuje ztráta zraku jednu z nejhorších věcí, která by se jim mohla v životě přihodit. Není však na místě přistupovat k člověku s dobře míněným pochopením: „Já vás úplně chápu, to musí být strašné. Pro mě by to byla hotová katastrofa!“

Pracovník, který se setká s člověkem s těžkým zrakovým postižením v krizi, může mít tendenci nechat se zúzkostnit jeho emočním výlevem. Člověk v takovou chvíli ale naopak potřebuje slyšet pevný, avšak chápající hlas. Někteří lidé, když nevědí, co by měli v takovou chvíli říci, raději mlčí. Příliš dlouhé mlčení ale může působit spíše jako nezáměr.

Je třeba si nedosazovat jiné významy k informacím, které nám klient říká, pokud je říká nejednoznačně či neúplně. V takovém případě je důležité se na okolnosti dodatečně ptát, nechat si je znovu vysvětlit.

Pokud se klient ptá, co má v takové situaci dělat, jestli je pro něj nějaká pomoc, je třeba si v takovou chvíli uvědomit, že člověk tímto způsobem tápající potřebuje v první řadě pochopení, tzv. verbálně pohládit, ventilovat

emoce. Pracovník by neměl na tuto výzvu reagovat snůškou (ačkoli dobrých) rad.

Někteří lidé za sebou mají skutečně tragické osudy, mnohačetné neúspěšné operace, komplikovaný celkový zdravotní stav, někdy i existenciální problémy. Běžný lidský projev soustrasti je komentář typu: „No to je hrozné! To je mi vás opravdu líto! To muselo být strašné!“ apod. Avšak ani ve chvílích největšího zděšení bychom neměli projevovat svou účast těmito slovy, které akcentují „hrůzu“ či těžkost situace.

Vyvarovat bychom se měli také útěšným frázím, kterými přesvědčujeme o něčem, co nemůžeme zaručit (např.: Určitě to dobře dopadne! Nebojte se, to bude dobré. Tam už vám určitě někdo pomůže.). Slovu „určitě“ bychom se měli zcela vyhnout. Chceme-li povzbudit, volíme raději slovní spojení, kterými můžeme vyjádřit naše domněnky a přání (např.: Přála bych vám, aby to dobře dopadlo. Doufám, že se tam najde někdo, kdo vám pomůže.). Pokud klient přesto vyjadřuje obavy (např. z plánované operace oka), je vhodná doba pro intervenci místo planého utěšování. Můžeme si s ním povídat o jeho obavách, o možných variantách, které mohou nastat. Pro obávané scénáře vymyslet krizový plán. Výsledkem by měl být klient, který je připraven i na situaci, že operace nedopadne dobře. Bude však mít již představu, co je v takové situaci možné dělat.

Pozor na povzbuzování příklady „dobré praxe“. Například příběh klienta, který ztrátu zraku přijal poměrně lehce a během roku se úspěšně rehabilitoval, není vhodné vyprávět osobě právě přicházející o zrak, která se s touto postupnou ztrátou jen těžko smiřuje. Člověk v této fázi není připraven poslouchat příběhy jiných. Připadají mu velmi vzdálené od toho jeho a většinou se najde důvod, proč to měl „ten někdo“ jednodušší. Rozhodně není vhodné dávat za příklad osoby, které jsou nevidomé od narození či od dětství. Lidé přicházející o zrak v dospělosti jsou většinou přesvědčeni, že nevidomí od narození to mají mnohem snazší. Seznámení s osobou, která má obdobný příběh již za sebou, je jistě dobrý způsob, avšak musí k tomu dospět člověk sám, být na takové setkání připraven a otevřen, jinak by to byl frustrující zážitek pro všechny strany.

Je třeba nevnucovat klientovi vlastní řešení určitých situací, i když s ním máme dobrou zkušenost a jsme přesvědčeni, že by se osvědčilo i jemu. Ve vhodnou chvíli můžeme nabídnout nějaká řešení, pokud je však klient odmítá či na ně nereaguje pozitivně, je třeba počkat a nabídku zopakovat za delší čas, popřípadě nás klient zkontaktuje sám, až uzná za vhodné.

Ačkoli nás někdy může velmi tlačit čas, pokusme se klienta nechat domluvit, nedokončujme nervózně věty za něj, i když již dopředu tušíme, co nám chce sdělit. Dokud se dialog někam posouvá, klient sděluje nové informace nebo jen potřebuje ventilovat své obavy, neměli bychom jeho povídání utínat. Až v případě, že se jedná o nadměrně mluvného klienta nebo se jeho sdělení opakuje, popř. se naše konverzace neustále točí v kruhu a klient není otevřený jakémukoli nabídnutému tématu, pak je třeba začít rozhovor pevně strukturovat, klást jasné hranice, průběžně rekapitulovat, a pokud máme již dostatek informací, je třeba vést rozhovor ke konci. Vše je však třeba dělat takovým způsobem, aby se to klienta nedotklo, abychom jej neranili a nedemotivovali jej k řešení problémů. S největší pravděpodobností má takový člověk potíže s vyjádřením klíčového problému či s mnohmluvností i jindy v životě a zřejmě již má negativní zkušenosti s nepříjemnými a shazujícími reakcemi od svého okolí. My bychom se tedy měli chovat za všech okolností profesionálně a své emoce mít pevně pod kontrolou.

Otázky klademe vždy srozumitelně, jednu po druhé, nespěcháme. Také pomocí otázek neměněme násilně a předčasně téma, pokud je zřejmé, že jedno téma ještě nebylo zcela vyčerpáno.

Nedomýšlejme si něco, co klient neřekl, ale raději se doptejme na zpřesňující informace. Při rozhovoru je vhodné používat spisovný a odborný jazyk, nicméně jen do takové míry, aby byl klientovi srozumitelný. Je přirozené, že při rozhovoru s různými lidmi a v různých situacích jaksi automaticky přizpůsobujeme náš slovník dotyčné osobě či situaci, ale není třeba to přehánět.

Vypustíme zcela otázky „proč“. Mohou působit jako určující až obviňující a ne vždy se na ně snadno odpovídá. Pokud se zeptáme, např. proč to nezkusil, do jisté míry mu tím podsouváme, že to zkusit měl.

Je důležité vždy naslouchat dotyčnému, co potřebuje. Nevnučujme se tedy s radami, ani krizovou intervencí. Pokud od nás klient potřebuje pouze informaci, poskytněme mu ji a jen jednoduše nabídněme, co dalšího pro něj můžeme udělat. Zdaleka ne každý, u koho máme pocit, že jistě prožívá krizi, ji skutečně prožívá.

Je třeba vysoce respektovat pravidlo individuálního přístupu! Někdy se může stát, že se v rámci relativně krátkého času setkáme s klienty, kteří prožívají podobný příběh. Co však pro jednoho bylo téměř neúnosné trauma, pro druhého nemusí být až tak významné. Nelze tedy nikdy předpokládat,

že dva lidé se budou v určité situaci chovat stejně a budou mít obdobné prožívání.

Je důležité také nepodlehnout žádostem klienta o udělení nějaké rady. Pracovník, který by této výzvě vyhověl, riskuje, že do svých rad bude vkládat své vlastní projekce, tedy své osobní postoje, zkušenosti vlastní či ze svého okolí, vžitě stereotypy nebo tradiční morální klišé. Klienta tedy spíše vedeme a vhodnými otázkami a směřováním mu pomáháme nalézt jeho vlastní nejvhodnější cestu.

Nepodsouvejme klientovi pocity, emoce a zkušenosti, které jsou naše vlastní nebo je známe od jiného klienta. Věnujme pozornost jeho vlastním emocím, které pro nás mohou být někdy překvapivé.

Postupujme vždy v souladu s etikou. Ačkoli je klient nevidomý, neděláme v jeho přítomnosti posunky na rodinné příslušníky nebo na své spolupracovníky. Klient takové okamžiky může vycítit a vytratí se pocit bezpečí a důvěry v nás. Tuto tendenci někdy mívají vidící průvodci z řad rodinných příslušníků. Nepřístupujme na tuto jejich hru.

## **6.5 Osobnost pracovníka v pomáhající profesi při krizové intervenci**

Pro práci v pomáhající profesi je jistě výhodou mít důkladné znalosti z oblasti krizové intervence. Pokud však chceme, aby naše pomoc byla skutečně platná, je nezbytné absolvovat komplexní kurz krizové intervence. Přídavkem k těmto základním znalostem je pak jakási moudrost a nadhled krizového intervenanta a v neposlední řadě je důležité mít alespoň základní znalosti z psychologie člověka. Nezbytná je schopnost naslouchat, operativně vyhodnotit situaci, vysoká empatie, aby byl člověk schopen rozpoznat zakázku, trpělivost a schopnost udržet si hranice. Mnohému z výše uvedeného se lze naučit.

Krizový intervent by se měl oprostít od sklonu k rutíně, a pokud na sobě toto riziko pozoruje, měl by vyhledat pomoc supervizora. Je nezbytné, aby ke každému klientovi přistupoval jako k individualitě, která má své individuální potřeby, osobní možnosti a omezení. Na druhou stranu je třeba zachovávat spravedlivou vyváženost, nedělat pro někoho výrazně víc jen proto, že je naléhavější či manipulativní.

Velmi důležité jsou prozodické faktory neboli paraverbální složky komunikace, jako je schopnost udržení očního kontaktu, práce s hlasem (jeho

přirozená barva a výška), síla hlasu, intonace, mimika, soustředěnost na rozhovor apod. Při krizové intervenci působí nejpříjemněji klidný pevný hlas, spíše tišší a posazený spíše v hlubších tónech. Intonujeme jen mírně, hovor by měl být spíše monotónní. Mimiku používáme přirozeně, není třeba ji pro slabozraké osoby zvýrazňovat. Je důležité si uvědomit, že momentální výraz tváře se promítá také do mluveného slova. Klient slyší, zda se u hovoru usmíváme.

Při delším rozhovoru je vhodné dělat si stručné poznámky, abychom se klienta nemuseli opakovaně na určitá fakta ptát. Naopak působí velmi dobře, používá-li pracovník přesné údaje tak, jak byly uvedeny, a vlastní výrazy klienta. Je to známka pozornosti a zájmu. Klientova důvěra se tím zvyšuje.

Je výhodné pro obě strany, aby byl pracovník v pomáhající profesi připraven na podobné situace a měl zmapovanu síť pracovišť, na která by mohl člověka se zrakovým postižením v případě potřeby odkázat. Jedním z takových pracovišť pro osoby starší 15 let je např. Tyfloservis. Středisko Tyfloservisu sídlí v každém krajském městě a poskytuje své služby ambulantně i v terénu především lidem ztrácejícím zrak během života, ale také lidem se zrakovým postižením od narození. Pracovníci Tyfloservisu tyto osoby mimo jiné učí, jak zvládat činnosti potřebné v každodenním životě bez možnosti zrakové kontroly včetně samostatné chůze s bílou holí, seznamují je s kompenzačními pomůckami, zkouší optické pomůcky a pomáhají s jejich výběrem. V případě potřeby předávají kontakt na další návazná či jiná pracoviště. Rodiče, kterým se narodí dítě se zrakovou vadou nebo z nějakého důvodu zrak ve velmi raném věku ztratí, zase můžeme odkázat na příslušné Středisko rané péče. Rodiče dětí se zrakovým postižením starší 3 let se mohou obrátit na Speciálně pedagogické centrum.

## **Závěrem**

Problematika krizové intervence i zrakového postižení je velmi obsáhlá. Tento text si však klade za cíl upozornit na specifika krizové intervence u osob se zrakovým postižením. Pro čtenáře, kteří neprošli odbornou přípravou k poskytování krizové intervence, by tato kapitola měla být jakýmsi vhledem do problematiky a oporou pro případ, že se jednou s člověkem se zrakovým postižením v krizi ve své profesi setkají. Spolu s dalšími kapitolami v této knize by mohla být vodítkem k tomu, jak se zachovat v situaci, kdy se setkáme s člověkem, který potřebuje krizovou intervenci, ale není přítomen nikdo, kdo by mu ji odborně poskytl. V takové situaci je tedy důležité, aby ho někdo ještě více nepoškodil. Po prostudování tohoto textu



---

by měl být pracovník schopen zareagovat tak, aby to bylo pro člověka přínosné, příjemné a nepoškozující. Jistě je ale třeba dalšího a hlubšího studia této problematiky.

---

## 7 Náročné životní situace u osob se sluchovým postižením

„Podpoř mne tím, že budeš mít pochopení pro mou sílu, a ne pro mé slabosti.“

Amos Bronson Alcott

### 7.1 Uvedení do problému

K osobám se sluchovým postižením řadíme jedince **ohluchlé** (ztráta sluchu u nich vznikne až po rozvinutí mluvené řeči), **nedoslýchavé** (různorodá skupina osob s lehkou, střední a těžkou nedoslýchavostí) a **prelingválně neslyšící** (osoby, které se narodily plně neslyšící nebo ztratily sluch před rozvojem řeči).

V České republice je zhruba 0,5 milionu **nedoslýchavých a neslyšících** lidí. Z nich převážnou část tvoří nedoslýchaví, jejichž sluch se zhoršil z důvodu věku. Zhruba 15 000 nedoslýchavých a neslyšících lidí se s vadou sluchu *narodilo* nebo jejich vada vznikla už *v dětství*.

Lidé se sluchovým postižením netvoří jednodílnou skupinu, existuje více druhů, typů a stupňů postižení sluchu. Způsoby jejich komunikace jsou závislé nejen na hloubce sluchového postižení, ale i na dalších faktorech, jako je doba vzniku hluchoty, vliv školy, vliv rodiny či osobnostní předpoklady. Je tedy zřejmé, že neslyšící nejsou skupina stejných lidí. Někteří neslyšící mluví a odezírají, jiní komunikují znakovým jazykem.

Stále jsou mezi námi neslyšící lidé, kteří jsou rozpačití nebo odmítají přijmout sami sebe jako plnohodnotné lidské bytosti s možností realizovat se a žít život podle svých potřeb a představ. Negativní pohled neslyšících na sebe sama pochází z náhledu slyšících, který často vzniká na základě neinformovanosti slyšící veřejnosti, ale i na základě toho, co se někdy o lidech se sluchovým postižením píše v odborných knihách. Opakovaně se v nich o neslyšících mluví jako o jedincích, kteří se neumějí správně chovat, mívají potíže v sebeovládání a jejich myšlení je vázáno na konkrétní realitu (jinými slovy, nejsou schopni chápat abstraktní pojmy, jako je např. láska, přátelství apod.). Komunikace s nimi je natolik obtížná, že se omezuje na sdělení nejnutnějšího, je poukazováno na omezenou schopnost chápání psaného textu, nízkou úroveň čtenářských dovedností apod. Pokud si tyto

materiály prostuduje člověk, který s neslyšícími nemá žádnou zkušenost, získá o nich zkreslené představy.

Pro život osob se sluchovým postižením ve slyšící společnosti je důležité používat ke komunikaci dorozumivací systém většinové slyšící společnosti. Tím je mluvený jazyk ve formě **zvukové a grafické**. Získat náležitou **jazykovou kompetenci** v českém jazyce prostřednictvím psaného textu není pro jedince se sluchovým postižením snadné.

Těžké sluchové postižení vede k podnětové deprivaci, k omezení nebo k úplnému chybění zvukových podnětů, a tím k zúžení variability zkušeností. Respektive k narušení rozvoje některých kompetencí. Těžce sluchově postižený jedinec není omezen jen v **oblasti vnímání řeči**, ale chybí mu i **sluchová orientace v prostředí**, v prostoru, který je mimo jeho zrakové pole. Z toho často vyplývají i **obtíže v sociálním prostředí**.

**Verbální komunikace** bývá obtížnější i u lidí s méně závažným postižením, tj. nedoslýchavých. **Myšlení** u osob se sluchovým postižením je více vázáno na konkrétní realitu, na skutečný svět, proto je mnohdy obtížnější dosáhnout u nich takového stupně porozumění, aby mohli abstrahovat a uvažovat hypoteticky.

Osoby se sluchovým postižením mívají i **obtíže v sebeovládání**, řídí se především svými aktuálními pocity a potřebami. Proces osvojení norem chování neprobíhá občas standardně, což se může projevit chyběním pocitů studu či viny, které jsou běžnou reakcí na přestupek. Děti se sluchovým postižením někdy ani dobře nechápuou význam omezení, neuvědomují si, že každý člověk je za své jednání odpovědný.

Vágnerová (2004) ve své knize uvádí, že nápadnost v chování, neschopnost jednat očekávaným způsobem a ovládat své projevy je značnou překážkou přijatelné sociální adaptace sluchově postižených. Mnohdy si neslyšící ani neuvědomují, jak jejich chování na ostatní lidi působí, a často je to ani nezajímá. Mají **sklon jednat impulzivně**, bez rozmyslu, a nepřiměřenou intenzitou. Pro jejich rozhodování je typická tendence k okamžité, mnohdy iracionální reakci na úkor zvažování účelnosti určitého způsobu jednání. Bývají koncentrováni na vlastní aktuální uspokojení, mívají menší zábrany a sklon k afektivním výbuchům. Emoční ladění se jednoznačně projeví i v jejich mimice.

Osoby se sluchovým postižením jsou v jednání přímí a jdou rovnou k věci. Je to dáno buď kulturou neslyšících nebo také způsobem výchovy.

Osoba se sluchovým postižením se setkává se zátěžovými stresujícími situacemi především v oblasti komunikace v neznámém prostředí neznámých lidí.

Mluvená řeč osob se sluchovým postižením je specifická, může být pomalejší, zkomolená, pro příjemce někdy těžce srozumitelná. Někteří lidé se sluchovým postižením se tedy obávají situací, kdy by museli oslovit neznámé slyšící lidi. Mají strach z nepřiměřené reakce lidí, protože v mnohých případech slyšící lidé reagují na oslovení osoby se sluchovým postižením přehlížením, odstupem, často ji považují za méněcenného a nerovnocenného partnera.

Slyšící děti a mladí lidé se učí o historii svého národa, o struktuře svého státu, společenských zvyklostech apod. Mezi školní předměty patří Základy společenských věd. Zároveň také získávají povědomí o svém jazyce a jeho struktuře a o národní kultuře. Vystává otázka: Jak je to ve školách u neslyšících dětí? Mají také v rozvrhu předmět o historii své komunity? Patří do jejich rozvrhu lekce znakového jazyka? Bohužel, skoro na žádné škole pro sluchově postižené tyto předměty nejsou a sami učitelé nemají o kultuře neslyšících lidí potřebné znalosti.

## 7.2 Problémy s identitou u neslyšících

Jaké mohou být negativní pocity neslyšících dětí, které mohou vést ke konfliktům s okolím a vlastní identitou? Dítě (ale i dospělý) tyto pocity může zažívat v jakémkoliv prostředí, nejzávažnější dopad však mají na nejdůležitější sociální prostředí, kterými jsou **rodina** a **škola**. Zvýšené riziko je i v rodinách, které nepřijaly vadu sluchu svého dítěte a neumí s ním uspokojivě komunikovat. Dále také v běžných školách, do kterých je dítě integrováno, v nichž učitelé nemají zkušenosti s neslyšícími dětmi ani informace o problematice sluchového postižení. Potřeby integrovaného žáka pak nejsou dostatečně uspokojovány.

**Některé negativní pocity dětí se sluchovým postižením** (čerpáno od Strnadové, 1994 a z časopisu Infozpravodaje 2011):

**Nenávist:** Nenávídím sluchadla, logopedii doma i ve škole, kontroly v nemocnici, internát, sebe.

*V pátém ročníku jsem přešla do třídy pro nedoslýchavé. Změnilo to můj život. Začala jsem o sobě více přemýšlet. Přestala jsem se nenávidět, jak jsem to dělala do té doby. (nedoslýchavá dívka)*

**Sebeobviňování:** Moje sluchová vada je příčinou všech problémů, je to moje chyba. Kvůli mně se rodiče trápí.

**Frustrace:** Nikomu nerozumím a nemůžu jim nic říct, ostatní se se mnou nebaví. Nemůžu to ovlivnit. Naše komunikace nikdy nebude lepší. Jsem bezmocný.

*Neslyšící autorka Věra Strnadová ve své knize „Potom ti to povíme“ vzpomíná, jak ona i její přátelé a známí v dětství často slýchali větu: „Potom ti to povíme.“ nebo „To není nic důležitého.“ a jak je ta nemožnost dozvědět se, o čem si ostatní členové rodiny povídají, zraňovala a frustrovala.*

**Nedostatek sebedůvěry:** Neovládám to, ostatní mi nikdy nebudou dobře rozumět a já jim. Nemám na to.

**Strach:** Bojím se, že se nedomluví, že se se mnou děti v sousedství nebudou bavit, že něco nepochopím a zkazím. Bojím se, že kvůli tomu budu vypadat jako hloupý. Raději budu jen přikyvovat a mluvit co nejméně.

**Žárlivost:** Žárlím na slyšící sestru, protože se s ní rodiče baví více než se mnou. Také na ni žárlím proto, že si pořád vodí domů kamarádky, a já jsem pořád sám, všichni kamarádi ze školy bydlí daleko.

**Trvalá úzkost:** Zase udělám nějakou chybu. Budou se mi znovu posmívat? Můj sluch se pořád zhoršuje, bude to pokračovat? A jak potom budu žít?

**Izolace:** Jsem jiný než ostatní, nikdy mezi ně nezapadnu. Cítím se vyřazen.

**Vyčerpanost:** Neustále se musím soustředit, dávat pozor a sledovat dění doma nebo ve třídě, abych rozuměl. Snažím se co nejvíce porozumět mluvené řeči, ale hrozně mě to unavuje. Snažím se zapojit mezi ostatní děti, takže je musím sledovat a chovat se jako ony a komunikovat tak, abych mezi ně zapadl.

**Konflikt vlastní identity:** Jsem slyšící, nebo neslyšící? Mám problém se sluchem, ale všichni ode mě očekávají, že se budu chovat jako slyšící a budu dělat všechno jako oni. Chtějí ze mě mít slyšícího. Kdo tedy jsem?

**Pocity méněcennosti:** Jsem méně schopný než ostatní, jsem hloupý, ničemu nerozumím, nic se mi nedaří. Rodiče si se mnou povídají méně než se slyšícím sourozencem.

**Stud:** Stále nosím rozpuštěné vlasy, aby nikdo neviděl, že mám sluchadla/kochleární implantát. Stydím se před ostatními dětmi, budou se mi smát, protože mám sluchadla a špatně mluvím. Stydím se, že mi lidé nebudou rozumět, tak raději nic neřeknu.

**Citlivost:** Hned poznám, kdy se o mně ostatní lidé baví. Nerozumím jim, ale vycítím to z toho, jak se tváří. Je mi to velmi nepříjemné.

*Neslyšící děti bývají velmi vnímavé k neverbálním signálům, takže opravdu mohou rychle vycítit, kdy se o nich bavíme.*

**Podezřívavost:** Určitě se teď ostatní baví o mně. Proč se na mě pořád dívají? Teď se kluci smáli, to se určitě posmívali mně.

**Vzdor:** Já si teď hraji s tím novým autíčkem. Nechci se oblékat a jít ven. Nechápu, proč bych právě teď měl jít ven, prostě nepůjdu! Ne a ne!

*Ke vzdoru, ale třeba i negativismu často dochází, když se s dítětem nedomluvíme. Souvisí to s nedostatečným komunikačním systémem, kdy rodič nemůže dítěti vysvětlit, co a proč po něm chce, nebo proč teď nemůže dělat to a to.*

**Svalování neúspěchu na sluchovou vadu:** Já to neumím, protože neslyším. Neudělal jsem ten test, protože neslyším. Kdybych slyšel, tak bych určitě byl profesionální fotbalista.

Neslyšící děti tyto negativní pocity zažívají obecně častěji než slyšící děti. Vůbec to však neznamená, že tomu tak je vždy a že se tyto pocity musí nutně objevit u každého z nich.

S komunikačními bariérami se totiž neslyšící a nedoslýchavé děti v určité míře budou potýkat po celý život (např. v obchodě, u lékaře, na hřišti...), i kdyby bylo jejich rodinné a školní prostředí sebelepší.

## Riziko nadměrné závislosti

Dítě ve slyšícím prostředí si svoji hluchotu brzy začne uvědomovat jako nevýhodu a bude si připadat méněcenné. Správný, přiměřený přístup okolí k neslyšícímu nebo nedoslyšavému dítěti je nesmírně důležitý a odráží se na chování dítěte. Pokud nejbližší okolí vnímá dítě jako postiženého, bezbranného chudáčka, bude s ním také jednat jako s méně schopným, závislým člověkem, kterého je potřeba více chránit a pomáhat mu. Tímto se vytváří submisivní postavení dítěte vůči okolí. Poměrně často se stává, že neslyšící lidé mají ze slyšících lidí přehnaný respekt a ostych, což se projevuje v jejich chování k nim a brání to jejich vzájemnému vyrovnanému postavení.

Často zcela zbytečně dochází k nadměrné závislosti a nesamostatnosti i v dospělém věku. Tuto situaci mnohdy ještě zhoršuje příliš ochranný postoj rodiny (rodiče chtějí v dobré víře svého potomka ochránit od všech problémů a neuvědomují si, že mu tím spíše škodí). Neslyšící člověk se tak uzavírá do „**chráněného prostředí**“, kde se sice cítí bezpečně, nic ho tam nemůže zranit, avšak mohou mu chybět kontakty s okolím, může se cítit osamělý a jakoby se schovává před realitou. Nemá dost sociálních dovedností, takže se nedokáže prosadit a uplatnit své schopnosti.

Lidé často bývají v pozici, do jaké je „dotlačí“ přístup jejich okolí (např. vedení ke zodpovědnosti a samostatnosti, či naopak upevňování závislosti, způsob komunikace, respekt ke kultuře neslyšících a znakovému jazyku, nebo naopak jejich podceňování...).

Z vlivu okolí se lze vymanit a prosadit se navzdory nepříznivým podmínkám, ale je to náročné, záleží na osobnosti a zralosti jedince. Působení rodičů a jejich výchovy se vtiskuje do každého z nás a ovlivňuje nás v dalším životě.

*Neslyšící slečna pracuje jako úřednice na jednom městském úřadě již čtyři roky. Jejím úkolem je vkládat data do určitého počítačového programu. Pracuje v kolektivu slyšících. Jedna z jejích kolegyně je také neslyšící, ale není mezi nimi víc než normální pracovní vztah. Slečna neměla předtím problémy se svými slyšícími kolegyněmi. Je spíš introvert a samotář a nepotřebuje častý kontakt s druhými lidmi. V práci nikdy nepoužívala tlumočnicka. Přestože je dospělá, její rodiče často rozhodovali a zasahovali při různých situacích v zaměstnání. Matka tlumočila dceři, ale toto „tlumočení“ bylo vlastně vyřizování záležitostí za dceru. Neslyšící slečna věděla o tom, co se řeší, ale jen velmi zhruba a okrajově. Neměla možnost sama dělat rozhodnutí a zasahovat do běhu událostí. Po čase se u ní vyskytly psychické potíže. Trpěla zvláštními*



*smutky až depresivními stavy a s rodiči se začala často hádat. Ti byli zne-pokojeni. Domnívali se, že je to tím, že dcera dostává více práce a asi tomu nerozumí, protože dělá spoustu chyb. Ukázalo se, že za vším byly potlačené potřeby zdravého dospělého člověka – potřeba řídit svůj život a rozhodovat o sobě.*

### **7.3 Vliv sluchové vady na utváření osobnostních vlastností**

Na utváření osobnostních charakteristik nemá vliv sluchová vada jako taková, ale spíše to, co s sebou přináší – do jakého prostředí se děti dostanou – a hlavně, jak k nim budou přistupovat ostatní (jejich okolí). Víme, že pokud jsou podporovány pozitivní projevy dítěte, prohlubují se. A naopak, pokud je dítě odmítáno a neustále frustrováno, může to vést až k jeho stažení se a uzavřenosti... Pokud se např. snaží v kolektivu prosadit, avšak nedaří se mu to a jeho projevy jsou okolím utlačovány a bržděny, mnohdy mu nezbyvá nic jiného než se nedobrovolně „stáhnout“. Neorientuje se plně ve vzorcích chování a je donuceno k tomu být „ušlápnuté“, rozvíjí se u něj introvertní chování.

*Nedoslyšavá dívka, která byla velmi komunikativní, průbojná a nebo-jácná, začala docházet do divadelního kroužku v místě bydliště. V kroužku se často diskutovalo o podobě scénářů a hrály se skupinové hry. Dívka se do těchto diskuzí často nedokázala zapojit, protože špatně rozuměla, a ani vedoucí jí to neusnadnil. Když řekla něco, co bylo trochu mimo, ostatní se začali smát. Vedoucí jí pak úplně přestával dávat slovo. Cítila se velmi nepříjemně, a tak se raději téměř přestala zapojovat do hovorů. Dlouho se snažila to překonat, ale nakonec stejně z kroužku odešla, protože se tam cítila čím dál tím více jako podivín. Od té doby už žádné podobné aktivity nevyhledávala a nerada se zapojuje do diskuzí např. na seminářích na vysoké škole.*

#### **Extroverti – introverti**

Extroverti to mívají jednodušší v tom, že jsou komunikativnější, baví je kontakt s ostatními lidmi, takže i případné překážky můžou překonávat snadněji. Introverti nemusí tolik vyhledávat kontakty s ostatními. Na jednu stranu to bývá pro osoby se sluchovým postižením výhoda, protože se můžou mezi jinými lidmi cítit dobře, i když se tolik nezapojují do hovoru.

Na druhou stranu může hrozit riziko, že člověk, který se téměř neprojevuje, bude ve skupině slyšících opomíjen a ostatní pak budou zapomínat na jeho potřeby (např. mluvit pomaleji, dívat se na něj, zopakovat sdělení atd.).

Neslyšící nebo nedoslýchavé dítě, které je živé, komunikativní, průbojné, zkrátka se projevuje jako extrovert, může mít při seznamování se a kontaktu s jinými lidmi výhodu. Neznamená to však automaticky, že bude navazovat vztahy lépe než dítě, které je uzavřenější.

*„Když mluvím s mámou, je všechno v pořádku, ale když jí někdo z rodiny nebo někdo jiný skočí do řeči, většinou nedokončí, o čem jsme mluvili. Říkám jí, že jsem s ní přece mluvila první, ale jakmile na ni začnu mluvit nebo se snažím vstoupit do jejich konverzace, řeknou mi, abych počkala.“ (neslyšící 19 let)*

*„Vždycky jsem se cítila být mimo, když se rodina sešla dohromady. Často se mně ani nepokoušeli říct, o čem mluvili. Musela jsem se jich stále ptát. Nyní už vůbec k rodině nejezdím, návštěvu vykonám, jen když je svatba nebo něco jiného výjimečného.“ (nedoslýchavá 21 let)*

*„Když nevím, o čem je řeč, naštvu se a řeknu: ‚Jsem tady!‘ Během Vánoc jsem se nudila, ptala jsem se jich, co říkali. Je to pořád stejné i teď, nic se nezměnilo. Já jim to neustále připomínám, ale oni na mě prostě nemají pořád čas myslet.“ (lehce nedoslýchavá 18 let)*

*„Nemohu sledovat, o čem je řeč. Cítím se trochu naštvaný a frustrovaný. Když se jich zeptám, o čem mluví, řeknou ‚Počkej chvíli!‘ a neřeknou mi, o čem se zrovna v tu chvíli hovoří.“ (neslyšící 19 let)*

*„Chci se smát ve stejnou dobu jako ostatní.“ (těžce nedoslýchavý 22 let)*

*„Vždycky mě to naštve. Když to zkusím a skočím jim do řeči, řeknou ‚Počkej chvíliku.‘ Někdy na mámu a tátu křičím, protože nechápou, jak se cítím. Hodně mých neslyšících přátel se tady třeba zastaví a celou dobu spolu kecáme. Moje máma a táta jsou mimo, takže mohou vědět, jak já se cítím v podobných situacích.“ (neslyšící 24 let)*

*„Když moje sestřenice čekala miminko, já jsem byla poslední, kdo se o tom dozvěděl. Zjistila jsem to až měsíc před porodem.“ (lehce nedoslýchavá 22 let)*

„Mluvím s matkou, otec mi nerozumí. Nikdy nemluví se mnou. Nevím proč.“  
(neslyšící 19 let)

## 7.4 Situace neslyšících rodin se slyšícími dětmi

Velká část neslyšících rodičů má slyšící děti (uvádí se 90–95 %). Mnozí neslyšící rodiče si s výchovou svých slyšících dětí umějí velice dobře poradit, ale jsou i rodiče, kteří svým dětem nenabízejí příliš podnětné rodinné prostředí nebo své děti neúměrně zatěžují úkoly, které nejsou pro děti vhodné (tlumočnická a zprostředkovatelská role slyšících dětí mezi slyšícím a neslyšícím světem – např. mezi sousedy nebo v obchodě s prodavači apod.). Při tlumočení však může poměrně lehce nastat situace, kdy dojde k obrácení rolí mezi rodiči a dětmi, kdy dítě přebírá úkoly a rozhodnutí, která mají dělat rodiče. To se stává zejména v případě, že rodiče mají nízkou kompetenci v mluvené řeči, mají nižší úroveň vzdělání a menší schopnost rozumět psaným textům. Děti také mohou být během tlumočení vystaveny nevhodnému či věkově nepřiměřenému obsahu rozhovorů (odborné pojmy, popř. emotivní, konfliktní situace...). Tlumočení v takových komunikačních situacích může vést k tlaku na děti a k jejich přetížení a může působit negativně na jejich vývoj.

U slyšících dětí neslyšících rodičů se mohou často objevit emoce jako zlost, smutek, hrdost, ale také pocity studu a viny – a to v přímé spojitosti s věkem a s intenzitou tlumočení. S přibývajícím věkem dětí se totiž dá v rodině vyzorovat narůstání povinností (vysvětlování neznámých slov, časté tlumočení, aj.), což děti často prožívají negativně. Později už nechtějí s tlumočení mít nic společného, ani sepsat žádost, pomoci s vyplněním formuláře a rodiče se pak hněvají, že jim nechtějí pomoci.

Problémem však je, že si slyšící veřejnost všímá mnohem častěji těch „problematičtějších“ rodičů a jejich příklad pak vztáhne na celou skupinu neslyšících. Není zdaleka výjimečným jevem, že si mnozí slyšící lidé myslí, že neslyšící rodiče nejsou schopni dobře vychovávat dítě, a to zvláště v případě, pokud je dítě slyšící.

Je dost slyšících prarodičů, kteří si myslí, že neslyšící neumějí vychovávat, do výchovy dětí jim mluví, radí a v nejhorším případě převezmou výchovu za ně. Často zasahují do výchovy svého vnoučete tak, že potlačí přirozenou autoritu rodičů.

„Víte, vy neslyšící jste hrozně sobečtí. Zním jednu neslyšící matku, která má slyšící dítě a odmítá, aby její dítě vychovávala slyšící babička, vždyť to dítě potřebuje kontakt s mluveným jazykem, proč to matka pořád nemůže pochopit, to je přece strašné!“ (padesátiletý foniatr)

Je pravda, že situace neslyšících rodin se slyšícími dětmi je v mnohém specifická a že se v tomto prostředí objevují některé problémy dané sluchovým postižením rodičů, které mohou negativně ovlivnit vývoj slyšících dětí.

Neslyšící rodiče pocházejí převážně ze slyšících rodin a často prošli orální výchovou. Jejich slyšící rodiče často nebyli připraveni vychovávat neslyšící dítě – v rodině neměli rodiče se svými dětmi vyvinutý žádný stabilní komunikační systém, který by umožňoval přirozené předávání informací, znalostí, emocí... Vzorec chování a způsob komunikace, s nimiž se neslyšící rodiče setkali ve své původní rodině, mohou později přenášet do vlastní rodiny, a to může vést např. k problémům ve vztahu mezi nimi a jejich (slyšícími) dětmi. Vzhledem k tomu, že v jejich původní rodině byla komunikace spíše omezená, je možné, že oni sami ani nemají dostatečné informace o tom, jak vychovávat své děti. To, jaký měli slyšící rodiče vztah ke svému neslyšícímu dítěti, jak měli rozvinutou komunikaci, se odrazí zase ve vztahu k jejich vnukům a vnučkám.

*Rodina, která žije dohromady v jednom domě: slyšící prarodiče, jejich neslyšící syn a jeho nedoslyšavá manželka se slyšícími dětmi. Slyšící prarodiče vůbec nepřijali to, že syn může všechno zvládat sám. Takhle vnímají i jeho ženu. Mají pocit, že na nich visí úplně všechno s výchovou vnoučat, s obstaráváním různých věcí, s pomocí ve škole vnoučatům... dětem nenechávají dostatek volnosti. Mají pocit, že musí do všeho mluvit, že musí pomáhat třeba i s úklidem... Neslyšící rodiče mají hodně sil na to, aby zvládli výchovu dětí, svůj manželský život, svou bytovou situaci, a to, že bojují se svými slyšícími rodiči, jim ubírá energii natolik, že už jim nezbyvá tolik síly, aby zvládali svůj život.*

Neslyšící rodiče mají také omezené možnosti získávat informace z médií (televize, rádia, knihy, časopisy, aj.), nedostatečnou možnost bavit se slyšícími rodiči či učitelkami ze školy, kam chodí jejich dítě, nemohou se často účastnit různých rodičovských skupin, kde dochází k výměně informací o výchově dětí... Kvůli nedostatku informací mohou mít neslyšící rodiče strach z toho, že nejsou pro výchovu dětí dostatečně kompetentní a takové

vědomí pro ně může být velkou zátěží. To může být ještě zesílené tím, jakou (negativní) představu o jejich schopnostech si vytváří jejich slyšící okolí.

## 7.5 Profesionální uplatnění na trhu práce

Práce má v životě jednotlivce zásadní postavení a každý má právo na uplatnění na volném trhu práce podle svých schopností a možností. Ty jsou ovšem u osob se sluchovým postižením do jisté míry omezeny. Pracovní uplatnění jedince se sluchovým postižením je provázáno řadou problémů a komplikací.

Úspěšné zařazení osob s postižením sluchu do pracovního procesu a nalezení vhodného pracovního místa je závislé na kvalitě a úrovni získaného vzdělání. U lidí se sluchovým postižením to však jednoznačně neplatí, protože ochota zaměstnat neslyšícího je do značné míry ovlivněna úrovní jeho komunikačních schopností.

Neslyšící lidé dosahují zpravidla nižšího vzdělání, než jaký je průměr vzdělanosti v populaci ČR.

Neslyšící mají větší potíže při hledání zaměstnání (spojené i s obavami zaměstnavatelů – nízká kvalifikace zdravotně postižených obecně, ztížená ochrana sluchově postižených v pracovních vztazích, vysoký podíl ruční práce, vysoká míra krátkodobé pracovní neschopnosti), proto mezi nimi je větší nezaměstnanost. Neslyšící v pracovním uplatnění většinou nezastávají řídicí a vedoucí funkce, ale pomocné a nequalifikované činnosti.

Na pracovišti ve smíšených kolektivech existují komunikační bariéry. Po práci spolu slyšící a neslyšící netráví volný čas. Neslyšící mají převážně neslyšící nebo nedoslýchavé přátele a uzavírání sňatků je soustředěno do vlastní skupiny. Při trávení volného času dávají neslyšící přednost takovým aktivitám, v nichž je jejich handicap neomezuje, anebo svou zájmovou činnost obrazejí do skupiny sluchově postižených.

Sluchová vada se projevuje i v mentalitě, respektive v hodnotové hierarchii.

Často dochází k nedorozuměním. Např. úřednice dá neslyšícím klientům podepsat smlouvy a oni někdy nevědí, k čemu se zavazují. Úřednice jsou mnohdy přesvědčeny, že jim klient rozumí, protože se domnívají, že to, co je napsáno na papíře, je pro každého srozumitelné. Ale u neslyšících to vždy neplatí. Někdy se stane, že šéf firmy řekne, že je potřeba důležité papíry, smlouvy atd. podepsat rychle. Většina neslyšících neumí říci, že si

dokumenty doma v klidu přečtou, anebo si přizvou tlumočníka. Osoby se sluchovým postižením mají v sobě zažito to, že slyšící společnost má pravdu, a nechtějí jí dělat nepřijemnosti. Ale mnohdy sami neslyšící na to doplatí. Neznalost zákona neomlouvá. Na druhé straně sluchově postižení často nejsou se svou prací spokojeni a mnohdy si svého místa neváží.

Neslyšící se sice chodí za slyšícími poradit, ale pokud mohou, raději se obracejí na svého nedoslýchavého kolegu, který ovládá český jazyk lépe než oni. Slyšící spolupracovníci se s neslyšícími neumějí domluvit znakovým jazykem, tuto formu komunikace neovládají, a ani jejich deklarovaná ochota osvojit si ji v nějakém kurzu není příliš silná. Někteří spolupracovníci se naučí pouze základní znalosti znakového jazyka od neslyšícího spolupracovníka (znaky typu pivo, káva, jíst, práce). Slyšící spolupracovníci nechtějí ani psát důležité informace na papír. Když tak píší pouze jedno až dvouslovné věty a sdělení pak často nedává smysl.

Nadřazení neslyšících pracovníků často neznají ani základní pravidla komunikace – nestát proti světlu, aby bylo vidět na ústa a ruce, dodržovat určitou vzdálenost při komunikaci, mluvit vždy s tváří obrácenou k člověku, zřetelně, ale ne přehnaně vyslovovat, nemít plnovous nebo knír, jenž kryje ústa, nekřičet apod.

Uzavřenost a nekomunikativnost obou skupin, ale také vzrůstající míra nezaměstnanosti v ČR vede k pozitivní diskriminaci všech zdravotně postižených (a tak i k závidi ze strany slyšících), jejichž propuštění je obtížnější. Ve smíšených pracovních kolektivech se ukazuje, že neslyšící na těchto pracovištích vykonávají zpravidla povolání, která u kolegů ve vedoucích funkcích nevzbuzují konkurenční zášť, u spolupracovníků v dělnických profesích ale nepřátelství, související se strachem o místo vzbuzovat mohou.

## 7.6 Tlumočníci znakového jazyka

Tlumočníci znakového jazyka tlumočí neslyšícím ve všech oblastech života: v sociálních službách, na úřadech, ve zdravotnictví, v práci, u soudu, v řešení osobních problémů. Ačkoliv se jedná většinou o individuální tlumočení pro neslyšícího klienta, hovoří se o komunitním tlumočení, neboť se jedná o specifické tlumočení pro příslušníky komunity neslyšících. Tlumočení pro neslyšící do a ze znakového jazyka se od tlumočení cizích jazyků v mnohém liší. Mnoho slyšících lidí má představu, že se s neslyšícím mohou jednoduše „domluvit“ prostřednictvím psaní.

Tlumočníci znakového jazyka se často setkávají s neochotou slyšících klientů ke spolupráci s tlumočníky. Domnívají se, že se s neslyšícím nějak domluví i bez tlumočnicka. Někteří slyšící lidé začínají přehnaně artikulovat, více gestikulovat v domněnku, že jim tak neslyšící lépe porozumějí. Naopak. Komplikují tak neslyšícímu možné odezírání. Odezírání je však velmi náročná činnost a spoléhat se pouze na tento postup není nejvhodnější. Některým slyšícím lidem je také nepříjemná přítomnost třetí osoby, kterou pro ně tlumočnick je. Mají pocit kontroly. Je však úkolem tlumočnicka, aby situaci uklidnil a slyšícímu klientovi svoji roli v komunikaci vysvětlil. Pokud slyšící a neslyšící mají při komunikaci k dispozici tlumočnicka, mohou se plně soustředit na obsah hovoru, nemusí přemýšlet o jeho formě.

Tlumočnick znakového jazyka by měl dodržovat stejná pravidla, jakými se řídí tlumočníci při tlumočení cizích jazyků: tlumočnick provádí věrný překlad obsahu sdělení, tlumočnick nic nepřidává ani neubírá, tlumočnick není aktivní účastník komunikace, tlumočnick nese plnou odpovědnost za kvalitu své práce, tlumočnick zná a dodržuje etický kodex tlumočnicků znakového jazyka. Tlumočení do znakového jazyka je téměř vždy možno provádět simultánně, což znamená časovou úsporu, ale je náročné na vyrovnávací paměť tlumočnicka.

Prohlídka u lékaře může pro tlumočnicka skrývat řadu nečekaných „nástrah“. Například, když lékař aplikuje oční kapky, po kterých má neslyšící klient rozostřený zrak, špatně vidí tlumočnicka, který si nemůže být jist, zda mu neslyšící klient stoprocentně rozumí. Podobně, když si neslyšící těhotná žena prohlíží své miminko na obrazovce při ultrazvuku, nemůže zároveň sledovat tlumočnicka a obrazovku.

Při tlumočení v právní oblasti musí tlumočnick zachovávat nestrannost a diskrétnost, nesmí vstupovat do jednání či projevoovat sympatie jedné ze stran. Při tlumočení sporu dvou neslyšících by bylo ideální, kdyby každý měl svého tlumočnicka. Na místě je důležitá přítomnost neslyšících tlumočnicků. Pokud by se neslyšící klienti nechali unést emocemi či stresem, které by se odrazily na jejich projevu ve znakovém jazyce, slyšícímu tlumočnickovi mohou detaily uniknout a dialog nemusí být pro něho zcela srozumitelný.

*Jednou jsem si přes Centrum objednal tlumočnicka, a to na přesný čas v dohodnutém termínu. Tlumočnick bohužel nepřišel na úřad, kde mi měl tlumočit, včas. Museli jsme na něj čekat, a to se mi vůbec nelíbilo. Stejná situace se stala v jisté škole. Učitel byl již přítomen ve třídě, ale tlumočnick stále nikde. Další věc je existence drbů, které se týkají mé osoby a které jsou založené na faktu, o němž ví jen tlumočnick. (neslyšící 35 let)*

*Když jsem byla těhotná, doktorka mě poslala na genetické vyšetření. Přitom mi řekla, že pokud bude výsledek pozitivní, že se mi narodí neslyšící dítě, mohu se rozhodnout pro přerušování těhotenství. Naštvalo mě to. (těžce sluchově postižená 26 let)*

*Mladá neslyšící žena přišla na objednání na neurologické vyšetření do fakultní nemocnice. Neuroložka ji odmítla vyšetřit, protože neslyšící pacientka neměla s sebou tlumočnicka znakového jazyka a psaní na papírky by lékařku stálo hodně času. Neuroložka řekla, že zdržuje, ať přijde jindy a ať se přeobjedná. Neslyšící pacientka jí několikrát vysvětlovala, že umí dobře odezírat ze rtů. Cítila se ponížena a otrávena. Kvůli vyšetření si vzala v práci neplacené volno a na příště si je musí vzít znovu.*

Tlumočení v medicínském prostředí představuje velice citlivou oblast. Nezastupitelnou úlohu zde hraje důvěra a absolutní diskrétnost tlumočnicka. Někdy je pro neslyšícího klienta lepší, když je tlumočnick stejného pohlaví – odpadá tím stud, který už tak citlivou situaci ještě více komplikuje.

Pokud se při lékařských setkáních využívá služeb jiného než profesionálního tlumočnicka a zejména pokud v roli tlumočnicka vystupuje někdo, kdo je pacientovi znám (příbuzní, přátelé...), potom vyvstává otázka, zdali je tlumočené sdělení důvěryhodné. Je tu totiž riziko, že tito tlumočnicki budou do výpovědi neslyšícího pacienta zasahovat a podbarvovat ji vlastními pohledy na věc. Neslyšící pacient se tak nedozví přesnou diagnózu...

*Tlumočení při návštěvě lékaře. Zatímco se neslyšící klient svléká, tlumočnick na něj čeká v předsíni a slyší, jak se lékař se sestřičkou klientovi posmívají kvůli jeho tloušťce a nazývají ho velrybou. Když se spolu s klientem vrátí do ordinace, neslyšící vidí, jak se lékař se sestrou na sebe podívají a smějí se. Neslyšící člověk to zahlédne a zeptá se, co je tu k smíchu.*

*Tlumočnick, který má za sebou teprve počáteční kurs pro tlumočnicki. Jednou v noci volá jeho bratr, který je policistou. Na stanici řeší závažný trestný čin, u kterého je jedním z podezřelých i neslyšící muž. Obvolali všechny možné tlumočnicki, ale nikdo bohužel není k dispozici. Prosí, aby hned přijel a tlumočil jim, protože věc spěchá.*

*Při hodině historie na jedné střední škole je tlumočeno studentovi, který málokdy dává pozor a málokdy ví, o čem se zrovna mluví. Učitel mu položí*



*nějakou otázku a student na ni nezná odpověď – aby zamaskoval svou neznalost, řekne učiteli: „Nemohu odpovědět na Vaši otázku, protože mi tlumočnick nepřetlumočil všechny informace, které potřebuji.“*

*Tlumočení pro neslyšícího klienta, který byl obžalován z toho, že masturboval na veřejnosti. Žalobce používá slovo „masturbovat“ velice často a znak, který tlumočnick používá při tlumočení jeho projevu, je velmi názorný, takže i lidé v publiku, kteří neumí znakový jazyk, pochopí, co zrovna tlumočnick tlumočí. Smějí se pokaždé, když daný znak tlumočnick použije.*

## **7.7 Domácí násilí, drogy, sexuální zneužití, šikana, psychické problémy, problémy v rodině apod.**

Osoby se sluchovým postižením se v této vážné situaci potýkají s dalšími překážkami. Leckdy jim chybí zásadní informace: co lze posuzovat jako domácí násilí, sexuální zneužití, šikana, jak se liší od běžné hádky, jak se bránit, jaké mají možnosti, ke komu se obrátit pro pomoc, jak postupovat, neznají organizace Elektra, Rosa, Bílý kruh bezpečí atd., které pomáhají obětem násilných trestných činů. Největší komplikací však zůstává jazyková bariéra. Při jednání s policií, s lékaři a psychology, všude potřebují prostředníka (tlumočnicka, někoho z rodiny, přátele...). Mluvit o tak choulostivých problémech je velice nepříjemné, oběť se většinou stydí přiznat, že jí někdo ubližuje. Navíc se od ní očekává, že bude umět situaci správně vylicít. K tomu je ovšem třeba tlumočnicka, ale mnohdy může být komunikace prostřednictvím tlumočení ještě obtížnější. Nehledě na to, že objednání tlumočnické služby trvá několik dní, zatímco bezprostřední hrozbu násilníka je nutné řešit okamžitě. S časovým odstupem emoce vyprchají, strach oběti se zvyšuje, a proto raději mlčí. Tím se ale nic nevyřeší.

Petra Vitoušová, prezidentka Bílého kruhu bezpečí tvrdí, že jejich organizace je schopná pomoci i neslyšícím: *„Sluchově postižení lidé již naši poradnu vyhledali a vždy s sebou měli tlumočnicka. Pro sluchově i kombinovaně postižené jsme v Praze a v Brně opakovaně na jejich žádost za pomoci tlumočnicka přednášeli o primární prevenci kriminality, nutné obraně a jejich otázkách souvisejících s naší působností.“*

Kolem psychologů a hlavně psychiatrů bohužel stále panují různé předsudky. Vyhledat odbornou pomoc v této oblasti považuje mnoho lidí za osobní prohru.

## 7.8 Mimořádné události – hlášení vzniku krizové situace, živelné pohromy, havárie, požár apod.

Skoro ve všech budovách (nemocnice, úřady, banky či bytové domy) visí evakuační plány, ukazatele únikových schodišť, požární poplachové směrnice, kde jsou uvedena tísňová telefonní čísla pro přivolání hasičů, záchranné služby apod. Nikde však není zohledněn fakt, že o pomoc bude žádat či ohlašovat mimořádnou událost bude člověk, který nemůže **TELEFONOVAT**.

Další situací, kterou je potřeba řešit, je problém, jak osoby se sluchovým postižením vyrozumět o případné evakuaci. Představte si, že budete v obchodním domě či na úřadě a najednou rozhlas v obchodě začne hlásit, že se zákazníci mají urychleně přesunout k východům A a B a okamžitě opustit budovu. Všichni slyšící lidé kolem vás se dají do pohybu, ale vy nebudete vědět, co se děje, a v tom zmatku a panice nemůžete spoléhat na to, že vám někdo sdělí, co se děje. V televizi vysílají mimořádné zprávy, které nejsou titulované, a sami sluchově postižení nerozumí, co mají dělat, jak se mají zachovat.

Neexistuje celorepublikový systém, který by např. v rámci krajů evidoval pro tyto potřeby adresy bytů, kde žijí nedoslýchavé či neslyšící osoby. Systém, který by umožňoval např. zaslání varovné SMS zprávy sluchově postiženým osobám např. v době povodní, požáru atd.

Neexistují optické signalizace ve veřejných budovách (nemocnice, úřady, obchody atd.) a v bytových jednotkách obývaných neslyšícími či nedoslýchavými osobami.

### Tísňové linky

V současné době existuje několik možností, jak oznámit mimořádnou událost či jak si přivolat pomoc. Tyto možnosti jsou ale roztržštěné a nesjednocené a často se o nich neví. Stále nejsou vyřešena tzv. zlatá čísla tísňových linek, která by platila na území celé ČR. Nicméně v současné době existují aspoň tyto „vlastovky“:

### Zdravotnická záchranná služba

Od 1. října 2002 je v provozu systém operačního střediska Zdravotnické záchranné služby (ZZS) hl. m. Prahy pro příjem tísňových SMS na lince +420 724 333 155. Systém je určen zejména pro handicapované občany,

kteří z jakéhokoli důvodu nemohou komunikovat s tísňovými složkami běžným telefonem (neslyšící atd.). Jakkoliv je systém zajišťován operačním střediskem Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy, je možné jej využít pro přivolání pomoci jakéhokoli druhu (záchranka, policie, hasiči) kdekoliv v ČR – zpráva bude předána místně i odborně příslušné složce. ZZS nabízí potenciálním uživatelům možnost registrace. Výhodou registrace je, že uživatelé budou při příjmu zprávy automaticky identifikováni, a dispečer má ihned k dispozici jejich správnou adresu a případné další informace.

## **Policie**

Od roku 2006 Krajské ředitelství policie hlavního města Prahy zpřístupnilo pro příjem tísňových SMS svoji celorepublikovou linku +420 603 111 158. Policie nevyžaduje registraci uživatele. Při přípravě nového projektu tísňové linky pro neslyšící policisté úzce spolupracovali s osobami s poruchou sluchu. Po vzájemných konzultacích bylo stanoveno, že komunikace mezi neslyšícími a policisty bude probíhat pomocí textových SMS zpráv. V současné době Operační středisko Správy služeb hlavního města Prahy policie ČR přijímá tísňové SMS zprávy od handicapovaných osob, především neslyšících a nedoslýchavých.

Podobné tísňové linky nabízejí i některé útvary městské policie a to v Plzni a v Brně.

- Brno: linka pro SMS: 724 002 156
- Plzeň: tísňová linka pro neslyšící: 737 489 118

## **Hasičský záchranný sbor**

U hasičů je to podobné, první počín přišel v roce 2004, kdy byla v Centru tísňového volání (CTV) v Ostravě zavedena nadstandardní služba, která umožňuje registrovaným uživatelům zaslání SMS zpráv (jedná se o společné dispečerské pracoviště hasičů, zdravotní záchranné služby, Policie ČR a Městské policie Ostrava). Tato služba je zdarma a zájemci o tuto službu musí poskytnout potřebné osobní údaje. Telefonní číslo této speciální linky znají pouze registrovaní uživatelé (kvůli zneužití této linky).

Podobný systém má Hasičský záchranný sbor (HZS) v Plzni a od února v roce 2010 byla spuštěna služba tísňového volání formou SMS na operačním středisku HZS Libereckého kraje. Tato služba je primárně určena jen pro sluchově postižené občany, kteří budou v systému zaregistrovaní. Registrace probíhá např. v Libereckém kraji prostřednictvím předsedů

organizací, které sdružují osoby se sluchovým postižením. Aktivity podobného charakteru probíhají tedy jen v několika krajích, nefungují celorepublikově.

## **Bariéry ve veřejné dopravě**

Na první pohled na neslyšících lidech není vidět nějaké postižení, ať už fyzické, nebo smyslové. Lidé v jejich okolí tedy předpokládají, že se při cestování veřejnými dopravními prostředky budou chovat tak, jak je to běžné u většinové populace. To znamená, že budou reagovat patřičným způsobem na informace z veřejných tlampačů, že budou respektovat oznámení o ustoupení za bílou přerušovanou čáru na nástupišťích metra, že se přesunou na příslušné nástupiště, je-li hlášena změna odjezdu vlaku z jiné koleje, že „ukončí nástup a výstup“, když se dveře zavírají, že je upozorní hluk přijíždějící soupravy, že budou reagovat na jiná zvuková znamení... Názor většiny lidí na neslyšící osoby často bývá: Co by chtěli, vždyť můžou chodit! Neslyšícím lidem se nevěnuje v oblasti bariér taková pozornost a obvykle se na ně při plánování bezbariérovosti zapomíná.

Málokdo si uvědomí, že i neslyšící lidé mají při cestování problémy. Jde zejména o **informační** a **komunikační bariéry**, protože zvukové informace a signály neslyšící lidé nemohou vnímat.

## **Komunikační bariéry**

Tam, kde nejsou digitální informační technologie zavedeny, je třeba získávat informace osobním kontaktem s pracovníky dopravce. Většina personálu dopravce však není na komunikaci s osobami se sluchovým postižením připravena. Důvod je ten, že skupina osob se sluchovým postižením je z komunikačního hlediska velmi různorodá – volba komunikačního prostředku je proto obtížná, při odezírání se musí dodržovat jiná pravidla než při mluvení a poslechu, navíc část lidí se sluchovým postižením ani odezírat nedovede.

Sluchově postižení lidé netrvají na tom, aby personál v dopravě, na úřadě, v nemocnici apod. uměl znakový jazyk, ale musí znát alespoň zásady komunikace s lidmi se sluchovým postižením.

## **Informační bariéry**

Pro neslyšící osoby vznikají během cesty veřejnými dopravními prostředky problémy s orientací z důvodu nedostatečného přísunu aktuálních

informací. Obecné informace s dlouhodobou platností si mohou neslyšící lidé vyhledat před cestou v jízdních řádech či na internetu. **Problémem je však získávání informací o nečekaných změnách, které nastanou těsně před cestou nebo během cesty.**

Např. změna kolejí u vlakové dopravy, změna nástupiště, zpoždění či zrušení spoje, jízda odklonem, náhradní doprava jiným dopravním prostředkem a podobně. Tyto změny bývají sdělovány pouze hlášením na nástupišti staničním rozhlasem. Často se stává, že slyšící lidé po oznámení změn přejdou na jiné nástupiště, zatímco neslyšící lidé zůstanou na místě a marně čekají na svůj spoj. Když čekání po neúměrně dlouhé době vzdají a jdou se zeptat na informace, co se stalo, tak (pokud se úspěšně domluví s pracovníkem dopravy) se dozví, že spoj již před půlhodinou odjel z jiné koleje a že to bylo řádně ohlášeno rozhlasem. Když nějaká změna nastane v průběhu jízdy, vlakvedoucí nebo průvodčí vlaku to oznámí cestujícím vlakovým rozhlasem – například v moderních vlacích kategorie Inter City jsou reproduktory a u dveří ovládání jejich hlasitosti. Jsou hlášeny stanice, zpoždění, informace o provozu jídelního vozu a další informace. Ve starších vlacích projde průvodčí jednotlivá kupé a do prostoru nahlas vysvětlí, co se stalo a jaká je náhradní doprava. Pouze neslyšící cestující se nic nedozví.

## Technické bariéry

Komunikační bariéra je někdy znásobena bariérou technickou. V oblasti navazujících systémů zejména staveb vznikají pro osoby se sluchovým postižením nové bariéry. Čistě technickou bariérou u vchodů budov jsou například elektroničtí vrátní. Je nutné, aby tato technická zařízení byla uzpůsobena potřebám těch, kteří neslyší, například opatřena diodami s obrázky či s nápisy, kdy může člověk začít mluvit, kdy se otvírají dveře a podobně. Nejlépe by neslyšícím lidem vyhovoval videosystém, kde by se přes kameru oba účastníci viděli.

Na vlakových a autobusových nádražích je cestující oddělen od personálu na informacích a u prodeje jízdenek skleněnou přepážkou. Personál je za přepážkou otočen k cestujícímu profilem, protože sleduje počítač. Při hovoru někdy vůbec neotočí hlavu k cestujícímu. Očekává se komunikace přes mikrofon, což je pro neslyšícího nemožné. Přepážka navíc brání nedoslýchavým lidem v poslechu odpovědí (zvuk je mikrofonem zkreslen). Podobná situace je u okének, kde se prodávají jízdenky. Při upozornění, že neslyšící cestující potřebuje odezírat, jeví zaměstnanci nervozitu, ale často nejsou schopni či ochotni komunikaci usnadnit.

V metru lze s dispečerem komunikovat pouze přes tmavé zrcadlové sklo, nelze s ním navázat zrakový kontakt a odezírat. Okénka, přes která se má mluvit, bývají někdy ve výši ramen, někde dokonce ve výši pasu, což podstatně omezuje možnost odezírat. Neslyšící lidé potřebují při komunikaci vzájemný vizuální kontakt. Někteří dispečeré však reagují na výzvu, aby otevřeli dveře, nepříjemně. Ne každý z nich je ochoten poskytnout neslyšícímu člověku písemnou informaci. Je zřejmé, že některé technické bariéry lze překonat pouze za podmínky, že je personál ochoten vycházet neslyšícím lidem vstříc.

## 8 Nestandardní situace ve školách a zařízeních pro výkon institucionální výchovy

*„Nezdar, zklamání, prohra – z těch se uč. A pak je nech plavat.“*

Charlotte Grayová

### 8.1 Uvedení do problému

Zdroje krize a náročných situací ve školách a školských zařízeních jsou různorodé a většina pedagogických pracovníků není pro ně primárně odborně připravena. V následujícím textu se zamyslíme nad projevy těchto situací, možnostmi „první pomoci“ ze strany pedagoga a doporučeními, jakým způsobem zaměřit intervenci.

### 8.2 Krizové situace ve školství

V odborné literatuře (Lazarová, 2005, Zapletalová, 2011), která seznamuje pedagogy s některými problémy a problémovými situacemi dětí, se tvrdí, že škola není bezpečným místem pro řešení osobních problémů žáků. Je také přirozené, že děti se obracejí se svými problémy na rodiče a osoby blízké. Na druhou stranu je zřejmé, že někteří učitelé jsou žáky vyhledáváni, protože k nim mají důvěru a obracejí se na ně se svými problémy. Podle výzkumných šetření (např. Lazarová, 2005) děti pomoc dospělých ve škole neodmítají a každodenní přítomnost učitele může při překonávání nesnází a problémů dítěte sehrát rozhodující roli v jeho výběru, na koho se ve své krizové či náročné situaci obrátí.

Od pedagogů se primárně očekává, že budou žáky vyučovat a vychovávat. Také se předpokládá, že je budou schopni ochránit před nebezpečím, škodlivými vlivy a pomáhat jim s problémy a v nesnázích. Pedagog se během své profesionální dráhy mnohokrát dostane do situací, které se netýkají přímo edukačního procesu, běžných metod a forem práce se třídou i jednotlivými žáky. Tyto situace jsou typické svou jedinečností, v posledních letech se také zvyšuje tlak na pedagogy, aby působili preventivně jak v oblasti výukových, tak v oblasti výchovných či sociálních obtíží žáků. (Lazarová, 2005)

Významný podíl na tomto tlaku mají samozřejmě rodiče žáků, mnohdy ovlivnění mediální prezentací případů násilí, projevů agresivního chování ve školách a školských zařízeních, ale i mimo ně. Mezi mnohými rodiči slábně důvěra v to, že školy jsou pro jejich děti zcela bezpečným místem.

Je otázkou, zdali se v důsledku společenských i ekonomických změn opravdu zvýšila intenzita lidských problémů. Anebo je spíše v posledních letech obvyklejší se obrátit na odborníka než na pomoc uvnitř vlastní rodiny, kamarádů či blízkého okolí?

Na tyto otázky nelze odpovědět jednoznačně, nesporný však zůstává fakt, že pedagog by měl být člověkem, který by měl důvěru žáků i jejich rodičů v bezpečnou a přátelskou školu podporovat a přesvědčit žáky i jejich rodiče o své připravenosti profesionálně zvládat náročné, krizové či zátěžové situace a ujmout se role pomáhajícího či krizového pracovníka. V souvislosti s těmito situacemi ve školním prostředí se nabízí otázky:

- Může učitel odmítnout žádost o pomoc ze strany žáka či jeho rodičů?
- Může se vyhnout krizové situaci?

Na tyto otázky nelze jednoznačně odpovědět, protože vždy záleží na kontextu situace. Řada pedagogů je v řešení těchto situací, mnohdy intuitivním, úspěšná, někteří v těchto situacích selhávají, jiní se vyhýbají řešení byt' sebemenších problémů s přesvědčením, že k tomu nejsou dostatečně odborně připraveni. (Lazarová, 2005)

Na jednu stranu se krizových, zátěžových, mimořádných či náročných situací bojí, na druhou stranu však tyto situace dávají možnost změny, růstu, což také ilustruje etymologický původ slova krize. Například v čínštině (jak již bylo zmíněno) se slovo krize skládá ze dvou znaků, a to „vej-ji“ tedy „nebezpečí“ a „dobrá příležitost“. (Neusar in Kolařík, 2007)

Musíme mít na paměti, že pokud určitá situace, do které se člověk dostane, přesahuje jeho obvyklý repertoár, jak nějaké události a situace zvládá a vyrovnává se s nimi, pak mluvíme o krizi. (Baštecká, Goldman, 2001)

Jak je uvedeno v předchozím textu, krizová, náročná, mimořádná či zátěžová situace vychází vždy ze subjektivního zhodnocení dané situace jedince, nemůžeme tedy říci, že jedna a ta samá situace, stejný podnět způsobí u dvou jedinců krizi. V tom se krize liší od traumatu, kdy určitý podnět obvykle přesahuje běžnou lidskou zkušenost a vyvolá stav tísně téměř u každého člověka.

Některá situace pro někoho může být krizová či náročná, pro dalšího nikoliv, naopak ji může prožívat jako příjemnou nebo zábavnou. Záleží na



osobnosti jedince, subjektivním zhodnocení situace, jeho strategiích zvládnání, temperamentu apod., protože i konvenční podnět může dopadnout na aktuální situaci jeho zranitelnosti. (Vodáčková a kol., 2002)

Pokud přeneseme typologii krizí podle Baldwina do školního prostředí, pak zdrojem krize může být:

- situace, např. žák odešel z výukové hodiny a nevrací se po dlouhou dobu,
- krize z očekávaných životních změn, tzv. tranzitorní krize, např. žáci se dostávají do puberty a práce s nimi je náročnější,
- neřešení vývojové otázky, krize zrání, potíže dítěte s různými projevy chování a emocí, např. v každém věku má člověk úkoly a situace, které řeší, je nutné naučit se zvládat situace, kdy pozornost dospělého je rozdělena mezi více dětí, častými tématy jsou moc, závist, závislost, nepozornost, žárlivost apod.,
- náhlé traumatizující podněty, např. násilné trestné činy, sebevražda studenta apod.,
- krize, která vychází z psychických nemocí, poruchy osobnosti, závislostního chování apod. (Neusar in Kolařík, 2007, Vodáčková a kol., 2002)

### 8.3 Co může pomoci při zvládnání těchto situací

Pedagogovi by mohlo pomoci při zvládnání těchto náročných, krizových či zátěžových situací několik doporučení:

- znalost legislativních norem, ve kterých jsou stanoveny mnohé skutečnosti, které je potřeba znát, např. kdy se dopouštíme trestného činu, pokud skutečnost neoznámíme na Policii ČR, a kdy nikoliv,
- měl by si uvědomit, že téměř každá z těchto náročných situací v sobě skrývá kromě ohrožení a nebezpečí také možnost a novou příležitost, potenciální budoucí zlepšení, je dobré se cíleně těmito možnostmi zabývat,
- měl by mít návody, jak v dané situaci postupovat, tyto návody by měly vystačit pro velkou část situací,
- znát vlastní kompetence ve školním kontextu a kompetence dalších osob, jak ve škole, tak možnosti pracovníků jiných institucí, např. orgánu sociálně-právní ochrany dětí, pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče apod.,

- vymezení vlastních hranic, co lze v projevech dětí, žáků, rodičů či kolegů ještě akceptovat a co již nikoliv,
- reflexe a reflektování, znalost toho, co konkrétně osobně pomáhá v těchto náročných situacích,
- týmová spolupráce. (Neusar in Kolařík, 2007)

## 8.4 Krizová intervence ve škole

Pedagogové se mohou dostat ve škole do situací, které vyžadují rychlá a neodkladná řešení, často bez ohledu na to, s jakým problémem se žák původně na ně obrátil. Obvykle jde o případy, kdy je ohroženo psychické nebo fyzické zdraví žáka nebo někoho jiného z jeho blízkých.

Krizе má subjektivní charakter a pro každého člověka znamená něco jiného. Každý jedinec si v průběhu svého života vytváří různé strategie zvládání zátěžových či krizových situací. Při zvládání těchto situací svépomocí se může jednat o běžné vyjádření emocí pláčem, vztekem, využití životních zkušeností, které však děti nemají, zaměření na náhradní aktivitu, změnu prostředí, sport, víru, ale na druhou stranu může také jít o únik do denního snění, hledání východiska v návykových látkách, vědomém či nevědomém potlačení problému apod.

Je zřejmé, že některé z výše uvedených prostředků jsou funkční a konstruktivní, jiné by však mohly vést k prohloubení krize. (Lazarová, 2005)

Prožití krize znamená nebezpečí i příležitost, protože jak dítě, tak rodina v krizové situaci jsou často velmi přístupní změně. Bývají zvýšeně suggestibilní, tím se zvyšuje efektivita pomáhání. Proto může být velmi účinná i laická pomoc, zvláště pokud je podpořena empatií a důvěrou.

Pedagog je v poskytování krizové intervence považován spíše za laika či vyškoleného laika. Laické pomáhání v sobě nese riziko přehlédnutí vážných signálů, např. suicidální myšlenky, a toho by si měl být učitel vědom. Ale účinná intervence pedagoga, kterého bychom mohli považovat za vyškoleného laika, může být užitečnou podporou a může naplnit alespoň aktuální cíl, tedy:

- uklidnit jedince v krizi,
- stabilizovat jeho stav,
- snížit nebezpečí.

Perspektivním cílem by mělo být jeho nasměrování k dalším možnostem řešení, např. k vyhledání odborné pomoci.

Reakce pedagoga na žádost žáka nebo jeho rodiče o pomoc v osobním problému, který je akutní, je velmi důležitá a může člověku hledajícímu pomoc přidat nebo ubrat odvahy k dalšímu postupu. (Vodáčková, 2002) Je proto velmi důležité, aby každý pomáhající pracovník byl schopen:

- dobře naslouchat,
- vyjadřovat empatii,
- naladit se na klienta.

Laik může člověku v náročné, krizové či tíživé situaci pomoci následujícími způsoby:

- trpělivě vyslechnout,
- dát najevo porozumění jeho trápení,
- dopřát prostor pro odeznění emocí (např. netlumit pláč),
- ptát se na jeho představu o formě pomoci nebo jiné jeho aktuální potřeby.

V některých případech je třeba převzít odpovědnost za další vývoj událostí a případ oznámit (rodičům dítěte, vedení školy, orgánům sociálně-právní ochrany dítěte apod.). Pokud si dítě přeje pokračovat v rozhovoru pouze s pedagogem, ten musí zvážit své kompetence (vzhledem k oznamovací povinnosti, která je závazná) a posoudit závažnost situace. Způsoby vedení rozhovoru v těchto situacích a míra přebírání odpovědnosti jsou v jednotlivých případech odlišné.

U menších dětí mohou být velmi účinné instruktivní formy intervence jako např. konkrétní rady, ochrana a přebírání zodpovědnosti za ně. U starších dětí a adolescentů je obvykle užitečnější podporovat jejich samostatnost a přebírání odpovědnosti za vlastní volbu.

U dospívajících konzultace v kontextu krizové či náročné situace vyžaduje specifickou ostražitost, pochopení a trpělivost, protože v tomto věku se zabývají také filozofickými a náboženskými otázkami, smyslem života, ale na druhou stranu adrenalinovými sporty a vyhledáváním nebezpečných situací. Může je provázet snaha o dosažení vrcholného zážitku, mnohdy mohou být jejich postoje destruktivní a konfrontačně namířené proti světu dospělých. Je nutné, aby pedagog na problémy dětí a adolescentů nahlížel s pochopením a bral je vážně. Setkávají se mnohdy s reakcemi rodičů, které vyjadřují „zlehčující“ rodičovské postoje. Například „Ty s tou holkou nadělaš, takových ještě v životě potkáš, to jsem zažil...“. Od podobných

postojů a vlastních názorů by měla být konzultace pedagoga oproštěna. Adolescenty nelze zastrašovat, kázat jim a vychovávat je. (Baštecká, 1997)

## 8.5 Specifika krizové intervence ve školním prostředí

Dovednosti účinně pomáhat člověku v krizi získá pracovník v průběhu déletrvajících speciálních výcvikových programů, které jsou zaměřeny na situaci pomáhání, krizovou intervenci, vedení rozhovoru, a tyto dovednosti upevňuje v supervizích.

Vliv systemických přístupů na krizovou intervenci je patrný především v technikách vedení rozhovoru (Vodáčková, 2002). Tyto otázky mohou být nasměrovány ke zdrojům řešení zátěžových a krizových situací nebo mohou otevírat alternativy pohledů na problém a jeho řešení. Je pochopitelné, že se nelze naučit otázky a ty používat, protože se mění v kontextu jednotlivých situací a příběhů klientů. Otázky mohou být zaměřené na řešení situace, její zvládnání, co všechno už klient udělal, na cíle klienta apod.

### Příklady otázek:

Pokud ses už někdy dostal do podobné situace jako nyní, co ti tenkrát nejvíce pomohlo?

Možná znáš ve svém okolí někoho, kdo byl v podobné situaci jako ty. Co mu pomohlo situaci vyřešit?

Co ti pomáhá situaci teď zvládat?

Kde se vzalo rozhodnutí, žes přišel za mnou?

Jak tento tvůj problém vidí (rodiče, přítelkyně apod.)?

Kdyby za mnou přišel se stejným problémem tvůj kamarád, co bys mu poradil?

Co se obvykle radí lidem v tvé situaci?

Je poměrně málo učitelů, kteří absolvovali psychoterapeutické nebo jiné výcviky v pomáhajících nebo krizových intervencích. Ve školním prostředí se v současné době nevyužívá ani supervize zkušeného pracovníka z jiného prostředí nebo intervize ze strany kolegů. Učitel je mnohdy osamocený a i přes veškerou snahu žáku či studentovi pomoci, může být nejistý a pochybovat o vhodnosti a správnosti svého postupu a zásahu. Užitečnými by se mohly stát zásady vedení rozhovoru, které formuloval Úlehla (2007) a Vodáčková (2002):

- člověk v krizi by měl mít pocit, že alespoň pracovník se snaží porozumět jeho vnímání světa, zkuste se dívat na danou situaci pohledem klienta (žáka, studenta, rodiče),
- více naslouchajte, než mluvíte, dopřejte klientovi možnost, aby jej někdo poslouchal,
- ptejte se klienta na upřesnění,
- neodvádějte pozornost od toho, o čem chce klient mluvit, nechte klienta domluvit a nevnučujte mu témata,
- nemluvte za klienta a neskákejte mu do řeči,
- užívejte takový způsob vyjadřování, který je klientovi srozumitelný,
- ptejte se přehledným způsobem, nehromadte otázky,
- buďte opatrní při užívání otázek typu „proč“, tato otázka lze mnohdy nahradit opisem, např. „jak se to stalo, že...“,
- nekritizujte, nehodnoťte, nesudte klienta,
- nesnažte se klienta rozptylovat, rozveselovat a říkat banality,
- neslibujte a neutěšujte, např. „to bude dobré, všechno dobře dopadne, táta to určitě pochopí...“,
- nediskutujte s klientem a nepřesvědčujte ho, v podstatě nemáte šanci změnit jeho mínění zdůvodňováním, kdyby to šlo, stalo by se tak už dříve,
- nedávejte rychlé a nevyžádané rady, nevnučujte klientovi vlastní způsoby řešení, i když vám osobně se tento způsob mnohokrát osvědčil,
- doporučuje se nemluvit v první osobě množného čísla, např.: „my ti pomůžeme...“, „my ti rozumíme...“,
- respektujte klientův čas (obvykle předem domluvený), není nutné jej časově podbízet a vystavovat časovým tlakům.

Výše uvedené postupy mohou posloužit v případě tzv. první pomoci, pro další práci s klientem, respektive žákem, studentem nebo jejich rodiči v krizi nebo náročné situaci se doporučuje jej nasměrovat k odborníkům (psychologové, psychoterapeuti, psychiatři apod.). (Vodáčková, 2002)

Na jedné straně jsme se pokusili formulovat informace, doporučení a postupy, které by mohly pedagogům a speciálním pedagogům pomoci zorientovat se v krizových intervencích, s cílem podpořit jejich odborný potenciál jako pomáhajících pracovníků. Na druhou stranu jsme si vědomi mnohých rizik při poskytování krizové intervence a nabádáme pedagogy k opatrnosti. Cílem je pomoci učitelům diferencovat netradiční situace ve škole, uvědomovat si svou vlastní pozici a možnosti. Podporovat schopnost

pedagogů spolupracovat jak v podmínkách školního poradenského pracoviště a celého pedagogického sboru, tak s jinými odborníky. (Lazarová, 2005)

## 8.6 Kompetence pedagoga

Mezi kompetence pedagoga můžeme kromě těch tradičních také zařadit kompetence krizově intervenční. Tato intervence v sobě zahrnuje způsobilost učitele využít adekvátně a účelně v nezvyklé, nestandardní situaci některé ze svých speciálních znalostí, zkušeností a dovedností. Do kterých můžeme zahrnout schopnost pedagoga poskytovat:

- sociální podporu,
- oporu,
- poradenství.

Krizově intervenční kompetence nelze oddělit od těch předpokladů, které se nazývají osobnostní kompetence a sociální dovednosti. Patří sem především řízení vlastních emocí, schopnost reflexe a sebereflexe, empatie apod. Předpokladem pro zvládnání krizových a náročných situací ve škole je také osobnostní zralost pedagoga a významnou roli hraje i kvalita života a psychické zdraví. (Lazarová, 2005)

Kompetence pro výkon povolání učitele by měl pedagog získat jak v průběhu pregraduální přípravy, tak po absolvování studia v každodenní praxi. Nabývání pedagogických kompetencí představuje jeden ze základních problémů v rámci přípravy studentů učitelských oborů. Mnozí z odborníků na tuto problematiku tvrdí, že mnohé z těchto kompetencí lze získat až v praxi, do jaké míry jsou tyto kompetence „naučitelné“, není zcela zřejmé. (Lazarová, 2005)

## 8.7 Krizové a náročné situace v podmínkách zařízení pro výkon institucionální výchovy

Již samotná skutečnost, že dítě je umístěno do zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy, představuje pro něj značnou zátěž. Je to výrazný zásah do výchovy a rodinného prostředí dítěte, který lze použít pouze tehdy, jestliže se všechna ostatní vhodná řešení minula účinkem, nebo vzhledem

k nezájmu rodičů nebyla využita, a přitom by měla být v zájmu dítěte. Pokud sociální pracovník orgánu sociálně-právní ochrany dětí vyčerpal všechny předchozí možnosti, například umístění dítěte na krátkodobější dobrovolný pobyt ve středisku výchovné péče nebo v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, pokud rodinné prostředí dítěte a vztahy v rodině jsou výrazně narušeny, pak může navrhnout umístění dítěte mimo rodinu, do zařízení institucionální výchovy (diagnostického ústavu, dětského domova, dětského domova se školou nebo výchovného ústavu). (Richter, 2012)

Děti, které jsou do těchto zařízení umísťovány, lze zhruba rozdělit do čtyř skupin:

- děti osamělé, ale počet těchto dětí je velmi nízký, zanedbatelný,
- děti, které mají zkušenost s kriminalitou a u kterých je odůvodněná obava, že budou v trestné činnosti pokračovat,
- děti ohrožené, které pocházejí ze sociálně slabého a neuspořádaného rodinného prostředí, jejich výchova je ve zvýšené míře ohrožena zanedbáváním, zneužíváním a sociálně patologickým vývojem,
- děti rizikové, tedy děti s výchovnými problémy, záškoláctvím, experimentující s návykovými látkami apod. (Gjuričová, 2008)

## **8.8 Umístění dítěte do zařízení institucionální výchovy jako náročná situace v životě dítěte**

Na jednu stranu je velmi diskutovaným problémem počet dětí umístěných v těchto zařízeních, na druhou stranu je velmi závažná skutečnost, že více než polovina těchto dětí je umísťována do těchto zařízení dlouhodobě, až do dosažení zletilosti. Důvodem je snaha pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí, soudů, ale i vedení zařízení institucionální výchovy, zachovat relativně uspokojivý stav aktuální situace dítěte v kontextu toho, že je umístěno mimo vlastní rodinu, což se týká především těch dětí, které pocházejí z rodin s nízkou sociální, ekonomickou a kulturní úrovní, v mnohých případech rodiče jejich výchovu naprosto nezvládali. (Gjuričová, 2008)

Jak jsme uvedli v předchozím textu, již samotné umístění dítěte do těchto typů zařízení představuje pro něj zátěž a je mimořádnou a mnohdy

i krizovou situací, se kterou se za pomoci pracovníků (vychovatelů, učitelů, psychologů, etopedů, sociálních pracovníků) postupně vyrovnává. Změna v celém jeho životě po umístění do zařízení pro výkon institucionální výchovy je pro něj zásadní, adaptuje se na život v instituci, kde má organizovaný celodenní režim, plánovaný volný čas a probíhá hodnocení nejenom ve škole, ale mnohých dalších jeho aktivit a činností v průběhu dne.

## **Závěrem**

V předcházející kapitole jsme se věnovali vymezení krizové, náročné či zátěžové situace v podmínkách škol a zařízení pro výkon institucionální výchovy. Zabývali jsme se možnostmi pomoci v těchto situacích ze strany pedagoga, jejich zvládnutím i specifiky krizové intervence ve školním prostředí. Vymezili jsme zásady vedení rozhovoru, ze kterých může pedagog čerpat, a v neposlední řadě jsme se zabývali kompetencemi pedagoga. Zamysleli jsme se nad situací dětí, které jsou umísťovány do zařízení institucionální výchovy.



## 9 Krizová intervence mimo prostředí školy – zdravotnictví a sociální služby

*„Miluji život. Ten můj byl občas divoký, zoufalý a bídný, naplněný soužením. Ale přes to všechno jsem si vždy byla jistá, že být naživu je skvělá věc.“*

Agatha Christie

V souvislosti s krizovou intervencí v oblasti zdravotnictví a sociálních služeb hovoříme nejčastěji o:

- krizových centrech (zdravotnická zařízení),
- krizové pomoci a telefonické krizové pomoci (sociální služby).

### 9.1 Krizová centra a služby

Krizová centra poskytují neodkladnou, bezbariérovou a nestigmatizující psychiatrickou péči. Poskytují krizovou intervenci a krátkodobý pobyt na lůžku s intenzivním terapeutickým programem. Poskytují zdravotní péči občanům, u nichž došlo k takovému zhoršení psychického stavu, ve kterém je nutná akutní krátkodobá psychiatricko-psychologická intervence při pobytu na krizovém lůžku, ale přitom jejich stav nevyžaduje psychiatrickou hospitalizaci.

#### Příklad – Krizové centrum Riaps

*Je součástí Centra sociálních služeb Praha. Poskytuje krizovou intervenci, individuální a skupinovou psychoterapii, relaxační techniky, farmakoterapii a sociální poradenství. Služby jsou dostupné nepřetržitě, včetně linky důvěry, jsou doplňovány i možností krátkodobé hospitalizace na lůžkovém oddělení k překlenutí krizového období a možností krátkodobého pobytu v denním stacionáři. Tým tvoří psychologové, psychiatři, zdravotní sestry a sociální pracovníci.*

#### Krizová pomoc a telefonická krizová pomoc

*Krizová pomoc* je dle zákona terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci

ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami.

*Telefonická krizová pomoc* je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami.

Nyní svou pozornost zaměříme k zařízením, která v prostředí České republiky krizovou intervencí realizují. Zařízení budeme zkoumat ve dvou rovinách: 1. zařízení pro děti a mládež, 2. zařízení pro dospělé.

## 9.2 Děti a mládež v krizové situaci

### Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Poskytují dle zákona ochranu a pomoc dítěti, které se ocitlo bez jakékoliv péče či u kterého jsou jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy, jde-li o dítě tělesně nebo duševně týrané nebo zneužívané, anebo o dítě, které se ocitlo v prostředí nebo situaci, kdy jsou závažným způsobem ohrožena jeho základní práva. Pomoc takovému dítěti a jeho ochrana spočívá v uspokojování základních životních potřeb, včetně ubytování, a v zajištění lékařské péče zdravotnickým zařízením, psychologické a jiné obdobné nutné péče.

### Sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Dle znění zákona se jedná o terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat, a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně-terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

## Kazuistika

*Klientka (dívka 7 let). Policie ČR našla dívku v nočních hodinách na ulici. Po vyšetření bylo zjištěno, že dívka impulzivně utekla z domova kvůli agresivním hádkám rodičů. Policie kontaktovala ještě ve zmíněnou noc pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Okamžitě byl podán návrh na předběžné opatření. Dívka byla umístěna na krizový pobyt v zařízení sociálně-právní ochrany dětí. Následně bylo provedeno šetření v rodině. Podmínky pro zázemí dívky byly v rodině shledány jako nevyhovující (byť se podobal squatu), u rodičů byl zjištěn abúzus alkoholu.*

*Dívka v zařízení sociálně-právní ochrany dětí využívala výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (tzn. navštěvovala školu, podílela se na mimoškolních volnočasových aktivitách). V rámci sociálně-terapeutických činností navštěvovala dramaterapii a arteterapii. Dívka byla pod pravidelným dohledem psychologa a speciálního pedagoga. Případem dívky se zabýval soud.*

## Psychologické a psychiatrické ambulance

V případě, kdy se u dítěte ukážou širší souvislosti problému, kdy klasické postupy poradenských pracovišť nejsou účinné, nezbyvá než aplikace vhodné psychoterapie, či farmakoterapie v psychologických ambulancích nebo na psychiatrických klinikách. V těchto zařízeních je vždy dostupná odborná psychologická pomoc.

## 9.3 Dospělí v krizové situaci

Následující text má za cíl seznámit čtenáře se zařízeními poskytujícími pomoc člověku v krizi. Zařízení sledujeme v různých rovinách.

Na prvním místě si naši pozornost zaslouží sociální poradenství a odborné sociální poradenství coby služba, která je přítomna ve většině institucí, kam se lidé v náročné životní situaci obracejí.

Další témata krize vidíme v psychosociálním ohrožení, jako je závislost, chudoba, trestná činnost atd.

### 9.3.1 Postižení jako krizová situace

#### Odborné sociální poradenství a jiné sociální služby

S krizovými situacemi u jedinců s postižením se velmi často setkáváme na poli odborného sociálního poradenství a dalších sociálních služeb.

Odborné sociální poradenství je dle zákona poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Je žádoucí, aby poskytovatel odborného sociálního poradenství byl vzdělán v metodách krizové intervence.

Další služby, které osoby s postižením využívají a kde se můžeme s krizí setkat, jsou: denní či týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení a další. I zde je žádoucí vzdělání pracovníků v metodách krizové intervence.

Témata odborné péče v zařízeních pro osoby s postižením jsou zpracována v ostatních kapitolách. Z tohoto důvodu zaměřujeme naši pozornost na témata, která v publikaci ošetřena nejsou. Popíšeme si vždy jednotlivá zařízení, která dokreslíme případovou kazuistikou.

### 9.3.2 Chudoba jako krizová situace

#### Azylové domy

Tato zařízení poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení.

Služba dle zákona poskytuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

#### Domy na půl cesty

Tato zařízení poskytují dle zákona pobytové služby zpravidla osobám do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě osobám z jiných zařízení pro

péči o děti a mládež, a osobám, které jsou propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby. Způsob poskytování sociálních služeb v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Služba podle zákona poskytuje tyto činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně-terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí.

### **Zařízení pro krizovou pomoc**

Krizová pomoc je dle litery zákona o sociálních službách chápána jako terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, v níž dočasně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- sociálně-terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

### **Nízkoprahová denní centra**

Tato zařízení poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby pro osoby bez přístřeší.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí.

### **Noclehárny**

Noclehárny poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a o přenocování. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí přenocování.

## Kazuistika

*Muž (26 let), absolvent dětského domova, následně umístěn v domově na půl cesty. Služba mu byla ukončena pro porušování pravidel zařízení (verbální agrese, opakovaná opilost). Následně přespával u přítelkyně, která se s ním pro jeho chování rozešla. Svou krizovou situaci řešil nepovedeným sebevražděným pokusem. Poté se stal klientem zařízení pro krizovou pomoc... a odtud si zprostředkoval azylový dům. Na azylovém domě klient „fungoval“ několik týdnů. Po konfliktu se spoluklienty mu byla služba ukončena. Muž se stal bezdomovcem občasně využívajícím nízkoprahová denní centra a noclehárny.*

### 9.3.3 Závislost na návykových látkách jako krizová situace

#### Detoxifikační oddělení

Detoxifikací rozumíme podle Kaliny (2003) léčebný postup, kdy se organismus závislého člověka pod lékařským dohledem zbavuje účinků drogy. Trvá 1–3 týdny, poté by měla navazovat léčba v ambulanci, terapeutické komunitě nebo léčebně. Detoxifikační jednotky jsou součástí zařízení k léčbě závislostí, samostatné jednotky v nemocnicích nebo součást zařízení poskytujících ambulantní služby. Člověk, který se na tomto oddělení ocitá, je konfrontován s nemocničním režimem. Život závislého člověka v celé jeho šíři je do značné míry chaotický. Potřeby jídla, spánku atd. nemají v životě závislého pevné ukotvení a jsou naplňovány dle aktuálních potřeb. Právě detoxifikační jednotka je prvním místem, kde se závislý setkává s řádem a strukturou.

#### AT ambulance a poradenská zařízení

Ambulantní léčbu zajišťují ordinace AT (AT= alkohol a jiné toxikomanie) a nízkoprahová centra (K-centra, § 59 zákona č.108/2005). Přístup ke službám ambulantních pracovišť mají nejen závislí, ale i experimentátoři, konzumenti, víkendoví uživatelé bez závislosti a problémoví uživatelé či jejich blízcí. Poradenské ambulantní služby nesou své výhody i nevýhody. Výhodou je, že člověk motivovaný ke změně životního stylu nemusí

opouštět práci ani rodinu. Nevýhodu shledáváme v množství spouštěčů rizikového chování klienta.

## Ústavní léčba a terapeutické komunity

Ústavní léčba skýtá pro uživatele bezpečnější chráněné prostředí, kde má nižší dostupnost návykových látek a nedostává se tak často do situací, které v běžném životě fungují jako spouštěče. Délka léčby je určována podle individuální situace jedince, kdy se bere do úvahy řada faktorů jako např. délka drogové kariéry, délka abstinence, předchozí recidivy, celkový zdravotní a psychický stav pacienta, jeho vlastní přístup k léčbě, sociální zázemí apod.

Jak uvádí Kalina (2003), terapeutická komunita (TK) je zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování. Terapie v TK se zaměřuje na vývoj osobnosti, na emoce, chování, duchovní rozměr osobnosti, etiku a společné hodnoty, dovednosti přežít a být profesně zajištěn.

Pobyt v léčebně i komunitě má za obecný cíl změnu chování klienta. Zde se výrazně uplatňují metody kognitivně-behaviorální psychoterapie. Cíle intervencí podle Kaliny (2003) mohou být následující:

- zmírnění intenzity, frekvence nebo trvání takového chování, které působí problémy pacientovi nebo jiným lidem,
- vytvoření nových dovedností pacienta,
- zvýšení intenzity, frekvence nebo trvání takového chování, které sice v repertoáru pacienta je, ale tím, že není dostatečně využíváno, působí problémy.

## Doléčovací centra

Lidé, kteří prošli některou z forem léčby závislosti, často potřebují, aby se zvýšila úspěšnost léčby i takzvanou následnou péčí, kterou zajišťují doléčovací programy. Je prokázáno, že čím je delší kontakt klienta s psychosociálně orientovanou službou, tím trvalejší změny klient dosáhne.

Doléčovací proces u závislých se podle Kaliny (2003) jeví jako velmi významný v procesu jejich návratu do společnosti. Hlavní cíle doléčovacích programů bývají nejčastěji následující:

- udržení pozitivní změny, ke které došlo v léčebně či komunitě,
- podpora klientů při hledání a udržení práce,
- motivace a podpora v řešení zdravotních, právních a sociálních problémů vzniklých dřívějším užíváním drog,
- podpora samostatnosti klienta,
- udržení, případně rozvoj náhledu klienta na svou závislost,
- podpora při zvládání rizikových situací.

## Kazuistika

*Žena (24 let) závislá na pervitinu. Pervitin začala zneužívat v šestnácti letech. V osmnácti letech byla po různých neefektivních intervencích ze strany rodičů zbavena trvalého bydliště. Následně odešla bydlet do společného bytu s dalšími drogovými uživateli. V tu dobu byla v kontaktu s pracovníky K-centra (streetworkery), kterých využívala pro výměnu jehel. Další rozvoj závislosti dovedl ženu ve dvaceti letech ke zdravotním komplikacím, jež vyvrcholily atakem toxické psychózy. Kontaktní pracovníci dali ženě kontakt na detoxifikační jednotku. Zde pobyla přibližně 2 měsíce. Na jednotce dostala kontakt na ambulantní poradnu, do které střídavě docházela. Zhruba po dalších třech měsících měla pervitinový relaps s následným rozvojem závislosti a další hospitalizací na detoxifikační jednotce. Po intervenci psychologa pochopila žena závažnost své závislosti a podala si žádost o přijetí do terapeutické komunity, kde byla téměř rok. Po roce se znovu vrátila domů. Vzhledem k tomu, že se neměla kam vrátit, přespala pár nocí u svých „starých známých“. To vedlo ke spuštění chutí na drogu a následnému relapsu a opakování léčby v komunitě. Teprve tam žena pochopila nemožnost návratu do svého bydliště a zažádala si o doléčovací centrum v jiném městě, kde chce začít nový život.*

### 9.3.4 Oběť – člověk v krizové situaci

#### Intervenční centra

Podle zákona o sociálních službách (č.108/2006 Sb.) je v intervenčních centrech na základě vykazání ze společného obydlí nabídnuta pomoc osobám ohroženým násilným chováním vykázané osoby nejpozději do 48 hodin od



doručení kopie úředního záznamu o vykázání. Pomoc intervenčního centra může být poskytnuta rovněž na základě žádosti osoby ohrožené násilným chováním jiné osoby obývající s ní společně obydlí nebo i bez takového podnětu, a to bezodkladně poté, co se intervenční centrum o ohrožení osoby násilným chováním dozví. Sociální služby v intervenčním centru jsou poskytovány jako služby ambulantní, terénní nebo pobytové. Služby intervenčních center jsou poskytovány bezplatně.

## **Bílý kruh bezpečí**

Bílý kruh bezpečí je organizací, která poskytuje odbornou, bezplatnou a diskrétní pomoc obětem a svědkům trestných činů, včetně psychologické podpory. Mezi hlavní pilíře této organizace mimo pomoc obětem trestné činnosti patří:

- zlepšení právního postavení poškozených v trestním řízení,
- zvyšování informovanosti o možnostech a prostředcích takové prevence, která snižuje riziko stát se obětí trestného činu,
- přednášky, semináře a jiná publikační činnost s cílem informovat odbornou i laickou veřejnost.

---

## 10 Skupinová práce v rámci krizové intervence

*„Teprve uprostřed nejkrutější zimy jsem se naučil, že v hloubi duše nosím věčné léto.“*

Albert Camus

### 10.1 Uvedení do problému

Práce se skupinou v sobě nese velký potenciál v rámci terapeutické intervence, má však také svá specifika a omezení. Jejimi klady jsou především možnosti využití faktorů skupinové dynamiky, resp. procesů, které se dějí uvnitř skupiny. Na druhou stranu skupinová práce vyžaduje velmi zkušeného terapeuta (lektora, pedagoga...), neboť je třeba nejen zvládat mnohé z metod a technik, které se v rámci skupinové práce uplatňují, ale také respektovat skupinový proces, který je daleko komplikovanější než proces v rámci individuální intervence.

Pracujeme-li skupinovou formou s jedinci v náročných životních situacích, je situace ještě komplikovanější: Krizová situace je vždy specifická, každý jedinec na ni navíc reaguje odlišně. Často je třeba velmi rychlého a strukturovaného zásahu, aby nebyla fatálním způsobem porušena integrita jedince. Skupinová práce však vychází ze skupinového procesu a musí se mu přizpůsobovat. Je proto velmi komplikované a náročné naplňovat v dostatečné míře potřeby všech členů takové skupiny.

V následující kapitole se zaměříme nejprve na vyjasnění si základních principů skupinové práce v souvislosti s krizovou intervencí a poté uvedeme několik příkladů konkrétních technik a přístupů, jako inspiraci pro intervenci v praxi. Tyto budou vycházet z některých cílů, resp. potřeb klientů, v rámci intervence v náročné životní situaci (krizi).

### 10.2 Principy skupinové terapie

Následující fenomény skupinové práce se uplatňují nejen v rámci skupinové psychoterapie, ale působí často v rámci jakékoli skupinové práce (zážitková pedagogika, aktivní sociální učení aj.), rozdílná je spíše míra a struktura

jejich využití v rámci intervence. Neznalost a nerespektování základních principů skupinové práce může mít výrazně kontraproduktivní efekt.

## Skupina jako smysluplný celek

Tento fenomén je základní filozofií v rámci humanisticky orientované skupinové práce, kdy chápeme skupinu jako entitu s vlastní dynamikou, vlastními tématy, jež jsou zcela odlišné od dynamiky a témat jednotlivých členů skupiny. Mluvíme o tzv. transcendentní (přesahující) dynamice a transcendentních tématech. Chování jednotlivců ve skupině pak chápeme jako odraz takové dynamiky. Z této premisy vyplývá, že to, co se může jevit na první pohled jako téma jednotlivce, může ve skutečnosti představovat část skupinového tématu. (Meulmeester, 2010)

Tento fakt nám může být velmi prospěšný při práci s krizovými tématy. Často se v práci s traumatem dostáváme do „bludného kruhu“ – potřebujeme trauma zpracovat (zkontaktovat se s ním), aby se nevyvinula např. posttraumatická stresová porucha, ale znovuprožití v sobě skrývá velké riziko retraumatizace. Skupinové (transcendentní) téma obsahuje témata (potřeby, dynamiku) všech členů skupiny, ale není to „vlastní téma“ žádného z nich. Dochází tak na jednu stranu k jakémusi „bezpečnému naředění“ a na stranu druhou se daným tématům nevyhýbáme.

## Skupinová dynamika

Skupinová dynamika sestává z jednotlivých faktorů, které musí mít terapeut na zřeteli, chce-li účinně využívat skupinovou formu práce. Mezi základní faktory patří (Kratochvíl, 2005):

Cíle a struktura skupiny – jimiž jsou z terapeutického hlediska např. změna maladaptivního chování, podpora zrání osobnosti, dovednosti v interpersonální komunikaci aj. Struktura skupiny může být formální i neformální.

Normy skupiny – jsou souborem pravidel, které ovlivňují postoje a chování členů skupiny. K terapeutickým normám patří tolerování druhých, otevřenost, projevování emocí, poskytování zpětné vazby aj. Mohou se vytvořit též „antiterapeutické normy“, které ve svém důsledku brzdí či přímo znemožní terapeutický proces, např. neupřímnost, tabuizování, erotické vztahy mezi členy skupiny.

Role ve skupině – vycházející z morenovské sociometrie (např. role vůdce, černé ovce, hvězdy).

Koheze a tenze – jsou faktory, jejichž rovnováha výrazně posiluje dynamiku skupiny. Je-li skupina příliš soudržná, ztrácí motivaci k práci, a naopak velké napětí ve skupině je často symptomem nedůvěry, nebezpečí. Obě polarity pak ve svém důsledku brání skupině ve vývoji. Systém tak ztrácí možnost růstu, což je základní atribut jeho zdraví.

Vývoj skupiny – je jedním z nejdůležitějších faktorů. Skupina má v jednotlivých fázích vývoje zcela jiné potřeby jak v přístupu terapeuta, tak i v práci s vynořujícími se tématy, proto se mu budeme věnovat podrobněji (viz níže).

## Fáze vývoje skupiny

Vývoj skupiny člení jednotliví autoři různě. V zásadě se však neliší co do obsahů jednotlivých fází. Truckman (in Meulmeester, 2010) rozlišuje následující fáze:

1. forming (vznik, formování skupiny),
2. storming (fáze konfliktů, kde jedinci bojují o vliv ve skupině),
3. norming (vytváření skupinových norem),
4. performing (pracovní fáze, kdy skupina pracuje na zadaném úkolu).

Velmi účelně definuje jednotlivé fáze Levine (1991):

1. Orientační fáze – kdy jsou základními tématy bezpečí, důvěra, závislost a struktura. Od vedoucího se očekává, že přinese strukturu, bude podporující a bude dávat zpětnou vazbu. Tato fáze je v rámci práce s krizí velmi důležitá. Potřeba jasných pravidel ve skupině a podpory od autority naplňuje základní psychickou potřebu bezpečí, která je často, v rámci obtížné životní situace, narušena.
2. Fáze začlenění – zpracovává témata moci, konfliktů, rozdílnosti. Autorita vedoucího klesá, roste intimita mezi členy skupiny, vytváří se role ve skupině. Fáze končí tzv. „zabitím vůdce“, kdy se vyrovnává autorita vůdce a autorita skupiny. Tato fáze je velmi obtížná pro vedoucího. Je však nesmírně důležité jí správně projít. V situaci krize mají klienti často tendenci k závislostnímu chování, ve smyslu přenechávání odpovědnosti na jiných (např. na terapeutovi). V rámci této fáze můžeme posilovat klientovo přebírání odpovědnosti sama za sebe.
3. Fáze vzájemnosti – je charakterizována náklonností, podporou, kooperací, zodpovědností. Zde se zvyšuje koheze a je prostor pro otevírání ohrožujících témat, odkrytí tabu. Ne vždy má skupina možnost dospět do této fáze. V žádném případě není vhodné urychlovat vývoj

skupiny, resp. pracovat na náročných tématech, aniž by skupina plně prošla předchozími fázemi. V rámci krizové intervence je třeba postupovat velmi opatrně a pozvolna.

4. Závěrečná fáze – pomáhá přemostit zkušenosti členů skupiny, které získali prostřednictvím skupinové terapie, tak, aby je byli schopni využít v životě mimo skupinu. Je důležité, aby si jak vedoucí, tak i jednotliví členové uvědomovali, že skupina je pouze prostředkem, nikoli cílem intervence.

## Úrovně intervence

Jak již bylo v úvodu naznačeno, je skupinová forma intervence velmi složitým procesem, kde je nutné uvědomovat si, na jakou úroveň se právě zaměřujeme, na jaké úrovni zasahujeme. Wollants (in Meulmeester, 2010) definuje tři vertikální úrovně (tj. forma a zaměření intervence):

- individuální (soustředíme se na projevy jedince),
- interpersonální (soustředíme se na to, co se děje mezi dvěma či více členy),
- skupinová (soustředíme se na témata celé skupiny).

Dále rozlišuje tři horizontální úrovně (tj. komu jsou intervence určeny):

- individuální (obracíme se k jednotlivci ve skupině),
- interpersonální (oslovujeme dva či více členů),
- skupinová (intervence směřují ke skupině jako celku).

Je třeba si uvědomit, že, bez ohledu na úroveň, jakoukoli intervencí ovlivňujeme celou skupinu. Např. podpora jednotlivce má význam i pro další členy skupiny, zaměření pozornosti na interakci mezi dvěma klienty ovlivní interakce v celé skupině apod.

## 10.3 Specifika skupinové práce s klienty v náročné životní situaci

Přestože jsou příběhy klientů často velmi rozdílné, se pokusíme vydefinovat některé typické situace, se kterými mohou mít klienti zkušenost a dle kterých mohou být konstituovány speciální terapeutické skupiny. Yalom (2007) uvádí základní kroky úpravy klasické skupinové terapie pro zvláštní situace:

1. Zhodnocení klinické situace – prozkoumat všechna fakta související s danou situací a jejich možné ovlivňování skupinové práce.
2. Formulace cílů – cíle musí být přiměřené dané situaci a dosažitelné v čase, který je pro skupinovou práci vyhrazen. Jednou z příčin neúspěchu bývají právě nepřiměřené (spasitelské) cíle. Základním cílem je, aby skupina představovala pro klienta úspěšnou zkušenost.
3. Přizpůsobení techniky – je odvislé od charakteru traumatické situace členů dané skupiny. Jiné potřeby budou mít členové, kteří prošli situační krizí, traumatickou zkušeností, vývojovou krizí, či vážnou nemocí.

### **Práce s traumatem<sup>1</sup>**

Krize a krizové situace často klienty vystavují zkušenostem, které mají mnohé znaky traumatu. Proto se pokusíme definovat specifika práce se skupinou prostřednictvím tohoto fenoménu.

Obecně lze považovat za traumatickou takovou zkušenost, na kterou nejsme schopni se připravit, kdy je ohrožen život či tělesná integrita, kdy člověk prožívá naprostou bezmoc a hrůzu. Kdy nejsme schopni použít žádné adaptační mechanismy.

Základním přístupem je trauma bezpečně otevřít (zkontaktovat se s traumatickým prožíváním). Toto je však poměrně dlouhodobý cíl. Je třeba respektovat fázi vývoje, ve které se skupina nachází, resp. míru bezpečí a podpory pro takovou intervenci.

Klienti, kteří prošli traumatem, vykazují často neuvědomovanou tendenci, aby se s nimi opět zacházelo traumatizujícím způsobem a to jak ze strany ostatních členů skupiny, tak i ze strany terapeuta. Vedoucí skupiny musí proto ve zvýšené míře reflektovat vlastní chování i působení skupiny tak, aby bylo těmto tendencím zamezeno.

Základním cílem je nasycit psychickou potřebu bezpečí a struktury. Proto vedeme skupinu tak, aby byly tyto fenomény co nejvíce naplňovány. V rámci toho je třeba věnovat velkou pozornost tvorbě skupinového kontraktu, což samo o sobě zvyšuje schopnost klienta zmapovat danou situaci.

Je-li klient konfrontován s traumatem přímo, hrozí retraumatizace. Volíme proto takové přístupy, které by dovolily kontakt nepřímý, tzv. bezpečnou abreakci, (zaměřujeme se na tělesné projevy, gesta), později můžeme podporovat i emoční projevy, ale je třeba jistá míra kontroly, nejsou

---

<sup>1</sup> Vycházíme z interních materiálů Institutu pro výcvik v Gestalt terapii.

vhodné příliš silné emoce. Pomáhá, spojíme-li s emočním prožíváním kognitivní pojmenovávání toho, co klient prožívá.

Náročné situace svádí k fascinaci, kdy se zaměříme na příběh (situaci), která nás začne zajímat víc než klient a jeho prožívání. Je třeba se v intervencích zaměřovat na prožívání klientů, není nutné znát všechny podrobnosti jednotlivých traumatizujících příběhů.

Práce ve skupině by se měla zaměřovat na následující cíle v tomto pořadí:

1. Zprostředkování pocitu bezpečí.
2. Vytvoření prostoru pro vzpomínání a truchlení.
3. Navázání spojení s běžným životem.
4. Obnovení pocitu moci a kontroly.

Ve skupině je třeba dosycovat psychické schopnosti, které traumatický zážitek narušil:

- důvěru k druhým (vhodné jsou obecné techniky budování důvěry a skupinové soudržnosti),
- vyvíjet iniciativu (v jakýchkoli činnostech podporovat klienta k tvořivosti),
- cítit se kompetentní (zprostředkovat klientovi zážitek úspěchu a pocit důležitosti ve skupině),
- vnímat svou identitu (zařazovat techniky sebepoznávání, zvláště prostřednictvím zpětné vazby od skupiny, zvl. na emoční úrovni – tzv. korektivní emoční zkušenost),
- schopnost intimity (posilovat bezpečné sdílení, prožívání a uvažování mezi členy skupiny).

V rámci terapeutického přístupu ke skupině je třeba mít na zřeteli, že:

- Čím víc terapeut dává prostor skupině, aby přebírala zodpovědnost za terapeutický proces, tím víc bojuje se zkušeností bezmocnosti, která byla získána v rámci traumatu.
- Klienti budou mít potřebu testovat důvěru k terapeutovi, což se může dít i jeho odmítáním, projevováním hněvu a zlosti vůči němu, devalvací jeho práce, zvláště když skupina zjišťuje, že není všemocným zachránce. (Fáze konfliktů v rámci vývoje skupiny může být pro terapeuta mimořádně náročnou, ale je zároveň stěžejní pro vytvoření důvěry klientů.)
- Klient často není zpočátku schopen cokoli přijímat. Klienti ve skupině tak mohou působit jako nevděční, obtížní. Zvláště silně se toto projevuje



ve skupinách dětských klientů jako nerespektování autority, vzdorovitost, překračování hranic, což je však jediný způsob, jak prozkoumat hranice bezpečného vztahu.

- Práce s traumatem je pro terapeuta (i pro ostatní členy skupiny) náročná a nakažlivá. Je předpoklad, že se ve skupinovém procesu bude zrcadlit jako pocity zoufalství, hrůzy, bezmoci, hněvu a nekompetentnosti. Proto je třeba zvědomit a prozkoumávat podpůrné systémy členů skupiny a samotného terapeuta.
- V rámci bezpečí je nutné dbát především na cíle, pravidla, hranice a podpůrný systém.

## 10.4 Vybrané metody a techniky pro skupiny klientů s traumatickou zkušeností

Z výše uvedeného vyplývá, že důležitější než samotná technika je specifický přístup. Následující techniky jsou uváděny pouze jako ukázkové příklady. Jejich neodborné použití by mohlo být kontraproduktivní. Ukázky jsou koncipovány pro univerzální použití, co se věku klientů týče. Způsob jejich zprostředkování samozřejmě musí respektovat specifika jednotlivých vývojových období.

Jako vhodné se jeví metody expresivních terapií, kde často pracujeme s metaforou, která dává možnost bezpečného kontaktu s traumatickou zkušeností, a s uměleckou expresí, která je prostředkem bezpečného vyjádření svého prožívání bez studu a pocitů viny.

### Arteterapeutické techniky

Účinné jsou zvláště ty techniky arteterapie, které využívají skupinovou dynamiku.

### *Krize jako obraz krajiny*<sup>2</sup>

V následující technice je možné se pomocí metaforické kresby bezpečně zkontaktovat s krizovou událostí a skrze její fenomenologický popis ostatními členy skupiny je možné rozšíření náhledu na danou situaci, což může naplňovat klientovu potřebu „vznat se v tom“, získat nové úhly pohledu na

<sup>2</sup> Báze techniky vychází z Gestalt přístupu.

danou situaci, aniž by skupina udělovala neúčinné rady. Technika počívá základní filozofii skupinové terapie, že celek je víc než jen součet jeho částí (viz transcendentní téma).

### 1. Imaginace krajiny

Představte si nějakou svoji krizovou zkušenost jako obraz krajiny. Nechte fantazii volně pracovat, nic neinterpretujte a nehodnoťte. Jako byste byli pouze zvědavým pozorovatelem obrazu, ve kterém pozorujete co nejvíce detailů.

### 2. Kresba krajiny

Pokuste se zachytit na papír svoji představu. Můžete nakreslit danou krajinu, příp. můžete abstraktně vyjádřit svůj pocit z ní.

### 3. Popis 5letého dítěte

Popisujte obrázek souseda, jako by si jej prohlíželo malé dítě. Nic neinterpretujte. Popisujte jen to, co vidíte. ... Poslouchejte popis vašeho obrazu a přemýšlejte, co nového vám může tento naivní, dětský pohled sdělit o krajině, jak ji chápete. Srovnajte svá uvědomění s reálnou situací. Co vše si v této souvislosti uvědomujete, co vše nyní prožíváte a cítíte?

### 4. Tvorba společné krajiny

Z obrázků vytvořte společný obraz krajiny. Můžete pracovat beze slov, nebo se můžete domlouvat. Popisujte nově vzniklou krajinu jako 5leté děti. Kde byste v krajině chtěli bydlet? Co vám přináší bezpečí? Která místa jsou tam pro vás ohrožující, která neprobádaná? ... Co si uvědomujete v souvislosti s vaší situací? Jaké nové pohledy vás napadají při pohledu na společnou krajinu?

## **Projekce**

Technika pracuje s faktem, že jedinec v obtížné situaci (s traumatickou zkušeností) není často schopen přijímat a brát odpovědnost za své jednání a prožívání. Inklinuje k závislostnímu vztahování se a objevují se pocity hněvu a agrese, nejeví-li se objekt závislosti (např. druhý člen skupiny, terapeut) jako dokonalý a všeho schopný. Své vnitřní prožívání často projikuje na druhé. Např. se nekontaktuje se svým hněvem, ale hněvá se na jiného člena skupiny (tzn. že to, co by chtěl prožívat sám k sobě, prožívá vůči druhému). Technika se pokouší přisvojit si zpět své vlastní projekce.

1. Oblíbený a ten druhý  
Představte si některého člena skupiny, který je vám sympatický. Vnímejte, co prožíváte, když na něj myslíte. Zkuste si to představit jako jakýkoli obraz.  
Nyní si představte člena skupiny, ke kterému máte nejdál. (Ať již z jakéhokoli důvodu.) Také u něj pozorujte obraz, který vám vytane na mysli, když jej vnímáte.
2. Dva obrazy, dvě metafory  
Pokuste se představy výtvarně zpracovat a každý obraz pojmenujte metaforou složenou z podstatného a přídavného jména (např. zářivá květina, neprostupná mlha apod.).
3. Je to moje, ne jejich  
Zkuste (alespoň na chvíli) přijmout představu, že se tyto dva obrazy ve skutečnosti netýkají druhých lidí, že je to jen vaše prožívání. Zkuste si přivlastnit metafory a říct si např.: „Já jsem zářivá květina a já jsem také neprostupná mlha.“ Co prožíváte v této chvíli? Uvědomujete si něco nového na základě tohoto experimentu?

Pozn.: V žádném případě se nesděluje, z koho byly dané projekce „staženy“!

## Techniky vycházející ze skazkoterapie

Skazkoterapie využívá pohádku a pohádkových metafor k terapeutickým účelům. Prostřednictvím pohádek se pracuje s lidmi jakéhokoli věku. S pohádkou máme všichni určitou zkušenost, často se v dětství skrze pohádky utvářel náš životní postoj. Pokud je jedinci v souvislosti s krizovou situací narušen životní scénář, je možné jej pomocí pohádky vyvést z nefunkčního životního vzorce. Ukazuje se, že práce s pohádkou je jedním z nejméně traumatizujících terapeutických přístupů (Черняева, 2007).

### *Deset slov*<sup>3</sup>

Následující technika ukazuje, jak nenásilně pracovat s tím, co je pro klienta v jeho životě aktuální. Princip odstupu, který nás přivede blíž (viz Jennings in Hickson, 2000), je zde více než patrný. V reálu vypadá krizová situace často beznadějně, klient je frustrovaný, nevidí žádné východisko. Pohádka skrývá nekonečně mnoho „pohádkových“ možností, jak situaci vyřešit. Touto „pohádkovou zkušeností je často sycena základní psychická

<sup>3</sup> Základní námět načerpán z publikace Iriny Jevgeněvny Kulincové.

metapotřeba seberealizace, jak o ní hovoří Maslow (in Drapela, 1997). Tímto se posiluje psychická integrita jedince a reparuje narušená bazální jistota možnosti otevřené budoucnosti (srov. Matějček, 2005).

#### 1. Deset slov života

Vymyslete si 10 slov, které se vztahují k různým oblastem vašeho života. Vyberte jedno z nich – to, které je pro vás nejzajímavější, nejvíce vás přitahuje, provokuje.

#### 2. Obraz jednoho slova – začátek pohádky

Zavřete oči a pokuste se představit si obraz, ve kterém by se vyskytoval obraz vašeho slova. Popište tuto představu na papír. – To bude začátek vaší pohádky.

#### 3. Pohádkový konflikt

A nyní si představte, co by mohlo porušit váš obraz, co by ho mohlo změnit o 180 stupňů. – To bude konflikt vaší pohádky.

#### 4. Společná pohádka

Vytvořte z vašich pohádkových úryvků společnou pohádku. Přečtěte ji (příp. zdramatizujte). Co si uvědomujete po přečtení společné pohádky v souvislosti s vlastní pohádkou? Jak to koresponduje s vaším životem?

## Můj pohádkový hrdina<sup>4</sup>

Základním záměrem projektu je zvýšit uvědomění sebe, své životní role, integrace dosavadních životních zkušeností prostřednictvím pohádkové metafory, resp. projekce do pohádkového hrdiny.

#### 1. Pohádkové vejce

Účastníci leží v prenatalní poloze. Terapeut vede řízenou imaginaci: *Představte si svůj život jako cestu, po které kráčíte; uvědomte si, na jakém místě cesty se právě nacházíte. Představte si, že se z ní stala pohádková cesta – pohádkové putování. Vy jako nenarozený pohádkový hrdina v kouzelném vejci. Uvědomte si, jakým jste hrdinou, co máte oblečeno, jaký máte úkol, v jaké části příběhu se nacházíte, zda-li jste dostali nějaký kouzelný dar, dobrou radu... Uvědomte si skořápku vašeho vejce – jakou má barvu, z jakého je materiálu, jakou má šířku, je-li průhledná... Nyní nastane čas, aby se hrdina vyklubal z vejce a vydal se po cestě, která je mu předurčena.*

<sup>4</sup> Projekt byl vytvořen a mnohokrát aplikován autorem kapitoly a je možné jej použít v dramaterapii či teatroterapii (pro práci s jevištní postavou).

2. Oživlá socha hrdiny  
Každý se postupně naformuje do pozice typické pro svého hrdinu, resp. pro jeho aktuální situaci. Poté se začne pohybovat prostorem – uvědomuje si typickou chuzi, pohyby svého hrdiny.
3. Potkávání hrdinů  
Účastníci se v rolích hrdinů potkávají a promlouvají k sobě v rámci své role. Mohou komukoli poradit, sdílet s ním, podarovat jej, příp. přijmout sami dar či radu.
4. Galerie hrdinů  
Účastníci znovu vytvoří „sochu“ svého hrdiny, stojící na pomyslném piedestalu opatřeném nápisem: *„Jsem hrdina ... který v kontaktu s druhými objevil (získal, uvědomil si ...) ... – Kdo chce, může tuto větu pronést nahlas.*
5. Strípek pohádky  
Každý napíše na základě předchozích prožitků kousek pohádky související s jeho hrdinou.
6. Dramatizace pohádky  
Skupina jednotlivé pohádkové motivy propojuje v jeden příběh, který může zdramatizovat a inscenovat, příp. může vzniknout psaná pohádka.
7. Závěrečný rituál – bedna splněných přání  
Účastníci vystupují z rolí hrdinů – odkládají do imaginární bedny pomyslné kostýmy a rekvizity. Do bedny mohou dále dát jakýkoli kouzelný dar, příp. si cokoli, co si přejí, vytáhnout.
8. Verbální reflexe  
Sloužící k pojmenování si prožitků a zkušeností, k jejich fixaci, integraci a přemostění s reálnou situací.

## Verbální metody skupinové psychoterapie

Ne vždy je vhodné užití expresivních metod. Expresie často podněcuje emoční prožívání a může být proto méně vhodná (viz výše) ve chvíli, kdy potřebujeme abregovat pozvolna. Verbální techniky více aktivizují kognitivní složku osobnosti, která může být jakýmsi stabilizátorem bezpečného prožívání.

## ***Kontrakt, dopis pro sebe<sup>5</sup>***

Tyto techniky se používají k posílení bezpečí ve skupině v jejích počátečních fázích. Je důležité, aby terapeut vedl klienty k co nejkonkrétnějšímu vyjádření.

### 1. Kontrakt

Napište si, co nejkonkrétněji:

- Co chci.
- Co nechci.
- Čeho se obávám.
- Co nabízím.
- Co potřebuji (od skupiny, od terapeuta).

Vzájemně si své kontrakty porovnejte a prodiskutujte.

### 2. Napiš si dopis

Co nejkonkrétněji napiš dopis sám pro sebe. Budeš jej číst po skončení skupiny:

- Čeho bych si přál dosáhnout?
- Jak bych se chtěl rozvíjet jako osobnost?
- Jak bych se chtěl změnit v průběhu letošních sezení?...

Terapeut dopisy v zalepené obálce uschová a předá účastníkům před koncem terapie, což mimo jiné posiluje celkovou koncepci a strukturu skupinové práce.

## ***Kdybych byl knihou<sup>6</sup>***

Je další ukázka práce s metaforou, která se vztahuje k bezpečnému prozkoumání klientovy životní situace:

Zkuste si představit, že jste se stali knihou, přemýšlejte a písemně zformulujte vaše metafory. Můžete se držet následujících otázek:

- Jaký by měla kniha název?
- Jak by se jmenovaly jednotlivé kapitoly?
- Kolik by bylo kapitol?
- Jakým stylem by byla kniha napsána?
- Koho by oslovila?
- Jaký by měla přebal?
- Jak by se četla?
- Co by řekl čtenář po jejím přečtení?
- Co by bylo napsáno v úvodu, co na závěr?
- Jak by znělo resumé?...

<sup>5</sup> Čerpáno z publikace Geralda Coreye a kol.

<sup>6</sup> Čerpáno z publikace Geralda Coreye a kol.

## Ukázky dramaterapeutické práce

Divadelní prostředky užívané v rámci paradržadelních systémů jsou velmi účinné také proto, že působí na jedince celostně, tj. současně na jeho tělesnou, duševní, sociální i spirituální složku. Což se jeví jako velmi účinný faktor při práci s krizovou situací, kdy je celistvost osobnosti výrazně narušována a kdy má jedinec tendenci disociovat části svého prožívání a jednání. Bezpečný „prostor jako“ ohraničený vstupním a výstupním rituálem, použití improvizace, metafor a vstupů do rolí – to vše nám usnadňuje bezpečný kontakt s traumatickou situací. Je vhodnější než např. psychodrama, kde se pracuje s reálným příběhem klienta. S. Jenningsová, zakladatelka dramaterapie, říká, že „paradox dramaterapie tkví v tom, že navození odstupu nás přivede blíž... Takže nakonec ve slavném příběhu všichni nalezneme svůj příběh“ (in Hickson, 2000, s. 22 ).

### *Vývojové proměny*

Jsou jedním ze stěžejních dramaterapeutických přístupů vytvořeným D. R. Johnsonem, který využívá spontánní improvizace, při níž je terapeut zapojen do skupinového dění a stává se jakýmsi podprahovým aktivátorem, je-li toho třeba. Zpravidla nelze předem specifikovat konkrétní cíl, je nedirektivní, pracuje se spontaneitou, předpokládá, že při terapiích dochází u klienta (např. prostřednictvím improvizace) k vyplavování nevědomých částí sebe sama, k jejich následnému poznání a přijetí klientem (Valenta, 2011). Struktura práce kopíruje ontogenetický vývoj člověka. Začíná se spontánním pohybem, ke kterému se přidává zvuk a později též konkrétní slovo, což se pak rozvíjí do improvizované etudy. Princip improvizace posiluje klientovo sebevědomí: Pokud má improvizovat, musí se odvážit dosud nevyzkoušeného kroku (jednání), o kterém neví, jak dopadne. K tomu potřebuje odvalu a odvaha vzniká ve chvíli, kdy důvěřuje sám v sebe, že bude schopen v nečekané situaci obstát. Což může být korektivní emoční zkušeností vůči traumatickému zážitku, kde jsme vystaveni bezmoci – situaci přesně opačné.

### *Co člověk potřebuje<sup>7</sup>*

Jedním z prvních kroků (a mnohdy nejdůležitějších) v rámci práce s krizovou situací je prozkoumání a zvědomění klientových podpůrných

<sup>7</sup> Projekt koncipoval a mnohokrát aplikoval autor na základě Gestalt přístupů (inspiratione vycvikem v Gestalt terapii).

mechanismů a následně jejich aktivizace. Což se může dít také prostřednictvím tohoto dramaterapeutického projektu.

### 1. Gestalt relax

Pohodlně se usadte, zaměřte pozornost na sebe a své prožívání. Představíme si, jako bychom byli v temné místnosti a postupně si osvěcovali tělo baterkou. Postupně věnujte pozornost všem částem těla, svému tělesnému prožívání. Pouze jej zvědavě pozorujte a nehodnoťte se. Uvědomte si také své pocity a nebraňte se jakýmkoli myšlenkám, které vám právě běží hlavou. Nyní si uvědomte sebe sama v celistvosti právě v této chvíli: se svým tělem, emocemi, myšlenkami.

### 2. Dětské přání

Vzpomeňte si na nějaké své dětské přání. Pokud chcete, můžete jej sdělit ostatním.

### 3. V čem jsem dobrý

Účastníci stojí v kruhu a pantomimicky předvádějí, v čem jsou dobří. Ostatní pohyb opakují a pokouší se uhádnout smysl sdělení.

### 4. Jak to ustojím

Pokuste se vzpomenout na drobné životní nesnáze a překážky; napište, jak to děláte, že je ustojíte. Popovídejte si o tom ve dvojicích, příp. skupinkách. Porovnejte své nástroje podpory.

### 5. Mé bezpečí

Pracuje se ve skupinách po cca čtyřech členech. Jeden se koncentruje, „režíruje“, co mají dělat, aby mu to v tu chvíli vyhovovalo, aby se cítil maximálně spokojeně a bezpečně. Postupně si každý vyzkouší roli režiséra.

Poznámka: Pokud by předchozí technika byla příliš náročná, je možno zvolit následující:

Potřeby v modelové hře

Skupina se rozdělí na šest podskupin, které dostanou zadání etudy, kde zpracovávají téma nenaplnění některé ze základních lidských potřeb. Ostatní hádají, o jakou potřebu se jedná. Možná zadání (Šimanovský, 2002):

- Mám hlad a žízeň, nemám kde spát, je mi zima. Chci jíst, pít, někde se ohřát a odpočinout si. (Základní fyziologické potřeby)
- Někdo mi vyhrožuje. Bojím se jít domů. Necítím se v bezpečí. (Potřeba jistoty a bezpečí)



- Zapomněli na mě, nikdo mi nepíše. Chci mít nějaké přátele a mít někoho rád. (Potřeba lásky a hlubokého sociálního vztahu)
  - Posmívají se mi, neuznávají mě. Chci, aby mne ostatní brali vážně. (Potřeba úcty)
  - Nemohu být sám sebou, nemohu využít svých schopností. Chci mít možnost se někde uplatnit. (Potřeba seberealizace)
  - Nežiji v pěkném prostředí. Chci zažít něco krásného. (Potřeba estetických vjemů)
6. Krabice splněných přání  
Závěrečný rituál, kdy si vzpomeneme na svá dětská přání, vykouzlíme imaginární čarounou krabici, ve které můžeme naleznout dárek pro nás a také tam můžeme dát naše dary pro druhé.

## Stráže<sup>8</sup>

Následující dramaterapeutický projekt má za cíl uvědomit si své způsoby překonávání překážek, resp. své reakce a prožívání v situacích, kdy narážíme na překážky. Toto zvědomování posiluje volní vlastnosti jedince otřeseného krizovou situací.

### 1. Stíny

Práce ve dvojici, z níž jeden chodí prostorem a dělá cokoli se mu zachce, bez ohledu na druhého, který jej následuje, představuje stín prvního a musí vše napodobovat. Následuje výměna rolí. V následné reflexi se zaměřujeme na to: Kdo raději vede? Kdo je raději veden? Jak je to ve skutečnosti? Jak bychom to chtěli?

### 2. Tiché království

Námět: *Je království, kde lidé nemohou používat slova, dorozumívají se jen gesty. Království vládne dobrý, moudrý, vtipný a laskavý král, který je štědrý a má léčivou moc. Do královského hradu vedou dvě brány. Kdo se potřebuje setkat s králem, musí přesvědčit (beze slov) stráž příslušné brány, aby jej pustila dovnitř. Strážím král důvěřuje a spoléhá se, že pustí dovnitř ty, kteří opravdu potřebují jeho pomoc.*

Dva ze skupiny dělají stráže. Ostatní (poddaní) se je pokouší vždy jednotlivě přesvědčit, aby je pustili do hradu za králem. Nesmějí používat ani slova ani fyzické násilí. Stráže mohou a nemusí prosebníka pustit.

<sup>8</sup> Volně převzato od Oldřicha Müllera.

### 3. Verbální reflexe

Pro reflexi můžeme použít fenomény situace jako paralely reálného života. Strážce představují překážky v životě a způsoby přemlouvání mohou napovědět, jak klient řeší své životní překážky – stereotypy chování. V rámci reflexe je nutné pouze prozkoumávání způsobů, jak se řeší dané situace, nikoli jejich hodnocení a porovnávání.

## **Teatroterapeutické techniky pozitivně působící na jedince v krizové situaci**

V rámci teatroterapie můžeme používat nejrůznější přístupy a prostředky převzaté z herecké (divadelní) práce, které mohou naplňovat cíle terapeutické intervence při práci s jedinci s traumatickou zkušeností. Výhodou teatroterapeutické práce je její nespécifičnost, resp. primární zaměření na přípravu a realizaci divadelního tvaru. Naplňováním estetických cílů se zvyšuje potenciál bezpečné terapeutické práce v rámci krizové intervence. Nejedná se tedy pouze o jakousi činnost, díky níž můžeme na chvíli zapomenout na prožitě události. Následující příklady teatroterapeutických (příp. tvořivě-dramatických) technik mohou saturovat potřeby klienta s traumatickou zkušeností v terapeutické práci.

### ***Práce s tělem a vnitřní technika***

V rámci této části herecké průpravy čerpáme často z metodiky K. S. Stanislavského. Zjednodušeně lze říci, že se zaměřujeme na vnitřní prožívání, které „ztělesňujeme“ – tj. vyjadřujeme např. pohybem těla. Zaměřujeme se mimo jiné také na smyslové vnímání a jeho následnou expresi. Takové přístupy se jeví jako jedny z nejvhodnější v práci např. s traumatem (viz výše). Příkladem může být následující cvičení:

*Představte si, že celé vaše tělo je uchem. Pohyby těla vyjadřujte:*

- *ucho rozechvělé nádhernou hudbou,*
- *ucho otupělé hlukem tovární haly,*
- *ucho naslouchající rozsudku smrti, pro hlavu, jejíž je součástí... (volně dle Martince, 2003).*

O vhodnosti improvizace jsme pojednali již v rámci popisu vývojových proměn. U méně zkušených herců (klientů) je třeba zpočátku práci více strukturovat. Je vhodné vycházet z hromadných a statictějších cvičení. Další možností práce s improvizací jsou následující příklady:

## ***Oživlá sousoší***

Herci mají za úkol vytvořit ze svých těl sousoší na předem zadané téma (např. močál) a to postupným „přidáváním se“ do vznikajícího tvaru tak, aby rozšiřovali danou situaci. Na znamení vedoucího se celý obraz „rozhýbe“ a improvizuje se etuda.

## ***Strukturované drama***

Cvičení (volně převzaté od Milana Valenty) umožňuje klientům v krátkém čase vyzkoušet nejrůznější fáze přípravy divadelní inscenace, rozvíjet fantazii a kooperaci ve skupině.

### **1. Mizanscéna**

Skupina se rozdělí na tři podskupiny a každá z nich dostane téma, na základě kterého má vytvořit příběh, který ztvární ve formě „živého obrazu“, tzv. mizanscény.

Jako téma je možno použít např. některou z Poltiho dramatických situací (in Machková, 1990, s. 128): „Prosba – zachránění – pomsta – trest – velká křivda – stát se kořistí – vzpoura – odvaha – hádanka – dosažení něčeho – zášť – soupeřství mezi kamarády – osudná pošetilost – obětovat se ideálu – obětovat se za bližní – obětovat se koníčku – povinnost – soupeřství nerovných – dozvědět se o hanbě blízkého člověka – mít rád kamaráda z nepřátelské rodiny nebo společenství – ctižádost – neoprávněná žárlivost – výčitky svědomí – znovunalezení – žal.“ Dále lze jako námětu využít tří slov, z nichž jedno vyjadřuje předmět, druhé motiv a třetí prostředí (např.: kalhoty – zoufalství – v kanoi) tak, aby evokovala zajímavé divadelní situace. (Šimanovský, 2002)

### **2. Scénář**

Po shlednutí „živých obrazů“ píše skupiny stručný scénář, ale ne na svůj původní příběh, ale na příběh jiné skupiny (tzn. první skupina píše scénář na obraz druhé atd.).

### **3. Dramatizace**

Následně si skupiny scénáře vymění a dramatizují krátké představení na daný text. Vše končí malou „divadelní přehlídkou“ a diskuzí o tom, jak se jednotlivé náměty zpracovávaly, měnily apod.

## **Hlasová průprava**

Je v rámci teatroterapeutické práce nedílnou součástí herecké přípravy. Jejím základem je mimo jiné i práce s dechem, což je velmi vhodné právě pro jedince v krizové situaci.

### Pohybové cvičení

Vedoucí předestírá následující představu, kterou herci vyjadřují pohybem: „*Představte si, že jste plícemi běžce maratónu. Váš běžec se připravuje ke startu, rozdýchává se, zadržuje dech, rozbíhá se, postupně narůstá zatíženost, až přichází dechová krize, běžec krizi překonává, nastoluje ,druhý dech', vbíhá do cílové rovinky, dobíhá, zpomaluje, vydýchává se...*“ (volně dle Martince, 2003)

### Imaginativní cvičení

Klienti leží uvolněně, vnímají svůj dech. Při nádechu vnímají chladný vzduch vstupující do dýchacích cest; tuto fázi si umocňují představou modré barvy, která do nich vstupuje. Při výdechu vnímají dech teplý, umocněný představou červené barvy vycházející z dýchacích cest. (volně dle Martince, 2003)

## **Závěrem**

Možností skupinové práce je mnoho, ukázky, které kapitola nabízí, nejsou rozhodně vyčerpávajícím příkladem. V rámci jejich použití je třeba mít na paměti, že jednotlivé techniky se aplikují v souvislosti s aktuálními potřebami skupiny (klienta), že je třeba v prvé řadě posilovat kvalitu terapeutického vztahu, vycházet z potřeb skupinové dynamiky a respektovat specifika práce s klienty v náročných životních situacích.

---

## **Příloha**

### **Krizová centra a linky důvěry – kontakty**

Abecedně řazený seznam kontaktů na linky důvěry a krizová centra v České republice.

Zdroj: <http://krizovatka.skaut.cz/sluzby/krizova-komunikace/krizova-centra/>

#### **Blansko**

Charitní linka důvěry: 800 100 108 NONSTOP

#### **Brno**

Linka naděje: 547 212 333 NONSTOP

Krizová linka Centra pro zneužívané a týrané děti SPONDEA  
541 235 511 NONSTOP

Modrá linka: 549 241 010

Krizové centrum: 547 192 078

#### **Česká Lípa**

Linka důvěry: 487 853 210

#### **České Budějovice**

Linka důvěry: 387 313 030 NONSTOP

#### **Havířov**

Linka důvěry: 596 410 888 NONSTOP

#### **Hodonín**

Linka důvěry: 518 341 111

#### **Hradec Králové**

Linka důvěry: 495 273 259 NONSTOP

Krizová linka ambulance pro drogové závislosti: 495 515 907,  
602 163 739

#### **Cheb**

Linka důvěry: 354 438 777

#### **Chrudim**

Krizová linka Dětského krizového centra: 469 623 899

Dětské krizové centrum: 469 623 899

#### **Karviná**

Linka důvěry: 596 318 080 NONSTOP

#### **Kladno**

Linka důvěry: 312 684 444 NONSTOP

---

### **Kopřivnice**

Linka důvěry: 655 811 800

### **Kroměříž**

Linka důvěry: 573 331 888 NONSTOP

### **Kutná Hora**

Linka důvěry: 327 511 111

Centrum krizové intervence: 327 511 701, 327 515 144

### **Liberec**

Linka důvěry: 485 106 464 NONSTOP

### **Mariánské Lázně**

Kontaktní a krizové centrum KOTEC: 354 620 750

### **Mladá Boleslav**

Linka důvěry SOS: 326 741 481

### **Most**

Linka duševní tísně: 476 701 444

### **Náchod**

Linka pro tebe: 491 428 188

### **Olomouc**

Linka důvěry: 585 414 600 NONSTOP

Centrum krizové intervence: 585 223 737, 585 223 453

### **Opava**

Linka důvěry: 800 120 612, 553 616 407

Centrum krizové pomoci – kontaktní a poradenské centrum:  
553 718 487

### **Ostrava**

Linka důvěry: 596 618 908

Krizové centrum pro děti a rodinu: 596 123 555, 596 115 822

### **Pardubice**

Linka naděje: 466 500 075

Krizové centrum AD: 466 510 160

### **Písek**

Linka důvěry: 382 222 300

Krizové centrum ARKÁDA: 382 211 300

### **Plzeň**

Linka důvěry a psychologické pomoci: 377 462 312 NONSTOP

Linka dětské pomoci: 377 260 221, 603 444 192

Krizové centrum Regionálního institutu duševního zdraví: 377 462 314

Centrum SOS Archa: 377 223 221, [archa.plzen@diakoniecce.cz](mailto:archa.plzen@diakoniecce.cz)

**Praha**

Linka důvěry RIAPS: 222 580 697 NONSTOP

Linka bezpečí: 116 111 NONSTOP – BEZPLATNĚ, email: [pomoc@linkabezpeci.cz](mailto:pomoc@linkabezpeci.cz), web: [www.linkabezpeci.cz](http://www.linkabezpeci.cz), chat: <http://chat.linkabezpeci.cz>

Linka důvěry Centra krizové intervence: 284 016 666 NONSTOP

Linka důvěry Dětského krizového centra: 241 481 149 NONSTOP

Linka důvěry Diakonie: 222 514 040

Gay-linka pomoci: 222 514 040

DONA – linka pomoci obětem domácího násilí: 251 511 313 NONSTOP

Růžová linka pro děti: 272 736 263

Rodičovská linka: 840 111 234, 606 021 021, email: [pomoc@rodicovskalinka.cz](mailto:pomoc@rodicovskalinka.cz)

Senior telefon: 222 221 771 NONSTOP

Otevřená linka armády: 220 210 200, 220 210 255

HELP LINE AIDS: 224 915 564

Národní linka prevence AIDS: 800 144 444

Linka pomoci SAP (Společnost AIDS pomoc): 224 814 284

Poradenská linka K-CENTRUM: 283 872 186

Poradenská linka PREV-CENTRUM: 233 355 459

Poradenská linka Společnosti pro studium sekt: 257 314 646

Národová telefonní linka: 224 920 935

Krizové centrum RIAPS: 222 586 768

SOS centrum Diakonie: 222 511 912

Centrum krizové intervence: 284 016 110

Dětské krizové centrum: 241 480 511

Krizové centrum pro studenty: 283 880 816

**Prachatice**

Linka důvěry: 388 310 147

Krizové a kontaktní centrum: 388 310 147

**Přerov**

Linka důvěry: 581 207 900

KAPPA – kontaktní a krizové centrum: 581 207 901

**Příbram**

Linka důvěry: 318 631 800

**Svitavy**

Linka důvěry: 461 541 541

Krizové centrum KROK: 461 532 604

### **Sokolov**

Linka naděje: 352 622 962

### **Třeboň**

Poradenská linka k problematice drogových závislostí CITADELA:  
384 722 227

### **Ústí nad Labem**

Linka důvěry: 475 600 789 NONSTOP

Krizová linka pomoci Centra krizové intervence: 475 603 390

Centrum krizové intervence: 475 603 390

### **Ústí nad Orlicí**

Linka důvěry: 465 524 252, web: <http://linkaduveryuo.wz.cz/>

### **Vimperk**

Linka důvěry: 388 414 140

### **Vlašim**

Linka důvěry Střediska křesťanské pomoci mladým v krizi EXODUS:  
317 844 481

### **Vsetín**

Linka důvěry: 571 413 300 NONSTOP

Krizové centrum pro ženy a děti: 571 421 062

### **Zlín**

Linka SOS: 577 431 333 NONSTOP

Krizové centrum DOMEK: 577 242 786, 606 818 818

### **Znojmo**

Linka naděje: 515 220 202



## Literatura

- BAŠTECKÁ, B. 1997. Tranzitorní krize – krize z očekávaných životních změn. In KNOPPOVÁ, D. a kol. *Telefonická krizová intervence*. Praha: Remedium.
- BAŠTECKÁ, B. – GOLDMANN, P. 2001. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- BOWLBY, J. 2010. *Vazba. Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- BIGGE, J. – BEST, J. S. – HELLER, K., W. 1999. *Teaching Individuals with Physical or Multiple Disabilities*. 3. vyd. New York: Macmillan Publishing Company.
- COREY, G. a kol. 2006. *Techniky a přístupy ve skupinové psychoterapii*. Praha: Portál.
- ČÁP, J. 2001. *Psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha: Portál.
- DRAPELA, V. 1997. *Přehled teorií osobnosti* 1. vyd. Praha: Grada.
- DRAPELA, J. V. 2008. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.
- DYTRYCH, Z. – ČÁP, J. 1968. *Utváření osobnosti v náročných životních situacích*. 1. vyd. Praha: SPN.
- ELLIS, A. 2005. *Trénink emocí* 1. vyd. Praha: Portál.
- EXLEY, H. 2010. *Jednou to pomine*. Bratislava: Slovart.
- GELDARD, K. – GELDARD, D. 2008. *Dětská psychoterapie a poradenství*. 1. vyd. Praha: Portál.
- GJURIČOVÁ, Š. – KUBIČKA, J. 2003. *Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy*. 1. vyd. Praha: Grada.
- GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. 2008. *Rodinná terapie*. 2. vyd. Praha: Grada.
- GRAVE, K. 2007. *Neuropsychoterapie*. Praha: Portál.
- HADJ MOUSSOVÁ, Z. a kol. 2005. *Pedagogicko-psychologické poradenství I. Vybrané problémy*. 1. vyd. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy.
- HÁJEK, K. 2007. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál.
- HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- HAVRDOVÁ, Z. – HAJNÝ et al. 2008. *Praktická supervize*. Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize. 1. vyd. Praha: Galén.

- HICKSON, A. 2000. *Dramatické a akční hry*. Praha: Portál.
- HOUSEROVÁ, A. 2007. *Přístupnost osob se sníženou schopností pohybu nebo orientace k veřejné dopravě*.
- JANKOVSKÝ, J. 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton.
- JANKOVSKÝ, J. – PFEIFFER, J. – ŠVESTKOVÁ, O. 2005. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita.
- JONÁŠKOVÁ, V. 2001. Dítě s poruchou mobility. In MÜLLER, O. et al. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. 1. vyd. Olomouc: UP.
- KÁBELE, F. et al. 1992. *Somatopedie*. 1.vyd. Praha: Karolinum.
- KALINA, K. et al. 2003. *Drogy a drogové závislosti 1. díl*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády.
- KALINA, K. et al. 2003. *Drogy a drogové závislosti 2. díl*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády.
- KALSCHED, D. 2011. *Vnitřní svět traumatu*. Praha: Portál.
- KOLAŘÍK, M. 2007. *Interakční psychologický výcvik*. 1. vyd Praha: Grada.
- KOLUCHOVÁ, J. 1989. *Diagnostika a reparabilita psychické deprivace*. 2. vyd. Praha: SPN.
- KOPŘIVA, K. 2011. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál.
- KRATOCHVÍL, S. 2007. *Základy psychoterapie*. 5. přeprac. vyd. Praha: Portál.
- KRATOCHVÍL, S. 2005. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
- KREJČOVÁ, L. – STRNADOVÁ, I. – VÁGNEROVÁ, M. 2009. *Náročné mateřství*. 1. vyd. Praha: Karolinum.
- KÜNG, H. 2010. *Freud a budoucnost náboženství*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad.
- LANGMEIER, J. a kol. 2000. *Dětská psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál.
- КУЛИНЦОВА, И. Е. 2008. *Коррекция детских страхов с помощью сказок*. Санкт-Петербург: Речь. ISBN 5-9268-0728-X.
- LAZAROVÁ, B. 2005. *Netradiční role učitele*. O situacích pomoci, krize a poradenství ve školní praxi. Brno: Paido.
- LEVINE, B. 1991. *Group Psychotherapy, Practice and development*. Hardcover: Waveland Press.
- LUKAVSKÝ, R. 1978. *Stanislavského metoda herecké práce*. Praha: SPN.
- LUDEWIG, K. 2007. *Systemická terapie*. Základy klinické praxe a teorie. 2. vyd. Praha: Institut pro systemickou zkušenost.
- MACHKOVÁ, E. 1996. *Zásobník dramatických her, cvičení a improvizací*. Praha: Středočeské kulturní středisko.

- MARTINEC, V. 2003. *Herecké techniky a zdroje herecké tvorby*. Praha: IPOS.
- MATĚJČEK, Z. 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: Vydavatelství H a H.
- MATĚJČEK, Z. et al. 2002. *Osvojení a pěstounská péče*. 1. vyd. Portál: Praha.
- MATĚJČEK, Z. 2005. *Výbor z díla*. Praha: Karolinum.
- MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál.
- MATUŠKA, J. a kol. 2006. *Průzkum přístupnosti veřejné dopravy pro sluchově postižené osoby*. Pardubice: Institut Jana Pernera.
- MEULMEESTER, F. 2010. *Změna přijde, když se zastavíš*. Dobříš: Drvoštěp.
- MICHALÍK, J. a kol. 2005. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. 1. vyd. Olomouc Univerzita Palackého.
- MICHALÍK, J. a kol. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál.
- MÜLLER, O. et al. 2001. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. 1. vyd. Olomouc: UP.
- MÜLLER, L. – MÜLLER, A. (ed.) 2006. *Slovník analytické psychologie*. Praha: Portál.
- NEUSAR, A. Pár poznámek k těžkým (krizovým) situacím ve škole a co můžeme dělat. In KOLAŘÍK, M. a kol. 2007. *Studijní texty pro metodiky prevence sociálně patologických jevů*. Olomouc: František Šalé – ALBERT.
- OAKLANDER, V. 2010. *Třinácté komnaty dětské duše. Tvořivá dětská psychoterapie v duchu Gestalt terapie*. Dobříš: Drvoštěp.
- PESSO, A. – BOYDEN-PESSO, D. – VRTBOVSKÁ, P. 2010. *Úvod do Pesso Boyden System Psychomotor*. 1. vyd. Praha: Scan.
- PLEVOVÁ, M. 2007. *Dítě se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním v rodinné terapii*. 1. vyd. Brno: MU.
- PLHÁKOVÁ, A. 2010. *Obecná psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia.
- POLÍNEK, M. D. 2012. *Komunikační potenciál teatroterapie*. In *Komunikace a handicap: Sborník textů mezinárodní vědecké konference*. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové, s. 123–131.
- POLÍNEK, M. D. 2007. *Teatroterapeutické trendy v systému péče o osoby se specifickými potřebami v České republice*. Disertační práce. UP, Olomouc.
- PRAŠKO, J. 2002. *Poruchy osobnosti* 1. vyd. Praha: Portál.
- PRAŠKO, J. a kol. 2007. *Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch*. 2. vyd. Praha: Triton.
- PROCHASKA, J. O. – NORCROSS, J. C. 1999. *Psychoterapeutické systémy (přůřez teoriemi)*. Praha: Grada.

- PROCHÁZKA, R. 2011. *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu*. Olomouc: UP.
- PTÁČEK, R. 2006. *Obecně psychologické a osobnostní souvislosti disociace*. Disertační práce, Masarykova univerzita, Brno.
- RICHTER, K. a kol. 2011. *Co s tím mám dělat?* Olomouc: Magistrát města Olomouce.
- ROGERS, C. 1995. *Způsob bytí*. 1 vyd. Praha: Portál.
- ROSS, E. K. 2003. *O dětech a smrti*. 1. vyd. Praha: Ermat.
- RUPPERT, F. 2008. *Trauma a rodinné konstelace*. Praha: Portál.
- RŮŽIČKA, M. – KOLLNEROVÁ, L. 2011. *Mediace a rodinná mediace*. Olomouc: UP.
- SCHMIDBAUER, W. 2000. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1. vyd. Praha: Portál.
- SMOLÍK, P. 2002. *Duševní a behaviorální poruchy (MKN-10, DSM-IV)*. Praha: Maxdorf.
- SHAZER, S. de – DOLAN, Y. a kol. 2011. *Zázračná otázka*. 1. vyd. Praha: Portál.
- STRNADOVÁ, Y. 2005. *Bariéry v dopravě z hlediska osob se sluchovým postižením*. Liberec.
- STRNADOVÁ, V. 1994. *Potom ti to povíme*. 1. vydání. Praha: ČUN.
- SYŘIŠŤOVÁ, E. 1994. *Člověk v kritických životních situacích*. 2. vyd. Praha: Karolinum.
- ŠIMANOVSKÝ, Z. 2002. *Hry pro zvládnání agresivity a neklidu*. Praha: Portál.
- ŠPATENKOVÁ, N. 2004. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*. Praha. Grada.
- THOROVÁ, K. 2006. *Poruchy autistického spektra*. 1. vyd. Praha: Portál.
- TRAPKOVÁ, L. – CHVÁLA, V. 2004. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. 1. vyd. Praha: Portál.
- ÚLEHLA, I. 2007. *Umění pomáhat*. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství.
- VÁGNEROVÁ, M. 1999. *Patopsychologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., rozš. a přeprac. Praha: Portál.
- VÁGNEROVÁ, M. 2003. *Patopsychologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál.
- VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychologie Handicapu*. 1. vyd. Praha: Karolinum.

- 
- VALENTA, M. 2011. *Dramaterapie*. Praha: Grada.
- VALENTA, M. – MÜLLER, O. 2009. *Psychopedie*. 4. vyd. Praha: Parta.
- VÍTKOVÁ, M. 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido.
- VODÁČKOVÁ, D. a kol. 2002. *Krizová intervence*. Praha: Portál.
- VON SCHLIPPE, A. – SCHWEITZER, J. 2006. 1. vyd. *Systemická terapie a poradenství*. Brno: Cesta.
- VYBÍRAL, Z. – ROUBAL, J. (eds.) 2010. *Současná psychoterapie*.
- VYMĚTAL, J. a kol. 2007. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada.
- VYMĚTAL, J. a kol. 2007. *Speciální psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada.
- VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál.
- VÝROST, J. – SLAMĚNÍK I. (Eds.) 2008. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada.
- WATZLAWICK, P. – BAVELASOVÁ, J. B. a kol. 2010. *Pragmatika lidské komunikace*. 1. vyd. Brno: NEWTON Books.
- WEISS, P. a kol. 2011. *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál.
- WIRTZ, U. 2005. *Vražda duše*. Praha: Portál.
- YALOM, I. D. 2007. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.

- ЧЕРНЯЕВА, С. А. 2007. *Психотерапевтические сказки и игры*. Санкт-Петербург: Речь. ISBN 5-9268-0108-7.
- ZAPLETALOVÁ, J. 2011. *Metodika práce školních psychologů pro ZŠ a SŠ*. Zpráva z projektu MŠMT ČR. Praha: IPPP.
- Zákon o sociálně-právní ochraně dětí*. Sbírka zákonů, č. 359/1999 ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních*. Sbírka zákonů, č. 109/2002 ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon o rodině*. Sbírka zákonů, č. 94/1963 ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon o probační a mediační službě*. Sbírka zákonů, č. 257/2000.
- Zákon o sociálních službách*. Sbírka zákonů, č. 108/2006, ve znění pozdějších předpisů.

---

## Summary

The publication deals with crisis intervention in contact with people with disability. It consists of theoretical and practical chapters.

In the theoretical chapters we deal with the phenomenon of crisis, crisis intervention, assistance and helping and trauma.

In the practical chapters, difficult life situations of people with disabilities follow. The emphasis is also placed on the environment where the readers can work with clients, ie. education, health and social service facilities.

The book is intended for students of the subject Crisis Intervention for Special Educational Needs Teachers. The costs of publishing were paid from the project FRVŠ: Crisis Intervention for Special Educational Needs Teachers.

## O autorech

### **Mgr. Darina Horáková**

Speciální pedagožka. Pracuje jako vedoucí střediska Tyfloservisu v Olomouci. Profesně se zabývá krizovou intervencí, sociální rehabilitací osob se zrakovým postižením a zrakovou terapií.

### **Mgr. Miluše Hutýrová, Ph.D.**

Speciální pedagožka, terapeutka. Pracuje jako odborná asistentka na Ústavu speciálně pedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého. Profesně se zabývá poruchami chování, arteterapií a systemickou psycho-terapií.

### **Mgr. Jiří Kantor**

Speciální pedagog, terapeut. Pracuje jako odborný asistent na Ústavu speciálně pedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého.

Profesně se zabývá somatopedií, muzikoterapií a terapií u kombinovaných vad.

### **Mgr. BcA. Pavel Kučera**

Speciální pedagog. Pracuje jako odborný asistent na Ústavu speciálně pedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého a jako poradenský pracovník a učitel znakového jazyka ve Středisku rané péče Tamtam v Olomouci. Profesně se zabývá surdopedií a znakovým jazykem.

### **Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph.D.**

Speciální pedagog, terapeut. Pracuje jako odborný asistent na Ústavu speciálně pedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého a jako učitel dramatické výchovy v LŠU ve Zlíně. Profesně se zabývá dramaterapií, teatroterapií a gestalt terapií.

### **Mgr. Michal Růžička, Ph.D.**

Speciální pedagog, terapeut. Pracuje jako odborný asistent na Ústavu speciálně pedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého a jako terapeut v p-centru v Olomouci. Profesně se zabývá krizovou intervencí, závislostním chováním a kognitivně behaviorální terapií.

### **Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.**

Psycholožka, pracuje jako odborná asistentka na Katedře aplikovaných pohybových aktivit Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého. Profesně se zabývá integrací a sebepojetím osob s postižením.

### **Mgr. Edmund Wittmann**

Psycholog, terapeut. Pracuje jako vedoucí doléčovacího programu p-centra v Olomouci. Profesně se zabývá krizovou intervencí, závislostním chováním a psychoanalýzou.



---

Mgr. Michal Růžička, Ph.D., a kolektiv

## **Krizová intervence pro speciální pedagogy**

Publikace určená pro studenty speciální pedagogiky, sociální práce, odbornou veřejnost

Výkonná redaktorka Mgr. Emilie Petříková  
Odpovědná redaktorka RNDr. Hana Dziková  
Technická redakce Vydavatelství Univerzity Palackého  
Návrh obálky autor  
Grafické zpracování obálky Jiří Jurečka

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci  
Křížkovského 8, 771 47 Olomouc  
[www.vydavatelstvi.upol.cz](http://www.vydavatelstvi.upol.cz)  
e-mail: [vup@upol.cz](mailto:vup@upol.cz)  
e-shop: [www.e-shop.upol.cz](http://www.e-shop.upol.cz)

Olomouc 2013  
1. vydání  
Ediční řada – Odborná publikace  
č. z. 2012/677

ISBN 978-80-244-3305-9  
Neprodejná publikace