



PSYCHOTERAPIA ZAMĚŘENÁ NA ČLOVEKA

u klientů – dospělých lidí s mentálním postihnutím

PSYCHOTERAPIA ZAMĚŘANÁ NA ČLOVEKA

u klientů – dospělých lidí s mentálním postižením

ZÁVEREČNÁ PRÁCA
k ukončení výcviku v psychoterapii
zameranej na človeka

Obsah

Úvod	3
1 Historický kontext a zmeny v prístupe k človeku s mentálnym postihnutím	4
2 Človek s mentálnym postihnutím ako klient v psychoterapii.....	5
3 Prístup zameraný na človeka s ohľadom na špecifiká klientely s mentálnym postihnutím	8
3.1 Špecifiká terapeutického rámca	10
3.2 Ciele terapeutického procesu u klientov s mentálnym postihnutím	11
3.3 Rola terapeuta	13
3.4 Spolupráca s okolím klienta v kontexte podmienky mlčanlivosti	15
Záver	18
Zoznam použitej a odporúčanej literatúry	20

Úvod

Psychoterapia s ľuďmi s mentálnym postihnutím je v našich podmienkach väčšinou odborníkov vnímaná ako nepredstaviteľná, nepotrebná, nefungujúca a pod. Najčastejším argumentom proti využívaniu resp. ponuka psychoterapeutických služieb postavených na rozhovore klientom s mentálnym postihnutím sú predsudky voči ich schopnosti rozumieť a rozhodovať o vlastnom živote.

V mnohých oblastiach odbornej práce s ľuďmi s mentálnym postihnutím sa v dnešnej dobe začínajú diať zmeny už aj v praktickej rovine. Žiaľ motívom k týmto zmenám často nie je zmena vnímania a nazerania na ľudí s mentálnym postihnutím ako na slobodné osoby s vlastnými potrebami a vnímaním života, ale ako dôsledok pravidiel, teórie prenesenej zo zahraničia, ale bez pochopenia

a prijatia zodpovednými osobami starajúcimi sa o ľudí s mentálnym postihnutím. Mojim pôvodným zámerom bolo pripraviť prácu, ktorá by pojednávala o konkrétnych praktických oblastiach prístupu PCA v terapeutickej práci s klientmi s mentálnym postihnutím. Vyhľadávaním súvisiacej literatúry som však zistila, že nie je možné hovoriť opäť len o technike, metóde, teórii práce. Že je potrebné postaviť terapeuta, odborníka, rodiča pred otázku: *Myslíte si, že to má význam? A ak nie...* Čo človeku môže brániť ten význam vidieť a prijať?

Preto sa cieľom mojej záverečnej práce stala akási „obhajoba“ práva človeka s mentálnym postihnutím byť klientom v psychoterapii. Podpora pochopenia jeho potrieb a vytvorenia podmienok terapeutickú prácu tak, aby vytvárali atmosféru vhodnú pre zmenu a zároveň prijateľnú pre klienta aj pre terapeuta.

1 Historický kontext a zmeny v prístupe k človeku s mentálnym postihnutím

„Až do šesťdesiatych rokov dvadsiateho storočia boli nápadnosti v správaní ľudí s mentálnym postihnutím odôvodnené výlučne organickými defektmi mozgu a považované za nezmeniteľné. ...V priebehu sedemdesiatych rokov dvadsiateho storočia sa postupne presadzoval poznatok, že i nepriaznivé životné okolnosti môžu viesť k nápadnostiam v správaní (Pörtner, 2008, s. 2).“

Situácia sa začala postupne meniť, čo dokazuje napr. aj nasledujúca definícia postulovaná Thimmom: „Diagnostikovateľné prenatálne, perinatálne a postnatálne poškodenia nedovoľujú žiadne hodnotenie stupňa mentálneho postihnutia človeka. Tento sa určuje naopak vzájomnou súhrou jeho potenciálnych schopností a požiadaviek na neho kladených jeho konkrétnym prostredím.“

Zmena pohľadov „od typológie a klasifikácie k individualizácii“ a „od segregácie k integrácii“ spôsobila zmenu pohľadu aj na psychológiu v jej orientácie „z vonku“ k psychológii „z vnútra“.

Dôsledkom tejto zmeny paradigmy bol aj posun v chápaní mentálneho postihnutia ako „jednej z možností prežívania sveta“ (Hennicke, Rott-*haus*, 1993, s. 9). Človek s mentálnym postihnutím v tomto kontexte sa stáva postihnutým až v interakcii s prostredím, so spoločnosťou. Aj v našich podmienkach sme dospeli k poznaniu, že človek s mentálnym postihnutím má právo na samostatný, plnohodnotný život čo možno najmenej závislý na druhých osobách.

Vzhľadom k tomu, že ľudia s mentálnym postihnutím dlhé roky (a samozrejme ešte aj dnes) žili a žijú v rodinách alebo v ústavných zariadeniach, sú mnohí z nich stále závislí jednak na svojich rodičoch príp. ďalších rodinných príslušníkoch, jednak v inštitúciách vystavovaní povinnosti prispôbovať svoje potreby, prejavy, túžby „ústavnému organizačnému poriadku“ a tým sú závislí na „pravidlách“ svojho prostredia.

Táto dvojznačnosť prostredia, ktoré zo strany blízkeho okolia kladie nároky na konformitu a zo strany odborníkov presadzujúcich moderné trendy kladie nároky na individualizáciu a osamostatňovanie sa, dostáva človeka s mentálnym postihnutím do nejednoznačnej a nezrozumiteľnej situácie. Zároveň, ako uvádzajú Hennicke a Rotthaus (1993, s. 11), „právo na samostatný život pre mentálne postihnutých ľudí skrýva v sebe i riziko príliš veľkých psychických a sociálnych záťaží, a tým i riziko psychických nápadností a ochorení.“

Tento kontext potvrdzujú aj ďalší autori. Barbara Senckel napríklad uvádza ako príčiny zvýšenej zraniteľnosti či náchylnosti ľudí s mentálnym postihnutím okrem samotného organického poškodenia a z toho plynúcich obmedzení v kognitívnych schopnostiach „...aj traumatizujúce skúsenosti ako je nedostatok základného prijatia a uznania, opakovaná emocionálna opustenosť a odlúčenie, znehodnotenie, odstrkovanie, vylúčenie, určovanie života cudzími osobami, neustály tlak na prispôbenie, kontrola, obmedzovanie, odopieranie sebaurčenia (aj v prípadoch, kde by to bolo možné), bezperspektívnosť (1998, s. 37).“

Tieto skutočnosti nás vedú k poznaniu, že život a prežívanie človeka s mentálnym postihnutím nie je

determinovaný výhradne prítomnosťou mentálneho postihnutia, ale veľký význam zohráva pri utváraní jeho foriem správania práve sociálne prostredie, v ktorom žije. Nie je preto možné všetky prejavy človeka s mentálnym postihnutím vysvetľovať výhradne obmedzením v kognitívnych schopnostiach. „Diagnostický pohľad“, zameraný len na nedostatky a deficity znemožňuje vnímanie človeka s mentálnym postihnutím vo svetle pozitívnych potenciálnych možností, schopností a rezerv. Ako uvádza Pörtner (2008, s. 5): „Potrebujeme i pohľad „zameraný na človeka“, aby sme mohli objaviť individuálne zdroje, ktoré je možné nájsť vždy a všade.“ Preto je potrebné vždy myslieť na to, že:

1. „Stupeň mentálneho postihnutia nie je možné definovať len na základe psychopatologickej diagnostiky, keďže je zároveň ovplyvňovaný sociálnymi faktormi.
2. Ľudia s mentálnym postihnutím potrebujú psychoterapeutické ponuky.
3. Životné podmienky, umožňujúce a podporujúce duševné zdravie a osobný rozvoj, majú rozhodujúci význam.“

2 Človek s mentálnym postihnutím ako klient v psychoterapii

Výskyt prejavov psychických problémov až psychiatrickej diagnózy je podľa mnohých výskumov častejší práve u ľudí s mentálnym postihnutím. Tento stav spojenia mentálneho postihnutia a psychického či psychiatrického problému sa označuje tiež ako duálne postihnutie. Seidel (2009) uvádza príčiny tohto špecificky častejšieho výskytu psychických alebo psychiatrických problémov u ľudí s mentálnym postihnutím. Podľa neho sú to okrem faktorov

biologických, ako je poškodenie mozgu, aj faktory psychosociálne a sociálne:

- a) obmedzenie v psychosociálnom vývine;
- b) problematické biografické a sociálne skúsenosti;
- c) stigmatizácia vo vonkajších prejavoch;
- d) znížená kompetencia pre adekvátny coping;
- e) genetická podmienenosť rizika (fenotyp správania);
- f) negatívne následky psychotropných látok v liekoch.

Pre vnímanie človeka s mentálnym postihnutím a následnú voľbu prístupov a intervencií má zásadný význam rozpoznanie, diferencovanie príčin a pochopenie prejavov psychických problémov. Je dôležité diferenciálnou diagnostikou určiť, či v určitom prípade ide o psychickú poruchu v užšom slova zmysle, alebo „iba“ o jednoduché odchýlky v správaní a „problémové správanie“. (Seidel, 2009) K tomu môže slúžiť napr. *Manuál k diagnostike psychiatrických a psychických porúch u ľudí s mentálnym postihnutím*, ktorý uvádza jednotlivé špecifická diagnostického procesu ako aj špecifická symptómov a diferenciálne diagnostické prejavy. (Fletscher a kol., 2007)

Pokiaľ by teda išlo o psychické či psychiatrické poruchy, je namieste poskytnúť klientovi – človeku s mentálnym resp. duálnym postihnutím psychiatrickú a psychoterapeutickú starostlivosť. Zatiaľ čo pri diagnostikovaní „jednoduchého“ problémového správania je možné túto situáciu zvládnuť pedagogickými a špeciálno-pedagogickými intervenciami.

Chceme sa ale zaoberať nielen psychoterapiou človeka s mentálnym resp. duálnym postihnutím, teda psychoterapeutickým riešením jeho psychických či psychiatrických porúch. Ide nám práve o človeka s mentálnym postihnutím bez komplikácie inou

psychickou poruchou. O psychoterapeutické služby pre ľudí, ktorí tzv. napriek svojmu mentálnemu postihnutiu majú právo riešiť „normálne“ problémy každodenného života vyplývajúce z ich životnej situácie.

Ak ale budem písať o psychoterapii s klientmi – ľuďmi s mentálnym postihnutím – budem na tomto mieste vnímať mentálne postihnutie nie ako určité znevýhodnenie, odklonenie od normy, stigmú negatívnych, nedostatočných, nevyužitelných schopností, či neschopností jedného človeka, ale, ako hovorí napr. Lečbych (2010) alebo Vančura (2007), budem hovoriť o človeku, ktorý má špecifické, svojské, individuálne formy prejavov, správania, vnímania života. Mentálne postihnutie v takom prípade vnímam ako alternatívu k mnohým možnostiam prejavov života.

Práve takýto pohľad je podľa môjho názoru v našich podmienkach ešte stále do určitej miery neakceptovaný.

Špecifik klienta, ktorým je dospelý človek s mentálnym postihnutím, je hneď niekoľko.

Odlíšnosť od „bežného“ klienta vidíme napr. v týchto oblastiach:

1. prosba o pomoc prichádza u ľudí s mentálnym postihnutím iným spôsobom, ako u klientov bez postihnutia.

Peters (2001) uvádza, že spôsob požiadania o pomoc sa nelíši od spôsobov, ktoré využívajú intaktné deti. Ide o prejavy v správaní ako napr. „provokovanie, sebaopoškodzovanie, nadmerná utiahnutosť a ďalšie symptomatické spôsoby správania (s. 25).“

2. Iba zriedka požiadajú o pomoc alebo vyhľadajú terapiu samotný človek s mentálnym postihnutím. Najčastejšie to riešia rodičia alebo ďalšie osoby starajúce sa o tohto človeka.

Vo väčšine prípadov sa človek s mentálnym postihnutím dostáva do starostlivosti psychoterapeuta na popud rodičov, vychovávateľov v domovoch alebo v chránených bývaniach a pod. V ústavných zariadeniach sa o to najčastejšie zaslúži zamestnaný psychológ alebo pedagóg. Často sa stáva, a na to treba brať ohľad (Peters, 2001), že osoby, ktoré pomoc pre človeka s mentálnym postihnutím vyhľadajú, bývajú samy z časti nositeľmi problémov. Problém diagnostiky či nálepkovania, kedy sa samotný človek s mentálnym postihnutím hanbí za svoje správanie, prežíva to veľmi ťažko, býva možno rovnako častý ako problém, kedy správanie človeka s mentálnym postihnutím je vnímané práve blízkymi osobami ako problémové, istým spôsobom „nestráviteľné“, pričom pre samotného človeka s mentálnym postihnutím to nie je žiaden problém.

Werther (2005) vo svojom článku uvádza, že klienti s mentálnym postihnutím sú svojimi rodičmi či inými osobami, ktoré sa o nich starajú, často vykresľované negatívne, popisované v krízových, stresových, vyhrotených situáciách, kedy správanie a reakcie klienta (ale zároveň, a to je zriedka zdieľaná informácia, aj reakcie a správanie rodičov či vychovávateľov) nie sú v žiadnom prípade pod jeho/ich kontrolou. Takáto stigmatizácia či „labeling“ zo strany okolia sa spolupodieľa na „probléme“ človeka s mentálnym postihnutím, ktorý má byť „riešený“ v rámci psychoterapie. Autorka sa zároveň vyjadruje k motivácii: „Pacient s mentálnym postihnutím, ktorý sa dostáva do psychoterapie, nezriedka prežíva psychoterapiu

ako alternatívu trestu: „Ak nepôjdeš k psychoterapeutovi, odídeš z podporovaného bývania a pôjdeš do domova“. Jeho vlastná motivácia často pozostáva z toho, vyhnúť sa negatívnym konsekvenciám alebo urobiť radosť svojim blízkym (Werther, 2005, s. 121).“

Predpoklad pre efektívnu psychoterapiu je u ľudí s mentálnym postihnutím rovnaký ako u ostatných klientov. Musia byť sami pripravení prijať podmienky práce a nastavení prijať zmenu, ktorá bude len vtedy možná.

3. Ďalšie špecifiká môžeme ukázať v opozícii k podmienkam, ktoré nastavil Robin (1993 in Peters, 2001), keď sa vyjadroval k „prijateľnosti človeka s mentálnym postihnutím pre psychoterapiu“.

Človek s mentálnym postihnutím by mal splniť 3 podmienky, aby bolo možné prijať ho do psychoterapie (čím sa opäť myslí individuálna psychoterapia na podklade rozhovoru).

— Prvou z týchto podmienok je, že „musia v prvom rade mať k dispozícii dostatočné intelektové schopnosti, pretože zmena prostredníctvom terapie závisí od schopnosti učiť sa (s. 40).“ Táto podmienka možno do určitej miery platí u psychoterapeutických smerov ako je KBT prípadne psychoanalýza apod. V prístupe zameranom na človeka je však orientácia na pocity, vnímanie, kontakt prvoradou podmienkou. Zároveň sa musím pozastaviť nad slovom dostatočné. Aké sú teda dostatočné intelektové schopnosti? Kto presne definuje, aké schopnosti je potreba k základnej technike, ktorá sa v rámci PCA používa, a to ku komunikácii? Zámerne nepoužívam slovo rozhovor, pretože nechcem poukazovať len na verbálne schopnosti.

— „Za druhé musia existovať dostatočné možnosti vytvárať medziľudské vzťahy (s. 43).“ Opäť sa pristavme pri slove dostatočný. Aká je to dostatočná možnosť pre vzťah. V PCA nie je definovaná ako najzákladnejšia podmienka medziľudský vzťah, ale kontakt. Táto podmienka, ak nie je na začiatku splnená, nemôže začať terapeutický proces. Aj v tejto oblasti sú však mnohé možnosti, ako podporiť schopnosti a potenciál človeka s ťažkou až hlbokou formou mentálneho postihnutia (ak nebudeme hovoriť o ďalších diagnózach, ktorých sa to týka). Menujme za všetky napr. koncept bazálnej stimulácie pochádzajúci od nemeckého profesora špeciálnej pedagogiky Andreea Fröhlicha, alebo metódu preterapiu vytvorenú Garym Proutym.

Táto požiadavka predpokladá určitú nedostatočnosť, neschopnosť človeka s mentálnym postihnutím. Vychádza z deficitného modelu nazerania na človeka s mentálnym postihnutím (Lečbych, 2010). Ak ale vychádzame z presvedčenia, že človek s mentálnym postihnutím je schopný vytvárať dáke, individuálne špecifické medziľudské vzťahy, je schopný nadviazať kontakt na niektorej rovine interpersonálnej komunikácie aj v prípade ťažkých foriem postihnutia, musíme vnímať túto požiadavku ako nepotrebnú či neadekvátnu. Mohli by sme sa tu pozastaviť nad mnohými diagnózami, ktoré ako uvádza Peters (2001) by tvorili tak veľkú skupinu ľudí, že by v podstate v psychoterapii neostali takmer žiadni klienti.

— „Za tretie, nesmú existovať žiadne vážne organické poškodenia mozgu (s. 43).“ Týmto tvrdením, ako hovorí samotný Peters (2001), úplne vylúčil ľudí s mentálnym postihnutím, pretože nie je možné, aby človek s diagnostikovaným mentálnym postihnutím nemal organické poškodenie mozgu.

Popísali sme špecifickú klientku, ktorý má mentálne postihnutie. Rogers hovorí o konkrétnych podmienkach, ktoré musia byť splnené k tomu, aby psychoterapia mohla prebiehať. Ak vnímame človeka s mentálnym postihnutím ako jednotlivca schopného vnímať svoje pocity, aj keď ich nedokáže plne a presne pomenovať, schopného vyjadrovať svoje potreby, i keď niekedy netradičným a pre neskúseného človeka mätúcim spôsobom. (*Ako uvádza Peters (2001) aj človek s mentálnym postihnutím prežíva svoje problémy, aj keď vo forme rôznorodých pocitov napr. nechute, sebapoškodzovania, kriku, alebo ako vedomé vnímanie svojej odlišnosti, deficitov, ktoré majú.*) Ak ho považujeme za schopného nadviazať interpersonálny kontakt a komunikovať minimálne na neverbálnej úrovni, môžeme povedať, že človek s mentálnym postihnutím je schopný byť, stať sa klientom psychoterapie v PCA a efektívne využiť jej potenciál.

Otázkou ostáva v akej miere môže psychoterapia pomôcť človeku s mentálnym postihnutím riešiť jeho problémy. Peters (2001) poukazuje v prvom rade na problematiku vzťahov ako bázu pri riešení problémov klientov s mentálnym postihnutím. Myslí tým vzťahy medzi klientom a jeho rodičmi alebo klientom a ďalšími osobami, ktoré sa o neho starajú (vychovávateľa, pedagógovia a pod.)

Následne uvádza 2 dôvody, prečo odporúča PCA prístup.

1. „Takýto spôsob jednania prežívajú vychovávateľa alebo rodičia ako veľmi prínosný, súhlasí s ich predstavami, ako by sa malo zaobchádzať s ľuďmi s mentálnym postihnutím.“ Cítia sa pochopení v tom, ako so svojimi problémami bojujú. Na druhú stranu sa týmto spôsobom práce

často naštartuje určitý proces zmeny v nazeraní na svoje vlastné správanie a pocity. „...Toto vedie – občas dokonca hlboko zasahujúc – ku zmenám v ich vzťahoch ku klientom (s. 38).“

2. „...na klienta zameraná terapia ponúka predsa viac a lepšie techniky pre prácu orientovanú na proces k tomu, aby boli vyjasnené vlastné strachy, neistoty, pocity akceptácie a neakceptovania, úsudky a ďalšie (s. 38).“

Psychoterapia je vždy o vzťahu. Preto nemôžeme hovoriť len o človeku s mentálnym postihnutím a jeho schopnosti byť „vhodným“ klientom, ale musíme sa pokúsiť stanoviť kompetencie, a to ako odborné, tak najmä osobnostné, ktoré by umožňovali a podporovali psychoterapiu a jej priebeh s klientom s mentálnym postihnutím. Zároveň sa musíme pozastaviť nad podmienkami, ktoré psycho-terapeutický proces utvárajú a ich špecifikami vzhľadom k špecifickým potrebám terapeuta a klienta s mentálnym postihnutím v spoločnom vzťahu.

3 Prístup zameraný na človeka s ohľadom na špecifickú klientku s mentálnym postihnutím

Akceptovať ich a nechcieť spôsobiť určité zmeny, ale vytvoriť podmienky, ktoré zmeny umožňujú.

MARLIS PÖRTNER

Pri štúdiu literatúry som našla tvrdenie, ktoré výborne vyjadruje, ako sa v našich podmienkach nazerá na psychoterapiu s ľuďmi s mentálnym postihnutím, ak teda budeme hovoriť o „klasickej“ psychoterapii – individuálne vedenej, postavenej na rozhovore. „Nadmerné zdôrazňovanie autonómneho myslenia

a popretie potreby závislosti v psychoterapii vedie k odmietnutiu „slabých“ (Werther, 2005, s. 121).“ Aj keď autorka píše svoj článok v duchu psychodynamickej psychoterapie, mnohé postrehy súhlasia a presahujú podľa mňa školu či východiská určitého psychoterapeutického smeru.

V zahraničnej odbornej literatúre je tematika psychoterapie u klientov s mentálnym postihnutím diskutovaná už takmer 30 rokov. V osemdesiatych rokoch dvadsiateho storočia začínajú rôzni autori popisovať podmienky, prístupy, praktické aj výskumné zistenia prispievajúce k osvetleniu terapeutickej práce s osobami s mentálnym postihnutím. Pörtner (2008, s. 4) uvádza, že „špecifické požiadavky popisované psychoterapeutmi rôznych škôl do veľkej miery zodpovedajú zásadám prístupu zameraného na človeka.“

Psychoterapia sa môže stať prvou skúsenosťou človeka s mentálnym postihnutím so vzťahom k inému človeku, ktorý ho nehodnotí a posudzuje jeho správanie vzhľadom k požiadavkám spoločnosti, ale berie ho vážne (Görres, 1996).

Podmienky, ktoré stanovil Rogers vo svojej teórii psychoterapie, potrebné pre navodenie chcenej, vítanej osobnostnej zmeny u klienta, sú rovnaké pre všetkých klientov, teda aj pre klientov s mentálnym postihnutím. Čo však bude odlišné, budú jednak podmienky pôsobiace na psychoterapeuta počas terapeutického stretnutia, jednak ciele terapeutického procesu a samotný proces nájdenia a stanovenia týchto cieľov klientom s mentálnym postihnutím.

Ešte než prejdem k popisu psychoterapeutického procesu, chcela by som sa krátko venovať fázam, ktoré samotnému psychoterapeutickému procesu

predbiehajú. Tieto fázy popisuje Peters (2001) vo svojej knihe *Psychoterapeutické prístupy k ľuďom s mentálnym postihnutím*. Uvádza tu 3 fázy, ktoré vedú k samotnému uskutočneniu psychoterapie.

1. fáza identifikácie a diagnostiky problému, o ktorej som sa už zmienila vyššie. U ľudí s mentálnym postihnutím je to problematika diferenciálnej diagnostiky, ktorá je postavená na rozpoznaní dôvodov vzniku určitého problémového správania a reakcií. Musíme spresniť, či ide o následok, symptóm, negatívnych, stresových podmienok, ktoré ovplyvňujú správanie človeka, alebo o správanie špecifické pre mentálne postihnutého, ktoré je problematické len pre okolie, ale samotného človeka s mentálnym postihnutím subjektívne neobmedzuje, netrápi. Verberne (1989 in Peters, 2001) v súvislosti s diferenciálnou diagnostikou prejavov u ľudí s mentálnym postihnutím hovorí o 3 aspektoch stanovenia diagnózy:

- I. rozpoznanie symptómov podľa DSM-IV (v našich podmienkach pôjde pravdepodobne skôr o MKCH 10), prípadne ďalších prejavov a symptómov uvádzaných v odbornej literatúre;
 - II. závery z použitia projektívnych diagnostických metód;
 - III. závery exploračného diagnostického rozhovoru.
2. otázka terapie (predovšetkým otázka, KTO má problém a KTO prichádza do úvahy ako zodpovedný za problém;
3. samotná realizácia/uskutočnenie psychoterapie.

V ďalšom texte sa budem venovať práve podmienkam realizácie psychoterapie, ktoré reagujú na špecifické potreby klienta s mentálnym postihnutím a terapeuta vo vzťahu s takýmto klientom.

3.1 Špecifiká terapeutického rámca

Pörtner (2008) uvádza odlišnosti terapeutického rámca v prípade, že psychoterapeutického stretnutia sa účastní práve klient s mentálnym postihnutím.

- Terapeut je vo vzťahu s klientom ovplyvňovaný špecifickými prejavmi. Napr. poruchy reči, neschopnosť hovoriť, špecifické či menej obvyklé spôsoby správania, ktoré musí jednak prekonávať, jednak snažiť sa ich pochopiť ako inú kvalitu pre klienta „normálnych“ či typických prejavov. O to náročnejšie je potom oddelenie takýchto typických prejavov od prejavov označujúcich určitý konflikt, ktorý by bol terapeuticky ovplyvniteľný.
- „Settingy nezodpovedajú vždy tomu, čo je obvyklé a žiaduce. V niektorých inštitúciách nie je k dispozícii ani vhodná miestnosť, a to celý proces značne ruší (s. 5).“
- Ako uvádza už Görres (1996), pre ľudí s mentálnym postihnutím nie je obvyklé zaoberať sa svojimi problémami, emóciami, konfliktami. Často, ak sú schopní tieto vyjadriť navonok, sú konfrontovaní s odmietaním svojich prejavov okolím. Nemajú tak dostatočné skúsenosti, ako svoje problémy prejavovať navonok a ako sa s nimi vysporiadať.
- Nadmerná väzba, nedostatočná separácia človeka s mentálnym postihnutím od „jeho“ osôb (rodičia, vychovávatelia, osoby starajúce sa o neho), následne akcentuje nutnosť spolupráce a interakcie terapeuta s týmito osobami.

Práve vo svetle poslednej pripomienky považujem za kľúčovú kompetenciu terapeuta jeho schopnosť udržať si hranice profesionálneho prístupu ku

klientovi a zároveň flexibilného reagovania. Ako píše Pörtner (2008, s. 5) „terapeut sa nesmie nechať „použiť“ k plneniu nejakých úloh, ale musí byť a zostať otvorený voči tomu, čo chce klient sám, aby mohla vzniknúť dôvera a terapeutický vzťah.“

V tejto súvislosti Peters (2001) hovorí o fáze identifikácie a diagnostiky problému. Ako som už uviedla vyššie v texte, len malé percento klientov s mentálnym postihnutím nie je v terapii „vdaka“ podnetu svojich blízkych. Znamená to, že do terapie prichádzajú ľudia s mentálnym postihnutím ako klienti, pričom paradoxne práve ich „vychovávatelia majú často vážne problémy so svojím vzťahom ku klientom alebo s ich spôsobom správania. Je im zaťažko reagovať autenticky, rozumieť a vcítiť sa do druhých ľudí, akceptovať ich alebo nájsť odvahu ku konfrontácii (s. 37).“ Autor tiež hovorí o vplyve správania špecifického pre individuálneho človeka s mentálnym postihnutím na jeho vzťah s blízkymi osobami. Ak by sme tento možný problém vzťahu medzi človekom s mentálnym postihnutím a jeho rodičom či vychovávateľom previedli na vzťah medzi klientom s mentálnym postihnutím a jeho terapeutom, môžeme predpokladať, že správanie klienta s postihnutím, ktoré vo vzťahu bude vnímané ako problémové, môže tento vzťah medzi klientom a terapeutom narušiť.

Z opačnej strany, v správaní človeka s mentálnym postihnutím je oveľa typickejší než u nepostihnutých klientov práve prejav určitej stagnácie, pomalšie tempo jednak psychickej činnosti a jednak prejavov zmien, ak už v prežívaní nastali. Situácie, kedy klient neprejavuje takmer žiadnu aktivitu, sú u ľudí s mentálnym postihnutím častejšie, dali by sa označiť ako špecifické pre túto skupinu ľudí. Klient nereaguje ani na podnety od terapeuta a celý proces vyzerá akoby

zastavený. Tieto špecifické a pre terapeuta náročné situácie sú v procese terapie s klientmi s mentálnym postihnutím veľmi dôležité. Terapeut by si mal o to viac všimnúť malé, ťažšie vnímateľné pokroky, **„...musí byť flexibilný a – a to je možno najťažšie – redukovat' svoje terapeutické nároky.“**

Porozumenie pri nezrozumiteľnosti reči, pri neporozumení prejavom, pri neporozumení potrebám, tak, ako sú klientom prežívané, vedie k prehľbovaniu negatívnych emócií najmä pocitov osamelosti, izolácie. V rámci prístupu zameraného na človeka, ak vychádzame z prežívania klienta, snažíme sa v interakcii s klientom sledovať a reflektovať emocionálne obsahy, prejavy klienta.

Aj keď tento spôsob práce, zvolený terapeutický postup je jeden zo základných v terapii zameranej na človeka (Pörtner, 2008), tak práve u klientov s mentálnym postihnutím môže byť veľmi náročný.

Človek s mentálnym postihnutím, ako sme už uviedli vyššie v texte, nie je dostatočne konfrontovaný s možnými spôsobmi prejavovať vlastné emócie, najmä ak ide o emócie negatívne. Potreba, či lepšie povedané zvyk spoločnosti, vidieť človeka s postihnutím, najmä s mentálnym postihnutím vždy „spokojného“, „veselého“ a teda neproblémového, nepoukazujúceho na svoju nespokojnosť či frustráciu, sa prejavuje často ako tlak zo strany blízkych osôb na potlačanie negatívnych emócií a na slobodné vyjadrovanie problémov a konfliktov človeka s mentálnym postihnutím.

Preto môže byť pre klienta s mentálnym postihnutím právo a priestor na vyjadrovanie svojho prežívania príliš široký, nepochopiteľný. Klient nemusí

byť schopný predstaviť si, ako sa má prejaviť, často nechápe, čo sa od neho očakáva, nedokáže rozumieť vlastným pocitom – slobodu, ktorá je mu týmto spôsobom ponúknutá, nemusí byť schopný využiť vo svoj prospech.

Človek s mentálnym postihnutím sa učí vyjadrovať svoje emócie podľa vzoru, ktorý mu dá jeho blízke okolie. Terapeut, ak chce reflektovať emocionálne obsahy prejavované klientom s mentálnym postihnutím, je potom ovplyvňovaný mnohými bariérami ako zo strany „učiaceho“ okolia klienta, tak zo strany samotného klienta v zmysle jeho nedostatočne zažitej kompetencie vlastné emócie rozlíšiť, porozumieť im a vyjadriť ich navonok. Na terapeuta takto definovaná situácia kladie nároky najmä v oblasti trpezlivosti, empatie, ochoty a schopnosti správneho načasovania intervencií.

3.2 Ciele terapeutického procesu u klientov s mentálnym postihnutím

V psychoterapii nikdy nejde o pretváranie ľudí s postihnutím podľa predstáv ich okolia!

Tento tlak je potrebné si stále uvedomovať. Ako som už uviedla, mnoho cieľov, ktoré sú psychoterapeutovi prezentované ako žiaduce zmeny, nevychádzajú z potreby samotného klienta s mentálnym postihnutím. Mnohé ciele sú určitou „pascou“ na terapeuta. Môžu vychádzať z potreby „znevýditeľniť“ postihnutie klienta, „pomôcť mu byť normálnym“, čo sú často potreby blízkych osôb starajúcich sa o klienta, (žiaľ! v určitých prípadoch psychoterapeuta nevynímajúc).

Môžu byť taktiež potrebou terapeuta vidieť posun, zažívať pozitívnu spätnú väzbu častejšie, než je toho schopný samotný klient. Terapeut sa tak dostáva do cyklu „naháňania“ pozitívnych prejavov a pokrokov, avšak nie s ohľadom na možnosti a potreby klienta.

Dalo by sa predpokladať, že „jednoduchosť“ v kognitívnych prejavoch človeka s mentálnym postihnutím, bude predikovať aj jednoduchosť v prežívaní. Nie je však možné takýto vzťah zovšeobecniť.

Na druhej strane istá „spomalenosť“ kognitívnych procesov tzv. bradypsichizmus, ktorý je u ľudí s mentálnym postihnutím častý, sa následne prejavuje aj v rýchlosti, akou sa zmeny v prežívaní a osobnosti, spôsobené terapeutickým pôsobením, odzrkadľujú vo vonkajších prejavoch klienta, v jeho správaní. Aj tieto rozdiely môžu pôsobiť na terapeuta do určitej miery mäťuco. Potreba vnímania pokroku, vnímania kompetentnosti klienta ku zmene či potreba pozitívneho ohodnotenia vlastného vplyvu na klienta, môžu byť príčinami „zacyklenia“ terapeuta pri vyhľadávaní pozitívnych prejavov u klienta s mentálnym postihnutím. Ak sa terapeut do tejto siete chytí, môže byť o to zložitejšie vymaniť sa z nej, o čo viac podľahne vo svojom pôsobení vplyvom predstáv prostredia, v ktorom klient žije. Pre klientov s mentálnym postihnutím utvárajú kvalitu a plnohodnotnosť nezávislého života čiastkové ciele, malé kroky, ktoré ľudia bez postihnutia často berú ako samozrejmosť, vôbec sa nad tým nepozastavia.

Ciele, ktoré by bolo možné stanoviť pri práci s klientmi s mentálnym postihnutím (Pörtner, 2008), ktoré sa zároveň zhodujú s cieľmi identifikovanými priamo pri práci s mojimi klientmi s mentálnym

postihnutím, by sa dali zhrnúť do dvoch základných oblastí:

- zmena vnímania seba, sebaaponímania (selfkonceptu);
- zmena resp. rozvoj kontaktných funkcií.

Zmierenie sa s vnímaním seba samého predstavuje prvý nutný krok k umožneniu zmien, je to zámerom každej psychoterapie. „U ľudí s mentálnym postihnutím hrá tento aspekt ústrednú úlohu. Kedže sú stále konfrontovaní so svojimi nedostatkami, je pre nich veľmi ťažké akceptovať seba samých, a ich sebavedomie je nízke. Nereálne preceňovanie seba samých, ktoré niektorí prezentujú, je len druhou stranou rovnakej mince (Pörtner, 2008, s. 7).“

Psychoterapia, a najmä terapeutický vzťah vychádzajúci z prístupu zameraného na človeka, môže poskytnúť potrebné podmienky na to, aby si človek s postihnutím našiel cestu, ako si viac veriť a aby sa dokázal naučiť rozpoznávať vlastné potreby, možnosti aj hranice. „...Keď klienti vidia a cítia, že terapeut ich akceptuje, pomáha im to k tomu, aby sa dokázali sami – vrátane svojich nedostatkov – lepšie akceptovať.“

S tým súvisí podpora kontaktných funkcií ľudí s mentálnym postihnutím. Kontaktné funkcie môžeme chápať v zmysle troch základných rovín tak, ako ich uvádza Prouty (in Prouty, Van Werde, Pörtner, 2005) v teórii preterapiie. Je to kontakt s realitou, kontakt samého so sebou a kontakt s okolím.

Naplnením dvoch vyslovených cieľov dokážeme podporiť človeka s mentálnym postihnutím v tom, aby lepšie porozumel sám sebe a toto porozumenie dokázal previesť jednak do svojich prejavov

správania a jednak do svojich kontaktov – interakcií s okolím. Zmeny, ktorým bude veriť a ktoré bude mať zažité tzv. „na vlastnej koži“, budú pre neho zrozumiteľnejšie, osobnejšie a tým dlhodobejšie a udržateľné. Otvárajú sa tak možnosti rozvinúť rezervy a kompetencie, ktoré má každý človek, teda aj človek s mentálnym postihnutím. Zmena koncepcie seba samého sa prejaví väčšou istotou v správaní a vystupovaní, väčšou sebadôverou, väčšou odvahou k samostatnosti a vlastnému názoru ako v každodennom živote, tak voči terapeutovi.

Dostávame sa tak k jednému zo základných kameňov, na ktorých fungovanie a život človeka s mentálnym postihnutím stojí – tj. k jeho závislosti na okolí a nutnosti prispôsobovať sa podmienkam daným zvonka.

Schopnosť človeka s mentálnym postihnutím presadiť a zosúladiť svoje predstavy o vlastnom živote s predstavami a požiadavkami okolia je podľa mňa bázou plnohodnotného a slobodného života človeka s mentálnym postihnutím, ktorý bude vzhľadom k povahe svojho postihnutia vždy do určitej miery závislý na svojom okolí. Nezávislosť v podobe ovplyvňovania podmienok svojho života, môže byť prvým krokom a zároveň môže zostať najvyššou metou, ktorú človek s mentálnym postihnutím bude schopný dosiahnuť. Aj keď tento cieľ na prvý pohľad nemusí vyzeráť ako významný, považujem ho za základ osobnej slobody a sebahodnoty.

„Terapeut by na to mal ošetrujúci personál upozorniť. Nemal by tu ovšem vystupovať ako by všetko vedel lepšie, ale mal by aj voči personálu prejaviť pochopenie a empatiu (Pörtner, 2008, s. 9).“ Ošetrujúci personál v podstate môžeme chápať ako akú-

koľvek osobu starajúcu sa o človeka s mentálnym postihnutím. Teda aj členov rodiny, zdravotnícky, pedagogický personál v domovoch sociálnych služieb atď.

3.3 Rola terapeuta

Valkovič (2009) vo svojom diele charakterizuje rolu terapeuta podľa Rogersa. Popisované úlohy uvádza s ohľadom na prácu so skupinou. Ak by sme sa zamysleli nad jednotlivými úlohami pri práci s ľuďmi s mentálnym postihnutím, nenájdeme tu žiaden rozdiel. Mnoho autorov, ktorí sa terapeutickému práci s osobami s mentálnym postihnutím venujú, zdôrazňuje, že úlohy terapeuta pri práci s klientom s mentálnym postihnutím sa významne nelíšia od podmienok práce s klientmi bez postihnutia.

Ak by sme sa na to pozreli detailnejšie, Valkovič (2009) uvádza tieto role:

- Utváranie klímy (transparentnosť, počúvanie, otváranie priestoru, potvrdzovanie a podpora osoby) – táto úloha je všeobecná a dala by sa uviesť rovnako aj v práci s jednotlivcom, nie len so skupinou. Pre vytvorenie dôvery klienta s mentálnym postihnutím je veľmi dôležité najmä počúvanie a potvrdzovanie, a to hlavne v začiatkoch terapeutického práce. Klienti s mentálnym postihnutím nebvávajú zvyknutí, že ich niekto počúva a o to menej, že ich niekto aktívne počúva a potvrdzuje a podporuje ich potreby. Je to pre nich často prvý takýto zážitok, ako potvrdzuje aj Görres (1996).
- Akceptovanie skupiny (dôvera, že si nájde vlastný smer) – ak by sme hovorili o skupine klientov s mentálnym postihnutím, kladie táto úloha zrejme najväčšie požiadavky na profesionálnosť

a trpezlivosť terapeuta. Všeobecne dôvera vo vlastné smerovanie klienta s mentálnym postihnutím je problematická. O to viac, ak to má byť dôvera v skupinu. Rozdiely medzi schopnosťami ľudí s mentálnym postihnutím nie sú len ich osobnostnou výbavou a zrelosťou, ale sú oveľa viac ovplyvnené výchovou, okolím, požiadavkami a mantinelmi vytváranými blízkymi osobami. Preto skupinová dynamika a deje môžu u tejto klientely veľmi pomaly prebiehať a meniť sa. Aby terapeut neskĺzol k smerovaniu skupiny, jej aktivity, musí veľmi dôkladne a zodpovedne narábať s touto svojou rolou.

- Akceptovanie jednotlivca (podpora sebaakceptácie a otvorenosti klienta). Pri akceptovaní klienta s mentálnym postihnutím vychádzame jednak z rovnakých požiadaviek ako u klientov bez postihnutia, jednak so špecifik, ktoré sú popísané vyššie.
- Empatické porozumenie
- Práca s pocitmi, alebo sebaodhalenie terapeuta (spontánnosť, podpora prejavov celistvosti – slúži aj ako model). Táto rola je práve u klientov s mentálnym postihnutím špecifická. Klienti nám potrebujú rozumieť, potrebujú vedieť, že my im rozumíme. Toto porozumenie často musí prebiehať názorne, cez rozprávanie príkladov, situácií so života, niekedy až spoločných zážitkov. Miera udržania profesionálneho prístupu je tu veľmi dôležitá. Táto rola sa taktiež týka problematiky spolupráce terapeuta s blízkymi osobami klienta, ktorej sa venujeme v nasledujúcej časti práce.
- Konfrontácia a spätná väzba o správaní. Človek s mentálnym postihnutím je veľmi často usmerňovaný vo svojom správaní reštrikciami, rozkazmi, príkazmi. Už menej vysvetľovaním a takmer nikdy snahou o porozumenie situácii

a správaní v tejto situácii. Spätná väzba v zmysle rozhovoru a poskytnutia vlastného vnímania a pocitov terapeuta je pre klienta s mentálnym postihnutím často absolútne nová, neznáma skúsenosť a často na začiatku netuší, čo s tým spraví. Je treba trpezlivo pomôcť klientovi nájsť významy a pochopiť ich. Naučiť sa konfrontácii bez vyhrotenia pocitov – čo vzhľadom k špecifikám prežívania ľudí s mentálnym postihnutím je taktiež dlhodobý a náročný proces. A to ako pre klienta, tak pre terapeuta.

- Vyhýbanie sa interpretačným a procesovým poznámkam. Táto rola súvisí so schopnosťou akceptovať klienta. U klienta s mentálnym postihnutím je to o to ťažšie, že na terapeuta pôsobia vplyvy okolia, blízkych osôb klienta omnoho intenzívnejšie a v podstate bez prestania. Ako sme vyššie písali o téme „labelingu“ a stigmatizácie, aj toto sú témy, ktoré je potrebné mať v danej roli ujasnené.
- Vyhýbanie sa plánovaniu a cvičeniam. Toto sú úlohy rodičov, vychovávateľov a ďalších osôb, ktoré sa o ľudí s mentálnym postihnutím starajú. Vzhľadom k reálnym obmedzeniam v kognitívnych schopnostiach človeka s postihnutím sú hlboko zaužívané zásady a pravidlá práce s človekom s mentálnym postihnutím – a to bez ohľadu na jeho vek a postavenie. V dôsledku silnejšieho prepojenia s okolím klienta, potreby zjednotiť pôsobenie na klienta v terapeutickú situáciu a mimo ňu (ako prevencia prestimulovania), je potrebné nájsť akúsi rovnováhu, správnu mieru plánovania a cvičenia klienta. Bude zrejme otázkou procesu a postupnej zmeny, aby sme od cvičenia prešli k podpore. Na druhej strane väčšina klientov s mentálnym postihnutím nikdy nezažila samostatnosť v rozhodovaní, vo vytváraní vlast-

ných cieľov a pod. Preto je potrebné v procese postupnej zmeny – čo sa vlastne stáva jedným z cieľov terapie – podporiť klienta v tom, aby bol schopný prijať menšiu mieru štruktúrovanosti svojho života a necítil sa tým nadmerne ohrozený. Nezabudnime, že Valkovič (2009) o tejto roli hovorí ako o roli terapeuta v skupine. Preto v tomto kontexte je prínosné, ak terapeut dokáže pochopiť výraznú orientáciu každého jednotlivca s mentálnym postihnutím v skupine výhradne na seba, alebo naopak hlavne mimo seba. Želania jednotlivca na úkor skupiny často bývajú urputne presadzované. A naopak, niektorý jednotlivec nie je dlhodobo schopný priblížiť sa vlastným želania a konfrontovať sa tak so smerovaním skupiny. Nie je to nič výnimočné v porovnaní s klientmi bez postihnutia. Špecifický je len čas potrebný na zmenu tejto situácie, a teda zakorenenosť takto daných prejavov v správaní a reakciách jednotlivcov – klientov s mentálnym postihnutím.

Mohli by sme na tomto mieste uviesť do kontextu zásady práce s deťmi, ktoré stanovila Virginia Axline (1947 in Valkovič, 2009, s. 14), ktoré môžu s dôrazom na individuálny prístup ku klientovi byť pomôckou pri práci terapeuta s klientom s mentálnym postihnutím. Musím však zdôrazniť, že dané zásady neuvádzam z dôvodu, že by sme s človekom s mentálnym postihnutím mali zaobchádzať ako s dieťaťom. Ide výhradne o motivovanie k nastaveniu atmosféry, ktoré je ľuďom s mentálnym postihnutím vo svetle ich životných skúseností a zažívaných situácií blízke.

- „1. Vždy začínaj vytváraním srdečného a starostlivého vzťahu s dieťaťom.
2. Ukáž dieťaťu, že ho prijímaš bez kladení podmienok.

3. Vytvor bezpečné miesto, kde je možné skúmať a vyjadrovať pocity.
4. Nalaď sa na emócie dieťaťa a reflektuj ich, aby to pomohlo dieťaťu získať náhľad.
5. Hlboko ver vo vrodennú schopnosť dieťaťa vyriešiť si problémy samo.
6. Nechaj sa dieťaťom viesť v hre.
7. Buď trpezlivá a dôveruj procesu terapie.
8. Stanov obmedzenia, ktoré ukotvia sedenie v realite a dieťaťu vysvetli jeho povinnosti.“

3.4 Spolupráca s okolím klienta v kontexte podmienky mlčanlivosti

„To najdôležitejšie prebieha mimo terapeutické sedenia“

PÖRTNER (2008)

Zaujímavým (a pre mňa osobne diskutabilným) je špecifikum spolupráce s okolím klienta, tj. s jeho rodičmi, vychovávateľmi a pod. Podmienka mlčanlivosti a jej dodržanie v podmienkach terapie s klientmi s mentálnym postihnutím je témou viacerých odborných prác. Autori odkazujú na to, že u klienta s mentálnym postihnutím je spolupráca s jeho okolím kľúčová pre zvýšenie efektu terapeutického pôsobenia. S tým súhlasím, avšak zamýšľam sa nad formou spolupráce s rodinou či inými blízkymi osobami. Do akej miery a akým spôsobom spolupracovať s blízkymi osobami klienta s mentálnym postihnutím. V neterapeutickej starostlivosti – tj. pedagogické, sociálne služby, výchova a pod. znamená spolupráca s rodinou zdieľanie úspechov a neúspechov klienta, jeho pokrokov a plánovanie cieľov pre prácu v domácom prostredí tak, aby

zásady a podmienky doma a v zariadení navzájom čo najviac korešpondovali.

V spolupráci terapeuta a blízkych osôb klienta s mentálnym postihnutím narážame na podmienku mlčanlivosti, ktorá je jedna z najdôležitejších, ktorá determinuje vytvorenie dôvery klienta v terapeuta, v situáciu vzťahu, v ktorom sa nachádzajú. Pörtner (2003) tak isto poukazuje ja túto situáciu. Hovorí, že „príležitostná výmena skúseností s blízkymi osobami je žiadaná, zároveň ale musí byť **bezpodmienečne zabezpečená dôvernosť terapeutického stretnutia**. To je chúlolistivá rovnováha, ktorá od terapeuta vyžaduje dôkladnosť, transparentnosť a presné diferencovanie (s. 122).“

Vzhľadom k spôsobu, akým klienti – ľudia s mentálnym postihnutím zdieľajú svoj život, skúsenosti, zážitky so svojim okolím, vzhľadom k ich väčšej závislosti na okolí a menšej schopnosti presadiť sa, rozprávať o sebe, riešiť samostatne svoje problémy, častejšie ako u „bežných“ klientov sa stáva, že požiadajú o zdieľanie dákej skutočnosti, ku ktorej počas terapeutického sedenia došli, svojim blízkym. Tento príklad uvádza aj Pörtner (2003) a je to aj moja osobná skúsenosť, kedy klient sám explicitne vyjadrí pranie, aby terapeut povedal dáke podrobnosti, správy, zážitky blízkej osobe klienta. Najčastejšie sa to stáva vtedy, keď klient získa pre neho významnú vedomosť, informáciu, skúsenosť a chce, aby sa o tom dozvedeli jemu blízke osoby, ale sám v bežných podmienkach nie je schopný toto vyjadriť. Na základe vlastnej skúsenosti vystupujú v tejto situácii dôležité podmienky či požiadavky.

Informácia, ktorú mám blízkemu človeku klienta povedať, musí byť formulovaná rovnako, ako ju

formuloval klient. Môže sa to zdať ako jednoduchá podmienka. Ak sa však pozastavíme nad odlišnými schopnosťami klientov s mentálnym postihnutím v oblasti komunikácie, nie vždy je jednoduché nepridať alebo nezmeniť význam vypovedaného, a pritom prejav klienta urobiť pre okolie zrozumiteľným. Zároveň táto podmienka úzko súvisí so schopnosťou terapeuta akceptovať klienta v jeho rozhodnutí, v jeho myšlienkach, pocitoch, potrebách. Niekedy sú vyjadrenia, ktoré máme blízkym osobám sprostredkovať, úplne iné, než aké by sme si sami predstavovali. Už tým, že to máme povedať osobne, cítime sa určitým spôsobom zaviazaní voči obsahu správy. To môže zapríčiniť, že cítime silnejšiu potrebu túto správu upraviť, pozmeniť alebo doplniť. Tiahne nás k tomu niekedy aj fakt, že človek s mentálnym postihnutím je závislejší, potrebuje viac pomoci a podpory. A práve vybalansovanie pomoci a podpory je v tejto situácii podľa mňa tým najdôležitejším.

S tým sa spája ďalšia asociácia, ktorej sa venuje taktiež Pörtner (1996, 2003) a to je podmienka spolupráce v prospech klienta. Ako sme už uviedli vyššie, nie je vždy jednoduché akceptovať blízkych klienta v ich názoroch, prejavoch, tvrdeniach. Je veľmi dôležité dokázať sa vcítiť aj do ich situácie, do ich motívov, prečo hovoria, konajú a myslia tak, ako to prezentujú. Na druhej strane ak by sme neboli schopní kooperovať, pracovať spolu, ale činili by sme akoby protichodne, jediný, kto na toto počínanie „doplatí“, bude samotný klient s mentálnym postihnutím. Toto je tiež špecifická situácia spolupráce. Je preto na mieste „u blízkych osôb vzbudiť porozumenie pre terapeutickú prácu a pre vývinový proces klienta (Pörtner, 2003, s. 122).“

Každý deň musia ľudia s mentálnym postihnutím skúšať vyjadriť svoje potreby, pocity, myšlienky a čo

je dôležitejšie, zvládnuť to tak, aby boli pochopení. K tomu ale potrebujú, aby ich okolie, blízki ľudia chceli, mali sami potrebu pochopiť. Preto napr. koncept PCA, ktorý terapeut sprostredkuje blízkyim osobám klienta môže pomôcť ovplyvniť ich vôľu vnímať a vcítiť sa do klienta, pochopiť ho v tom, čo vyjadruje. Predíde sa tak tzv. prestimulovaniu klienta

(Pörtner, 2003), ktoré vzniká vtedy, keď podmienky vzťahu medzi terapeutom a klientom a medzi blízkyim osobou a klientom nie sú v súlade, resp. sú príliš odlišné a protichodné. Preto „už samotná snaha o pochopenie – aj keď sa to občas nedarí – mení v určitom ohľade postoj blízkyim osôb, ktorý je pre druhých ľudí znateľný a rozhodujúci (s. 123).“

Záver

„Nie čo chýba, je rozhodujúce, ale čo je prítomné.“

PÖRTNER

Nie je dôležité vnímanie deficitov, vysvetľovanie toho, čo ľudia s mentálnym postihnutím nezvládnu, alebo nedokážu, v čom majú medzery, nedostatočné schopnosti, ale to, kde je možná zmena a pomoc. Aj keď to znie samozrejme a jasne, prax zaobchádzania s ľuďmi s mentálnym postihnutím, a to najmä s dospelými ľuďmi, vyzerá v niektorých prípadoch presne opačne.

V našej spoločnosti je stále zakorenený určitý na deficity zameraný a zároveň charitatívny prístup k osobám s mentálnym postihnutím. Snažíme sa všetky prejavy správania a reakcie, či emócie vysvetliť mentálnym postihnutím, hľadáme spôsoby, ako všetky prejavy človeka s mentálnym postihnutím vysvetliť, dať do rámca, zovšeobecniť, „diagnostikovať“.

Ak sa takto pozeráme na človeka s mentálnym postihnutím aj v rovine psychoterapie, budeme hovoriť o psychiatrických diagnózach, o duálnom postihnutí na jednej strane. Na druhej strane potom o kontraindikácii „klasickej“ individuálne psychoterapie postavenej na rozhovore u ľudí, ktorí nie sú schopní, „dostatočných intelektových schopností“ (*Robin, 1993 in Peters, 2001*), dostatočnej komunikácie, vnímania vlastných pocitov a prežívania.

Tento koncept je už zastaraný, neplatný, obmedzujúci odborníkov, ale aj širšiu verejnosť, v tom, ako so vzťahom s človekom s mentálnym postihnutím „vyťažít“ ozajstnú hodnotu.

V tejto práci som sa pokúsila dať do súvislosti osobu človeka s mentálnym postihnutím s psycho-terapeutickým prístupom PCA s cieľom podporiť rozhodnutie odborníkov venovať sa tejto oblasti, teda oblasti poskytovania „klasickej“ psychoterapie pre osoby s mentálnym postihnutím. Nejde o to ukázať, čo nie je možné „opraviť“, ide o to, ukázať, že aj človek s mentálnym postihnutím môže potrebovať podporu, byť hodnotou sám sebe a ostatným, byť plnohodnotný vo svojom prežívaní. Rozhodujúce je v tomto ohľade rozhodnutie blízkeho človeka (ktorým sa môže stať aj terapeut) dať šancu partnerskému vzťahu s človekom s mentálnym postihnutím.

Predložená práca možno neprináša dostatok metodických a technických informácií k samotnému terapeutickému procesu a jeho vedeniu. Základom k tomu, aby sme o terapeutickom procese mohli hovoriť je ale rozhodnutie, že má zmysel uvažovať nad jeho potrebnosťou.

Uvedomme si, kto rozhoduje o tom, či klient bez postihnutia potrebuje terapeutickú podporu. ...a kto o tom rozhoduje u klienta s mentálnym postihnutím? Je ťažšie nájsť odvahu veriť človeku, ktorý nie je úplne samostatný v základných oblastiach starostlivosti o seba, že dokáže zmeniť svoj život, že si dokáže dať ciele pre zmenu svojho života a ovplyvniť tak kvalitu svojho života. Na druhú stranu, aby sme dostali komplexnosti témy, zvyšovanie kvality života človeka s mentálnym postihnutím VŽDY zvyšuje kvalitu života osôb, ktoré sa o neho starajú.

Každý terapeut, ktorý sa teda postaví čelom k problematike poskytovania psychoterapeutických služieb klientovi s mentálnym postihnutím by si preto mal

uvedomiť, že to nie je „iba“ vzťah terapeut – klient, ale vždy tam budú kladené nároky na vzťah s blízkymi osobami klienta, s odborníkmi, ktorí sa klientovi venujú, starajú sa o neho. Ako profesionál preto bude pravdepodobne musieť v oblasti komunikácie a spolupráce naplniť ťažšie podmienky a očakávania, než aké sú kladené na terapeuta pracujúceho s klientmi

bez mentálneho postihnutia. Nároky na osobnostné kompetencie, tak ako ich Rogers stanoví prostredníctvom podmienok – empatia, bezpodmienečné pozitívne prijímanie a kongruencia – sa budú dosahovať ťažšie, zložitejšie, než v bežnej terapeutickej situácii. O to významnejšie však budú pokroky klienta, keď si ich obaja, teda klient aj terapeut, uvedomia.

Zoznam použitej a odporúčanej literatúry

1. BUCHNER, T., „...dass du alles sagen kannst, was du denkst, und dass du dich nicht zurrückhalten sollst und so...“ Psychotherapie aus der Sicht von Menschen mit geistiger Behinderung. In HENNICKE, K. *Psychologie und geistige Behinderung*. Zborník z medzinárodnej konferencie DGSGB, Berlin: DGSGB, 2006.
2. FLETSCHER, R., LOSCHEN, E., STAVRAKAKI, CH., FIRST, M. *Diagnostic Manual – Intellectual Disability DM-ID*. Kingston, N.Y.: NADD press, 2007.
3. GÖRRES, S. Ethische Fragen in der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In LOTZ, W., STAHL, B., IRBLICH, D. (Hrsg) *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung – Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung*. Bern: Hans Huber, 1996.
4. HENNICKE K., ROTTHAUS, W. (Hrsg) *Psychotherapie und Geistige Behinderung*. Dortmund: Verlag modernes lernen, 1993.
5. LEČBYCH, M. *O síle slova a mentálním postižení*. [online]. 2010, [cit. 1.3.2010] Dostupné na WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=704>>
6. LEČBYCH, M. *Modely mentální retardace*. [online]. 2008, [cit. 25.9.2008] Dostupné na WWW: <http://www.bobelovka.cz/upload_files/dokumenty_100.pdf>
7. LOTT, G.M. Psychotherapy of the mentally retarded. Values and Cautions. In *JAMA*, 196/1996, č. 3, s. 139–142.
8. PERNSTEINER, J. Mangel an Psychotherapie für geistig Behinderte. [online]. 2009, [cit. 15. 3. 2010] Dostupné na WWW: <<http://www.teachersnews.at/artikel/schulformen/sonderschule/013230.php>>
9. PETERS, H. *Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2001.
10. PÖRTNER, M. Nicht was fehlt, ist entscheidend, sondern was da ist. Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung. In *Analytische psychologie*, 34/2003, s. 112–125.
11. PÖRTNER, M. *Psychoterapie pro lidi s mentálním postižením na základě přístupu zaměřeného na člověka*. Praha: Quip, 2008.
12. PROUTY, G., VAN WERDE, D., PÖRTNER, M. *Preterapie. Navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty*. Praha: Portál, 2005.
13. SENCKEL, B. *Du bist ein weiter Baum – Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung*. München: Beck, 1998.
14. THIMM, W. Epidemiologie und soziokulturelle Faktoren. In NEUHÄUSER, G., STEINHAUSEN H-C. *Geistige Behinderung. Grundlagen. Klinische Syndrome. Behandlung und Rehabilitation*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 1999.

15. VANČURA, J. *Expertíza pro cílovou skupinu „Lidé s mentálním postižením“*. Brno: ASVSP, 2007.
16. VALKOVIČ, I. *Prístup zameraný na človeka*. Bratislava, 2009 (nepublikovaný materiál)
17. WERNET, M. C. Institutionelle Rahmenbedingungen für Psychotherapie, Persönlichkeitsentwicklung und Lebensentfaltung – Plädoyer für einen Paradigmenwechsel in der Versorgung von geistig behinderten Menschen. In LOTZ, W., STAHL, B., IRBLICH, D. (Hrsg.) *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung – Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung*. Bern: Verlag Hans Huber, 1996.
18. WERTHER, F. Warum finden Menschen mit geistiger Behinderung so schwer einen ambulanten Psychotherapieplatz? In *Psychotherapiejournal*, 2/2005, s. 116–122.