

ČESKÝ INSTITUT BIOSYNTÉZY



Využití Biosyntézy při práci v terénu

Závěrečná práce

Magdalena Flaksová

Výcvik V.

2021

Obsah

1. Úvod
2. Práce v terénu - vymezení pojmu
 - 2.1.Reforma psychiatrické péče v České republice
 - 2.2.Terénní práce s lidmi s duševním onemocněním
3. Využití biosyntézy při práci v terénu
 - 3.1.Kateřina
 - 3.2.Vladimír
 - 3.3.Václav
4. Závěr
5. Seznam použité literatury a citací

1. Úvod

Pracuji mnoho let jako terénní sociální pracovník v organizaci, která se věnuje lidem s duševním onemocněním. Je to zajímavá a dynamická práce, která má svá specifika stejně jako lidé, kteří ji dělají. Jste při ní v pohybu, z hlediska času ji nemůžete přesně naplánovat, některé situace se vyvíjejí nepředvídatelně. Rámec práce je těžce definovatelný. Můžeme definovat záměr, roli, hodnoty, typ činností, ale různá místa a bezprostřední kontakt s životem klienta snadno nabourá váš plán či koncept. Terénní práce vyžaduje dobrodružnou a zvědavou povahu a také flexibilitu.

Já ji mám ráda, zažívám při ní s klienty zvláštní osobní druh kontaktu, vidím, kde a jak žijí, jak řeší běžné situace. Dotváří to obraz, který o sobě podávají, o další rovinu, dostáváte se do prostoru, který je velmi osobní, citlivý. Klade to nárok na pracovníka, který musí v zájmu klienta jednat s dalšími lidmi, a také otevírá možnosti dostat se ke klientovi blíže.

V průběhu psychoterapeutického výcviku v Biosyntéze jsem se začala na svou práci dívat z nového úhlu pohledu. A přestože to není vyloženě psychoterapeutická práce, její prvky obsahuje. Chci toto propojení přiblížit ve své práci a vzdát tak hold oběma.

2. Práce v terénu - definice, teorie

Práce v terénu je široký pojem, v této práci se budu věnovat terénní sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, domnívám se ale, že některé aspekty se budou týkat i práce s dalšími cílovými skupinami.

2.1. Reforma psychiatrické péče v České republice

V posledních letech, v rámci snahy o reformování psychiatrické péče v České republice, je budována síť terénních týmů složených ze sociálních pracovníků a zdravotníků. Celý koncept vychází z předpokladu, že lidé s vážným duševním onemocněním mívají potíže fungovat v běžném systému, ve vztazích. Mluvím zde o lidech, kteří mají psychotické projevy, vážnější poruchy osobnosti, těžké deprese. Svět postavený na výkonu, rychlosti, hlídání termínů a nízké toleranci k jinakosti je vylučuje na okraj. Dosavadním řešením bylo zavřít je do psychiatrických léčeben, eliminovat problémy, které by mohly v soužití s většinovou společností nastat, ulevit rodině v péči o nemocného, předejít nebezpečným situacím. Na území našeho státu je mnoho velkokapacitních léčeben, ve kterých tito lidé trávili a stále tráví měsíce, roky i desítky let svých životů. Izolování od nároků světa venku, mimo běžnou realitu, v institucionálním řádu. V léčebnách vzniká specifický svět, musíte dodržovat pravidla daná shora zdravotnickým personálem, personálu jste do jisté míry vydáni na pospas, neboť váš úsudek je vnímán jako „nemocný“, vaše schopnost rozhodovat je zpochybňována a to nejen zvenku. I lidé samotní jsou zmatení, nerozumí tomu, co dělají, dějí se jim divné věci, cítí se špatně. Užívání psychiatrické medikace také přináší změny v prožívání sebe sama, ovlivňuje schopnosti člověka, trvá nějakou

dobu, než se léčba nastaví optimálně. V průběhu tohoto procesu zažívají nemocní spoustu vedlejších příznaků, lékaři či sestry s nimi někdy moc nemluví, neptají se jich, co by potřebovali, jak se cítí. Existuje určitý předpoklad, že, kdyby se všech takto ptali, vzniklo by příliš mnoho požadavků, které by stejně nebylo v rámci možností léčby a řádu oddělení možné naplnit, personál by měl mnohem více práce. Český zdravotní systém také není nastaven na navazování vztahu s pacientem. Je orientován na znalosti a vědecké poznatky, které má lékař. Ten je autoritou, která ví, rozhoduje a říká ostatním zdravotníkům, co mají dělat. Psychologů je v nemocnicích málo, jejich náplní práce je zpravidla diagnostika, skupinová psychoterapie, na psychoterapeuticky zaměřených odděleních individuální práce s pacienty. Na ostatních odděleních je četnost individuálních rozhovorů s pacienty vzhledem k jejich počtu spíše nižší. Zdravotní sestry mají na starosti podávání léků, dodržování hygieny, léčebného řádu a řádu oddělení. Osobní rozhovory s pacienty nemají v náplni práce, často s pacienty komunikují jen o praktických věcech, pracují s dotazníky, škálami, ve kterých je uvedeno, co mají zjistit. Systém práce v nemocnicích je založen na snaze o dokonalou efektivní péči, kterou je možné kontrolovat. Vše musí být napsané, na každou věc musí být popsán postup. Systém vytváří velikou administrativu, která je sice kontrolovatelná, ale neodpovídá realitě, často je formální, zápisy sester mají předepsanou strukturu, musí v nich být všechno - a ve skutečnosti tam často není nic. Někde perfekcionalismus, lpění na postupech a jejich dokumentování dosahuje absurdity, stává se posláním a ovlivňuje samotnou léčbu. Péče o pacienty ve velkých zařízeních je vůbec nazírána z úhlu kolektivity. O pacientech se mluví v počtech, kolektivní zájem převažuje nad individuálním. Udržování chodu oddělení má vliv na rozhodování o medikaci pacientů z hlediska nočního klidu, vztahů mezi pacienty, počtu pacientů na pracovníka atd. V posledních letech se o těchto věcech otevřeně

hovoří, alespoň na poli psychiatrické péče. A mnohé věci se, i v léčebnách, pomalu proměňují.

Svět v léčebnách utvářejí samozřejmě také pacienti samotní. Velké množství lidí v různých vážných psychických stavech, lidí vytržených z běžného života, nikdo je nebere vážně, nikdo po nich nic nechce. Bydlí pohromadě ve velkých nemocničních pokojích, společně se řídí řádem či bojují proti pravidlům. V bídě, ve které se nacházejí, vytváří účelové vztahy, obchodují s cigaretami a dalšími věcmi, hlídají si svůj toaletní papír a klíč od skříňky, jediného soukromí, které mají. V léčebnách se prodávají drogy, provozuje sex na záchodcích a v parku. Zním mladé muže, kteří si za roky v léčebně na tento svět tak zvykli, že „venku“ žít nechtějí. Život v léčebně může být pro někoho sice ne moc atraktivní, ale zjednodušená verze světa bez velkých nároků na vlastní iniciativu a odpovědnost. Pro jiného to může být boj o přežití, boj s násilným autoritativním systémem.

Léčebný program na psychiatrických odděleních je založen na nastavení vhodné medikace, odpočinku od nároků života venku včetně komplikovaných vztahů a času na zamyšlení. Přestože záměr jako takový není špatný, domnívám se, že není funkční ani pro pacienta, ani pro zdravotní systém a, přinejmenším z finančního hlediska, ani pro společnost. Pacient hospitalizovaný delší dobu z pobytu v léčebně neprosperuje, neléčí se. Ztrácí kontakt s vnějším světem a návrat do něj je velmi náročný. S rodinou či sociálním okolím pacienta se během hospitalizace pracuje málo a pacient se vrací do prostředí, ze kterého do hospitalizace odcházel. Děti, sourozenci, rodiče si často myslí, že v nemocnici či ústavu by jejich blízkým bylo lépe. A pacienti se do léčeben opakovaně vrací. Pobyt v nemocnici je finančně náročný, nemocní nepracují, pobírají sociální dávky a invalidní důchody.

Pod tlakem mezinárodních organizací, které hodnotily psychiatrickou péči u nás jako velmi zastaralou, se Česká republika zavázala systém reformovat.

„V lednu 2005 v Helsinkách se ČR v rámci revize koncepce psychiatrie připojila k dokumentům, jejichž primárními cíli je zlepšení duševní kondice obyvatel a změna systému poskytované péče. Konkrétně se jedná o Deklaraci o duševním zdraví, o Akční plán duševního zdraví pro Evropu a o Zelenou knihu Komise evropských společenství.

Posléze výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP v roce 2007 vyhlásil ve spolupráci s regionální kanceláří WHO ČR „Národní psychiatrický program 2007“ (NPP 2007) na podporu reformy psychiatrické péče v ČR. NPP 2007 vychází ze znalostí podmínek a potřeb nemocných s duševní poruchou v ČR a zároveň se opírá o výše zmíněné dokumenty Světové zdravotnické organizace a Evropské unie. Je nutné zdůraznit, že navzdory tomu, že se ČR zavázala k naplňování cílů, které jsou obsaženy ve zmíněných koncepcích a úmluvách, do této doby nebyla fakticky realizována aktivita směřující k jejich naplnění.“ (Strategie reformy psychiatrické péče, Ministerstvo zdravotnictví ČR, verze 1.0, 8. října 2013)

Aktivita směřující k naplnění cílů reformy se začaly realizovat v roce 2014. Je to složitý, bolestivý proces, který zasahuje více resortů a mnoho zájmových skupin. Zpochybňuje medicínské teze a systém financování ve zdravotnictví, dodržování lidských práv, práci obecních úředníků, opatrovníků a mnoho dalšího.

Jednou z těchto aktivit je právě vytvoření sítě terénních týmů, které by v jasně definované spádové oblasti nabízely podporu lidem s duševním onemocněním tak, aby mohli žít doma a s věcmi, které sami nezvládají, jim někdo pomohl. Podpora těchto

týmů by měla vycházet z principů zaměřených na zotavení, nebo Recovery, jak se často uvádí.

„Od poloviny osmdesátých let dvacátého století toho bylo o RECOVERY napsáno mnoho. Do češtiny je povětšinou anglické slovo recovery překládáno jako zotavení. Znamená však i obnovu, znovuzískání, znovunabytí, náhradu. Harding a další výzkumníci z osmdesátých let minulého století zpochybnily názor, že vážná duševní choroba je chronická a že stabilizace „symptomů“ je to nejlepší, v co člověk může doufat. Zjistili, že existuje mnoho obrazů průběhu vážných duševních chorob a že mnozí lidé byli schopni učinit ve svém životě „s vážnou duševní chorobou“ pokroky ve smyslu normalizace - rekonstrukce svého života, která byla daleko více než jen o „stabilizaci „ nemoci. Koncept recovery - úzdravy začal získávat legitimitu i mezi „psychiatrickou“ odbornou veřejností (Sullivan, 1997).

William Anthony, ředitel Bostonského Centra psychiatrické rehabilitace v devadesátých letech minulého století, položil základní kameny definice recovery. Ty se v různých podobách užívají dodnes. Dle Anthoniho je recovery: "Hluboce osobní, jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a / nebo rolí. Je to způsob života. Je to cesta osobní spokojenosti, naděje a plnohodnotného života i s omezeními způsobenými nemocí. Recovery znamená tvoření nového smyslu a účelu svého života, růst překonávající katastrofální dopady duševní nemoci.“

<http://www.mhrecovery.com/definition.htm>

2.2. Terénní práce s lidmi s duševním onemocněním

Máme-li podporovat někoho v tom, aby zvládal věci běžného života, můžeme vytvořit prostor, ve kterém se běžný život nacvičuje, nebo prostor, ve kterém se jednotlivé potřeby probírají, a hledá se způsob, jak je řešit, nebo v těchto situacích člověka přímo doprovázet. Terénní práce, o které tu pojednávám, je postavena především na této variantě. Chápání světa je jistě individuální a u lidí s psychotickým prožíváním se často nemůžeme opřít ani o základní „objektivní“ fakta či logiku. V jejich vyprávění hledáme v obrazech skryté významy a souvislosti. Při řešení praktických věcí je pak nutné hledat a zkoumat, jak se věci mají, některé informace je potřeba ověřovat.

Podpora klienta terénního týmu je zaměřena na individuální práci založenou na navázání důvěryhodného a partnerského vztahu pracovníků s klientem. Pracovníci by se měli s klientem pokoušet definovat přání, životní směřování, měli by klienta podporovat v hledání vlastní cesty a přinášet mu naději, že je možné žít podle jeho představ, i když je nemocen a má nějaké limity. Toto přemýšlení staví psychiatrické onemocnění na roveň jakéhokoliv jiného onemocnění. Mám-li cukrovku, budu hledat způsob, jak s tímto omezením žít, možná se rozhodnu brát léky, možná budu dodržovat dietu, možná se budu léčit alternativně. Něco bude fungovat lépe, něco hůře. Možná budu některé věci muset přestat dělat, nebo je dělat jinak. Možná, že přehodnotím některé své plány, nebo změním v některém ohledu způsob svého života. České zdravotnictví málo pracuje s podporou člověka v tomto těžkém procesu smíření se s nemocí, hledání, jak s ní dobře žít, přestože je to, podle mne, klíčové pro uzdravení samotné. Mnoho lidí s duševním onemocněním svoji nemoc odmítá. Zdravotníci o tom hovoří tak, že nemají náhled na nemoc, absence náhledu často vede k odmítání léků.

Jedna věc je žít ve výrazně odlišné realitě, být nechápán okolím a přitom přesvědčen o její skutečnosti, jiná věc je přijmout děsivou a definitivní nálepkou, která vás vyloučí ze života. MUDr. Jan Pfeiffer rád přirovnává proces zotavení k růstu druhé trávy - otavy. Stéblo trávy je zkosené a vyrůstá nové, které není stejné jako to předchozí. Něco končí a přichází nová kvalita bytí.

V původním konceptu psychiatrické péče byli nemocní vnímáni jako pacienti, kterým lékaři říkají, co mají dělat, kteří sami o sobě nerozhodují. Tak jako byli zbavení sociálních rolí, tak byli zbavení také odpovědnosti za sebe a svůj život. Podpora terénních týmů je založená na posilování odpovědnosti k sobě samému, léčbě, rozhodování o sobě s tím, že se klientům snaží pomoci věcem a souvislostem porozumět.

Toto je zhruba filozofický základ, na němž je práce vznikajících terénních týmů vystavěna. Mezi konkrétní činnosti, které pracovníci klientům poskytují, patří tedy osobní podpora, mapování přání a potřeb a plánování, jak je naplnit, monitorování zdravotního stavu a podpora v léčbě, pomoc při vyřizování, vyjednávání, doprovázení, zastupování, poradenství, praktická pomoc v domácnosti. Součástí práce terénních pracovníků je také podpora v krizovém období, ať už se jedná o zhoršení duševního onemocnění, nebo jinou náročnou situaci. V některých situacích musí tým převzít určitou část odpovědnosti za klienta a rozhodovat za něj. Jedná se o situace zhoršení duševního onemocnění, při nichž je klient nějakým způsobem ohrožen a jeho úsudek je ovlivněn nemocí natolik, že tomuto riziku sám není schopen zabránit.

Pokud se jedná o místa, kde je terénní práce poskytována, je to domácnost klienta, různá místa, která navštěvuje, nebo by je mohl začít navštěvovat, ambulance lékařů, úřady, nemocnice, služby, které využívá, nebo by je mohl začít využívat a další.

Jak jsem již nastínila v úvodu, věnuji se práci v terénním týmu již řadu let a procházela jsem výše zmíněnými změnami v uvažování a koncepci práce. Dalším důležitým impulsem v mé práci byl psychoterapeutický výcvik v Biosyntéze. V průběhu let, kdy jsem výcvikem procházela, se proměňovalo i mé uvažování o klientech, jejich situaci a způsobu práce s nimi. Biosyntéza mě ovlivnila na osobní úrovni a to se přeneslo i do mé práce. Přestože v současnosti je to práce spíše manažerská a metodická a přímá klientská práce je již méně čttná, pokusím se na práci s konkrétními klienty ukázat, jak lze Biosyntézu při práci v terénu využít.

3. Využití Biosyntézy při práci v terénu

Nově vznikající terénní týmy pro lidi s duševním onemocněním - centra duševního zdraví (CDZ) - nabízejí podporu zejména lidem s vážným duševním onemocněním definovaným pojmem SMI - severe mental illness, které nepříznivě ovlivňuje základní životní činnosti a fungování a zahrnuje onemocnění jako je bipolární afektivní porucha, psychotická onemocnění, vážné poruchy osobnosti, posttraumatická stresová porucha a další. V rámci týmů působí psychologové, kteří poskytují individuální či skupinovou psychoterapii, vzhledem k závažnosti onemocnění je ale kapacita klientů CDZ pro psychoterapii často omezená a často také trvá dlouhou dobu, než se rozhodnou na některých tématech pracovat. V rámci spolupráce a ve vztahu ke svému klíčovému pracovníkovi se však dotýkají různých osobních témat a je užitečné, když tento pracovník má nějaké psychoterapeutické vzdělání.

Pro práci jsem vybrala příklady vlastní práce se třemi klienty s různými typy onemocnění. Kateřina se léčí se schizofrenií, Vladimír má schizoidní poruchu osobnosti a Václav depresi. Všichni tři byli v době, kdy jsem je potkala ve vážném

stavu, jejich kontakt s okolním světem byl velmi omezený a nebylo možné jim nabídnout klasickou psychotherapeutickou podporu. Později začali docházet na psychotherapeutická sezení, která jim prospívala, ale pokroky byly malé. Domnívám se, že více čerpali právě z terénní podpory.

3.1. Kateřina

V roce 2015 mě kontaktovala lékařka z Psychiatrické nemocnice Bohnice, s tím, že má na oddělení paní, která bude brzy propuštěná a potřebovala by po propuštění nějakou podporu. Paní byla podle slov lékařky velmi paranoidně nastavená, domluvily jsme se, že přijedu, na schůzce bude i tato lékařka, protože jí paní důvěřuje. Zkusíme udělat několik takových setkání, aby byla naděje, že mne paní přijme. V našem týmu pracuje s jedním člověkem více pracovníků, u této paní stála lékařka o to, abych tam byla, pokud možno, zpočátku jen já.

Tak jsem se seznámila Kateřinou. Když jsem se jí nedávno ptala, zda o ní mohu psát ve své práci, souhlasila a smála se, že je ráda, že o ní někdo něco napíše. Na začátku to ale moc jednoduché nebylo. Lékařka mi Kateřinu představila, vyprávěla mi, že už je hospitalizovaná rok a stále u ní přetrvává bludná představa, že jí soused chodí do zavřeného bytu, užívá ho, dělá si tam večírky. Dále, že Kateřinu stalkuje, nechává ji sledovat. Lékařka si myslela, že se této představy nikdy nezbaví. Zkoušela ji pouštět na propustky domů, jednou i s přespáním, Kateřina to zvládla, když jsem se Kateřiny ptala, jaké to bylo, řekla, že nemohla spát, protože byla hrozně nervózní, co se bude dít, bála se. Lékařka také vyprávěla, že má Kateřina dceru a bratra, bratr ji byl během roku párkrát navštívit, ale dcera téměř vůbec. Podle lékařky by bylo dobré podpořit Kateřinu v tom, aby někam pravidelně chodila, v nemocnici vyráběla věci

v rukodělných dílnách, tak třeba něco takového, Kateřina přidala, že by chtěla chodit na angličtinu. Lékařka měla představu, že když by se podařilo, aby se Kateřina věnovala nějakým „zdravým“ věcem, neměla by tolik prostoru pro bludné představy. Kateřina všechno poslouchala a víceméně souhlasila. Po setkání jsme spolu ještě chvíli mluvily na chodbě, ptala se mě, jestli s ní půjdu do bytu zkontrolovat zámky u dveří a co vím o stalkingu, jestli je to trestné. Cítila jsem se hodně v úzkých, Kateřinu jsem ještě vůbec neznala a tenhle okamžik byl zjevně určitou zkouškou.

Z pohledu Biosyntézy bychom se na tento moment mohli dívat jako na testování, zda ji jsem ochotná containovat i s představami, které jsou označovány za nepatřičné. Containment je vnější ohraničení vnitřního prostoru, jakási náruč nebo děloha, díky níž může jedinec zažívat sám sebe.

Slíbila jsem tehdy, že s ní do bytu zajdu a na zámky se podívám, o stalkingu jsem věděla jen základní informace, myslela jsem, že se vše dá určitě vyhledat na internetu. Kateřina to vzala. Další navazování kontaktu probíhalo celkem plynule. Po propuštění z nemocnice jsme spolu také pravidelně telefonovaly a vídaly se na procházkách. Byl to otevřený prostor mimo teritorium Kateřiny i moje, otevřené pole ke zkoumání, co containment vydrží. Při toulání po parcích jsme zkoumaly možnosti našeho kontaktu, hledaly „dveře“, kterými bychom se mohly společně vydat. David Boadella používá dveře při landscapingu. Z tohoto úhlu pohledu bychom se mohli dívat na psychiatrický pavilon jako old ground, na naše setkávání jako middleground a new ground byl někde před námi.

Pamatuji si ještě jednu situaci, kdy Kateřina testovala, jak zareaguji na její „bláznovství“. Na jedné z prvních procházek mi vyprávěla o tom, že ji soused v noci znásilnil. Na prostěradle našla ráno krev. Začala jsem se jí tehdy ptát, jak jí je, jestli jí

něco nebolí, nepotřebuje k lékaři, jestli už se to někdy stalo, jestli by bylo dobré volat policii. Cítila jsem, že pozorně sleduje, jak zareaguji a, přestože jsem se spíše klonila k tomu, že se to stalo v jejích představách, vzala jsem tvrzení vážně a nabídla jí prostor volit další postup. Policii volat nechtěla, minule kvůli tomu skončila v léčebně, přijala ale starost, kterou jsem o ni projevila. Později jsem se dozvěděla, že před dcerou a bratrem o sousedovi nesmí vůbec mluvit, protože ji hned posílají do Bohnic. Kateřina je zvyklá si lidi testovat na ty, co jí věří a ty, co jí nevěří. Domnívám se, že je to spíš dělení na ty, kdo ji jsou ochotni přijmout celou, a ty, kteří ji nutí žít jen „normální“ část. Tedy o hledání pulzace mezi světem jejích představ sdílenou realitou.

Vycházím z předpokladu, že halucinace a představy, které lidé trpící psychózou mají, jsou sice nereálné, ale vycházejí z toho, jak se člověk vztahuje ke světu, z jeho životních zkušeností, traumat, vycházejí nějak z toho, jak se ve světě cítí. Lidé, se kterými pracujeme, jsou často osamělí a jejich kontakt s reálným světem je opatrný, omezený. Z hlediska bondingu, vztahů s druhými lidmi, jde o vzorec deprivace a invaze. Vztahy v „jejich“ světě jsou často invazivní, zatímco vztahy v reálném světě jsou založeny spíše na deprivaci, absenci skutečného kontaktu. Součástí naší práce je snaha je do reality trochu víc přitáhnout. Z pohledu biosyntézy se jedná o grounding, uzemňování. Energii, která je u lidí nemocných psychózou, převážně situovaná nahoře, v hlavě, se snažíme trochu rozpohybovat, rozpulzovat, podpořit člověka v zažití jiné polarity. V kontaktu s rodinou či blízkými pak otevřít prostor pro pochopení a navázání bližších vztahů.

U Kateřiny toto probíhalo v několika rovinách. Podařilo se nám najít způsob, jakým můžeme společně mluvit o představách, které má. Vždy, když byly tyto představy silnější, bylo možné mluvit o tom, jak jí je. Jaké má pocity, jestli se bojí. Tedy z ektodermu se dařilo posouvat pozornost k endodermu, přes endoderm ji bylo možné

uzemňovat i v situacích, kdy byla představami hodně pohlcená, měla pocit, že ji soused všude pronásleduje. Tehdy jsme hledaly, kde by se cítila bezpečně, a zpravidla pak odjížděla na venkov za matkou. Postupně jsem se naučila s Kateřinou o sousedovi mluvit tak, aby mohla své představy s někým sdílet. Hodně jí to ulevovalo a vypjaté chvíle se podařilo většinou poměrně rychle zvládnout. Sousedovy intervence do jejího života jsem sama v sobě posunula na symbolickou rovinu, hledala jsem v nich informace o tom, jak jí je.

Jako další způsob groundingu jsem vnímala orientaci na to, co je možné dělat, tedy přesouvání pozornosti k mezodermu. Kateřina měla a má jasno v jednom, nechce znovu do Bohnic. Toto nám dost pomáhalo při rozhodování, jaká akce by byla vhodná a která by naopak mohla skončit hospitalizací. Rozhodováním a přemýšlením o důsledcích docházelo k uzemnění v ektodermu.

Další rovina, na které grounding probíhal, byla možná právě díky charakteru terénní práce. Docházela jsem pravidelně za Kateřinou domů, chodily jsme spolu na procházky a do kaváren.

Za Kateřinou domů mnoho lidí nechodí. Občas bratr, když potřebuje Kateřina s něčím pomoci, jednou za rok přítelkyně, jednou za rok dcera s dětmi. Kateřina byla na každou moji návštěvu připravená, nachystala moučník a čaj, téměř obřadně probíhaly společenské procedury. Někdy upekla koláč, jindy koupila sušenky. I tyto aktivity vnímám jako uzemňující. Jedná se o mezodermální aktivitu, společenské chování jako uznávaná norma, něco, co potvrzuje místo člověka ve společnosti. Při čaji a sušenkách jsme pak často mluvily o minulosti a prostřednictvím foundingových témat opět potvrzovaly Kateřinino bytí teď a tady se vším, co ji utvářelo. Mým záměrem nebylo oživovat dávná traumata, ale spíše ji kotvit v realitě, hledat, co z minulosti ji vyživuje.

Prostřednictvím knih, které měla doma, jsme se dostávaly k tomu, kde k nim přišla, kdy je četla, dostávaly jsme se ke vzpomínkám na různá životní období, na které se nabalovaly vzpomínky na členy rodiny a známé. Předměty byly hmatatelné a díky nim se mnohem lépe dařilo oživovat vzpomínky, které byly více ukotvené v realitě. Debaty o knihách mě inspirovaly k tomu, že jsem jí doporučila a půjčila několik knih, ve kterých lidé popisují svoji zkušenost s psychózou. Byla jsem zvědavá, jak se k nim postaví. Přečetla je s velkým zájmem a porozuměním pro jinakost a život v odlišných světech. Při mých návštěvách jsme o nich pak diskutovaly. Podařilo se nám psychotické prožívání trochu normalizovat ve smyslu, že se o něm někdo nebál napsat, že je to poutavé čtení, mluvily jsme o nich v kontextu literatury. Nové trendy v psychiatrii a Recovery se znovu začínají dívat na psychotické prožívání jako na dar, snaží se podporovat „obdarované“ v tom, aby si jej zachovali a užívali jej v míře, která je pro ně užitečná, přínosná, nedevastuje je. Podporují je v hledání rovnováhy mezi životem v reálném světě a ve světě vlastní fantazie, v pulzaci mezi nimi.

Kateřina se do současného bytu stěhovala v době, kdy se od ní odstěhovala dcera a zůstala sama ve velkém bytě. Podařilo se jí byty vyměnit, sama se tehdy stěhovala a všechno si v bytě dělala. Myslí si, že tehdy naštvála souseda. Řezala, zatloukala a jeho to rušilo. Bydlí vedle sebe na pavlači, sdílí ji spolu, a když jde Kateřina domů, přechází před jeho oknem. Mezi byty je zeď, která propouští zvuky televize, hlasitého hovoru. Oba bydlí sami. Uspořádání bytů k nějakému bližšímu vztahování se vlastně vybízí. Lidé potřebují sami sebe potvrzovat ve vztazích. Dovedu si představit, že osamělý člověk, jehož vztahy jsou neuspokojivé, hledá někoho, s kým by navázal kontakt. Kateřina má představu, že běžný svět ji odmítá, protože je blázen, není pro ni, kouká se na ni skrz prsty. Má pocit, že selhala, když měla deprese a nedovedla se v důležitých obdobích postarat o dceru. Velmi se kontroluje, aby druhé neobtěžovala, stále se cítí

pod přísným kritickým dohledem. V noci se bojí jít na záchod, aby souseda nerušila, televizi si pouští do sluchátek. Vztah k sousedovi její restriktivní obraz potvrzuje. Když jsem se jí ptala, proč si jí soused tolik všímá, odpověděla, že je to proto, že je blázen a hraje si s ní jako kočka s myší. Je sám, nemá co dělat a nesnáší ji.

Někdy Kateřina nechce doma o sousedovi mluvit. Bojí se, aby ji neslyšel přes zeď. Bývá to v době, kdy jí chodí do bytu častěji a škodí jí. Likviduje jí květiny, rozbíjí a bere věci, napíchnul jí telefon, kontroluje dokumenty. Nemá šanci doma schovat něco tak, aby to nenašel. V některých obdobích chodí do bytu méně, v některých obdobích jí zase trochu pomáhá - něco třeba opraví. Pokud nechce být doma, chodíme s Kateřinou na procházky do parku anebo do kavárny.

Při procházkách se dobře povídá, chůze pomáhá rozpohybovat myšlenky a témata hovoru. Dění kolem přináší obrazy, podněty. Základní grounding vnímám v pohybu samotném, ve vědomém kontaktu s počasím, ročním obdobím, denní dobou i konkrétními tělovými vjemy. Kateřina má problémy se zády, byla na operaci nohy. Během procházek si musíme občas sednout na lavičku, jsou to chvíle, kdy se můžeme věcně bavit o tom, co jí kde bolí, co ji čeká za vyšetření. Kontakt s tělem považuji za léčivý, pomáhá snižovat psychotický náboj a kotví v realitě.

Někdy chodíme s Kateřinou do kavárny, nebo na oběd. Je to zase jiné prostředí a takové setkání má svá specifika. Mnoho lidí z těch, se kterými v rámci naší služby pracujeme, má minimální příjmy a jen taktak vychází s rozpočtem. Peníze utrací jen za nezbytné věci a cigarety, minimálně využívají běžné služby, nechodí za kulturou, nechodí do kavárny, protože nemají s kým, za co a mohli by působit divně. Kateřina to takto má. Podařilo se nám při benefiční akci vybrat peníze do fondu určeného právě na toto. Kromě jiného teď můžeme klienty pozvat na oběd nebo na kávu. U některých

lidí si všímám proměny v chování, když někam zajdeme. Paní, která se na ulici chová docela nápadně, někdy až trochu provokativně, v kavárně či restauraci mluví slušně s obsluhou, zachovává společenské dekorum. Nemožnost využívat běžně dostupné společenské příležitosti zvyšuje izolaci a pocit, že tenhle svět je pro jiné. Snažíme se toto vylučování minimalizovat a groundovat naše klienty ve společnosti.

3.2. Vladimír

Kvůli Vladimírovi mne kontaktoval bratr. Měl o něj starost, protože téměř nevycházel z domu, komunikoval jen s matkou, se kterou bydlel. Bratr se snažil s ním mluvit, ale Vladimír se před ním zavíral do pokoje. Probírali jsme s bratrem, co by Vladimír mohl potřebovat, čeho se bojí, jak by bylo možné s ním navázat kontakt. Nabízela jsem různé možnosti. Bratr je probral s matkou a ta se je pak snažila zprostředkovat Vladimírovi. Domluvila se s Vladimírem, že by k nám mohli zajít kvůli zajištění nějakého příjmu, protože matka celou dobu Vladimíra živila a platila za něj pojištění a peněz měli málo. Na setkání Vladimír souhlasil s tím, že by se setkal s psychiatrem, který by zhodnotil, zda by mohl dostat důchod, a mohl by mu dát něco na úzkosti, se kterými má dlouhodobě potíže. Vladimírovi bylo v té době 40, kdysi zkoušel pracovat, ale teď to kvůli úzkostem nedokáže. Na základě psychiatrického a psychologického vyšetření byla Vladimírovi diagnostikována schizoidní porucha osobnosti a byl mu přiznán invalidní důchod z mládí. V procesu žádání o důchod souhlasil, že k nám bude docházet k psychiatrovi, kvůli lékům na úzkost, k psychologovi a bude se setkávat se mnou kvůli řešení praktických věcí.

Vladimír rád chodil pěšky, nepoužíval hromadnou dopravu. Domluvili jsme se, že spolu budeme chodit na procházky. Když docházel na schůzky k nám, bylo dost těžké s ním navázat a udržet hovor. Při procházkách to bylo výrazně lepší.

Domnívám se, že pohyb v otevřeném prostoru zvyšuje pocit bezpečí - z kontaktu lze snadno odejít, rozptylující vjemy a pohyb nevyhnutelně zaměstnává část pozornosti a tím uzemňuje.

Vzal mne s sebou do knihovny, kam si chodil půjčovat historické knihy, vymýšlel trasy po městě, krmili jsme spolu labutě a kachny. Zvířata pro něj byla zjevně mnohem bezpečnější, než lidé. Jsou to autonomní bytosti, které se chovají podle srozumitelných pravidel, na základě jednoduchých impulzů a nehrozí verbálním projevem.

Vladimír sám hodnotil, že mu dělá dobře, když trénuje mluvení. Při chůzi se více uvolnil, komentovali jsme různé věci z okolí, obalovali je zkušenostmi, zážitky, vzpomínkami. Ektoderm jsme propojovali s endodermem, zvědomováním emocí jsme propojovali cortex s limbickým systémem.

Matku a bratra vnímal jako hodně invazivní. Nabízela jsem mu bezpečný neinvazivní containment, hovory byly zaměřené na to, jak se mu daří, co je nového, co si myslí o různých věcech. Sdílení sebe sama v bezpečném prostoru potvrzovalo jeho bytí ve světě, právo na názor, umožňovalo mu posilovat se v tom, co má rád, centrovat se v sobě. Otvíralo mu to prostor ve světě, který vnímal jako špatný a nepřátelský. Postupně začal chodit na pár hodin uklízet, aby měl nějaký režim a přišel mezi lidi. Bylo to pro něj ale dost náročné, protože musel být častěji v kontaktu s druhými, dostával se k nim blíže, vstupoval do jejich prostoru, musel na ně reagovat.

Vladimír se zajímal o psy, konkrétně bigly. Chodil je pozorovat a při našich procházkách si jich všímal. Vyprávěl o nich. Sama mám psa, takže jsem s ním mohla

sdílet zkušenosti a zájem. Vymýšleli jsme, že bychom mohli jít společně nějakého psa vyvenčit, mluvili jsme o výchově psů. Vladimír si půjčil v knihovně knihu, jak psy cvičit, a začal uvažovat o tom, že by si psa pořídil. Vnímala jsem to jako impulz zevnitř ven a podporovala ho. Vladimír potřebuje na vše hodně času, pořízení psa plánoval v horizontu deseti let. Naplánoval si přesně postup - studium příruček, vyklízení pokoje a vytvoření místa na pelech. Před dvěma lety jsem musela spolupráci s Vladimírem ukončit a navázat Vladimíra na kolegyni a tým, který působí v oblasti, kde Vladimír bydlí. Psa si prý pořídil a občas není jasné, kdo koho cvičí. Nemám již bohužel možnost zjistit, jak kontakt se psem prožívá a co mu přináší.

3.3. Václav

Václav nás kontaktoval sám, protože mu to doporučila jeho psychiatricka. Po smrti manželky se mu zhoršily deprese, měl potíže někam dojít, hodně času prospal. Václav vystudoval knihovnickou školu a amatérsky maloval. Miluje obrazy a staré věci, rád sleduje internetové aukce. Když jsem se s ním setkala, nemohl malovat a chybělo mu to. Ztratil kontakt s vlastní esencí, měl málo energie. Domluvili jsme se, že začne chodit na psychoterapii, podařilo se mi domluvit mu kolegyni, která pracuje na pojišťovnu. Václav byl velmi osamělý, byl v kontaktu jen občas se svým bratrem, jezdil za matkou do domova důchodců a v pravidelnějším kontaktu byl se svými sousedy, kterým dříve pomáhali se ženou hlídat děti. Z hovoru vyplynulo, že by rád šel na nějakou výstavu, ale sám to nezvládne. Potřeboval podporu, holding, containování prožitků, aby se staly reálnými ve sdílení. Šli jsme spolu na výstavu, kterou vybral. Václav mluvil ztěžka, pomalu, působil bez života, unaveně. Na výstavě se jeho energetický náboj výrazně změnil. Vyprávěl mi o umění, technikách malby

způsobem, který byl zábavný, zapálený, se smyslem pro humor. Považovala jsem to za záblesk esence, ke které ztratil přístup po smrti manželky. Byli jsme pak spolu ještě na několika výstavách. Václav sám chodit nechtěl, zkoušela jsem ho propojit s někým, kdo se také zajímal o umění, ale o to nestál. Říkal, že se necítí na navazování přátelských vztahů a vyhovuje mu, že jsem „profesionál“, náš kontakt má jasně dané hranice, cítí se bezpečně. Obával se invaze, závazků, na které se necítil dost silný.

Byla jsem Václava také několikrát navštívit doma, abych se podívala na jeho obrazy, nebo v období, kdy měl silné úzkosti a bál se odejít z domu. Ukazoval mi tehdy, jak musí všechno několikrát, různým způsobem zkontrolovat, aby měl jistotu, že nic nehoří, je zamčeno a podobně. Sám nad sebou přitom kroutil hlavou a odsuzoval nesmyslnost svého počínání. Obrazy měl všude, za postelí, ve sklepě, ukazoval mi různá období, ve kterých zkoušel různé techniky. Domluvili jsme se, že zkusíme zajít do kavárny, kam rád chodil, jestli by mu nevystavili jeho poslední grafiky. To se podařilo, byl spokojen. Byl to jasný výstup esenciální činnosti spojený s kontaktem s druhými, uzemnění životní vášně.

V průběhu naší spolupráce zase začal malovat. Zpočátku neměl inspiraci. Chyběly mu kreativní obrazy, převažovaly ty restriktivní. Vymýšlel alespoň obličej a trénoval figurální malbu podle předlohy. Postupně začala přicházet inspirace a začal malovat vlastní věci. Už jsme se tehdy moc nepotkávali, jen jsme si občas volali a jednou za rok někde zašli. Smáli jsme se tehdy, že už zase maluje s vášní. Potřebovali jsme zrovna zařídit patro kanceláří, tak jsme si k němu jeli vypůjčit obrazy a vystavili je v našich prostorách.

Nedávno mi volal, že maluje nové věci, soused mu je pomohl nafotit a má je vyvěšené v online galerii. Jeden obraz už se prodal. Dny tráví tím, že maluje, čte, uvaří si, uklidí. Někdy jde na procházku. Moc kontaktů s lidmi nemá, ale je s tím takto spokojen.

4. Závěr

... Specifikum takovéto terénní práce je ochota sdílet s klientem jeho svět i mimo terapeutickou místnost. Je to často svět, ke kterému nemáme přístup, svět mimo sdílenou realitu. Tím, že sdílí s klientem jeho životní prostor, pracovník grounduje klienta mnohem více, než při běžném terapeutickém settingu. Poskytuje mu holding, aby mohl sám lépe čelit realitě. Klient tak zažívá, že je možné být v kontaktu s druhým a zároveň si může uchovat svůj svět. Zažije korektivní zkušenost, že svůj svět nemusí opouštět, že není ohrožen sdílením a zároveň dělá kroky ve sdíleném světě. Nastaví si tak adaptivněji pulzaci mezi různými možnostmi bytí ve světě.

Biosyntéza mi pomohla dát této práci teoretický rámec. Byla mi oporou při vedení rozhovorů a volbě intervencí při práci s klienty. Hodně jsem se zaměřovala na propojování ektodermu, endodermu a mezodermu. Terénní práce s klientem je ve své podstatě mezodermální, terapeut při ní často vykonává s klientem různé praktické činnosti, aktivně podporuje akci, pohyb a klienta při nich doprovází. Pomáhá mu tyto akce integrovat, na úrovni ektodermu - zvědomováním toho, co a jak dělá, k čemu to vede, zvědomováním toho, jak se při nich cítí, co prožívá, tedy propojením endodermální roviny. Lidé s psychotickým onemocněním jsou aktivní převážně v ektodermu. Rozšiřováním spektra mezodermální aktivity a přizváním endodermu můžeme jednotlivé vrstvy propojovat a umožnit energii větší pulzaci.

Nezmínila jsem zde model životních polí. Z tohoto hlediska se můžeme zaměřit na obrazy světa obsažené v představách lidí s psychotickým či depresivním onemocněním, jejich vztahování se k sobě a druhým, k fyzickému bytí ve světě. Práce s energetickým nábojem a podpora jeho pulzace a hledání esence a kanálů, kterými je možné ji kontaktovat, mou práci s klienty ovlivňovaly asi nejvíce.

5. Seznam použité literatury a citací

BOADELLA, David. *Biosyntéza: zdroje a energie v terapii: výběr z textů*. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2017. Psyché (Triton). ISBN 9788075534521.

BOADELLA, David. *Biosyntéza: výběr z textů*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 9788024741352.

BOADELLA, David. *Životní proudy*. Praha: Triton, 2013. Psyché (Triton). ISBN 9788073876920.

LEVINE, Peter A. *Probouzení tygra: léčení traumatu: vrozená schopnost transformovat zdrcující zážitky*. Praha: Maitrea, 2011. ISBN 978-80-87249-21-5.

LEVINE, Peter A. *Trauma a paměť*. Přeložil Kamil C. Pinta. Praha: Maitrea, 2017. ISBN 978-80-7500-253-2.

LOWEN, Alexander. *Bioenergetika*. Přeložil Oldřich Tegze. Praha: Portál, 2009. Spektrum (Portál). ISBN 9788073671891

NEVES, Tatiana. *Život v zrcadle psychoterapie*. Přeložila Julie Lukaščíková. Praha: TRITON, 2020. ISBN 978-80-7553-799-7.

SIEGEL, Daniel J. *Všímavý terapeut: vnitřní nazírání a nervová integrace: příručka pro klinickou praxi*. Přeložil Kamil Pinta. Praha: Maitrea, 2018. ISBN 978-80-7500-308-9.

Strategie reformy psychiatrické péče, Ministerstvo zdravotnictví ČR, verze 1.0, 8. října 2013

Internetové zdroje:

<http://www.mhrecovery.com/definition.htm>