

# ***Psychoterapie pro lidi s mentálním postižením na základě přístupu zaměřeného na člověka***

***Marlis Pörtner***

## **Souhrn**

V tomto příspěvku se projednávají specifické aspekty a rámcové podmínky psychoterapie pro lidi s mentálním postižením: stěžejní aspekty v terapeutickém procesu, požadavky kladené na terapeuta z důvodu těžce srozumitelných způsobů vyjadřování, vliv péče v každodenní praxi, jakož i vhodnost přístupu zaměřeného na člověka pro tuto komplexní oblast činnosti.

## ***Klíčová slova***

Empatie, malé krůčky, podpořit zdroje, smysluplná péče v každodenní praxi.

## **Kdo jsou lidé s mentálním "postižením"?**

Tento pojem zahrnuje osoby s rozmanitými postiženími: s poruchami učení, psychickými poruchami, jasně diagnostikovatelnými organickými defekty, kombinovanými postiženími, porážkami mozku v důsledku úrazu nebo nemoci atd. Některé osoby vykazují lehké až těžké nápadnosti chování, jiné působí úplně "normálně", a u některých si můžeme klást otázku, zda k tomuto zařazení nevedla spíše náhoda nebo nepříznivé životní podmínky. Tato rozmanitost si vyžaduje individuální přístupy.

## **První zkušenosti**

Jedna z mých prvních klientek byla před více než pětadvaceti lety paní s mentálním postižením. Tenkrát to bylo "neorané pole" a nikdo v mém okolí neměl žádné zkušenosti s tímto okruhem osob. Převládala názor, že psychoterapie není pro lidi s mentálním postižením ani možná, ani přínosná. Přes počáteční pochybnosti mi přinesly terapie s mentálně postiženými ženami (Pörtner 1984/1990) klíčové zážitky, které rozhodným způsobem utvářely moje chápání psychoterapie a kterým vděčím za zásadní poznatky pro celou svou terapeutickou činnost. Především jsem se naučila, že psychoterapie neznamena "něco udělat", ale "něco umožnit", a že právě vcítění se do vnitřního světa druhého člověka představuje rozhodující faktor v terapii. To zároveň odpovídá jednomu ze základních principů psychoterapie na základě přístupu zaměřeného na člověka.

Svou terapeutickou zkušenost jsem doplňovala a rozšiřovala o vzdělávací a poradenskou činnost pro ošetřující personál v praxi. Díky této činnosti jsem měla možnost seznámit se i se situací ošetřujícího personálu a poznat rozhodující roli prostředí pro duševní zdraví lidí s postižením. Na základě toho jsem rozvíjela koncepci přístupu zaměřeného na člověka pod heslem "brát vážně, věřit a porozumět"<sup>1</sup> (Pörtner 1996/2004), jež si mezitím našla cestu do celé řady příslušných zařízení a ústavů a vzdělávacích programů.

Dalším povzbuzením pro mě byla pozdější setkání s Garrym Proutym a jinými průkopníky z různých zemí. Skutečnost, že bohužel dodnes pracuje jen málo psychoterapeutů v této oblasti, je politováníhodná nejen pro potenciální klienty, ale také pro samotné terapeuty. Zabývat se světem mentálně postižených lidí nám totiž poskytuje jedinečnou příležitost k rozšiřování našich terapeutických kompetencí.

### **Změna v paradigmatech**

Až do šedesátých let dvacátého století byly nápadnosti v chování lidí s mentálním postižením odůvodněny výlučně organickými defekty mozku a považovány za nezměnitelné. Tito lidé žili schovaní ve svých rodinách, nebo - zejména při těžkých nápadnostech chování - v psychiatrických léčebnách. Tam pro ně byla sice zajištěna základní péče, ale neexistovala ani podpora pro jejich rozvoj, ani terapeutické nabídky.

Tato situace se dnes zásadně změnila. V jedné z novějších učebnic najdeme následující definici: "Diagnostikovatelná prenatální, perinatální a postnatální poškození nedovolují žádné hodnocení stupně mentálního postižení člověka. Tento se určuje naopak vzájemnou souhrou jeho potenciálních schopností a požadavků na něj kladených jeho konkrétním prostředím." (Thimm 1999, 10)

V průběhu sedmdesátých let dvacátého století se postupně prosazoval poznatek, že i nepříznivé životní okolnosti mohou vést k nápadnostem v chování. To přineslo pro dotčené lidi zásadní zlepšení jejich situace a otevřelo jim nové příležitosti rozvoje. Už nemuseli zůstat schovaní v psychiatrických léčebnách a byly zahájeny první snahy o normalizaci jejich životních podmínek. Změna pohledů "od typologie a klasifikace k individualizaci" a "od segregace k

---

<sup>1</sup> Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen – to je Marlis základní heslo, které vychází z psychoterapie zaměřené na člověka, slova používá jako substantiva a je to dokonce název jedné z jejích knih. Proto se tam ta zájmena nehodí. Je ovšem otázka, jak to přeložit do češtiny a uchovat substantivní podobu – největším problémem je slovo Ernstnehmen (napadá mne jedině respekt, ale to asi není úplně přesné), kterému se lišácky vyhýbá i anglický překlad (Trust and Understanding).

integraci" volala po přechodu "od psychologie 'zvenku' k psychologii 'zevnitř'". (Eggert 1993, 205) Stále více se rozšiřovalo chápání teorie, že "mentální postižení jako takové nelze považovat za nemoc, ale spíše za jednu z možností prožívání světa" (Hennicke & Rotthaus 1993, 9), i když tento názor se ještě ani dnes neprosadil jakožto obsáhlý a důsledný princip jednání v každodenní praxi. Bylo by to ovšem žádoucí, jelikož: "Mentální postižení je možná forma bytí člověka, jež se teprve v kontextu společnosti stane vlastním postižením," (Hennicke & Rotthaus, 1993,10) ale: "Právo na samostatný život pro mentálně postižené lidi skrývá v sobě i riziko příliš velkých psychických a sociálních zátěží, a tím i riziko psychických nápadností a onemocnění." (Hennicke & Rotthaus, 1993,11)

Domněnka, že by normalizace životních podmínek vedla k tomu, že by nápadnosti v chování samy od sebe zmizely, se nepotvrdila. Výzkumy naopak ukázaly, že lidé s mentálním postižením trpí psychickými poruchami častěji než průměrné obyvatelstvo. (Gaedt 1987; Lotz & Koch 1994)

Vzhledem k některým biografiím tento náleznepřekvapuje. Barbara Senckel považuje za příčiny "zvýšené psychické zranitelnosti a psychického zranění" kromě "omezení kognitivních schopností z důvodu postižení a relativně slabého Já... i traumatizující zkušenosti" jako "nedostatek základního přijetí a uznání; opakovanou emocionální opuštěnost a odloučení; znehodnocení, odstrkování, vyloučení; určování života cizími osobami, neustálý tlak na přizpůsobení, kontrola; omezování, odepírání sebeurčení (i v případech, kde by to možné bylo); bezperspektivnost." (Senckel 1998, 37)

Psychoanalytička Valerie Sinason, která působí na Tavistock Institute v Londýně, konstatuje: "Ve své vlastní klinické praxi a praxi kolegů jsem narazila na příklady, ve kterých k mentálnímu postižení skutečně došlo v důsledku zneužívání. Někdy vznikne postižení v důsledku traumatu jako obrana proti vzpomínce na tělesné nebo sexuální týrání." (Sinason 2000, 90) Dokládá to názornými příklady ze své praxe a odkazuje na J. Olivera, jenž její zkušenosti potvrdil a na základě svého výzkumu explicitně zavedl pojem "VIMH = violence-induced mental handicap", tj. postižení způsobené násilím. (Oliver 1988, cit. dle Sinason 2000, 90)

Studie z Univerzity Brisbane (Gunn et.al. 1984/86), která se zabývala vývojem dětí s Downovým syndromem (trisomie 21) od narození až do věku pěti let, dokázala, že "skutečný vývoj dětí s tímto postižením, které je z důvodu své jednoznačné základní podmínky vzniku interkulturně dobře srovnatelné, nelze chápat na základě tohoto postižení, ale na základě interakce takto postiženého člověka s jeho specifickým výchovným prostředím." (Eggert 1993, 206)

Z výše uvedeného vyplývá:

- ° Stupeň mentálního postižení nelze definovat pouze na základě psychopatologické diagnostiky, jelikož je zároveň ovlivňován sociálními faktory.
- ° Lidé s mentálním postižením potřebují psychologické nabídky.
- ° Životní podmínky, umožňující a podporující duševní zdraví a osobní rozvoj, mají rozhodující význam.

Na základě toho představuje přístup zaměřený na člověka užitečný a podle svých zkušeností i potřebné doplnění psychopatologických znalostí.

### **Proč přístup zaměřený na člověka?**

Od konce osmdesátých let dvacátého století je téma psychoterapie pro lidi s mentálním postižením v literatuře stále více diskutováno. (Lotz, Koch & Stahl, 1994; Lotz, Stahl & Irlich, 1996) Zajímavé je, že specifické požadavky popisované psychoterapeuty různých škol do velké míry odpovídají zásadám přístupu zaměřeného na člověka. Sylvia Görres ve vztahu k lidem s mentálním postižením píše: "Psychoterapie tak může často být jejich první zkušeností se vztahem k jinému člověku, který je nepodrobuje hodnocení a posouzení, ale bere je vážně." (Görres 1996) A přesně to je v přístupu zaměřeném na člověka považováno za ústřední faktor v terapeutickém procesu.

Existovaly i obavy v tom smyslu, že je třeba lidi s mentálním postižením pouze "akceptovat, ale nedělat s nimi terapie" (Stahl 1996, 20). Z našeho hlediska v tom ovšem není žádný rozpor: Akceptovat lidi takové, jací jsou, je základním předpokladem k umožnění změn a dalšího rozvoje. Chtěla bych to proto spíše formulovat takto: *Akceptovat je a nechtít způsobit určité změny, ale vytvořit podmínky, které změny umožňují.* Jde o to otevírat lidem s mentálním postižením vlastní, jim dosud nepřístupné zdroje.

Často lze jen těžko rozlišovat, zda jsou určité způsoby chování způsobeny postižením, nebo zda jsou to symptomy psychických poruch. Konvenční diagnostické kategorie lze zde použít jen omezeně. Výhoda přístupu zaměřeného na člověka spočívá v tom, že se neorientuje stěžejně na diagnostiku, ale že se snaží pochopit *subjektivní svět klienta*. To je u lidí s mentálním postižením velmi důležité, protože "mají k dispozici jen omezené spektrum způsobů chování a reakcí k tomu, aby vyjádřili nejrůznější situace a stavy" (Senckel 1998, 21). Představa Proutyho o "pre-expressivní úrovni" (Prouty 1994, Prouty, Van Werde & Pörtner 1998/2002) - to znamená o úrovni, kde něco, co se zatím ještě nedokáže vyjádřit, hledá způsob vyjádření se, - nám otevírá cestu k lepšímu chápání způsobů chování a vyjádření, která by byla jinak pro nás jen velmi těžko pochopitelná.

"Diagnostický pohled", který je zaměřen výlučně na deficity, kalí pohled na potenciály a rezervy mentálně postižených lidí. Potřebujeme i pohled "zaměřený na člověka", abychom mohli objevit individuální zdroje, které lze nalézt vždy a všude. Oba přístupy se musí navzájem doplňovat. Základní terapeutické postoje jako empatie, uznání a kongruence (Rogers 1959, 1961/1973) jsou stejné jako u všech ostatních klientů. Rozdíly existují co do rámcových podmínek a cílů terapeutického procesu.

### **Odlišnosti terapeutického rámce**

- ° Lidé s mentálním postižením přijdou jen málokdy dobrovolně k psychoterapeutovi; zpravidla je tam pošlou jiní, kteří mají často navíc poměrně přesnou představu o tom, k čemu má terapie vést a sloužit.
- ° Terapeut je konfrontován s takovými bariérami jako například poruchy řeči, neschopnost mluvit a bizarní způsoby chování, které musí překonávat. Často se klienti dokáží verbálně vyjadřovat jen rudimentárně nebo vůbec. V tomto případě se vyvíjí terapeutický vztah na subtilní předjazykové úrovni, která musí být terapeutem teprve objevena.
- ° Settingy neodpovídají vždy tomu, co je obvyklé a žádoucí. V některých institucích není k dispozici ani vhodná místnost, a to celý proces značně ruší.
- ° Lidé s mentálním postižením většinou nejsou schopni se vědomě zabývat svými problémy a vypořádat se s nimi.
- ° Spolupráce a interakce se vztahovou (kontaktní) osobou (klienta) jsou nutností.

Terapeut se nesmí nechat "použít" k plnění nějakých úkolů, nýbrž musí být a zůstat otevřeným vůči tomu, co chce klient sám, aby mohla vzniknout důvěra a terapeutický vztah. Terapeut musí být v rámci sezení flexibilní a - a to je možná nejtěžší - redukovat své terapeutické nároky.

Fáze stagnace, ve kterých se zdánlivě neděje vůbec nic, jsou u klientů s mentálním postižením výraznější a častější než u jiných klientů, a někdy je těžké je vydržet a překonat. O to důležitější je všimnout si *malých, sotva vnímatelných krůčků*. Zde nám pomáhá, když se občas podíváme zpět na - někdy značně dlouhou a obtížnou - cestu, kterou klient přesto, že se zdánlivě nic nedělo, zdolal: Paní D. se ještě stále strašně rozčiluje kvůli jednomu ze svých spolubydlících, ale *rychleji* se jí podaří se zase uklidnit. Pan Y., kterého se okolí obává kvůli jeho záchvatům vzteku, *stále častěji* vyjadřuje svůj vztek verbálně, a už jen málokdy se chová agresivně vůči jiným osobám. Toto jsou důležité změny.

Poruchy řeči často ztěžují empatické chápání. Zde nám pomáhá starý metodický prvek psychoterapie zaměřené na člověka, a to, že budeme *opakovat to, čemu jsme rozuměli*. Lidé, kteří mluví nezřetelně, jsou často odbyti krátkým "no jo, jasně", přičemž protějšek ani přinejmenším nerozuměl tomu, co se snažili vyjádřit. Tím se vnitřní izolace jen posiluje a podporují se psychické poruchy. Ovšem prožitek, že terapeut to nevzdává, dokud skutečně neporozumí tomu, co chce klient vyjádřit, je hluboce osvobozující. Jak je to důležité, jsem se naučila u jedné ze svých prvních klientek: Když jsem si už celkem dobře zvykla na její způsob vyjadřování a nemusela jsem se již pokaždé ujistovat, zda jsem jí správně porozuměla, ona tvrději trvala na tom, abych každou její větu zopakovala. Zřejmě to potřebovala jako ujištění, že jsem jí skutečně porozuměla. (Pörtner 1984/1990).

Lidé s mentálním postižením, kteří jsou schopni celkem dobře verbálně komunikovat, se často vyjadřují frázovitými "hotovými" větami, které slyšeli a převzali od tzv. "normálních" lidí, protože těm by se chtěli strašně rádi podobat. Zde terapeut musí velmi pečlivě zkoumat *kvalitu prožitku*, která je těmito na první pohled banálními výroky - možná nepřímou - vyjadřována, a potřebuje výdrž, aby klienta trpělivým *reflektováním emocionálního obsahu* jeho výroků postupně a jemně kontaktoval s jeho prožitky. I zde se jedná o starý osvědčený metodický nástroj psychoterapie zaměřené na člověka. U lidí, kteří neumí mluvit vůbec nebo jen málo, nám při získání přístupu může pomoci preterapie vyvinutá Proutym (Prouty 1994, Prouty, Van Werde & Pörtner 1998/ 2001). Každopádně musí ošetřující personál rozšiřovat horizont svého chápání a - verbálně nebo nonverbálně - *najít "řeč" svého protějšku*. Nutnost spolupráce s ošetřujícím personálem a závazek zachovat důvěrnost terapeutických sezení vyžaduje od terapeuta vytvoření křehké rovnováhy na základě subtility, transparence a jasného diferencování. Může například *ze svého hlediska* popsat, v jaké situaci se určitý klient nachází, aniž by sdělil cokoli o obsahu toho, co mu klient svěřil. Musí mít stále jasně na zřeteli: *V psychoterapii nikdy nejde o to přetvářet lidi s postižením podle přání ošetřujícího personálu*. Ale v čem tedy spočívá smysl psychoterapie, když ne v cíleně korigovaných nežádoucích způsobech chování?

### **Stěžejní faktory v terapeutickém procesu**

U lidí s mentálním postižením jsou stěžejními faktory v terapeutickém procesu zejména

- ° změna sebepojetí (selfkonceptu)
- ° rozvoj kontaktních funkcí.

Změna sebepojetí je předmětem každé psychoterapie. Nalezení *smírnějšího postoje k sobě samému* představuje totiž první nutný krok k umožnění změn. U lidí s mentálním postižením hraje tento aspekt ústřední roli. Jelikož jsou stále konfrontováni se svými nedostatky, je pro ně velmi těžké akceptovat sebe samotné, a jejich sebevědomí je nízké. Nereálné přeceňování sebe sama, jež někteří prezentují, je jenom druhou stranou stejné mince. Psychoterapie může přispívat k tomu, aby si lidé s mentálním postižením *sami více věřili*, a zároveň *rozpoznali vlastní hranice*. Přístup zaměřený na člověka je zde rozhodujícím faktorem. Když klienti vidí a cítí, že terapeut je akceptuje, pomáhá jim to k tomu, aby se dokázali sami - včetně svých nedostatků - lépe akceptovat. Už jen to pro ně znamená změnu, a to v tom smyslu, že se zlepší jejich životní pocit, uvolňují se energie a otevírají se perspektivy pro další kroky v jejich rozvoji. Stejně tak důležitým stěžejním a ústředním faktorem je *rozvoj a posílení kontaktních funkcí*, a to ve smyslu tří kontaktních úrovní definovaných Proutym: kontakt s realitou, kontakt se sebou samotným a kontakt s druhými lidmi. Při tom představují *reflexe kontaktů* cennou metodickou pomůcku jak v psychoterapii, tak i v každodenní ošetrovatelské praxi (Prouty 1994; Prouty, Van Werde & Pörtner 1998/2002). Příkladem nám zde může být přístup Van Werdeho k režimu každodenní praxe na oddělení psychiatrické léčebny, který lze po určitých úpravách celkem dobře aplikovat i v zařízeních pro lidi s mentálním postižením, jejichž kontaktní funkce jsou většinou negativně ovlivňovány nebo nedostatečně rozvinuty. V rámci každodenní péče je právě povzbuzování a posilování kontaktních funkcí důležitým úkolem.

Dokáží-li lidé s mentálním postižením sami sebe lépe akceptovat, být více v kontaktu s realitou, s vlastním prožíváním a s jinými lidmi, nutně to vede ke změnám v jejich chování, i když o tyto změny nebylo usilováno jaksi cíleně. Mnohem účinnější, než když jsou tlačeni jinými osobami určitým směrem, pro ně je, když objeví sami v sobě skryté rezervy a dokáží sami udělat vlastní kroky. Změna koncepce sebe sama se projeví větší jistotou v chování a vystupování, větší sebedůvěrou, větší odvahou k samostatnosti a vlastnímu názoru jak v každodenním životě, tak vůči terapeutovi.

### **To nejdůležitější probíhá mimo terapeutické sezení**

To je pro terapeuty velmi důležité a platí zejména pro lidi s mentálním postižením, kteří nejsou schopni bez pomoci přenášet své zkušenosti z terapeutického sezení do praxe. Pokud je diskrepance mezi tím, co se rozvíjí v rámci terapie, a tím, co se v každodenní praxi od nich požaduje nebo toleruje, příliš velká, nezvládnou to. V žádném případě by se nemělo stát, že by terapeuti a ošetřující personál působili protichůdně, proti sobě navzájem. Ošetřujícímu personálu by mělo být umožněno rozpoznat začínající procesy, aby v každodenním režimu

nezanikaly, nýbrž byly podporovány. Určité způsoby chování, které by mohly na začátku působit rušivě a jako zátěž, mohou být náznaky důležitých rozvojových kroků. Pokud o tom ošetřující personál ví a je na to upozorňován, budou jeho reakce přiměřenější. Často by psychoterapie pro lidi s mentálním postižením nebyly ani nutné, kdyby byly v každodenní praxi v zařízeních dodržovány zásady přístupu zaměřeného na člověka. (Pörtner 1996/2004, 2003)

I v každodenní praxi v zařízeních pro lidi s mentálním postižením musí být podporována svébytnost a existovat možnost výběru. Pro lidi, jejichž život je do velké míry určován jinými lidmi, mají malé, zdánlivě bezvýznamné možnosti výběru a rozhodování velký význam: Například pro pana B. je důležité, aby mohl *sám určit*, kam ho mají na invalidním vozíku dovézt; pro paní S. je důležité, *že se jí personál zeptá*, zda si teď přeje odvést na toaletu; pro pana L., který neumí sám jíst, je důležité, aby mu nestrčili lžičku do úst ještě předtím, než měl vůbec šanci ústa otevřít sám. I lidí, kteří neumí mluvit, se musíme zeptat. Vnímají totiž, zda je bereme vážně, nebo zda je jimi prostě jen tak disponováno. A když někdo řeč vůbec nevnímá, což se stává velmi zřídka, lze otázku nebo ochotu zapojit ho do dění vyjádřit i gesty. Pro všechny případy platí: V přítomnosti lidí s mentálním postižením bychom nikdy neměli mluvit *o nich*, ale vždy *s nimi*. Zde, v těchto malých věcech, se ukazuje úcta k lidské důstojnosti, o které tak často a hodně mluvíme.

Také pro ošetřující personál je *individuální prožitek klíčem k pochopení a jednání*. Paní L. má například ráda, když ji někdo hladí po tváři, paní M. to pociťuje jako dotěrné; pan O. má rád kolem sebe ruch, pan A. má radši klid a chce být sám; paní I. chce, aby ji myli velmi jemně, pan P. má rád, když se žínkou trochu přitlačí. Takto rozdílné způsoby vnímání a prožívání musí ošetřující personál vnímat a zohlednit. Nejde o to soustředit se na deficity, ale o to objevit rezervy a podporovat je a povzbudit klienty k malým pokrokům. A to je v každodenním praktickém režimu minimálně stejně tak důležité jako v terapeutickém sezení. Přispívá nejen k tomu, aby se klienti cítili lépe, ale také ošetřujícímu personálu to přinese větší uspokojení z práce. Nesmí to ovšem zabíhat tak daleko, že existující omezení jsou ignorována, a dotčeným klientům je z toho důvodu odepřena nutná pomoc. Ošetřující personál musí různá postižení a psychické poruchy znát, aby byl schopen lidi, kteří jsou nuceni s handicapem žít, chápat a účinně o ně pečovat. Rozhodující přitom je, jakým způsobem klient své postižení *individuálně prožívá*.

Normalizace resp. vytvoření normálních podmínek znamená: vytvořit podmínky, které lidem s postižením umožňují vyvíjet svébytnost, rozvíjet svou osobnost a vypořádat se - včetně svého

postižení - s realitou, ve které žijí. V tomto úsilí se mohou a musí terapeuti a ošetřující personál ve své práci navzájem podpořit a doplňovat.

K lepšímu znázornění výše uvedeného uvádím dva příklady:

#### **Paní A.**

Ošetřující personál často neví, že se lidé s Downovým syndromem snadno unaví. Na terapeutických sezeních paní A., 22, často bojuje se spánkem. Když jí terapeut navrhuje, aby na chvíli zavřela oči, energicky odporuje: "Dokážu se ovládnout." Tak totiž byla naučena z dílny a ubytovny ústavu. Když terapeut uviděl denní program paní A., nestačil se divit: terapeutické sezení, pak sezení s vedoucím skupiny, potom hudební výchova - a to všechno po absolvování plného pracovního dne. Že se paní A. rychle unaví, zřejmě vůbec nikdo při plánování denního režimu nebral v potaz. Bylo by pro paní A. užitečné, aby měla přes den, když bojuje se spánkem, možnost si na chvíli odpočinout. Ošetřující personál by ji v tom měl podporovat, a ne po ni požadovat, aby se ovládala. Paní A. by pak snad i lépe pracovala, protože dosud musí vynaložit spoustu energie, aby neusnula. Terapeut by na to měl ošetřující personál upozornit. Neměl by zde ovšem vystupovat jako by všechno věděl lépe, ale měl by i vůči personálu projevit pochopení a empatii.

#### **Pan F.**

Pan F., 35, žije v rámci chráněného bydlení samostatně v jednom bytě. Má poruchy učení a psychické poruchy. Slyší hlasy, které ho neustále ponižují, a velmi ho tím trápí. Asi před rokem pomyslel na sebevraždu a na vlastní přání strávil nějakou dobu v psychiatrické klinice. Od té doby bere léky a je v ambulantní psychiatrické péči. Kromě toho zase začal chodit na hodiny psychoterapie. Hlasy slyší stále, ale díky lékům nejsou teď už tolik hlasité, a to je pro něj úleva. Na druhé straně léky způsobují, že je unavený a pasivní, někdy dokonce až depresivní. Netroufá si to říci psychiatrovi, ačkoli ten se na to pokaždé zeptá. Pan F. nakonec souhlasí, že psychoterapeutka promluví s psychiatrem, aby případně změnil lék nebo dávkování. Brzy nato se pan F. cítí lépe, i když je ještě stále trochu utlumený. Hlasy sice slyší zase trochu silněji, ale dá se to snést.

Pan F. není ani intelektuálně ani emocionálně schopen vypořádat se s těmito hlasy a pochopit jejich význam. Ale umí popsat, jak ho - někdy více, někdy méně - trápí. Terapeutka ho povzbuzuje, aby tyto hlasy nejen poslouchal, ale aby jim také občas i něco odvětil, aby jim například někdy odporoval nebo řekl, aby byly už konečně zticha. To sice nepovede k tomu, že

hlasy úplně zmizí, ale pan F. se jim nebude cítit vystaven úplně napospas a bude mít větší manévrovací prostor pro sebe sama. Někdy pomůže i humor: Terapeutka se třeba zeptá: "Tak co, jak se chovaly tento týden?" Pan F. se usmívá: "No, ušlo to. Ve většinou jsem je vůbec neposlouchal." To, že se pan F. teď občas dokáže nad hlasy pousmát a neposlouchat je, je pro něj velmi významný krok, a cítí se mnohem lépe.

## **Výhled**

Psychoterapie má pro lidi s mentálním postižením smysl, pokud se terapeutovi podaří najít přístup k jejich prožívání světa a způsobu vyjadřování, pokud dokáže pozorně vnímat malé pokroky, a pokud dokáže nebojovat *proti* postižení, ale společně s klientem nalézt cesty, které klientovi umožní se v životě se svým postižením lépe vypořádat. Důležité přitom je, aby se terapeutický proces setkal s podporou v celém prostředí klienta. Přístup zaměřený na člověka je zde osvědčeným principem jednání.

Bylo by žádoucí, aby se do budoucna této oblasti věnovalo mnohem více terapeutů a aby byl ošetřující personál již ve fázi průpravy na své povolání více připravován na to, aby byl schopen vnímat individuální prožívání klientů a využít to pro svou práci.

## **Seznam literatury:**

- Eggert D (1993) Veränderungen im Bild von der geistigen Behinderung in der Psychologie. In: Hennische K, Rotthaus W (Hrsg) (1993) *Psychotherapie und Geistige Behinderung*, 204-218. Dortmund, verlag modernes lernen.
- Gaedt Ch (Hrsg) (1987) *Psychotherapie bei geistig Behinderten*. 2. Neuerkeröder Forum. Neuerkeröder Anstalten, Eigenverlag
- Görres S (1996) 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*, 29-39. Bern, Hans Huber.
- Gunn P, Berry P, Andrews RJ (1984/86). The development of DOWN Syndrome Children from Birth to Five Years. In: Berg JM (ed) *Perspectives and Progress in Mental Retardation*. Baltimore, University Press.
- Hennische K, Rotthaus W (Hrsg) (1993) *Psychotherapie und Geistige Behinderung*. Dortmund, verlag modernes lernen.

- Lotz W, Koch U (1994) Zum Vorkommen psychischer Störungen bei Personen mit geistiger Behinderung. In: Lotz W, Koch U, Stahl B (Hrsg) *Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen - Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte* 13-39. Bern, Hans Huber.
- Lotz W, Koch U, Stahl B (Hrsg) (1994) *Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen - Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte*. Bern, Hans Huber.
- Lotz W, Stahl B, Irblich D, (Hrsg) (1996) *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung - Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung*. Bern, Hans Huber.
- Pörtner M (1984) Gesprächstherapie mit geistig behinderten Klienten. In: Brennpunkt 18, 6-23 und in: GwG-info 56, 20-30. English (1990) Client-Centered Therapy with Mentally Retarded Persons: Catherine and Ruth. In: Lietaer G, Rombauts J, Van Balen R (eds) *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties*, 659-69. Leuven, University Press.
- (1996) *Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen - Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen*. (2004) 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, Klett-Cotta. English edition (2000): *Trust and Understanding*, (2007) second revised and extended edition. Ross-on-Wye, PCCS Books.
  - (2003) *Brücken bauen - Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten*. (2007) 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, Klett-Cotta
- Prouty G (1994) *Theoretical Evolutions in Person-Centered / Experiential Therapy - Applications to Schizophrenic and Retarded Psychoses*. Westport, Praeger.
- Van Werde D, Pörtner M, (1998) *Prä-Therapie*. Stuttgart, Klett-Cotta. English edition (2002) *Pre-Therapy. Reaching contact-impaired clients*. Ross-on-Wye, PCCS Books.
- Rogers CR (1959) A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, As Developed in the Client-Centered Framework. In: Koch, S. (Ed.): *Psychology: A Study of a Science*, Vol. 3. *Formulations of the Person and the Social Context*, (184-256). New York, McGraw-Hill.
- 1961) *On becoming a Person*. Boston, Houghton Mifflin. Deutsch (1973) *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Senckel B (1998) *Du bist ein weiter Baum - Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung*. München, Beck.

Sinason V (1992) *Mental Handicap and The Human Condition*. London, Free Association Books.  
Deutsch (2000) *Geistige Behinderung und die Grundlagen menschlichen Seins*. Neuwied, Kriemler, Berlin, Luchterhand.

Stahl B (1996) Zum Stand der Entwicklung in der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In: Lotz W, Stahl B, Irblich D (Hrsg) (1996) *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung - Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung* (14-28). Bern, Hans Huber.

Thimm W (1999) Epidemiologie und soziokulturelle Faktoren. In: Neuhäuser G, Steinhausen H-C, *Geistige Behinderung. Grundlagen. Klinische Syndrome. Behandlung und Rehabilitation*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage (9-25). Stuttgart, Kohlhammer.

překlad: Carla Bezděková  
odborná korektura: MUDr. Michaela Petišková

Překlad a korektura byly realizovány v rámci projektu PRO ZMĚNU financovaného z prostředků Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky.



© Marlis Pörtner

© QUIP - Společnost pro změnu

**Quip, 2008**

**Quip**  
společnost pro změnu