

**SOCIÁLNA PRÁCA
S OSOBAMI S DUŠEVNÝMI PORUCHAMI**

Michaela Šul'ová a kol.

Sociálna práca s osobami s duševnými poruchami

Autori:

PhDr. Michaela Šul'ová, PhD.
doc. PhDr. Marek Forgáč, PhD.
Ing. Jozefína Hvastová, PhD.
Mgr. Bc. Richard Kucharčík, M.A., PhD.
ThDr. Lucia Pečovská, PhD.
JUDr. Alena Vachnová
Mgr. Ondrej Lazúr

Editor: PhDr. Michaela Šul'ová, PhD.

Recenzenti: Prof. PhDr. Štefan Lenčič, PhD. (Katolícka univerzita v RK)
PhDr. Monika Nová, PhD. (Univerzita Karlova)

Rok vydania: 2019

Vydavateľstvo: VERBUM – vydavateľstvo KU, Ružomberok

Tlač: Equilibria, Košice

Monografia je výstupom riešenia grantového projektu KEGA 026KU-4/2017 „*Sociálna práca s osobami s duševnými poruchami – Výskum v sociálnych službách ako základňa pre vytvorenie inovatívnych učebných a digitálnych materiálov pre študijný odbor sociálna práca*“, riešeného na Teologickej fakulte v Košiciach, Katolíckej univerzity v Ružomberku.

ISBN 978-80-561-0684-6 (print)

ISBN 978-80-561-0685-3 (online)

Obsah

Úvod.....	6
1 DUŠEVNÉ PORUCHY	9
1.1 SCHIZOFRÉNIA.....	11
1.1.1 Diagnostika schizofrénie.....	11
1.1.2 Prejavy schizofrénie	12
1.2 BIPOLÁRNA AFEKTÍVNA PORUCHA.....	17
1.2.1 Diagnostika mánie.....	18
1.2.2 Prejavy mánie.....	19
1.3 DEPRESIA	21
1.3.1 Diagnostika depresie	21
1.3.2 Prejavy depresie	22
1.4 OBSEDANTNO-KOMPULZÍVNA PORUCHA.....	24
1.4.1 Diagnostika obsedantno-kompulzívnej poruchy.....	25
1.4.2 Prejavy obsedantno-kompulzívnej poruchy	25
1.5 HRANIČNÁ PORUCHA OSOBNOSTI	28
1.5.1 Diagnostika hraničnej poruchy osobnosti	29
1.5.2 Prejavy hraničnej poruchy osobnosti	31
2 HISTORICKÝ KONTEXT PRECHODU OD PSYCHIATRICKEJ INŠTITÚCIE K TERAPEUTICKEJ KOMUNITE	37
2.1 OD INŠTITÚCIE KU KOMUNITE.....	37
2.1.1 Historické pokusy o reformu psychiatrie	37
2.1.2 Koncept terapeutickkej komunity	39
2.2 FRANCO BASAGLIA - PRIEKOPNÍK DEINŠTITUCIONALIZÁCIE PSYCHIATRICKEJ STAROSTLIVOSTI	40
2.2.1 Basaglia v Trieste.....	41
2.2.2 Prvé centrá duševného zdravia.....	43
2.2.3 Od zákona „Mariotti“ (1968) k zákonu „Basaglia“ (1978) – revolúcia v ponímaní osoby s duševnou poruchou	44
2.3 POTREBA AKTUALIZÁCIE BASAGLIOVEJ REFORMY V DNEŠNOM SVETE	46
3 SOCIÁLNE SLUŽBY PRE ĽUDÍ S DUŠEVNÝMI PORUCHAMI NA SLOVENSKU	50
3.1 DRUHY SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PRE ĽUDÍ S DUŠEVNÝMI PORUCHAMI	50
3.2 OBČIANSKE ZDRUŽENIA A SVOJPOMOCNÉ SKUPINY PRE ĽUDÍ S DUŠEVNÝMI PORUCHAMI	53

4	VYBRANÉ PRÍSTUPY A METÓDY SOCIÁLNEJ PRÁCE S ĽUĎMI S DUŠEVNÝMI PORUCHAMI	55
4.1	MULTIDISCIPLINARITA	55
4.2	TERÉNNÁ SOCIÁLNA PRÁCA.....	57
4.3	SOCIÁLNA REHABILITÁCIA	59
4.4	CASE MANAŽMENT	60
4.5	RECOVERY	62
5	HOUSING FIRST AKO NÁSTROJ NA UKONČOVANIE BEZDOMOVECTVA ĽUDÍ S DUŠEVNÝMI PORUCHAMI.....	66
5.1	HISTÓRIA A ZÁKLADNÉ PRVKY PRÍSTUPU HOUSING FIRST.....	67
5.2	HOUSING READY VS. HOUSING FIRST – ZMENA PARADIGMY	70
5.3	PRINCÍPY A VÝSLEDKY PRÍSTUPU HOUSING FIRST.....	72
5.3.1	Bývanie ako ľudské právo – definícia domova.....	73
5.3.2	Možnosť voľby a kontrola na strane klientov	75
5.3.3	Oddelenie bývania a podpory	75
5.3.4	Dôraz na zotavenie.....	76
5.3.5	Harm Reduction	78
5.3.6	Aktívne zapojenie bez donútenia	79
5.3.7	Individuálne plánovanie	79
5.3.8	Flexibilná podpora na tak dlho, ako je potrebné.....	80
5.4	VÝSLEDKY PRÍSTUPU HOUSING FIRST	81
5.5	JE PRÍSTUP HOUSING FIRST PRENOSITEĽNÝ AJ NA SLOVENSKO A MÔŽE PRINÁŠAŤ PODOBNÉ VÝSLEDKY?.....	83
6	SOCIÁLNE PODNIKY – PRÍLEŽITOSŤ PRE UPLATNENIE NA TRHU PRÁCE.....	88
6.1	PODSTATA SOCIÁLNEHO PODNIKANIA	88
6.2	LEGISLATÍVNA ÚPRAVA SOCIÁLNYCH PODNIKOV NA SLOVENSKU..	95
6.3	SITUÁCIA V OBLASTI SOCIÁLNEHO PODNIKANIA NA SLOVENSKU ...	97
7	KRÍZOVÁ INTERVENCIA S RODIČMI DIEŤAŤA S DUŠEVNOU PORUCHOU.....	106
7.1	DEFINÍCIA KRÍZOVEJ INTERVENIE VŠEOBECNE.....	106
7.2	KRÍZOVÁ INTERVENCIA S RODINOU DIEŤAŤA S DUŠEVNOU PORUCHOU	108
7.3	ŠPECIFIKÁ KRÍZOVEJ INTERVENIE S RODINOU DIEŤAŤA S DUŠEVNOU PORUCHOU	110
7.3.1	Manželský vzťah.....	111
7.3.2	Identita rodičovskej roly	112
7.3.3	Manažment vzťahov v rodine	113
7.4	STRATÉGIA KRÍZOVEJ POMOCI RODINE DIEŤAŤA S DUŠEVNOU PORUCHOU	114

7.4.1	Analýza emócií	114
7.4.2	Odhalenie zmyslu.....	117
7.4.3	Integrácia.....	119
7.4.4	Informácia a intervencia.....	120
7.4.5	Sociálna opora.....	121
8	MUZIKOTERAPIA - VYUŽITIE EXPRESÍVNYCH TERAPIÍ PRI LIEČBE DUŠEVNÝCH PORÚCH.....	125
8.1	HUDBA A ČLOVEK.....	126
8.2	EXPRESÍVNE TERAPIE A DUŠEVNÉ PORUCHY	129
8.3	MUZIKOTERAPIA PRI PRÁCI S OSOBAMI S DUŠEVNÝMI PORUCHAMI 132	
8.4	MUZIKOTERAPEUTICKÉ TECHNIKY	135
9	POHĽAD NA DUŠEVNÉ A DUCHOVNÉ ZDRAVIE Z PERSPEKTÍVY TEÓRIE PRIPÚTANIA	141
9.1	VÝCHODISKÁ TEÓRIE PRIPÚTANIA	141
9.2	MENTÁLNE ZDRAVIE A VZŤAHOVÁ VÄZBA	142
9.2.1	Vzťahová väzba a depresia	142
9.2.2	Vzťahová väzba a klinická úzkosť	143
9.2.3	Vzťahová väzba a obsedantno-kompulzívne správanie	144
9.2.4	Vzťahová väzba a skúsenosť stresu	144
9.2.5	Vzťahová väzba a suicidálne správanie	145
9.2.6	Vzťahová väzba a poruchy prijímania potravy	145
9.2.7	Vzťahová väzba a poruchy osobnosti	146
9.3	VZŤAHOVÁ VÄZBA A NÁBOŽENSKÉ POSTOJE	148
9.3.1	Typy pripútania a náboženský štýl.....	148
9.3.2	Kompenzačná a korešpondenčná hypotéza.....	149
9.3.3	Dôležitosť vzťahov pre zdravý duchovný život.....	150
9.3.4	Duševné zdravie a duchovný život	151
	Záver	155

Úvod

V súčasnosti narastá počet osôb, ktoré trpia duševnou poruchou. Taktiež aj v sociálnych službách narastá počet klientov, ktorí majú duševnú poruchu, pričom to nemusí byť ich primárna sociálna diagnóza. Práca s osobami s duševnými poruchami si vyžaduje od sociálnych pracovníkov špecifické požiadavky.

Duševná porucha negatívne zasahuje do myslenia, správania či komunikácie človeka. Duševné poruchy zahŕňajú široký okruh diagnóz ako je úzkosť, depresia, bipolárna porucha, schizofrénia, závislosti, duševná zaostalosť, demencia, poruchy správania a osobnosti, emočné poruchy a pod.

Od sociálnych pracovníkov, ktorí pracujú s ľuďmi s duševnými poruchami sme zisťovali¹, čo je podľa nich dôležité, aby vysokoškolskí študenti sociálnej práce získali v rámci svojho štúdia. Dôležitosť prikladajú najmä poznaniu prejavov duševných porúch, aby dokázali rozpoznať príznaky a pochopiť spávanie svojich klientov. Za dôležité tiež pokladajú ovládanie a aplikáciu špecifických metód práce s touto cieľovou skupinou.

Publikácia si kladie za cieľ objasniť prejavy vybraných duševných porúch; priblížiť históriu vzniku komunitnej starostlivosti o ľudí s duševnými poruchami spojenú s deінstitucionalizáciou; popísať súčasný stav sociálnej starostlivosti o ľudí s duševnými poruchami na Slovensku; analyzovať prístupy a metódy, ktoré sú špecifické pre prácu s ľuďmi s duševnými poruchami; predstaviť metódy pomoci v rámci častých problémových oblastí, s ktorými sa stretávajú ľudia s duševnými poruchami – a to je bývanie (metóda housing first) a zamestnanie (metóda sociálneho podnikania) a objasniť prepojenosť vzťahovej väzby a duševných porúch.

Kniha je štruktúrovaná do deviatich kapitol, pričom komplexne zahŕňa problematiku opisu duševných porúch, históriu starostlivosti, sociálnych služieb, špecifických prístupov a metód, krízovej intervencie, bývania, zamestnávania a vzťahovej väzby.

Prvá kapitola analyzuje vybrané duševné poruchy – schizofréniu, bipolárnu afektívnu poruchu, depresiu, obsedantno-kompulzívnu poruchu a hraničnú poruchu osobnosti, a to z pohľadu ich diagnostiky a prejavov.

¹ Výskum bol realizovaný v rámci projektu KEGA 026KU-4/2017 „Sociálna práca s osobami s duševnými poruchami – Výskum v sociálnych službách ako základňa pre vytvorenie inovatívnych učebných a digitálnych materiálov pre študijný odbor sociálna práca“ a jeho čiastkové výsledky sú publikované na: https://www.mhbratislava.sk/wp-content/uploads/2019/10/E_POSTER_Sulova_prot.pdf (ŠULOVÁ, M. *Príprava študentov sociálnej práce na prácu s ľuďmi s duševnými poruchami*).

Poznanie prejavov jednotlivých duševných porúch je pre sociálneho pracovníka predpokladom k pochopeniu klientovho správania.

Druhá kapitola predstavuje historický proces psychiatrických reforiem, ktoré vychádzali od talianskeho psychiatra Basaglia, a ktoré viedli k deinštitucionalizácii a komunitnej starostlivosti o ľudí s duševnými problémami. Basagliov model sa v priebehu rokov stal vzorom komunitnej starostlivosti o ľudí s duševnými problémami vo viacerých európskych krajinách, vrátane Slovenska.

Tretia kapitola vychádza zo zákona o sociálnych službách 448/2008 Z. z. a opisuje druhy sociálnych služieb, ktoré sa zameriavajú na pomoc ľuďom s duševnými poruchami. V kapitole sú priblížené aj občianske združenia a svojpomocné skupiny, ktoré sa venujú ľuďom so skúsenosťou s duševným ochorením. Obsahuje aj odkazy na konkrétne organizácie venujúce sa ľuďom s duševnými problémami, na ktoré je možné sa obrátiť v prípade potreby.

Štvrtá kapitola analyzuje vybrané prístupy a metódy sociálnej práce, ktoré sú špecifické pre prácu s touto zraniteľnou cieľovou skupinou. Konkrétne ide o multidisciplinárny prístup, terénnu sociálnu prácu, sociálnu rehabilitáciu, case management a recovery prístup.

Piata kapitola sa zameriava na jednu z problémových oblastí ľudí s duševnými poruchami, a tou je bývanie. V kapitole je podrobne analyzovaná metóda housing first – jej východiská, princípy a výsledky. Rovnako aj načrtnutá jej aplikačná rovina v podmienkach Slovenska.

Šiesta kapitola sa zameriava na ďalšiu problémovú oblasť, a tou je zamestnávanie ľudí s duševnými poruchami. Opisuje sociálne podniky, ktoré sú jednou z možností, kde si ľudia s duševnými poruchami môžu nájsť stabilné zamestnanie.

Siedma kapitola je venovaná krízovej intervencii, pričom bližšie sa špecifikuje na jej aplikáciu v rámci pomoci rodičom s dieťaťom trpiacim duševnou poruchou. Krízová intervencia je často prvou metódou aplikovanou pri práci s ľuďmi s duševnými problémami.

V ôsmej kapitole je predstavená metóda muzikoterapie – význam hudby a umenia všeobecne pre človeka, paradigmy muzikoterapie a špecifiká využitia muzikoterapie pri ľuďoch s duševnými problémami.

Deviata kapitola je venovaná vzťahovej väzbe a jej prepojenosti na duševné a duchovné zdravie. Objasňuje východiská teórie pripútania, kontext vzťahovej väzby s vybranými duševnými problémami a jej dôležitosť aj pre duchovný život. Poznanie vzťahovej väzby ponúka mnohé podnety pre vyhodnotenie kvality duševného a duchovného zdravia.

Predpokladom publikácie je podať komplexný rozsah poznatkov potrebných pre čo najefektívnejšiu pomoc ľuďom s duševnými

poruchami. Kniha má napomôcť k príprave budúcich sociálnych pracovníkov a pracovníkov z iných pomáhajúcich profesií pre prácu s klientmi s duševnými poruchami. Rovnako aj k rozšíreniu poznatkov sociálnych pracovníkov z oblasti metód sociálnej práce s ľuďmi s duševnými poruchami, ktoré môžu využiť vo svojej dennej praxi. Prínosná môže byť aj pre laickú verejnosť, najmä pre príbuzných ľudí s duševnou poruchou pre lepšie pochopenie ich správania a hľadania možností pomoci.

Michaela Šul'ová

1 Duševné poruchy

Michaela Šul'ová

Duševné poruchy môžeme nájsť v Medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKCH-10), ktorá člení Duševné poruchy a poruchy správania do nasledovných skupín:

- *F00-F09 Organické duševné poruchy vrátane symptomatických* – napr. demencia pri Alzheimerovej chorobe, demencia pri Parkinsonovej chorobe, delírium nezapríčinené alkoholom alebo inými psychoaktívnymi látkami atď.,
- *F10-F19 Poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním psychoaktívnych látok* – napr. porucha psychiky a správania zapríčinená užívaním alkoholu, opiátov, kanabinoidov, sedatív alebo hypnotík, kokaínu, iných stimulancií vrátane kofeínu, halucinogénov, tabaku, prchavých rozpúšťadiel, pričom tieto poruchy môžu byť vo viacerých stupňoch, a to: akútna intoxikácia, škodlivé užívanie, syndróm závislosti, abstinenčný syndróm, abstinenčný syndróm s delíriom, psychotická porucha, amnestický syndróm, reziduálna a neskoro nastupujúca psychotická porucha,
- *F20-F29 Schizofrénie, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi* – napr. schizofrénia, schizotypová porucha, porucha s bludmi, akútne a prechodné psychotické poruchy, schizoafektívne poruchy atď.,
- *F30-F39 Poruchy emotivity [afektívne poruchy]* – napr. mánia, bipolárna afektívna porucha, depresie atď.,
- *F40-F48 Neurotické poruchy, poruchy podmienené stresom a somatoformné poruchy* – napr. fóbická úzkostná porucha (agorafóbia, sociálna fóbia,..), úzkostné poruchy (panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha), obsedantno-kompulzívna porucha, akútna stresová reakcia, posttraumatická stresová porucha, disociatívne poruchy, somatoformné poruchy (hypochondrická porucha, pretrvávajúca bolesťová porucha,..), syndróm depersonalizácie a derealizácie atď.,
- *F50-F59 Poruchy správania s telesnými poruchami a faktormi* – porucha príjmu potravy (mentálna anorexia, mentálna bulímia,..), neorganická porucha spánku (neorganická nespavosť, neorganická spavosť, námesačnosť, nočná mora,..), poruchy pohlavných funkcií nezapríčinené organickou poruchou alebo chorobou (nedostatok alebo strata pohlavnej túžby, sexuálna averzia a

nedostatok sexuálnej rozkoše, porucha orgazmu, nadmerná pohlavná túžba..) atď.,

- *F60-F69 Poruchy osobnosti a správania dospelých* – paranooidná porucha osobnosti, schizoidná porucha osobnosti, disociálna porucha osobnosti, emočne nestabilná porucha osobnosti, emočne nestabilná osobnosť, hraničný typ, histriónska porucha osobnosti, porucha návykov a impulzov (patologické hráčstvo, patologické podpaľačstvo, patologické kradnutie,..), porucha pohlavnej identity (transsexualizmus, transvestizmus,..), porucha sexuálneho zamerania (fetišizmus, exhibicionizmus, voyeurizmus, pedofília,..) atď.,
- *F70-F79 Duševná zaostalosť [mentálna retardácia]* – mierna duševná zaostalosť (IQ od 50 do 69), stredne ťažká duševná zaostalosť (IQ od 35 do 49), ťažká duševná zaostalosť (IQ od 20 do 34), hlboká duševná zaostalosť (IQ je pod 20),
- *F80-F89 Poruchy psychického vývinu* – špecifická porucha artikulácie, perceptívna porucha reči, špecifická porucha čítania, špecifická porucha hláskovania, špecifická porucha aritmetických schopností, špecifická porucha vývinu hrubej motoriky, špecifická porucha vývinu jemnej motoriky a grafomotoriky, autizmus, Aspergerov syndróm atď.,
- *F90-F98 Poruchy správania a emotivity so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania* – hyperkinetická porucha, porucha správania (porucha správania viazaná na vzťahy v rodine, porucha sociálneho správania pri chýbaní sociálnych väzieb, porucha správania so vzdorovitým správaním,..), úzkosť z odlúčenia v detskom veku, porucha pripútania v detstve, tiková porucha, enuréza neorganického pôvodu atď.,
- *F99-F99 Duševné poruchy, bližšie neurčené* – patrí tu psychická choroba, bližšie neurčená.²

My sa podrobnejšie budeme zaoberať schizofréniou, depresiou, bipolárnou poruchou, hraničnou poruchou osobnosti a obsedantno-kompulzívnu poruchou.

² Porov. NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. *Medzinárodná klasifikácia chorôb – MKCH*. [online]. [cit. 2018-12-12]. Dostupné na internete: <<http://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/Medzinarodna-klasifikacia-chorob-MKCH-10.aspx>>.

1.1 Schizofrénia

Slovo schizofrénia pochádza z gréčtiny a znamená *schizein* = rožteť, *phren* = myseľ.³ Schizofrénia často začína v puberte alebo rannej dospelosti.⁴

Schizofrénia je choroba, ktorá je liečiteľná, i keď často nedôjde k úplnému uzdraveniu. Liečba môže trvať veľmi dlho a v priebehu času môže dôjsť k rôznym výkyvom, k striedaniu akútnych atak s fázami remisie.⁵ Ochorenie môže teda prebiehať mnoho rokov buď kontinuálne, alebo v relapsoch.⁶ „Sumárne sa na základe poznatkov z 320 štúdií o priebehu schizofrénie s viac ako 50 000 pacientmi dá povedať, že u 40% pacientov je priebeh ochorenia všeobecne priaznivý – teda došlo k remisii alebo aspoň k takému stavu, že pacient môže vcelku primerane sociálne fungovať pri určitej minimálnej symptomatike. Naopak, približne 60% má stále nepriaznivý priebeh, teda ide buď o chronický priebeh, alebo ochorenie prebieha s častými epizódami s následnou sociálnou odkázanosťou a spoločenskou marginalizáciou.“⁷ Téma schizofrénie je potrebné sa venovať aj u cieľovej skupiny cudzincov, a to nielen v oblasti migrácie, ale aj u tých, ktorí prichádzajú dočasne za prácou v rámci pracovnej migrácie. Svoju diagnózu často pri vstupných pracovných pohovoroch zatajujú s obavou straty zamestnania, či obavy návratu späť do svojej krajiny.⁸

1.1.1 Diagnostika schizofrénie

K diagnostikovaniu schizofrénie sa vyžaduje, aby bol prítomný aspoň jeden z nasledujúcich príznakov v trvaní dlhšie než jeden mesiac:

- a) počutie vlastných myšlienok, vysielanie myšlienok,
- b) bludy kontrolovateľnosti a ovplyvňovania, prípadne zážitky pasivity a presvedčenia o tom, že je subjekt ovládaný psychotickými zážitkami,
- c) sluchové halucinácie, ktoré komentujú správanie človeka, prípadne o ňom rozprávajú,

³ Porov. BANKOVSKÁ-MOLTOVÁ, L. – ŠPANIEL, F. *Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 9.

⁴ Porov. OCISKOVÁ, M. – PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015, s. 45.

⁵ Porov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 365.

⁶ Porov. DUŠEK, K. – VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2017, s. 224.

⁷ PEČEŇÁK, J. a kol. *Kapitoly o schizofrenii*. Martin: Osveta, 2005, s. 172.

⁸ Porov. NOVÁ, M. Duševní poruchy u cizinců. In. *Metódy sociálnej práce s osobami s duševnými poruchami*. Ružomberok: Verbum, 2018, s. 39-41.

- d) bludné presvedčenie, ktoré sa vymykajú danej kultúre.
 Pokiaľ nie je prítomný niektorý z predchádzajúcich príznakov, tak je potrebné, aby boli prítomné aspoň dva z nasledujúcich príznakov:
 - a) pretrvávajúce halucinácie ktorýchkoľvek zmyslov, pokiaľ sa vyskytujú každý deň aspoň jeden mesiac,
 - b) formálne poruchy myslenia, neologizmy, zárazy alebo vkladanie iných myšlienok do už prebiehajúceho myšlienkového prúdu, takže výsledkom sú inkoherenzie,
 - c) katatonné prejavy (vzrušenie, mutizmus, negativizmus, stupor a pod.),
 - d) negatívne príznaky v podobe apatie, ochudobnenia reči, autizmu a emočného oploštenia až vyhasnutosti,
 - e) nápadné zmeny v správaní (strata citových vzťahov, záujmov, sociálne stiahnutie sa, nečinnosť, bezcieľnosť,...).⁹

1.1.2 Prejavy schizofrénie

Schizofrénia je duševná choroba, ktorá sa prejavuje chronickým narušením myslenia a vnímania, poruchou emotivity a osobnostnou integritou. Ide o multisystémové poškodenie mozgových funkcií.¹⁰

U schizofrénie rozlišujeme tzv. pozitívne a negatívne symptómy. Pozitívna symptomatika obsahuje psychické príznaky, ktoré sa u zdravého jedinca nevyskytujú. Vzniká dojem, akoby psychická aktivita schizofrénneho človeka bola o tieto prejavy rozšírená. Patria tu halucinácie, bludy, vzrušenosť, dezorganizovaná reč, dezorganizované správanie a pod. Negatívnou symptomatikou sa chápu také príznaky, ktoré proti norme znamenajú isté mínus alebo ochudobnenie psychiky. Patrí tu psychomotorický útlm, emočná oploštenosť, spomalená reaktivita, strata spontaneity, ochudobnená reč, autizmus, neschopnosť prežívať radosť, strata záujmu o sociálne interakcie a pod.¹¹

Ľudia trpiaci schizofróniou trpia poruchami myslenia. Dochádza k obsahovým poruchám myslenia, kde patria bludy (vzťahovačný blud, veľikášsky blud, blud ovplyvňovania, a pod.).¹² Bludy sú mylné presvedčenia, na ktorých vzniku zohráva významnú rolu chybná

⁹ Porov. RABOCH, J. – PAVLOVSKÝ, P. – JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2012, s. 78-79.

¹⁰ Porov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 333.

¹¹ Porov. DUŠEK, K. – VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2017, s. 225-226.

¹² Porov. HAHLOWEG, K. – DOSE, M. *Schizofrénia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2000, s. 7-9.

interpretácia vnemov či prežitkov.¹³ Pre blud je typická chorobnosť (vzniká v dôsledku choroby) a nevyvratiteľnosť (ostatní ľudia s chorým človekom jeho presvedčenie nezdediajú, ale vyvracali by mu ho márne). Bludné presvedčenie je natoľko pevné, že i keď existujú dôkazy o tom, že to nie je pravda, nedá sa to chorému na schizofréniu vyhovoriť.¹⁴ Blud môžeme chápať ako privátne, mylné a spravidla nevyvratiteľné presvedčenie, ktoré zásadným spôsobom ovplyvňuje konanie človeka. Poznáme paranoidný blud prenasledovania, kontrolovania, ovplyvňovania (chorý človek je presvedčený, že je ohrozovaný, napr. že mu nejaké sily zasahujú do jeho mozgu a ovplyvňujú jeho činnosť), megalomanický blud (chorý človek je presvedčený, že má neobvyklú moc, alebo je poverený zvláštnym poslaním), reformátorský či spasiteľský blud (chorý človek si myslí, že je vyvolený k spáse ľudstva, alebo k nejakému významnému objavu), somatický blud, ktorý je zameraný na funkcie vlastného tela.¹⁵

Ďalej ľudia pri schizofrénii trpia aj poruchami vnímania – halucináciami (počutie hlasov, optické halucinácie, taktické halucinácie, taktilné halucinácie a pod.).¹⁶ Halucinácie môžeme definovať ako klamné vnemy, ktoré vznikajú nezávisle na podnete, ale chorý človek je nevyvrátene presvedčený o ich realite, a preto môžu ovplyvniť jeho správanie.¹⁷ Halucinovať môže človek všetkými zmyslami. U schizofrenie sa najčastejšie vyskytujú sluchové halucinácie (u 50% pacientov), zrakové halucinácie (u 15% pacientov) a taktilné halucinácie (u 5%).¹⁸ Halucinácie môžu byť náhradou vzťahu, ktorý mal človek s dôležitými ľuďmi. Niektorí autori rozlišujú vo vzniku halucinácií sedem vývojových etáp. Na začiatku si človek vo svojej izolácii „privoláva“ niekoho, kto s ním bude rozprávať. Táto situácia mu prináša úľavu a vedie k tomu, že sa obracia k hlasu stále častejšie v neprospech kontaktov s reálnymi ľuďmi. „Hlasy“ sa stávajú reálnejšími, takže človek postupne stráca schopnosť hovoriť aj s nimi. Okolie zaregistruje halucinačné správanie. Vyvolá to kritiku, čo spätne zvyšuje úzkosť a uchýlenie sa k halucináciám. Už sa ale objavujú aj výčitky. Neprinášajú už úľavu, sú stále konkrétnejšie a kontrolujú

¹³ Porov. MOTLOVÁ, L. – KOUKOLÍK, F. *Schizofrenie. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004, s. 21.

¹⁴ Porov. BANKOVSKÁ-MOLTOVÁ, L. – ŠPANIEL, F. *Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 15.

¹⁵ Porov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 338.

¹⁶ Porov. HAHLOWEG, K. – DOSE, M. *Schizofrenia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2000, s. 7-9.

¹⁷ Porov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 33ý.

¹⁸ Porov. BANKOVSKÁ-MOLTOVÁ, L. – ŠPANIEL, F. *Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 16.

chorého. Človek prestáva cítiť zodpovednosť za svoje správanie a snaží sa uzavrieť s hlasmi kompromis, aby ich utíšil. Avšak hlasy sa vtierajú. Môžu chorého aj terorizovať, vyčítať mu i vyhrážať sa.¹⁹ Bludy a halucinácie nemožno chorému vyhovoriť, alebo mu dokazovať, že sa jedná o nezmysly. Toto správanie by mohlo vyvolať agresívne reakcie, pretože chorý sa za týchto okolností cíti ohrozený.²⁰

Ľudia trpiaci schizofréniou majú aj formálne poruchy myslenia, kde patrí roztrieštené/inkoherentné myslenie, dezorganizácia reči a správania. Myšlienky bez súvislosti preskakujú z jednej témy na inú. Myslenie a reč už nemá pochopiteľnú súvislosť a nedá sa sledovať. Ide o nesúvislé myslenie a rozprávanie z cesty. Vyskytujú sa slovné novotvary (neologizmy). Človek so schizofréniou nedokáže uvažovať koherentne (súvisle). Typickým príznakom schizofrénie je porucha plynulosti myslenia, kedy sa stráca logická súvislosť i vzťah ku kontextu, môže dôjsť až k myšlienkovému chaosu, roztriešteniu myslenia. Dezorganizácia správania sa prejavuje zanedbávaním starostlivosti o zovňajšok, vrátane nápadnosti v oblečení (napr. zimný kabát v lete a pod.).²¹

U ľudí so schizofrénnym ochorením býva narušený filter triedenia informácií. Ako by rada podnetov mala rovnakú dôležitosť, je obťažne sústrediť sa len na to podstatné. Komunikácia je preto pre takého človeka veľmi vyčerpávajúca. Nepochopenie situácie môže viesť k presvedčeniu, že udalosti každodenného života majú pre jedinca zvláštny, obvykle zlovestný význam. U typickej schizofrénnej poruchy v myslení sú kladené do popredia okrajové a nepodstatné rysy celku, ktoré sú u normálne zameranej ľudskej aktivity potlačené, a sú užívané namiesto tých, ktoré sú relevantné a situácii primerané. Tým sa myslenie stáva nepresným, nespojitým a jeho slovné vyjadrenie niekedy nepochopiteľným. Klientovi sa môže zdať, že mu nejaká sila odníma myšlienky. Chorý sa často domnieva, že jeho najintímnejšie myšlienky, pocity a činy sú známe iným ľuďom.²² Pri odnímaní myšlienok sa človek obáva, že jeho hlava je ako otvorená kniha, v ktorej si všetci môžu prečítať, čo si myslí, či ho

¹⁹ Porov. STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003, s. 101.

²⁰ Porov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 339.

²¹ Porov. HAHLOWEG, K. – DOSE, M. *Schizofrénia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2000, s. 7-9. Porov. BANKOVSKÁ-MOLTOVÁ, L. – ŠPANIEL, F. *Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 18. Porov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 338.

²² Porov. MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševními onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 75.

o myšlienky okradnúť, má tak pocit úplnej straty súkromia.²³ Chorý sa často domnieva, že jeho najintímnejšie myšlienky, pocity a činy sú známe iným ľuďom.²⁴

Dochádza tiež k poruchám dynamiky myslenia, uvažovanie u ľudí so schizofréniou môže byť spomalené, môže dôjsť k myšlienkovým zárazom, zameraní sa na jednu myšlienku, ale aj k opačnej poruche – myšlienkovému trysku, ktorý sa na verbálnej úrovni prejaví nezrozumiteľným a vzájomne nesúvisiacich zoskupení slov.²⁵

Pri schizofrénii sa dajú pozorovať rôzne psychomotorické poruchy. Môže ísť o skúposť na slovo až nerozprávanie (mutizmus), zníženie spontánnych pohybov, v extrémnych prípadoch sa objavuje až katatónny stupor (jednoznačná redukcia reakcií na okolie, zníženie spontánnych pohybov a aktivity). Človek môže zaujímať strnulé pozície a klásť odpor voči snahám o pohyb (katatónna rigidita). Môže vykonávať zdanlivo nezmyselné, stereotypné, nepokojné motorické pohyby, ktoré nie sú vyvolávané vonkajšími podnetmi (katatónny nepokoj). Človek môže zaujímať neadekvátne a bizarné pozície (katatónna stereotypia v držaní tela). Môže sa vzpierať inštrukciám alebo pokusom zo strany druhých o vykonanie pohybov alebo proti tomu aktívne pôsobiť (katatónny negativizmus).²⁶

Autistické prejavy sú typické tendenciou k nápadnej a neprimeranej izolácii od okolitého sveta, ku koncentrácii na seba samého a tomu zodpovedajúcej strate záujmu o kontakt s okolím. Chorý človek sa sťahuje do seba, vonkajšiemu daniu nerozumie, má z neho strach, a preto sa mu radšej vyhýba. Myslenie je málo spojené s realitou, vychádza z patologickej produkcie vlastného vedomia, z halucinácii a bludov. Náhľad na vlastné ochorenie obvykle chýba.²⁷

Dochádza aj k poruchám afektivity. Môže byť malá alebo žiadna citová reaktivita (chudobná afektivita). Tiež dochádza k protichodnosti aktuálnych citových zážitkov, ich rozpornosti a nezlučiteľnosti, môže ísť o rozpoltenie vzťahu k ľuďom, k určitému konaniu, napr. o lásku a nenávisť, závislosť a nepriateľstvo (afektívna ambivalencia). Citové

²³ Porov. BANKOVSKÁ-MOLTOVÁ, L. – ŠPANIEL, F. *Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 14.

²⁴ Porov. MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševními onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 75.

²⁵ Porov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 338.

²⁶ Porov. HAHLOWEG, K. – DOSE, M. *Schizofrenia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2000, s. 4, 7-9.

²⁷ Porov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 341.

reakcie ľudí so schizofréniou bývajú neadekvátne vyvolávajúcim podnetom a situáciám, bývajú nepredvídateľné, niekedy môžu byť úplne opačné, než by bolo možné očakávať, napr. chorý reaguje smiechom na neutrálnu situáciu, alebo o smutnom hovorí s úsmevom (paratýmia).²⁸

Za normálnych okolností si človek uvedomuje sám seba ako bytosť oddelenú od vonkajšieho sveta. Je síce jeho súčasťou, ale zároveň vie, že existujú presné hranice, ktoré oblasť „ja“ a „ne-ja“ oddeľujú. V dôsledku choroby sa toto ohraničenie narušuje a stiera, dochádza k poruche integrity osobnosti. Niekedy chorému nie je jasné, kde je skutočný predel medzi ním a okolitým svetom. Preto môže prežívať svoje telo ako cudzie, strácať pocit integrity a istotu seba vymedzenia voči vonkajšiemu svetu.²⁹

Okolitý svet sa javí chorému, akoby takmer každá situácia sa ho osobne týkala. Všetko sa mu zdá, akoby bolo zinscenované pre neho. Všetko čo vidí alebo počuje, chápe ako posolstvo, ktoré patrí práve jemu. Aj médiá sa pre neho stávajú akoby sprostredkovateľmi tajných informácií. Noviny, televízia či rádio vysielajú zašifrované posolstvá, ktoré sú určené práve jemu. Preto je pre niektorých čítanie novín či sledovanie televízie namáhavé, lebo vo všetkom vidia plno významov. Keďže vnemy majú akýsi charakter zjavenia či zvestovania, môže to prispieť k tomu, že chorý človek nesprávne identifikuje miesto a osoby. Cudzí krajina sa môže kvôli nejakým podobnostiam javiť ako domov a cudzí človek môže pripadať ako príbuzný, ale aj naopak, vlastný dom a najbližší príbuzný ako cudzí. Zatiaľ čo vonkajší svet sa človeku v schizofrénii javí ako „naaranžovaný“, vnútorne majú pocit „robeného alebo riadeného“ – čo cítia a myslia im pripadá ako cudzie, akoby to robil alebo myslel niekto cudzí. Potom už nehodnotia svoje nápady a myšlienky ako svoje vlastné, ale prežívajú ich ako myšlienky, ktoré boli nejakým zvláštnym spôsobom a nedobrovoľne vnútené. Rovnako potom vychádzajú z toho, že tieto myšlienky nepatria len im, ale že ich môžu počuť aj druhí. A nielen myšlienky, ale aj časti svojho tela používajú akoby im už nepatrili. Z toho môže vzniknúť dojem, že ich časti tela sú riadené zvonku. Potom prežívajú samých seba ako nejaké automaty, ktoré sú riadené zvonku. Je pochopiteľné, že keď sa zážitky v schizofrénii natoľko zásadne zmenia, tak chorý človek hľadá vysvetlenie zážitkov. Preto sa môže vytvoriť celá myšlienková konštrukcia, aby si človek

²⁸ Porov. HÄHLWEG, K. – DOSE, M. *Schizofrénia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2000, s. 7-9. Porov. VÄGNEROVÄ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 341.

²⁹ Porov. VÄGNEROVÄ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 343.

vysvetlil odlišnosť zážitkov. Príkladom sú vysvetlenia, že za tým stoja tajné služby či politické organizácie.³⁰

Keď človek upadá do schizofrénneho prežívania, nedokáže vtedy vnímať svoje ochorenie. Keďže vidí svet inak než ľudia okolo, zotráva pri svojom hľadisku, aj keď ho ľudia okolo chcú presvedčiť o „normálnom“ pohľade na veci. Potom len tvrdí, že „nie ja som blázon, ale vy ste“. Keď sa človek trpiaci schizofréniou po nejakom čase vráti zo psychotického stavu späť ku každodenným zážitkom a bežnému životu, stretáva sa síce so všedným dňom, ktorý má známu tvár, predsa je ale konfrontácia s ňou často tvrdá. Často je pre takého človeka namáhavé správne sa zorientovať a nesie si so sebou skúsenosť s modalitou prežívania, ktorú nedokáže len tak jednoducho odložiť. Skúsenosť riadenia a ovplyvňovania zvonku sťažuje po odznení psychózy vysporiadanie sa s týmto prežívaním.³¹

1.2 Bipolárna afektívna porucha

Bipolárna porucha bola nazývaná aj mániodepresívna porucha. Ide o striedanie mánie (epizóda zvýšenej energie a aktivity) a depresie (nedostatok energie a aktivity). Medzi epizódami býva obdobie remisie (klúdu, bez prejavov choroby).^{32 33}

Pomer epizód mánie a depresie nie je vyrovnaný 1:1, obvykle 1:X. Opakovanie tiež nie je zhodné. Môže ísť napr. o jednu mánickú epizódu ku trom depresívnym epizódam. Potom zasa jedna k jednej. Vývin ďalších striedaní sa nedá úplne odhadnúť.³⁴

Môže ísť o veľmi častú frekvenciu epizód aj niekoľkokrát do roka, alebo sú naopak epizódy veľmi riedke, napr. niekoľko rokov od seba vzdialené. Pri používaní liekov na oddialenie epizód je frekvencia epizód značne modifikovaná a môže byť zmenená aj samotná dĺžka trvania epizódy.³⁵

³⁰ Porov. HELL, D. – FISCHER-FELTEN, M. *Schizofrénie. Základy pre porozumenie a orientáciu*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1997, s. 16-24.

³¹ Porov. HELL, D. – FISCHER-FELTEN, M. *Schizofrénie. Základy pre porozumenie a orientáciu*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1997, s. 28-30.

³² Porov. MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševními onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 79.

³³ Porov. NOVÁK, T. – LÁSKOVÁ, H. *Peklo v duši. Depresie a mánie*. Praha: Grada, 2016, s. 82.

³⁴ Porov. NOVÁK, T. – LÁSKOVÁ, H. *Peklo v duši. Depresie a mánie*. Praha: Grada, 2016, s. 82.

³⁵ Porov. DUŠEK, K. – VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2017, s. 243.

Pri bipolárnej poruche sa môžeme stretnúť s pojмами ako zmiešaná epizóda a remisia. Zmiešanú epizódu môžeme chápať ako stav vznikajúci pri prechode (prešmyku) z jednej fázy do druhej, alebo ako svojbytný stav, pri ktorom sa miešajú jednotlivé komponenty nálady, myslenia a správania. Ako manické, tak aj depresívne príznaky musia prevládať po väčšinu obdobia v priebehu aspoň dvoch týždňov. Remisia je bezpríznakové obdobie, u ktorého predpokladáme náladu primeranú situácii, emočnú stabilitu, schopnosť primerane reagovať, posudzovať situácie a reálne ich vyhodnocovať, schopnosť sa sústrediť, pracovať a nadväzovať medziľudské vzťahy. U ľudí s bipolárnou poruchou môžu byť takéto obdobia rôzne dlhé, od niekoľko mesiacov až po roky.³⁶

Poznáme aj hypomániu. Ako *hypo* (z gréčtiny dole, pod niečím) samo o sebe ukazuje, ide o výrazne nižšiu a sociálne prijateľnejšiu formu mánie. Hranica medzi oboma pojмами nemusí byť úplne vyhradená. Možný je prechod z jednej do druhej.³⁷ Určenie, či ide o mániu alebo hypomániu je dané intenzitou príslušných príznakov. Klinické prejavy hypománie sú miernejšie a menej deštruktívne a nebránia tak jedincovi v spoločenských a pracovných aktivitách. Hypomanický stav môže zahajovať typickú manickú epizódu, predchádzať depresívnej epizóde, alebo nasledovať po nej. Niekedy je zamieňaný s remisiou (obdobím medzi epizódami poruchy nálady), kedy sa eufória občas spája s úľavou po skončení depresie.³⁸

Priemerný vek začiatku bipolárnej poruchy sa pohybuje okolo 30. roka, dva najvyššie vrcholy výskytu sú medzi 15.-19. a 20.-24. rokom života.³⁹

1.2.1 Diagnostika mánie

Diagnostika mánie:

- nálada je zvýšená, expanzívna, podráždená, zmena nálady je výrazná a trvá najmenej jeden týždeň,
- sú prítomné najmenej tri z nasledujúcich príznakov:
 - zvýšená aktivita alebo motorický nepokoj,
 - zvýšená výrečnosť,
 - myšlienkový trysk,
 - strata sociálnych zábran,

³⁶ Porov. LÁTALOVÁ, K. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010, s. 34, 45.

³⁷ Porov. NOVÁK, T. – LÁSKOVÁ, H. *Peklo v duši. Depresie a mánie*. Praha: Grada, 2016, s. 77.

³⁸ Porov. GAY, Ch. *Bipolární porucha. Rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010, s. 32, 36-37.

³⁹ Porov. VAVRUŠOVÁ, L. a kol. *Bipolární porucha*. Martin: Osveta, 2004, s. 19.

- znížená potreba spánku,
 - zvýšené sebahodnotenie,
 - nesústredenosť, neustála zmena aktivít,
 - nezodpovedné správanie,
 - zvýšená sexuálna aktivita a indiskrétnosť,
- pri mánii s psychotickými príznakmi aj prítomnosť bludov.⁴⁰

1.2.2 Prejavy mánie

V tejto časti sa zameriame len na mániu, pretože depresiu rozoberieme samostatne v nasledujúcej podkapitole, nakoľko existuje okrem bipolárnej aj unipolárna depresia.

Manická epizóda predstavuje v podstate zrkadlový obraz depresie.⁴¹ Typickým prejavom mánie sú prehnane zmeny nálady, ktorá je euforická alebo podráždená, spojená s fyzickou i psychickou hyperaktivitou. Manická nálada sa prejavuje nadmernou veselosťou, smiechom, žartovaním a zvýšenou motorikou. Človek sa tvári veselo, má výraznú mimiku, dokáže sa dobre prispôbovať. Nosí okázalé farebné a výstredné oblečenie. Jeho slovný prejav je spontánny a neviazaný. Lahko nadväzuje vzťahy. Má euforickú náladu, ktorá sa však môže rýchlo meniť. Prechádza zo smiechu k slzám, zo zlosti k úzkosti. Prítomná je aj irónia a emočná precitlivenosť. Všetky pocity sú prehnané.⁴²

Ďalšou zložkou manických príznakov je zrýchlené myslenie, ide o tzv. myšlienkový trysk. Príznačná je tiež tzv. *logorea* – chorobná zhovorčivosť alebo príval slov, slovný prejav sa tak stáva nezrozumiteľným. Človek v manickom stave oslovuje neznáme osoby, hovorí o najrôznejších témach, a to i mnoho hodín bez prestávky a zrýchlene. Môže sa vyskytovať aj tzv. *grforea* – nečitateľný písomný prejav.⁴³ Človek s mániou prejavuje sklon správať sa podľa okamžitých nápadov alebo náhodných vplyvov. Neusporiadane a neúčelne. Nie je schopný predvídať priebeh a výsledky vlastnej činnosti s ohľadom na

⁴⁰ Porov. Porov. DUŠEK, K. – VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2017, s. 239.

⁴¹ Porov. RABOCH, J. – PAVLOVSKÝ, P. – JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2012, s. 109.

⁴² Porov. GAY, Ch. *Bipolární porucha. Rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavmi*. Praha: Portál, 2010, s. 32-36. Porov. VAVRUŠOVÁ, L. a kol. *Bipolární porucha*. Martin: Osveta, 2004, s. 39.

⁴³ Porov. LÁTALOVÁ, K. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010, s. 23. Porov. GAY, Ch. *Bipolární porucha. Rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavmi*. Praha: Portál, 2010, s. 32-36.

vzdialenejšiu budúcnosť.⁴⁴ Svet sa ľuďom v mánii javí v ružových farbách, všetko je krajšie, radostnejšie, zasluhuje si viac záujmu a lásky. Najradšej by objali celý svet. Majú zvýšenú pozornosť, nič im neujde, všetko si všímajú a na všetko reagujú. Avšak preskakujú z predmetu na predmet, ich pozornosť možno ľahko odkloniť. Mnohé veci začínajú, ale málo z nich dokončia. Zapisujú si, čo robia a čo ich práve napadne, listy posielajú blízkym, píše aj rôzne sťažnosti či návrhy na predstavených mesta či štátu.⁴⁵

Ďalším charakteristickým znakom mánie je hyperaktivita. Spánok sa skracuje, človek sa budí čím ďalej skôr a v tej najvyhranenejšej forme hyperaktivity ani nevníma únavu, napriek tomu, že spal len niekoľko hodín za posledné noci, prípadne nespál vôbec.⁴⁶

Pri mánii sa mení sebauvedomenie, ktoré má tendenciu k preceňovaniu vlastnej osoby a vedie až k veľikášstvu. Človek má dojem, že je výnimočný človek – „majster sveta v každom smere“. Je schopný vyjadrovať svoje názory na čokoľvek – filozofiu, politiku, náboženstvo a pod. Alebo rozvíjať predstavy veľkolepých projektov, napr. chce založiť podnik, politickú stranu a pod.⁴⁷

Sebaistota a sebavedomie môžu vzrastať až do bludného charakteru. Môžu sa preto niekedy objavovať aj bludy, ktorých obsah súvisí s preceňovaním a neadekvátnym sebahodnotením. Človek v mánii sa môže cítiť povolaný k výnimočným úlohám. Najčastejšie ide o megalomaničný blud (človek je presvedčený o svojej významnosti a výlučnosti), paranoidný a reformačný blud (človek sa cíti byť spasiteľom celého ľudstva, vyjadruje potrebu zasahovať do diania okolo a ovplyvňovať svet).⁴⁸

Ľudia s bipolárnou poruchou majú aj samovražedné sklony. Až u 25-50% ľudí postihnutých bipolárnou poruchou dochádza minimálne k jednému pokusu o samovraždu. A 15-20% ľudí svoj život skutočne

⁴⁴ Porov. STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003, s. 126.

⁴⁵ Porov. VAVRUŠOVÁ, L. a kol. *Bipolární porucha*. Martin: Osveta, 2004, s. 44-45.

⁴⁶ Porov. GAY, Ch. *Bipolární porucha. Rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavmi*. Praha: Portál, 2010, s. 32-36.

⁴⁷ Porov. KAFKA, J. a kol. *Psychiatria. Učebnica pre lekárske fakulty*. Martin: Osveta, 1998, s. 155. Porov. GAY, Ch. *Bipolární porucha. Rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavmi*. Praha: Portál, 2010, s. 32-36.

⁴⁸ Porov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 384. Porov. MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševními onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 78.

ukončí. Ide o chorobný stav, ktorý predstavuje obrovské nebezpečenstvo pokusu o samovraždu.⁴⁹

1.3 Depresia

Slovo *depressia* je latinského pôvodu, doslova znamená *de* = dole, *premere* = tlačiť. Depresia tak znamená pokles, stiesnenosť, sklúčenosť.⁵⁰

Podľa priebehu rozlišujeme unipolárne depresie (s výskytom len depresívnych fáz) a bipolárne depresie (pri ktorých dochádza k striedaniu manických a depresívnych fáz – bipolárna afektívna porucha).⁵¹

Unipolárna depresia sa líši od depresívnej poruchy, ktorá sa v epizódach strieda s mániou pri bipolárnej poruche (bipolárna depresia). Rozdiel je napr. vo veku nástupu ochorenia, pri bipolárnej depresii je to obdobie dospievania vo veku 13-20, 20-30 rokov a pri unipolárnej depresii okolo 30-50 rokov. Rozdiel je aj v dĺžke trvania, kde u bipolárnej depresii sa udáva trvanie epizódy okolo 3-6 mesiacov, pri unipolárnej je to približne 3-12 mesiacov.⁵²

Často nebýva rozpoznaný pravý rozsah depresívneho ochorenia a ľudia to berú skôr ako slabosť. Postihnutí ľudia dostávajú mnoho rád typu „zozbieraj sa“, „hlavu hore“, „zatni zuby“ a pod. No tým sa im nedostane pomoci.⁵³

1.3.1 Diagnostika depresie

Depresívne syndrómy môžu byť reaktívne (príčina depresie je psychologicky zrozumiteľná), endogénne (nálada vznikla a pretrváva bez motívu), symptomatické (pri somatických ochoreniach) a pod.⁵⁴ V minulosti sa aj rozlišovalo medzi endogénnou depresiou a exogénnou/reaktívnou depresiou. Endogénna depresia mala telesný základ, zatiaľ čo reaktívna depresia bola odpoveďou na zážitky a straty, na preťaženie, alebo zlyhanie.⁵⁵

Súčasná klasifikácia rozlišuje štyri základné typy depresívnej epizódy, a to ľahkú, stredne ťažkú, ťažkú a ťažkú s psychotickými príznakmi. Odlišujú sa od množstva príznakov:

⁴⁹ Porov. GAY, Ch. *Bipolární porucha. Rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavmi*. Praha: Portál, 2010, s. 40.

⁵⁰ Porov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada, 2013, s. 22.

⁵¹ Porov. VAVRUŠOVÁ, L. a kol. *Depresia*. Martin: Osveta, 2008, s. 87. Porov. GRÜN, A. *Deprese jako šance. Spirituální impulzy*. Praha: Portál, 2009, s. 12.

⁵² Porov. LÁTALOVÁ, K. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010, s. 17.

⁵³ Porov. RÖHR, H. P. *Cesty z úzkosti a deprese. O štěstí lásky k sobě samému*. Praha: Portál, 2012, s. 159.

⁵⁴ Porov. VAVRUŠOVÁ, L. a kol. *Depresia*. Martin: Osveta, 2008, s. 88.

⁵⁵ Porov. GRÜN, A. *Deprese jako šance. Spirituální impulzy*. Praha: Portál, 2009, s. 9.

skupina D:

- depresívna nálada je prítomná po väčšinu dňa a takmer každý deň,
- strata záujmu alebo potešenia pri aktivitách, ktoré boli príjemné,
- pokles energie alebo zvýšená unaviteľnosť,

skupina E:

- bezdôvodné výčitky alebo pocit neodôvodnenej viny,
- opakované myšlienky na smrť alebo samovraždu,
- znížená schopnosť myslieť, sústrediť sa, nerozhodnosť, váhavosť,
- znížené psychomotorické tempo,
- poruchy spánku,
- znížená chuť k jedlu (znížená hmotnosť),

skupina F:

- u nepsychotických foriem nesmú byť prítomné bludy, halucinácie, stupor,

skupina G:

- u psychotických foriem sa vyskytujú bludy, halucinácie, stupor.

U ľahkých foriem sú zo skupiny D prítomné dva príznaky a zo skupiny E jeden alebo viac symptómov. U stredne ťažkých foriem musia byť prítomné najmenej dva príznaky zo skupiny D a zo skupiny E toľko príznakov, aby ich celkový počet (z D a E) bol aspoň šesť. U ťažkej nepsychotickej formy sú prítomné všetky tri príznaky zo skupiny D a zo skupiny E toľko, aby ich celkový počet (z D a E) bol najmenej osem. U formy psychotickej musí byť prítomných toľko symptómov ako u ťažkej nepsychotickej formy a k tomu ešte musia byť prítomné príznaky zo skupiny G.⁵⁶

1.3.2 Prejavy depresie

Pre depresiu sú typické poruchy nálady (smútok, neschopnosť prežívať radosť, strata záujmov o akúkoľvek činnosť, nižšia motivácia pre akúkoľvek aktivitu, apatia), poruchy myslenia a vnímania (spomalené myslenie, znížená koncentrácia, nerozhodnosť, strata sebavedomia, pocity viny, beznádej, túžba zomrieť, samovražedné sklony).⁵⁷

Pri depresii človek prestáva vnímať vlastnú hodnotu, stráca zmysel bežných činností a vykonaných vecí. Všetko podlieha veľkej negácii a navyše aj pocitom viny za neschopnosť to zmeniť. Depresívny svet je prázdny v inom zmysle. Je zbavený hodnotných obsahov. Neobsahuje nič,

⁵⁶ Porov. DUŠEK, K. – VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2017, s. 240-241.

⁵⁷ Porov. RABOCH, J. a kol. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galen, 2008, s. 81. Porov. GAY, Ch. *Bipolární porucha. Rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010, s. 39.

pre čo by stálo za to žiť. Pripomína to spálenú zem, akýkoľvek vnútorný a vonkajší svet stráca pre depresívneho človeka atraktivitu a hodnotu.⁵⁸ Človek s depresiou pociťuje odmietnutie za určitých okolností ako masívnu ujmu sebavedomia, naruší sa jeho regulácia sebaúcty.⁵⁹

Depresívny ľudia majú akoby zastretý pohľad. Nedokážu vidieť krásy sveta, ani nič pozitívne. Akoby nosili čierne okuliare a cez nich sa pozerali na svet a všetko videli len negatívne. Taktiež majú negatívne myšlienky o sebe samých a o svojej budúcnosti.⁶⁰ Človek v depresii stráca schopnosť pre niečo sa zaujať, radovať sa. Situácie a činnosti, ktoré mu predtým prinášali radosť, strácajú svoju atraktivitu, stávajú sa ľahostajnými. Človek si pri konfrontácii s tým, čo mu predtým robilo radosť, uvedomuje svoju terajšiu neschopnosť radovať sa (anhedonia) a prepadá beznádeji.⁶¹ Depresívna pozícia je teda taký prístup k životu, kedy sú všetky situácie vnímané ako negatívne. Postoje „všetko, alebo nič“ – nadmerné zovšeobecňovanie „sklamal ma priateľ, teda všetci sú zlí“ – sú takmer neovplyvniteľné. Chorý v hlbkej depresii niekedy zotráva vo svojej pozícii „čím je mi horšie, tým lepšie“ (tým viac si rozumiem). Hovoriť s ním so zámerom, aby poloprázdny pohár vnímal ako poloplný, je málo nádejné a riskantné.⁶²

Často si človek sťažuje aj na telesné ťažkosti ako je nespavosť či zvýšená spavosť, znížená alebo zvýšená chuť do jedla, znížená vitalita, pocity bolesti pri srdci a ťažkosti s dýchaním.⁶³ Ľudia v depresii nie sú schopní kvalitného odpočinku, nenachádzajú únik ani v spánku. Ten je často nekvalitný, prerušovaný, krátky, predčasne ukončený prebudením v časných ranných hodinách. Naopak počas dňa sa cítia nadmerne spaví.⁶⁴ Príznakom depresie ako je únava, nechúť do činnosti, negativizmus, zodpovedá aj telesný vzhľad. Zistila sa tzv. Veraguthova vráska (vráska v nazálnych častiach horných mihalníc) a často sklesnuté držanie tela.⁶⁵

⁵⁸ Porov. MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portál, 2005, s. 88. Porov. PROBSTOVÁ, V. – PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky. Vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014, s. 85.

⁵⁹ Porov. MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portál, 2005, s. 81.

⁶⁰ Porov. GRÜN, A. *Deprese jako šance. Spirituální impulzy*. Praha: Portál, 2009, s. 31, 78.

⁶¹ Porov. LÁTALOVÁ, K. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010, s. 28.

⁶² Porov. STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003, s. 117-118.

⁶³ Porov. RABOCH, J. – PAVLOVSKÝ, P. – JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2012, s. 92.

⁶⁴ Porov. LÁTALOVÁ, K. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010, s. 28.

⁶⁵ Porov. KAFKA, J. a kol. *Psychiatria. Učebnica pre lekárske fakulty*. Martin: Osveta, 1998, s. 156.

Metaforicky o depresii môžeme povedať: Depresia je čierny pes, ktorý ťa zaľahol.⁶⁶ Depresia je ako hustý mrak, ktorý na človeka úplne nečakane spadne.⁶⁷

1.4 Obsedantno-kompulzívna porucha

Obsedantno-kompulzívna porucha (OCD – *obsessive-compulsive disorder*) predstavuje spojenie vtieravých myšlienok – obsesí so stereotypne či rituálne opakujúcich sa myšlienkami a činov – kompulzií.

Obsesie sú vtieravé myšlienky alebo predstavy, ktoré človek pociťuje ako cudzie, neodpovedajúce jeho skutočným záujmom a prianiam. Človeku sa do mysle vnucujú automaticky, nezávisle na jeho vôli. Obvykle zahŕňajú niektoré nebezpečenstvá a potencionálne poškodenia ako strach z nákazy (špinou, baktériami,...), strach, že niečo dôležité nebolo spravené (zamknutie dverí, zastavenie plynu,...), impulzy k násilnému a agresívnemu správaniu (zabitie vlastného dieťaťa,...), starosti o stratu niečoho dôležitého (peňazí, dokumentov,...), nepohoda spôsobená asymetriou alebo neporiadkom (nepravidelné obrazy na stenách,...). Obsesie vedú ku kompulziám, ktoré do určitej miery znížia úzkosť, ktorú vyvolali.⁶⁸

Kompulzie sú činnosti alebo myšlienky, ktoré sa stereotypne opakujú, aby zamedzili domnелеj katastrofe. U mnohých postihnutých majú tieto nutkavé konania priamy vplyv na spôsobenú úzkostnú situáciu. Tak napr. niekto, kto sa bojí nákazy, bude sa behom celého dňa sústavne a opakovane umývať. Iný pri opustení bytu veľakrát kontroluje, či vypol elektriku, plyn a či zamkol.⁶⁹

Pri obsedantno-kompulzívnej poruche človek vie o nezmyselnosti svojho kompulzívneho správania a obsedantných myšlienok. Ale ak nutkavosti nevyhovie, dostane neznesiteľný strach. Existujú krajné formy tohto ochorenia, keď je celý život určovaný nutkavosťou. Klienti hodiny

⁶⁶ Porov. NOVÁK, T. – LÁSKOVÁ, H. *Peklo v duši. Depresie a mánie*. Praha: Grada, 2016, s. 102.

⁶⁷ Porov. ATKINSONOVÁ, S. *Jak zdotat skálu jménem deprese*. Praha: Albatros, 2005, s. 17.

⁶⁸ Porov. PRAŠKO, J. a kol. *Úzkost a obavy. Jak je překonat*. Praha: Portál, 2012, s. 36-37. Porov. RABOCH, J. – PAVLOVSKÝ, P. – JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2012, s. 135-136. Porov. PRAŠKO, J. a kol. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. Praha: Portál, 2003, s. 7-9.

⁶⁹ Porov. RABOCH, J. – PAVLOVSKÝ, P. – JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2012, s. 136. Porov. PRAŠKO, J. a kol. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. Praha: Portál, 2003, s. 9.

a hodiny vykonávajú určitý rituál, pracovať už potom nemôžu a do rituálu je časom zapojená celá rodina.⁷⁰

Obsesie aj kompulzie sú bežné u ľudí z celej populácie a nie sú považované za problém, pokiaľ nespôsobujú pocit nepohody a neprekážajú v normálnom živote. Pokiaľ však má niekto obsesie alebo kompulzie, ktoré zasahujú významne do jeho života, mal by požiadať o pomoc.⁷¹

Obsedantno-kompulzívna porucha je dnes liečiteľné ochorenie, a to prostredníctvom liekov – inhibítorov spätného vychytávania serotonínu a tiež kognitívno-behaviorálnej psychoterapie.⁷²

1.4.1 Diagnostika obsedantno-kompulzívnej poruchy

Obsedantno-kompulzívnu poruchu sa dá diagnostikovať podľa príznakov:

- obsesie alebo kompulzie sú prítomné celé dni najmenej v dobe 2 týždňov,
- obsesie a kompulzie sú považované jedincom za jeho vlastné myšlienky a správanie,
- musí byť prítomná aspoň jedna obsesia alebo kompulzia, ktorej sa jedinec bráni a považuje ju za neprimeranú a nezmyselnú,
- myšlienka alebo vykonaný čin nesmú byť pre človeka príjemné,
- obsesia alebo kompulzia sa musí nepríjemne opakovať.⁷³

1.4.2 Prejavy obsedantno-kompulzívnej poruchy

K základným znakom pri obsesii patrí: Opakujúce sa myšlienky, predstavy či nutkanie, ktoré sú prežívané ako nepríjemné, nežiadúce, nezmyselné, vzbudzujúce úzkosť. Snaha potlačiť ich či ignorovať. Sú vnímané ako produkt vlastnej mysle, a nie ako niečo cudzie, vnucované do mysli zvonku. V dôsledku obsesií dochádza k nárastu úzkosti, ktorú sa potom človek snaží odstrániť nejakým konaním či rituálom – kompulziou. Obsesie majú sklon ku generalizácii, čo znamená, že sa objavujú aj v ďalších oblastiach života. Obsesie sa môžu objaviť po rôznych spúšťačiacich podnetov, napr. po podaní ruky s cudzou osobou, uzamknutí

⁷⁰ Porov. MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševními onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 78. Porov. LÜTZ, M. *Kdo je tu vlastně blázen? Zábavný úvod do psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Portál, 2017, s. 186.

⁷¹ Porov. PRAŠKO, J. a kol. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. Praha: Portál, 2003, s. 10.

⁷² Porov. PRAŠKO, J. a kol. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. Praha: Portál, 2003, s. 7.

⁷³ Porov. DUŠEK, K. – VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2017, s. 253.

bytu, pohľade na ostrý predmet, po prečítaní neprijateľného slova, pohľade na nejakého človeka a pod. Obsesia človek nechce, ani nevíta, ale sa im bráni a snaží sa ich zbaviť. Obsesia je pasívny automatický zážitok: človeku sa to deje samo od seba. Napríklad u človeka, ktorý sa veľmi obáva o svoje zdravie, sa objaví myšlienka, že sa nakazil dotykom kľučky na dverách. Alebo u matky, ktorá veľmi miluje svoje dieťa, sa môže objaviť obsedantná myšlienka, že by dieťa mohla vyhodiť z okna. Jednotiacou témou je obava z možného ohrozenia a potreba zabrániť mu.⁷⁴

K základným znakom kompulzie patrí: Opakované, úmyselné a účelné konanie realizované podľa určitých pravidiel alebo určitým stereotypným spôsobom. Toto konanie smeruje k zníženiu či predchádzaniu úzkosti alebo obávanej situácie. Toto konanie nemusí mať žiaden vzťah k tomu, čomu má zabrániť, a teda môže mať čisto „magický“ význam. Kompulzie nemusia mať podobu výlučne motorického činu. Niektoré kompulzie sú navonok nepozorovateľné, pretože sú skryté, teda mentálne, ako napr. tiché kontrolovanie v duchu alebo recitovanie nezmyselných veršov v mysli. Kompulzívne myšlienky môžu mať niekedy rovnaký obsah ako myšlienky obsedantné, rozhoduje len ich poradie. Prvá myšlienka je mimovoľná obsesia a ďalšie sú neutralizujúce.⁷⁵

Obsedantno-kompulzívne ťažkosti sa obvykle prejavujú nasledujúcimi spôsobmi:

- nutková potreba opakovania očistného rituálu, napr. umývanie, prezliekanie do čistého oblečenia, vyplývajúce zo strachu z nečistoty a s tým súvisiacim ohrozením zdravia,
- nutková potreba kontroly (vypínačov, dverí, okien a pod.), ktorá nevedie k upokojeniu, že je všetko v poriadku,
- nutková potreba poriadku, určitého spôsobu usporiadania či konania, prejavuje sa neustálym urovnávaním a tendenciou konať presne podľa konkrétnych, v zásade nezmyselných pravidiel (v zmysle „keď bude všetko v poriadku, nič sa nestane“ – napr. „keď pôjdem len po čiernych dlaždicach“),
- neodbytné myšlienky neprijateľnej povahy (napr. agresívne, sebapoškodzujúce a pod.), ktoré sa stále opakujú, pričom človek sa proti nim snaží brániť rôznymi rituálmi, ktoré vedú k dočasnej úľave.⁷⁶

⁷⁴ Porov. PRAŠKO, J. a kol. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. Praha: Portál, 2003, s. 12-16.

⁷⁵ Porov. PRAŠKO, J. a kol. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. Praha: Portál, 2003, s. 12, 21-22.

⁷⁶ Porov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 412.

Pre obsedantno-kompulzívnu poruchu je typické, že sa ľudia zaoberajú nepríjemnými myšlienkami a kvôli nim trpia silnou úzkosťou, napätím či nepohodou. Základnou a prevažujúcou emóciou je úzkosť, ktorú vyvolávajú vnútorné impulzy. Preto sa často vyhýbajú situáciám, ktoré navodzujú ohrozujúce myšlienky. Úzkosť z obáv a z následného vyhýbavého správania sa snažia neutralizovať opakovanými úkonmi alebo stereotypnými myšlienkami. Vznikne kompulzia, ktorá však zníži úzkosť len na chvíľu. Čoskoro prichádza nová úzkosť, nová potreba ju znížiť a rozvíja sa ďalšia kompulzia. Obsesie úzkosť vyvolávajú, kompulzie ju dočasne znižujú. Preto môžeme kompulzie označiť za aktívnu obranu proti úzkosti.⁷⁷

K neutralizácii (zníženiu napätia) slúžia rituály – kompulzie. Môžu to byť opakujúce sa prejavy v správaní (napr. opakované kontrolovanie uzamknutia dverí, nadmerné umývanie rúk a pod.) alebo myšlienky (napr. počítanie, opakovanie si nejakých veršov a pod.). Rituál je kompulzívne správanie buď zjavné, alebo skryté (mentálne). Znamená to, že správanie má pevne stanovený postup a poradie krokov s jasne určeným začiatkom a koncom. Niektoré prípady kompulzívneho správania sú vysoko ritualizované. Rituál možno niekedy chápať ako symbolický pokus odvrátiť a neutralizovať nepríjemné pocity vyplývajúce z vtieravých impulzov.⁷⁸

Ľuďom táto porucha mení bežné denné aktivity, ako napr. zamknutie dverí, šoférovanie auta, alebo použitie verejnej toalety, na činnosti vyvolávajúce veľkú úzkosť. Aby uľavili svojmu trápeniu, ktoré tieto situácie prinášajú, chorí ľudia musia vykonávať celú radu rituálov určených k zmierneniu pociťovaného strachu (napr. nadmerné upratovanie, umývanie, kontrolovanie, počítanie, hromadenie, zbieranie a pod.). V najzávažnejších prípadoch môže vykonávanie týchto rituálov zahltiť čas a energiu.⁷⁹

Takmer všetci ľudia s obsedantno-kompulzívnou poruchou sa snažia vyhnúť situáciám, ktoré v nich vyvolávajú obsedantné myšlienky a následné úzkosti, ktoré potom musia neutralizovať kompulziami. Ide

⁷⁷ Porov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 411. Porov. PRAŠKO, J. a kol. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. Praha: Portál, 2003, s. 11-12.

⁷⁸ Porov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 412. Porov. PRAŠKO, J. a kol. *Úzkost a obavy. Jak je překonat*. Praha: Portál, 2012, s. 37. Porov. PRAŠKO, J. a kol. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. Praha: Portál, 2003, s. 19.

⁷⁹ Porov. RABOCH, J. – PAVLOVSKÝ, P. – JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2012, s. 135. Porov. RABOCH, J. a kol. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galen, 2008, s. 108.

o tzv. vyhýbavé správanie. Obvykle sa vyhýbavé správanie týka objektov a situácií, ktoré môžu byť potencionálnym spúšťačom obsesií a kompulzií. Napr. ten, kto má obsedantné obavy zo špiny a baktérií a pripája k tomu očistné rituály, obvykle sa snaží vyhnúť tomu, čo považuje za špinavé a nákazlivé. Žena, ktorá mala obsedantné myšlienky, že by mohla bodnúť svoje dieťa, vyhýba sa kontaktu s nožom. Zabezpečovanie slúži rovnako k neutralizácii. Je to snaha vyhnúť sa buď spúšťačom obsesie, alebo domnelým katastrofickým následkom. K zabezpečovaniu slúži napr. vykonávanie činnosti s niekym iným (napr. odchod z domova s niekym iným).⁸⁰

Väčšina osôb trpiaca obsedantno-kompulzívnou poruchou je si vedomá nezmyselnosti a obťažnosti myšlienok i rituálov, že ich správanie je iracionálne, ale nedokážu ich nevykonávať, pretože v prípade vynechania cítia veľkú úzkosť a strach z katastrofálnych dôsledkov. Avšak nedokáže sa im ubrániť, napriek tomu, že mu výrazne ovplyvňujú jeho denné aktivity. Niekedy si svoje správanie „morálne“ zdôvodňujú „čistotnosťou“, zmyslom pre poriadok alebo snahou zabrániť akejkoľvek malej pravdepodobnosti, že by sa niečo katastrofálne mohlo stať. Vedomie „iracionality“ však vedie k tomu, že sa za svoje správanie hanbia a boja, že ostatní ich budú pokladať za „bláznov“.⁸¹

1.5 Hraničná porucha osobnosti

Slovo „hraničná“ odkazuje na niekedy nejasnú hranicu medzi neurózou a psychózou, lebo v minulosti boli títo ľudia diagnosticky zaradovaní k atypickým formám psychóz. Výraz psychóza znamenal psychické ochorenie so skutočnou alebo aspoň predpokladanou organickou príčinou. Zatiaľ čo neuróza označovala poruchu vyvolanú psychickými účinkami, ktorá vychádzala najmä z nevyjasnených konfliktov a problémov v rannom detstve.⁸²

Ide o ľudí na „hrane“, teda na hranici medzi neurózou a psychózou. Nikdy úplne nestrácajú stabilitu svojho ja, nikdy teda nie sú úplne psychotickí. Ale ich ja je napriek tomu hlboko zneistené. Trpia tým, že udržiavajú vždy veľmi intenzívne, ale nestále vzťahy. Ich vlastné emócie ich strhávajú prudko hore a potom zasa hlboko dole a udržiavajú ich v neustálom

⁸⁰ Porov. PRAŠKO, J. a kol. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. Praha: Portál, 2003, s. 36-37.

⁸¹ Porov. RABOCH, J. a kol. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galen, 2008, s. 108. Porov. PRAŠKO, J. a kol. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. Praha: Portál, 2003, s. 11

⁸² Porov. GRAMBAL, A. a kol. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada, 2017, s. 10. Porov. LÜTZ, M. *Kdo je tu vlastně blázen? Zábavný úvod do psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Portál, 2017, s. 57.

napätí. Ich sebaúcta je občas úplne na dne. Zamýšľajú sa nad samovraždou. Nemajú pre seba samých vôbec žiaden cit a niekedy si spôsobujú aj bolestivé rezné rany, aby sa mohli aspoň nejakým spôsobom vnímať a uvoľniť neznesiteľné napätie.⁸³

Hraničná porucha osobnosti je psychotickou poruchou s výskytom približne u 1-3% populácie. Je prítomná približne u 10-20% psychiatricky hospitalizovaných pacientov. Spomedzi porúch osobnosti tvorí až 60%.⁸⁴

Psychoanalýza radí hraničnú poruchu k tzv. raným poruchám, ktoré boli vyvolané v najranejších fázach vývinu, pretože dieťa sa necítilo prijímané. To viedlo k existenciálnej neistote, ktorá sa prejavila v hraničnej poruche.⁸⁵

1.5.1 Diagnostika hraničnej poruchy osobnosti

Pre stanovenie diagnózy hraničnej poruchy osobnosti musí byť splnených najmenej päť z nasledujúcich kritérií:

1. zúfalá snaha zabrániť reálnemu alebo imaginárnemu osamoteniu („Ostatní so mnou nejako zachádzajú, teda som.“)

Človek s hraničnou poruchou osobnosti často vníma prechodnú osamelosť ako trvalú izoláciu. Dostáva sa do depresie kvôli skutočnému alebo domnelému opusteniu zo strany významných ľudí. Obzvlášť, keď sú sami, môžu strácať pocit, že existujú, môžu si prestať pripadať skutoční. Namiesto Descartovho „Myslím, teda som“, žijú vo vlastnom štýle filozofie „Ostatní so mnou nejako zachádzajú, teda som“.

2. nestabilné, ale intenzívne medziľudské vzťahy so striedaním oboch extrémov – prehnanej idealizácie a devalvácie a tiež nápadné vzorce manipulácie druhými („Neúnavné hľadanie toho pravého, to pravé.“)

Človek s hraničnou poruchou osobnosti je typicky závislý na partnerovi, idealizuje si ho, pokiaľ partner neodvrhne tieto jeho potreby, alebo ho nejako odmietne, či prejaví nezáujem, v tú chvíľu sa hraničiar prehupne do druhého extrému – devalvácie, odmietania blízkosti a úniku. Hraničiar často máva na druhých nerealistické nároky. Manipulatívnosť sa prejavuje prostredníctvom fyzických ťažkostí a hypochondrie, prejavov slabosti a bezmocnosti, provokatívnymi činmi a masochistickým správaním. Často sa objavujú samovražedné vyhrážky s cieľom získať

⁸³ Porov. LÜTZ, M. *Kdo je tu vlastne blázen? Zábavný úvod do psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Portál, 2017, s. 194.

⁸⁴ Porov. VAVRUŠOVÁ, L. a kol. *Hraničná porucha osobnosti*. Nové Zámky: Psychoprof, 2014, s. 25.

⁸⁵ Porov. LÜTZ, M. *Kdo je tu vlastne blázen? Zábavný úvod do psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Portál, 2017, s. 195-196.

pozornosť. Akokoľvek je hraničiar na druhých veľmi citlivý, skutočná empatia mu chýba.

3. výrazná a trvalá porucha identity, ktorá sa prejavuje vo forme neistoty v najmenej dvoch z nasledujúcich oblastí: sebaobraz, sexuálna orientácia, dlhodobé ciele, pranie ohľadom povolania, druh priateľov či partnerov, osobné hodnotové predstavy („Kto som?“)

Ľuďom s hraničnou poruchou osobnosti chýba konštantná, jadrová identita, a rovnako tak aj konštantný jadrový koncept druhých. Takýto človek neprijíma svoju vlastnú inteligenciu, príťažlivosť či citlivosť ako konštantné rysy, ale skôr ako komparatívne vlastnosti, ktoré je potrebné neustále znovu získavať a porovnávať. Pre človeka s hraničnou poruchou sa identita hodnotí na krivke. To, kým je, dnes určuje jeho hodnotu, bez väčších ohľadov na to, čo predchádzalo. Sebaúctu dosahuje len tým, že urobí dojem na druhých, a vďačnosť druhých je rozhodujúca pre to, aby sa sám mal rád.

4. impulzivita v najmenej dvoch potencionálne sebapoškodzujúcich oblastiach, napr. zneužívaní návykových látok, sexuálna promiskuita, bezohľadná jazda, drobné krádeže, prehnané utrácanie peňazí alebo prejedanie sa („Impulzívna povaha.“)

Stáva sa, že keď pre hraničiara je bolesť z osamelosti príliš veľká, siaha po alkohole alebo sexuálnych radovánkach. Následne sa utápa vo výčitkách a v pocite, že si to zaslúžil, že ho partnerka opustila. Potom sa celý cyklus rozbehne znova.

5. opakované suicidálne vyhrážanie, gestá či správanie alebo sebapoškodzujúce konanie („Sebadeštruktivita.“)

Suicidálne správanie odrážajú hraničiarove sklony k neprekonateľnej depresii a manipulácii s druhými. Časté vyhrážky či pokusy o samovraždu často nepredstavujú túžbu zomrieť, ale skôr spôsob, ako zdeliť svoju bolesť a prosbu, aby ostatní nejako zasiahli. Pokiaľ sa však opakujú a stanú sa niečím bežným, vedú práve k opačnej reakcii – ostatných to prestane baviť a nereagujú, čo môže viesť k vážnejším pokusom. Sebapoškodzovanie (žiletkou, nožom, cigaretami,..) často začína ako impulzívne sebatrestajúce konanie, ale časom sa môže vyvinúť v premyslený rituál. Sebadeštrukčné správanie je možné vysvetliť rôznymi spôsobmi. Samonavodzovaná bolesť môže odrážať hraničiarovu potrebu uniknúť otupelosti, ktorá ho zvierá. Zážitok bolesti sa stáva dôkazom vlastnej existencie. Podstatným dôvodom pre sebadeštrukčné správanie sú manipulatívne potreby súcitu, záchrany či pozornosti.

6. emočná nestabilita vplyvom výrazne reaktívnej nálady so závažnými epizodickými prechodmi k depresii, podráždenosti či

úzkosti, obvykle trvajúcimi niekoľko hodín, alebo zriedkakedy niekoľko dní („Radikálne zmeny nálad.“)

Človek s hraničnou poruchou často prekonáva náhle zmeny nálad, ktoré trvajú krátku dobu. Jeho základná nálada obvykle nie je pokojná a vyrovnaná, ale často buď hyperaktívna a neskrotná, alebo pesimistická, cynická a depresívna.

7. chronické pocity prázdnoty („Neustále poloprázdny.“)

Ľudia s hraničnou poruchou postrádajúci pocit identity často zažívajú bolestnú osamelosť, ktorá ich vedie k hľadaniu, ako prázdne miesta zaplniť.

8. neprimeraná, silná zlosť alebo neschopnosť ovládať zlosť, napr. časté záchvaty zlosti, pretrvávajúca zlosť alebo bitky („Rozzúrený býk.“)

Hraničiarove výbuchy hnevu sú často rovnako nepredvídateľné ako desivé. Typické sú domáce hádky spojené s hádzaním riadu či naháňaním s nožom. Tento hnev môže roznieť konkrétne príčina (často triviálna), avšak pod ktorou sa nachádza celý arzenál strachu zo sklamania a opustenia.

9. prechodné a so stresom súvisiace vzťahovacie predstavy alebo ťažké disociačné príznaky („Občas sa správam šialene.“)

Najbežnejšie psychotické zážitky hraničiara zahŕňajú pocity neskutočna a paranoidné predstavy. Pocity neskutočna zahŕňajú disociáciu od obvyklých vnemov. Jedinec vníma seba alebo ľudí okolo ako neskutočné.^{86 87}

1.5.2 Prejavy hraničnej poruchy osobnosti

Hlavným znakom je nevyhranenosť a nestabilita v oblasti sebachápania, narušenia emočného prežívania a uvažovania a z toho vyplývajúce problémy v správaní a medziľudských vzťahov.⁸⁸

Typickým znakom je chýbajúca jadrová identita. Ak človek s hraničnou poruchou opisuje sám seba, načrtne zmätený či rozporuplný

⁸⁶ Porov. KREISMAN, J. – STRAUS, H. *Nenávidím tě, neopouštěj mě! Zvládání hraniční poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2017, s. 42-58.

⁸⁷ Porov. RÖHR, H. P. *Hraniční porucha osobnosti. Vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. Praha: Portál, 2003, s. 116-117. Porov. KREISMAN, J. – STRAUS, H. *Nenávidím tě, neopouštěj mě! Zvládání hraniční poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2017, s. 42-58.

⁸⁸ Porov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 526.

obraz sám seba, na rozdiel od ostatných, ktorí si jasne uvedomujú, kým sú.⁸⁹

Človek s hraničnou poruchou často zúri kvôli ľuďom, ktorých najviac miluje. Pripadá si bezmocný a prázdny a jeho identita je roztrieštená závažnými emočnými rozpormi. Navzdory tomu, že ho druhí neustále ničia, hraničiar zúfale hľadá nové vzťahy, pretože samota, i prechodné osamotenie, je neznesiteľnejšie než týranie. U hraničiarov sa vzťahy často rýchlo rozpadajú. Udržať si blízky vzťah s človekom s hraničnou poruchou vyžaduje pochopenie tejto poruchy a ochotu kráčať po dlhom a nebezpečnom vysutom lane. Pre hraničiara je nesmierne ťažké odhadnúť optimálnu psychickú vzdialenosť od druhých. Aby to vyvážil, pendluje medzi lipnutím a závislosťou a hnevливou manipuláciou, medzi prívalmi vďačnosti a výbuchmi iracionálneho hnevu. Obáva sa opustenia, a preto ku druhému lípne, a obáva sa pohltienia, a preto ho odstrkuje. Dychtí po dôvernosti, a zároveň sa jej desí. Strach z odmietnutia je spojený súčasne s očakávaním odmietnutia. Očakávanie odmietnutia je zdrojom výrazného napätia, ktoré vedie k dysfunkčným prejavom v správaní. Zvýšená senzitivita na odmietnutie je spojená aj s výraznou potrebou kontroly či vlastníctva a tiež tendenciou k agresívnym reakciám na odmietnutie.⁹⁰

Všetko je extrémne: čierne alebo biele. Človek je dobrý alebo zlý. Medzi oboma pólmi sotva niečo je, chýbajú farby. Ľuďom s hraničnou poruchou osobnosti chýba vnútorné poznanie, že v jednom človeku sú prítomné dobré, menej dobré i zlé časti. To, že u človeka sú aj rôzne „farebné odtiene“ medzi tým, nevnímajú. To, že vnímajú svet len v extrémoch, vznikajú katastrofálne problémy vo vzťahoch. Štiepenie by sme mohli metaforicky označiť ako čiernobiely svet ľudí s hraničnou poruchou osobnosti. Títo ľudia nestrpia rozporuplnosť a nejasnosť ľudí a nedokážu zlúčiť dobré a zlé vlastnosti druhého človeka do súvislého porozumenia tejto osobe. V každý okamih je človek buď dobrý alebo zlý, bez čohokoľvek medzi tým. Preto dokážu niekoho jeden deň idealizovať a druhý deň úplne devalvovať a zatracovať. Tento typ správania definujeme ako štiepenie. Štiepenie predstavuje striktné oddelovanie pozitívnych a negatívnych myšlienok o sebe samom i o druhých, teda neschopnosť tieto pocity zlúčiť. Väčšina ľudí je schopná zažívať obe protikladné emočné stavy naraz, ale ľudia s hraničnou poruchou nie, lebo

⁸⁹ Porov. KREISMAN, J. – STRAUS, H. *Nenávidím tě, neopouštěj mě! Zvládání hraniční poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2017, s. 18.

⁹⁰ Porov. VAVRUŠOVÁ, L. a kol. *Hraničná porucha osobnosti*. Nové Zámky: Psychoprof, 2014, s. 33-34. Porov. KREISMAN, J. – STRAUS, H. *Nenávidím tě, neopouštěj mě! Zvládání hraniční poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2017, s. 18-22.

oni ak sú ponorení do jedného citového stavu, tak ten druhý si vôbec neuvedomujú.⁹¹

Človek má chronické pocity prázdnoty, ktoré striedajú prudké zmeny afektivity a sebahodnotenia. Excesívne pokusy vyhnúť sa opusteniu môžu viesť k samovražedným vyhrážkam alebo sebapoškodzujúcim činom (pálenie sa cigaretou, porezanie sa, búchanie končatinou alebo hlavou o stenu a pod.).⁹² Časté sú sebadeštrukčné alebo samovražedné sklony a gestá.⁹³

Hraničná osobnosť je emočne nestála. Nálady sa u nej rýchle a prudko striedajú a prenáša ich z vrcholovej radosti do hlbín depresie. Hodinu je človek plný hnevu a o ďalšiu hodinu je úplne pokojný, a často ani nevie, čo ho k takému rozhorčeniu priviedlo.⁹⁴ „V dôsledku zvýšenej emočnej reaktivity s prudkou odozvou na prítomný podnet vzniká typický obraz afektívnej instability, ako jeden z hlavných symptómov hraničnej poruchy osobnosti. Manifestuje sa ako opakované, prudké a náhle zmeny nálad, ktoré trvajú zväčša niekoľko hodín, len zriedka niekoľko dní. Dochádza ku kolísaniu afektu k rôznym polaritám vo veľmi krátkom čase.“⁹⁵ Ľudia s hraničnou poruchou osobnosti sú senzitívni najmä k negatívnym emóciám ako sú hnev, strach či smútok, nie však k pozitívnym emóciám. Od raného veku majú tendenciu k prežívaniu negatívnych emócií v rôznych situáciách a kontextoch. Tento fakt sťažuje učenie sa vhodným stratégiám regulácie emócií.⁹⁶

Schopnosť plánovať veci dopredu je u ľudí trpiacich hraničnou poruchou osobnosti malá, plány často pod vplyvom rôznych okolností menia a to následne potvrdzuje ich pocit vlastnej nekompetencie. Hlavným emocionálnym rysom je afektívna dysregulácia – neschopnosť odložiť emočný impulz, ktorý priniesie úľavu, i keď len krátkodobo.⁹⁷

⁹¹ Porov. RÖHR, H. P. *Hraniční porucha osobnosti. Vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. Praha: Portál, 2003, s. 18, 106. Porov. KREISMAN, J. – STRAUS, H. *Nenávidím tě, neopouštěj mě! Zvládání hraniční poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2017, s. 20.

⁹² Porov. GRAMBAL, A. a kol. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada, 2017, s. 43.

⁹³ Porov. KREISMAN, J. – STRAUS, H. *Nenávidím tě, neopouštěj mě! Zvládání hraniční poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2017, s. 14.

⁹⁴ Porov. RABOCH, J. – PAVLOVSKÝ, P. – JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2012, s. 178. Porov. KREISMAN, J. – STRAUS, H. *Nenávidím tě, neopouštěj mě! Zvládání hraniční poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2017, s. 18.

⁹⁵ VAVRUŠOVÁ, L. a kol. *Hraničná porucha osobnosti*. Nové Zámky: Psychoprof, 2014, s. 28.

⁹⁶ Porov. VAVRUŠOVÁ, L. a kol. *Hraničná porucha osobnosti*. Nové Zámky: Psychoprof, 2014, s. 27.

⁹⁷ Porov. GRAMBAL, A. a kol. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada, 2017, s. 10.

Výsledky štúdií ukazujú, že ľudia s hraničnou poruchou osobnosti robia chyby v hodnotení postojov ľudí v okolí, napr. hodnotia ich ako nežičlivých, škodoradostných a pod.⁹⁸ Tiež majú ťažkosti obnoviť kooperáciu s druhými po zažití sklamaní. Taktiež majú tendenciu nesprávne interpretovať neutrálne situácie. Často sa cítia odmietnutí aj za podmienok normálneho sociálneho prijatia.⁹⁹

Rodinné zázemie ľudí s hraničnou poruchou osobnosti je často poznamenané alkoholizmom, depresiami, emočnými poruchami, citovou depriváciou, týraním a pod. Tieto nestabilné vzťahy sa často prenášajú do dospelosti, kde sú romantické vzťahy veľmi napäté a nemajú dlhodobé trvanie.¹⁰⁰ Výsledky štúdií ukazujú, že stopy vedúce k narušeniu interpersonálnych vzťahov možno nájsť už v detstve v podobe traumy alebo narušenia vzťahov medzi dieťaťom a rodičom (vzťahová väzba).¹⁰¹

Keďže ľudia s hraničnou poruchou osobnosti svoje vlastnosti nepovažujú za problematické, tak liečbu a pomoc za účelom zmeny osobnostných črt nevyhľadávajú.¹⁰²

Literatúra

- ATKINSONOVÁ, S. *Jak zvládnuť skálu jménem deprese*. Praha: Albatros, 2005. 155 s. ISBN 80-00-01544-7.
- BANKOVSKÁ-MOLTOVÁ, L. – ŠPANIEL, F. *Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta, 2013. 110 s. ISBN 978-80-204-2993-3.
- DUŠEK, K. – VEČEROVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2017. 646 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
- GAY, Ch. *Bipolární porucha. Rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. 136 s. ISBN 978-80-7367-668-1.
- GRAMBAL, A. a kol. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada, 2017. 288 s. ISBN 978-80-247-5796-4.
- GRÜN, A. *Deprese jako šance. Spirituální impulzy*. Praha: Portál, 2009. 136 s. ISBN 978-80-7367-608-7.
- HAHLWEG, K. – DOSE, M. *Schizofrenia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2000. 122 s. ISBN 80-88952-03-4.

⁹⁸ Porov. VAVRUŠOVÁ, L. a kol. *Hraničná porucha osobnosti*. Nové Zámky: Psychoprof, 2014, s. 13.

⁹⁹ Porov. VAVRUŠOVÁ, L. a kol. *Hraničná porucha osobnosti*. Nové Zámky: Psychoprof, 2014, s. 33-34.

¹⁰⁰ Porov. KREISMAN, J. – STRAUS, H. *Nenávidím tě, neopouštěj mě! Zvládání hraniční poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2017, s. 19.

¹⁰¹ Porov. VAVRUŠOVÁ, L. a kol. *Hraničná porucha osobnosti*. Nové Zámky: Psychoprof, 2014, s. 13.

¹⁰² Porov. VAVRUŠOVÁ, L. a kol. *Hraničná porucha osobnosti*. Nové Zámky: Psychoprof, 2014, s. 49.

- HELL, D. – FISCHER-FELTEN, M. *Schizofrénie. Základy pre porozumenie a orientáciu*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1997. 113 s. ISBN 80-967277-2-9.
- KAFKA, J. a kol. *Psychiatria. Učebnica pre lekárske fakulty*. Martin: Osveta, 1998. 255 s. ISBN 80-88824-66-4.
- KREISMAN, J. – STRAUS, H. *Nenávidím tě, neopouštěj mě! Zvládání hraniční poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2017. 256 s. ISBN 978-80-262-1280-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada, 2013. 184 s. ISBN 978-80-247-4774-3.
- LÁTALOVÁ, K. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. 256 s. ISBN 978-80-247-3125-4.
- LÜTZ, M. *Kdo je tu vlastně blázen? Zábavný úvod do psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Portál, 2017. 207 s. ISBN 978-80-262-1203-4.
- MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševními onemocněním*. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portál, 2005. 127 s. ISBN 80-7178-992-5.
- MOTLOVÁ, L. – KOUKOLÍK, F. *Schizofrenie. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. 437 s. ISBN 80-7262-277-3.
- NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. *Medzinárodná klasifikácia chorôb – MKCH*. [online]. [cit. 2018-12-12]. Dostupné na internete: <<http://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/Medzinarodna-klasifikacia-chorob-MKCH-10.aspx>>.
- NOVÁ, M. Duševní poruchy u cizinců. In. *Metódy sociálnej práce s osobami s duševnými poruchami*. Ružomberok: Verbum, 2018. s. 39-46. ISBN: 978-80-561-0593-1.
- NOVÁK, T. – LÁSKOVÁ, H. *Peklo v duši. Depresie a mánie*. Praha: Grada, 2016. 144 s. ISBN 978-80-247-5851-0.
- OCISKOVÁ, M. – PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.
- PEČEŇÁK, J. a kol. *Kapitoly o schizofrénii*. Martin: Osveta, 2005. 196 s. ISBN 80-8063-201-4.
- PRAŠKO, J. a kol. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. Praha: Portál, 2003. 120 s. ISBN 80-7178-810-4.
- PRAŠKO, J. a kol. *Úzkost a obavy. Jak je překonat*. Praha: Portál, 2012. 232 s. ISBN 978-80-7367-986-6.
- PROBSTOVÁ, V. – PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky. Vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. 248 s. ISBN 978-80-262-0731-3.
- RABOCH, J. – PAVLOVSKÝ, P. – JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2012. 239 s. ISBN 978-80-7387-582-4.
- RABOCH, J. a kol. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén, 2008. 158 s. ISBN 978-80-7262-586-4.
- RÖHR, H. P. *Cesty z úzkosti a deprese. O štěstí lásky k sobě samému*. Praha: Portál, 2012. 168 s. ISBN 978-80-262-0073-4.
- RÖHR, H. P. *Hraniční porucha osobnosti. Vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. Praha: Portál, 2003. 120 s. ISBN 80-7178-724-8.
- STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. 872 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VAVRUŠOVÁ, L. a kol. *Bipolární porucha*. Martin: Osveta, 2004. 2014 s. ISBN 80-8063-136-0.

- VAVRUŠOVÁ, L. a kol. *Depresia*. Martin: Osveta, 2008. 220 s. ISBN 978-80-8063-280-9.
- VAVRUŠOVÁ, L. a kol. *Hraničná porucha osobnosti*. Nové Zámky: Psychoprof, 2014. 78 s. ISBN 978-80-89322-17-6.

2 Historický kontext prechodu od psychiatrickej inštitúcie k terapeutickému komunitu

Ondrej Lazúr

Pri príležitosti Svetového dňa zdravia v roku 2001, vtedajšia generálna tajomníčka WHO (World Health Organisation) Gro Harlem Brundtland s naliehavosťou vyzvala všetky svetové vlády, aby podnikli konkrétne kroky k zmierneniu predsudkov voči osobám s duševnými poruchami a proti ich vylúčeniu zo spoločnosti. Hlavným mottom výzvy bolo: „Stop vylúčeniu. Starajme sa!“. Bola to výzva k integrácii ľudí s duševnými poruchami: integrovanie namiesto sociálneho vylúčenia.¹⁰³

V Taliansku v roku 1978 začal schválením zákona 180 proces nahradenia psychiatrických ústavov komunitným modelom služieb. Ten mal pacientom umožniť žiť vlastný život v štandardnom sociálnom kontexte. Talianske mesto Trieste vytvorilo sieť služieb, tímov a chránených bytov zameraných na komunitu. Terapeutické tímy poskytovali pacientom kurzy a pomoc pri hľadaní zamestnania. Chronickým a vážne chorým pacientom navyše zabezpečili chránené byty, ktoré im umožnili žiť v priateľskom a nezdavotníckom prostredí a naplno sa sociálne integrovať.¹⁰⁴ Tieto skutočnosti sú výsledkom zložitého procesu transformácie, ktorého počiatky siahajú až do šesťdesiatych rokov minulého storočia. Na úvod v krátkosti opíšeme historický proces, ktorý viedol k deinštitucionalizácii psychiatrickej služby v Trieste a následne v mnohých krajinách po celom svete.

2.1 Od inštitúcie ku komunitu

Najprv priblížime historické pokusy o reformu psychiatrie a následne objasníme koncept terapeutického komunity.

2.1.1 Historické pokusy o reformu psychiatrie

Mýtus o reformovanej psychiatrii sa začal už koncom 18. storočia. Prvým z jeho predstaviteľov bol člen náboženského hnutia Kvakerov (z angl. Quakers), Angličan Samuel Tuke (1784-1857), ktorý založil nový typ psychiatrického ústavu pre ľudí s duševnými poruchami. Boli v ňom

¹⁰³ Porov. BRUNTLAND, H. *World Health Day Celebrations*. [online]. [cit. 25-07-2019]. Dostupné na internete: <https://www.who.int/world-health-day/previous/2001/files/whd2001_dgmessage_en.pdf?ua=1>.

¹⁰⁴ Porov. Trieste: *storia di un cambiamento*. [online]. [cit. 25-07-2019]. Dostupné na internete: <<http://www.triestesalutementale.it/storia/index.htm>>.

zakázané všetky formy fyzického nátlaku a mnohé iné „neľudské“ formy prístupu k pacientom. Druhým predstaviteľom začiatku reformy psychiatrie bol francúzsky lekár Philippe Pinel (1745-1826), zakladateľ francúzskej psychiatrie, ktorý v dobe Veľkej francúzskej revolúcie vyslobodil ľudí s psychickými poruchami z veľkého internačného domu vo francúzskom meste Bicêtre, kde boli spútaní okovami. Aj keď obe tieto iniciatívy spolu s ich aktérmi predstavovali reformu v starostlivosti o duševne chorých, nešlo o heroické činy. Tukeho azyl pre psychicky chorých, ktorý predstavoval zdanlivé prvky filantropie a slobody, bol len novou formou morálnej a náboženskej segregácie, ktorá sa snažila vytvoriť okolo chorých prostredie, ktoré sa veľmi podobalo kvakerskej komunite. Toto prostredie od nich vyžadovalo morálne správanie. Človek s duševnou poruchou bol vedený k tomu, aby cítil zodpovednosť za všetko, čím pod vplyvom jeho choroby narúša morálku a čím búri okolitú spoločnosť, a aby sa ovládal. Okovy, ktoré obmedzovali vonkajšiu slobodu duševne chorých, vystriedal strach zväzujúci ich vedomie a obmedzujúci ich vnútornú slobodu. Okrem toho bola bežnou praxou nariadená práca bez nároku na odmenu – chorí, zbavení akejkoľvek produktívnej hodnoty, sa stali objektom kontroly a trestu. Podobne to bolo aj s Pinelom, ktorý prišiel do Bicetre s primárnym záujmom oddeliť „bláznov“ od rozumných osôb, ktoré boli uväznené z politických dôvodov.¹⁰⁵

Na základe týchto dvoch „reforiem“ v oblasti psychiatrickej starostlivosti možno konštatovať, že spomenuté pokusy o inováciu v tejto oblasti, ktoré boli uskutočnené v 18.-19. storočí, súviseli s úmyslom kontrolovať spoločnosť a reagovať na potreby produkcie. Primárne teda nemôžeme hovoriť o zmene smerovania terapeutickkej psychiatrie.¹⁰⁶ Výnimkou by mohol byť projekt Johna Conollyho, ktorý od roku 1839 v Británii bojoval za zrušenie všetkých foriem spútania na lôžku a najmä proti všetkým formám inštitucionálnych reštrikcií voči osobe – ako napríklad izolovanie či zhabanie vecí v osobnom vlastníctve. Nejednalo sa však len o snahu zmierniť bezpečnostné opatrenia na psychiatrii. Conollyho pozornosť bola zameraná aj na asistenciu mimo inštitúcie a na asistenciu po prepustení pacienta. Vďaka Conollyho iniciatíve sa rozšírilo

¹⁰⁵ Porov. MEZZINA, R. a kol. *La crisi della comunità terapeutica*. [online]. [cit. 28-07-2019]. Dostupné na internete: <http://www.triestesalutementale.it/basaglia/comunita_possibile_01.htm>.

¹⁰⁶ Porov. MEZZINA, R. a kol. *La crisi della comunità terapeutica*. [online]. [cit. 28-07-2019]. Dostupné na internete: <http://www.triestesalutementale.it/basaglia/comunita_possibile_01.htm>.

vedomie toho, že problém psychiatrie bol súčasne sociálny, vedecký aj ekonomicko-politický.¹⁰⁷

2.1.2 Koncept terapeutickej komunity

V období po druhej svetovej vojne boli vo Francúzsku a Anglicku uskutočnené ďalšie pokusy o zmenu prístupu. V šesťdesiatych rokoch 20. storočia (obdobie vzniku školy Summerhill a tiež permissívneho výchovného štýlu) Ronald Laing vyhlásil, že nikomu nemožno zakázať „žiť“ so schizofrenikom. Demonštroval to svojim vlastným príkladom keď v Kingsley Hall založil prvú psychiatrickú ubytovňu v histórii, v ktorej Laing býval spolu s ľuďmi s duševnou poruchou.¹⁰⁸

Maxwell Jones v roku 1949 obnovil v škótskom Dingleton zatvorený ústav pre duševne chorých, pričom zaviedol ako nový model práve terapeutickú komunitu.¹⁰⁹ Jones sa v krátkej dobe stal hlavným predstaviteľom tohto nového modelu, ktorý udal nový smer psychiatrickej terapie a riadeniu komunitného života v psychiatrických inštitúciách.¹¹⁰

Termín „terapeutická komunita“ prvý krát použil Main v roku 1946 v jednom britskom medicínskom časopise v spojitosti so skupinou anglických psychiatrov, ktorí v nemocnici v meste Northfield aplikovali komunitné prvky do života v nemocnici. Vytvorili debatné skupiny pacientov, ktorí zároveň dostali splnomocnenie na spoločné riadenie oddelenia v spolupráci s medicínskym personálom.¹¹¹

Klasická terapeutická komunita založená Maxvellom Jonesom stála na princípoch, ktoré boli v opozícii k dovtedy existujúcej psychiatrickej praxi založenej na autoritatívnosti, násilí, spredmetnení chorého a na absencii komunikácie. Boli to:

- sloboda komunikácie,
- snaha o odstránenie autoritatívneho charakteru vzťahu (lekár-pacient),

¹⁰⁷ Porov. MEZZINA, R. a kol. *La crisi della comunità terapeutica*. [online]. [cit. 28-07-2019]. Dostupné na internete: <http://www.triestesalutementale.it/basaglia/comunita_possibile_02.htm>.

¹⁰⁸ Porov. TORESINI, L. Dalla legge Mariotti a Basaglia. In: *Geschichte und Region/Storia e regione*. 2008, roč. 17, s. 146.

¹⁰⁹ Porov. TORESINI, L. Dalla legge Mariotti a Basaglia. In: *Geschichte und Region/Storia e regione*. 2008, roč. 17, s. 146.

¹¹⁰ Porov. MEZZINA, R. a kol. *La crisi della comunità terapeutica*. [online]. [cit. 29-07-2019]. Dostupné na internete: <http://www.triestesalutementale.it/basaglia/comunita_possibile_02.htm>.

¹¹¹ Porov. MEZZINA, R. a kol. *La crisi della comunità terapeutica*. [online]. [cit. 29-07-2019]. Dostupné na internete: <http://www.triestesalutementale.it/basaglia/comunita_possibile_02.htm>.

- konfrontácia s realitou,
- tolerancia a zhovievavosť,
- princíp demokracie.¹¹²

Aplikovaním týchto princípov sa terapeutická komunita javí ako komunita a nie ako nejaký „zhluk“ chorých. Každá terapeutická komunita by mala byť usporiadaná tak, aby dovoľovala rozvoj medziľudských vzťahov v skupinách, ktoré ju tvoria. Obe jej zložky – personál aj pacienti – by mali spoločne pracovať na tom, aby hospitalizovaní postupne nanovo nadobudli príslušné sociálne role v spoločnosti a aby si dokázali vytvárať prospešné vzťahy.¹¹³

2.2 Franco Basaglia - priekopník deinštitucionalizácie psychiatrickej starostlivosti

V roku 1961 sa dostal do funkcie riaditeľa Ústavu pre duševne chorých v Gorizii psychiater Franco Basaglia. Po hrozných skúsenostiach, ktoré nadobudol vo väzení počas druhej svetovej vojny (odsúdený za protištátne činnosti vo vtedajšom fašistickom Taliansku), odmietol vo svojej novej funkcii riaditeľa ústavu podpísať rutinné povolenia na znehybnenie a pripútanie „problémových“ pacientov k posteli. Vyjadril tak nesúhlas s dodnes používanou „terapeutickou“ metódou, ktorú od prvého dňa považoval za nehumánnu. V tomto geste oslobodenia bol započatý dlhodobý proces reformácie psychiatrie v Taliansku.¹¹⁴

Základnou Basagliovou tézou bolo tvrdenie, že psychiatrické nemocnice nestačí len zreformovať, ale rovno zrušiť. Na základe skúseností z pôsobenia v Gorizii Basaglia nadobudol presvedčenie, že psychiatrické nemocnice nedokážu ponúknuť starostlivosť, kvôli ktorej aj pôvodne vznikli a v konečnom dôsledku produkujú tú istú poruchu, ktorú mali pôvodne liečiť.¹¹⁵ Problémom inštitucionalizovanej pomoci, na ktorý poukazoval Basaglia, je, že v momente, keď človek zažíva skúsenosť duševnej poruchy a požiada o psychiatrickú pomoc, z pohľadu psychiatrie

¹¹² BASAGLIA, F. *Le contraddizioni della comunità terapeutica*. [online]. [cit. 30-07-2019]. Dostupné na internete: <<http://www.triestesalutementale.it/letteratura/testi/31contr.htm>>.

¹¹³ Porov. MEZZINA, R. a kol. *La crisi della comunità terapeutica*. [online]. [cit. 29-07-2019]. Dostupné na internete: <http://www.triestesalutementale.it/basaglia/comunita_possibile_02.htm>.

¹¹⁴ Porov. TORESINI, L. Dalla legge Mariotti a Basaglia. In: *Geschichte und Region/Storia e regione*. 2008, roč. 17, s. 146.

¹¹⁵ Porov. DELL'ACQUA, G. Terst – historie transformace. In *Za zdmi. Deinstitucionalizace v evropských příkladech dobré praxe. Zborník z medzinárodnej konferencie v Merane v roku 2004*. Praha: Fokus, 2017, s. 212.

sa stáva duševne chorým – prestáva byť občanom a riskuje zmazanie a stratu svojich práv, dôstojnosti a zmyslu života.¹¹⁶

O urgentnej potrebe „zničiť“ psychiatrické nemocnice Basaglia napísal: „Od momentu, kedy je človek s psychiatrickou poruchou internovaný, vstupuje do novej sféry emocionálnej prázdnoty. Vstupuje do priestoru, ktorý bol pôvodne vytvorený na to, aby ho zbavil útočnosti a aby mu poskytoval starostlivosť. Namiesto toho ho však vedie k úplnému zničeniu jeho osobnosti a k jeho úplnému zvecneniu (k totálnej objektivizácii pacienta). Ak je duševná choroba vo svojej podstate stratou individuality a slobody, potom v ústave pacient nenájde nič iné, ako miesto, v ktorom sa stane definitívne strateným... Absencia akéhokoľvek plánu, strata budúcnosti, neustála „nadvláda“ iných bez minimálnej osobnej snahy zo strany pacienta, denný program diktovaný inštitúciou, ktorá ako taká nie je schopná vnímať človeka s jeho osobnými potrebami: toto je inštitucionálny model, ktorý definuje život v ústave.“¹¹⁷

Čeliac realite v Gorizii sa Basaglia pýtal sám seba: čo je vlastne psychiatria? Ako je možné, že táto veda produkuje duševné a telesné násilie? Tu sa začala rodiť zmena paradigmy: „Chorý, nie choroba“! Tento nový princíp centralizovaný na človeka a nie na jeho diagnózu sa stal základom reformy chápania psychiatrickej terapie a asistencie.¹¹⁸

2.2.1 Basaglia v Trieste

V roku 1971 sa Franco Basaglia stal riaditeľom Psychiatrickej nemocnice v Trieste. Ešte pred prijatím tejto funkcie vytvoril tím mladých lekárov, sociológov, sociálnych pracovníkov, dobrovoľníkov a študentov z celého Talianska a Európy, ktorí prišli do Trieste kvôli vtedy prebiehajúcej debate o psychiatrii a inštitúciách. Basaglia vo svojom novom pôsobisku plynule nadviazal na svoju dlhoročnú skúsenosť z Gorizie.¹¹⁹ Rovnako ako v Gorizii, aj v Trieste kládol veľký dôraz na reorganizáciu vnútorných priestorov a na prelomenie rigidnej profesionálnej hierarchie, ktorá určovala vzťahy medzi personálom

¹¹⁶ Porov. CAMARLINGI, R. *Intervista a Peppe Dell'Acqua: la legge Basaglia 30 anni dopo*. [online]. [cit. 02-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://www.psychiatryonline.it/sites/default/files/Libro180-Articolo3.pdf>>. s. 23.

¹¹⁷ *Trieste: storia di un cambiamento*. [online]. [cit. 03-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://www.triestesalutementale.it/storia/index.htm>>.

¹¹⁸ Porov. CAMARLINGI, R. *Intervista a Peppe Dell'Acqua: la legge Basaglia 30 anni dopo*. [online]. [cit. 02-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://www.psychiatryonline.it/sites/default/files/Libro180-Articolo3.pdf>>. s. 22-23.

¹¹⁹ Porov. DELL'ACQUA, G. Terst – historie transformace. In *Za zdmi. Deinstitutionalizace v evropských příkladech dobré praxe. Zborník z medzinárodnej konferencie v Merane v roku 2004*. Praha: Fokus, 2017, s. 211-212.

a pacientmi.¹²⁰ Narušením klasického hierarchického modelu nadradeného-lekára a podriadeného-pacienta sa podarilo zdolať „priepastnú“ vzdialenosť medzi personálom a klientmi. Basaglia bol presvedčený, že túto vzdialenosť nemožno prekonať solidaritou či dobrou vôľou, ale len tým, že sa začne tvoriť nová kultúra, ktorá bude iná ako tá, ktorá umocňuje odstup lekára od pacienta. Bol to nový prístup, ktorý mal terapeutom umožniť objektívnejšie reagovať na subjektívne potreby pacienta. Vyžadoval si však veľkú snahu zo strany personálu, ktorý musel meniť svoje zaužívané spôsoby jednania s osobami, ktoré boli v pozícii klienta.¹²¹

Vnútna transformácia nemocnice spočívala v postupnej reštrukturalizácii nemocnice na tzv. otvorené komunity. Tie boli rozdelené do piatich území, ktorým zodpovedalo päť geografických oblastí v meste a provincii. Basaglia zaviedol mnohé ďalšie inovácie:

- Každý deň prebiehali schôdzky celého personálu a všetkých pracovných skupín. Diskutovalo sa o aktuálnej práci a o zavedených zmenách. Na pravidelných schôdzkach, ktoré koordinoval Basaglia, boli prítomní aj pacienti.
- Dvere oddelení boli odomknuté a namiesto kategorizovania oddelení podľa pohlavia vznikli zmiešané oddelenia.
- Šokové terapie a všetky formy fyzického obmedzovania boli zakázané.
- Život v nemocnici oživil večierky, bary a noviny vydávané pacientami.
- Pacienti sa začali pohybovať po meste a vďaka verejnému financovaniu začali pacienti dostávať príspevky, ktoré im umožňovali navštevovať verejné miesta.¹²²

Zavedené zmeny vyvolali odpor odborného personálu a neskôr aj verejnosti. Dominantnou ideológiou spoločnosti bolo presvedčenie, že ľudia s duševnou poruchou sú nebezpeční a preto je potrebné „umlčať“ ich za bránami ústavu. Práve na túto skutočnosť Basaglia reagoval spomenutými inováciami. Potom, čo reforma zapojila chorých do spoločenského života, vznikla v radoch miestnej populácie vlna agresívnych reakcií. Aj to bolo však len nevyhnutným dôsledkom veľkej

¹²⁰ Porov. DELL'ACQUA, G. Terst – historie transformace. In *Za zdmí. Deinstitutionalizace v evropských příkladech dobré praxe. Zborník z medzinárodnej konferencie v Merane v roku 2004*. Praha: Fokus, 2017, s. 213.

¹²¹ Porov. CAMARLINGI, R. *Intervista a Peppe Dell'Acqua: la legge Basaglia 30 anni dopo*. [online]. [cit. 02-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://www.psychiatryonline.it/sites/default/files/Libro180-Articolo3.pdf>>. s. 30-31.

¹²² Porov. *Trieste: storia di un cambiamento*. [online]. [cit. 06-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://www.triestesalutementale.it/storia/index.htm>>.

zmeny verejnej mienky, o ktorú sa Basaglia snažil a ktorá mala podľa neho nevyhnutnú úlohu v celkovom procese zmeny. Postupne sa verejnosť stala otvorenejšou voči integrácii pacientov z psychiatrickej nemocnice. Podobne to bolo aj s personálom. Napriek odporu si postupne sestry začali uvedomovať, že ich práca môže mať úplne inú podobu na akú boli zvyknuté a postupne sa z nich stali zástankyne reformy: opustili svoju predošlú funkciu „dozorkýň“ a prevzali aktívnu a zodpovednú úlohu v procese transformácie.¹²³

V prvých rokoch pôsobenia v Trieste Basaglia sústredil pozornosť nemocnice na potreby a osobné životné príbehy hospitalizovaných s cieľom nového vybudovania ich vzťahov s rodinami a miestami pôvodu.¹²⁴ Zároveň boli vytvorené skupinové byty – prvé z nich sa nachádzali v nemocnici a ďalšie v meste. Jednou z najdôležitejších iniciatív bolo založenie združenia „United Workers“, ktoré združovalo 60 pacientov, ktorí upratovali oddelenia a kuchyňu a udržiavali priestory nemocnice. Každý z nich podpísal zmluvu a dostával mzdu – tým Basaglia zamedzil obvyklému vykorisťovaniu pacientov. V podobných inštitúciách totiž práca pacientov prebiehala v rámci ergoterapie a organizácie využívali túto terapeutickú formu, aby nemuseli platiť pacientom mzdu za vykonanú prácu.¹²⁵

2.2.2 Prvé centrá duševného zdravia

V roku 1975-1976 vznikli prvé komunitné rezidencie. Pôvodne boli určené pre tých pacientov, ktorí boli „čerstvo“ prepustení z psychiatrickej nemocnice. Takmer hneď však začali byť využívané v rôznych krízových situáciách a tiež ako denné centrá. Tým sa znížil počet, zmenšila sa frekvencia a skrátila sa dĺžka hospitalizácií. Prvé „Centrá duševného zdravia“ boli teda funkčné ešte pred účinnosťou zákona č.180 (1978) a fungovali súbežne so stále fungujúcou psychiatrickou nemocnicou v Trieste. V roku 1977 bola zriadená služba psychiatrickej starostlivosti s nonstop prevádzkou, ktorá fungovala na urgentnom príjme všeobecnej nemocnice s cieľom zachytiť pacientov s potrebou psychiatrickej terapie a so zámerom poskytovať vhodnejšie formy krízových intervencií ako tie, ktoré ponúkali rutinne nariadené

¹²³ Porov. DELL'ACQUA, G. Terst – historie transformace. In *Za zdmi. Deinstitutionalizace v evropských příkladech dobré praxe. Zborník z medzinárodnej konferencie v Merane v roku 2004*. Praha: Fokus, 2017, s. 213-214.

¹²⁴ Porov. MEZZINA, R. a kol. *La crisi della comunità terapeutica*. [online]. [cit. 30-07-2019]. Dostupné na internete: <http://www.triestesalutementale.it/basaglia/comunita_possibile_04.htm>.

¹²⁵ Porov. *Trieste: storia di un cambiamento*. [online]. [cit. 06-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://www.triestesalutementale.it/storia/index.htm>>.

nedobrovoľné hospitalizácie. Táto služba bola aktívna do roku 1980, kedy sa v súlade so zákonom 180 táto služba premenovala na službu psychiatrickej diagnostiky a starostlivosti. Tá prebrala funkciu primárnej starostlivosti, ponúkala konzultácie na oddeleniach nemocnice a posielala nových klientov do centier duševného zdravia.¹²⁶

V skratke sme načrtli jednotlivé faktory rozvoja a zadefinovania foriem modelu terapeutickkej komunity v Trieste, ktoré napokon vyvrcholili zatvorením psychiatrickej nemocnice v tomto meste. V roku 1979 sa Franco Basaglia presunul z Trieste do Ríma, kde bol poverený riadením psychiatrických služieb v danom regióne. V jeho pôvodnej funkcii ho nahradil Franco Rotelli, ktorý mal za úlohu posilniť nedostatočne definované komunitné služby a úplne preorganizovať využívanie zdrojov. V roku 1980 napokon správa provincie vydala uznesenie, ktoré oznamovalo, že psychiatrická nemocnica v Trieste môže ukončiť svoju činnosť a byť zrušená. Franco Basaglia v tom istom roku zomrel.¹²⁷

2.2.3 Od zákona „Mariotti“ (1968) k zákonu „Basaglia“ (1978) – revolúcia v ponímaní osoby s duševnou poruchou

Zákon 180 sa zapísal do talianskej histórie pod názvom „zákon Basaglia“ – zákon, ktorý zatvára psychiatrické ústavy. Zabúda sa však na to, že vydaniu tohto revolučného zákona v roku 1978 predchádzal dôležitý zákon 431 z roku 1968, známy ako zákon „Mariotti“, prostredníctvom ktorého boli zavedené tri významné zmeny:

1. Zavedenie dobrovoľnej hospitalizácie bez odňatia občianskych práv pacienta. Odstránili sa tak rozdiely medzi psychiatrickými (aj keď len pokiaľ išlo o dobrovoľne prijatých psychiatrických pacientov) a ostatnými pacientami a medzi psychiatrickými a ostatnými typmi nemocníc.
 - Aj keď bola možnosť dobrovoľnej hospitalizácie legislatívne stanovená už od roku 1909 dodatkom zákona z roku 1904, zmenou, ktorú priniesol zákon „Mariotti“ bolo, že až do jeho vydania v roku 1968 sa predpokladala úplná nevedomosť pacienta o jeho chorobe a teda zároveň aj jeho neschopnosť chápať a žiadať si. Inováciou zákona Mariotti teda bolo

¹²⁶ Porov. DELL'ACQUA, G. Terst – historie transformace. In *Za zdmí. Deinstitutionalizace v evropských příkladech dobré praxe. Zborník z medzinárodnej konferencie v Merane v roku 2004*. Praha: Fokus, 2017, s. 216- 217.

¹²⁷ Porov. Trieste: storia di un cambiamento. [online]. [cit. 08-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://www.triestesalutementale.it/storia/index.htm>>.

nepriame ale jasné potvrdenie, že aj psychiatrický pacient si môže byť vedomý svojej choroby.

2. Zavedenie fungovania Centier duševnej hygieny (po roku 1978 premenované na Centrá duševného zdravia), ktoré boli zárodkom komunitárnych služieb.
 - Úlohou týchto centier je až dodnes spájanie uvedomovania si choroby s možnosťou pacienta spolupracovať s doktorom a územnými tímami. Vďaka zákonu Mariotti sa začala rozvíjať práca tímov, verejná inštitúcia bola transformovaná na reálnu službu k dispozícii ľuďom a zároveň sa stala legitímne činnou v teréne. Až do vydania tohto zákona bolo lekárom a ošetrovateľom psychiatrických ústavov v Taliansku zakázané opustiť múry ústavu za účelom liečenia ľudí. Tak je tomu dodnes napríklad v Nemecku a v mnohých iných krajinách. Išlo teda o jedinečnú inováciu.
3. Navýšenie štátnej finančnej dotácie pre zdravotnícky a psychologický personál.¹²⁸

Zákon č. 180/78 – tzv. zákon Basaglia, vydaný 13.5.1978, bol pokračovaním spomenutého zákona Mariotti. Priniesol niekoľko ďalších pozitívnych zmien v terapeuticknej psychiatrii. Aj keď ním explicitne neboli zadefinované nové „revolučné zmeny, v praxi mal zákon 180 za následok niekoľko pozitívnych dôsledkov:

- a) Zatváranie „blázincov“/psychiatrických liečební - to umožnilo navrátiť „zatvoreným“ pacientom dôstojnosť a hodnotu a prostredníctvom nových komunitných spôsobov terapie ich efektívne doviesť k úspešnej resocializácii.
- b) Zastavenie väzenských metód v prístupe k pacientom - väzenské metódy zaobchádzania s pacientami boli nahradené komplexným prevzatím zodpovednosti za osoby. Obnovilo sa teda celkové vnímanie osoby pacienta s jeho fyziologickými, psychologickými a sociálnymi potrebami.
- c) Odstránenie predsudkov voči pacientom (iniciatíva súvisiaca s fenomenologickým prúdom vtedajšej doby), ktoré umožnilo pozerieť sa na klienta, ako na osobu s vlastnou históriou, s vlastnými skúsenosťami, pocitmi a očakávaniami. Odstránenie predsudkov v prístupe k jednotlivým klientom umožnilo zrod úplne nového modelu starostlivosti. Kľúčovým bolo autentické stretnutie pacienta s terapeutom, ktorého prvkami boli prijatie a

¹²⁸ Porov. TORESINI, L. Dalla legge Mariotti a Basaglia. In: *Geschichte und Region/Storia e regione*. 2008, roč. 17, s. 147.

počúvanie druhého - teda aktívna spolupráca medzi terapeutom a pacientom. Tá sa stala základom efektívneho naštartovania procesu psychiatrickej rehabilitácie a následnej resocializácie osoby.¹²⁹

- d) Rozšírenie ústavných práv pre osoby s duševnou poruchou. V článku 32 sa uvádza: „Republika chráni zdravie ako základné právo jednotlivca... Nikto nesmie byť nútený ku konkrétnej zdravotnej liečbe ak zákon nenariadi inak. Zákon nesmie v žiadnom prípade narušiť hranice dané rešpektovaním ľudskej osoby“.¹³⁰

Vydaním zákona „Basaglia“ štát stratil právomoc nariadiť liečbu alebo internovať pacienta za účelom zabezpečenia verejného poriadku a morálky. Pacient už teda nie je vnímaný ako „nebezpečný pre seba a pre ostatných, pohoršujúci verejnosť“, ale ako osoba, ktorá potrebuje starostlivosť – občan, ktorému štát musí garantovať základné ústavné právo.¹³¹

2.3 Potreba aktualizácie Basagliovej reformy v dnešnom svete

Je ľahké predstaviť si terapeutickú komunitu – cieľ všetkých reformačných snáh vedených Basagliom – ako ideálny svet, v ktorom sú všetci dobrí, kde sa všetky vzťahy vyznačujú tou najhlbšou ľudskosťou a kde je práca nanajvýš uspokojujúca. Kľúčom k správne fungovaniu terapeutických komunit v akýchkoľvek funkčných formách však nie je “oslnenie” tmavých izieb psychiatrickej nemocnice úsmevom jej obyvateľov, ktorí by nikdy nemali žiadne výhrady či námietky voči sebe navzájom. Izby psychiatrie nie sú utopickým miestom pokoja. Terapeutická komunita podľa Basagliu musí mať každodenný záväzok negovať túto utópiu. V komunite prepukajú rozpory, ktoré sa každým dňom stávajú komplexnejšími. Poslaním terapeutической činnosti je tieto rozpory prelomiť a transformovať avšak v atmosfére slobody. Atmosféra

¹²⁹ Porov. ARGENTIERI, C. *Il significato della legge Basaglia*. [online]. [cit. 08-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://neomesia.com/il-significato-della-legge-basaglia>>.

¹³⁰ *Legge 13 maggio 1978, n. 180 " Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori "*. [online]. [cit. 15-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/sg>>.

¹³¹ Porov. CAMARLINGI, R. *Intervista a Peppe Dell'Acqua: la legge Basaglia 30 anni dopo*. [online]. [cit. 02-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://www.psychiatryonline.it/sites/default/files/Libro180-Articolo3.pdf>>. s. 23.

slobody síce prináša riziká, ale je zároveň jedinou možnosťou progresu.¹³² Sloboda v konečnom dôsledku premieňa terapeutickú komunitu na miesto, v ktorom je možné vzájomne sa priblížiť prostredníctvom vzťahu. Nakoľko bude takýto vzťah spontánnym, bezprostredným a vzájomným, natoľko bude aj terapeutickým.¹³³

Po vyše štyridsiatich rokoch od prijatia reformačného zákona č. 180 nasledovníci Basagliovej idey psychiatrie vôbec nehodnotia aktuálny stav psychiatrickej reality v Taliansku ako ideálny. Analýza súčasného stavu poukazuje na mnohé príklady stagnácie terapeutických komunít. Medzi mnohými problémami možno spomenúť: nedostatok kapacity v terapeutických centrách; neobjektívne predlžovanie pobytov či hospitalizácií pacientov za účelom získania finančných prostriedkov od dlhodobých klientov, čím sa neguje snaha o skutočnú rehabilitáciu a resocializáciu klientov; a napokon málo rozvinutá práca v teréne a nedostatočné prevzatie zodpovednosti zo strany terapeutického personálu. Kvôli týmto, i ďalším problémom terapeutické komunity riskujú, že sa namiesto dočasných miest terapeutической pomoci stanú „konečnými zastávkami“. Giuseppe Dell’Acqua – psychiater, ktorý od roku 1971 pracoval s Francom Basagliom v Trieste – pri téme súčasného stavu terapeutických komunít v Taliansku konštatuje, že „komunity sa dnes stali „tvorcami nemožnosti“ (namiesto vytvárania možností pre pacienta), stagnácie a zreprodukovanej poruchy.“¹³⁴

Evolúcia a aktualizácia zákona Mariotti (1968) a zákona Basaglia (1978) boli komplexným a náročným procesom. Avšak proces zatvorenia ústavov, ktoré začalo pred 40 rokmi, nemožno považovať za ukončený. Je potrebné v tomto smere prekonať ešte veľa prekážok a bariér. Sú to predovšetkým bariéry v mysliach ľudí. Skúsenosť úspešného zatvorenia niektorých ústavov, podobne ako história Berlínskeho múru, by mala byť lekciou, že múry nikdy neslúžili a ani nikdy nebudú slúžiť na vyriešenie problémov. Spôsobujú len to, že sa problémy ustália, ostanú nevyriešené a eventuálne sa časom aj zhoršia alebo sa stanú chronickými.¹³⁵

¹³² Porov. MEZZINA, R. a kol. *La crisi della comunità terapeutica*. [online]. [cit. 28-08-2019]. Dostupné na internete: <http://www.triestesalutementale.it/basaglia/comunita_possibile_02.htm>.

¹³³ Porov. MEZZINA, R. a kol. *La crisi della comunità terapeutica*. [online]. [cit. 28-08-2019]. Dostupné na internete: <http://www.triestesalutementale.it/basaglia/comunita_possibile_05.htm>.

¹³⁴ Porov. CAMARLINGI, R. *Intervista a Peppe Dell’Acqua: la legge Basaglia 30 anni dopo*. [online]. [cit. 20-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://www.psychiatryonline.it/sites/default/files/Libro180-Articolo3.pdf>>. s. 29.

¹³⁵ Porov. TORESINI, L. Dalla legge Mariotti a Basaglia. In: *Geschichte und Region/Storia e regione*. 2008, roč. 17, s. 157.

V terapeutickom procese dnes ostáva hlavnou výzvou naplno využiť moderné poznatky a výskumy na „objatie“ pacienta. Psychiatrická terapia musí zohľadňovať biologické/fyziologické, psychické (emócie, zážitky a osobná skúsenosť) a sociálne (interakcie a vzťahy) aspekty osoby. Rozvoj neurologických vied musí byť neodmysliteľne spojený s terapeutickým prístupom plným rešpektu, akceptácie a vypočutia osoby s duševnou poruchou. Hoci sa dnes potreby v oblasti psychiatrickej terapie menia a do popredia sa dostávajú potreby mladých, ktorých utrpenia (závislosti, poruchy správania) sa stávajú stále viac a viac rozšírenejšími, výzvou ostáva postaviť sa k nim podľa vzoru Franca Basagliu – t.j. s profesionálnou kompetenciou, s odhodlaním a zánietením.¹³⁶

Literatúra

- ARGENTIERI, C. *Il significato della legge Basaglia*. [online]. [cit. 08-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://neomesia.com/il-significato-della-legge-basaglia>>.
- BASAGLIA, F. *Le contraddizioni della comunità terapeutica*. [online]. [cit. 30-07-2019]. Dostupné na internete: <<http://www.triestesalutementale.it/letteratura/testi/31contr.htm>>.
- BRUNTLAND, H. *World Health Day Celebrations*. [online]. [cit. 25-07-2019]. Dostupné na internete: <https://www.who.int/world-health-day/previous/2001/files/whd2001_dgmmessage_en.pdf?ua=1>.
- CAMARLINGI, R. *Intervista a Peppe Dell'Acqua: la legge Basaglia 30 anni dopo*. [online]. [cit. 02-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://www.psichiatrionline.it/sites/default/files/Libro180-Articolo3.pdf>>.
- DELL'ACQUA, G. Terst – historie transformace. In *Za zdmi. Deinstitutionalizace v evropských příkladech dobré praxe. Zborník z medzinárodnej konferencie v Merane v roku 2004*. Praha: Fokus, 2017. ISBN 978-80-902741-0-5. s. 210–221.
- Legge 13 maggio 1978, n. 180 " Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori "*. [online]. [cit. 15-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/sg>>.
- MEZZINA, R. a kol. *La crisi della comunità terapeutica*. [online]. [cit. 28-07-2019]. Dostupné na internete: <http://www.triestesalutementale.it/basaglia/comunita_possibile_01.htm>.
- MEZZINA, R. a kol. *La crisi della comunità terapeutica*. [online]. [cit. 28-07-2019]. Dostupné na internete: <http://www.triestesalutementale.it/basaglia/comunita_possibile_02.htm>.
- MEZZINA, R. a kol. *La crisi della comunità terapeutica*. [online]. [cit. 30-07-2019]. Dostupné na internete: <http://www.triestesalutementale.it/basaglia/comunita_possibile_04.htm>.

¹³⁶ Porov. ARGENTIERI, C. *Il significato della legge Basaglia*. [online]. [cit. 28-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://neomesia.com/il-significato-della-legge-basaglia>>.

- MEZZINA, R. a kol. *La crisi della comunità terapeutica*. [online]. [cit. 28-08-2019]. Dostupné na internete: <http://www.triestesalutementale.it/basaglia/comunita_possibile_05.htm>.
- TORESINI, L. Dalla legge Mariotti a Basaglia. In: *Geschichte und Region/Storia e regione*. 2008. Roč. 17, č.2, s. 146-158. ISSN 1121-0303.
- Trieste: storia di un cambiamento*. [online]. [cit. 25-07-2019]. Dostupné na internete: <<http://www.triestesalutementale.it/storia/index.htm>>.

3 Sociálne služby pre ľudí s duševnými poruchami na Slovensku

Michaela Šul'ová

Na Slovensku máme pobytové a ambulantné sociálne služby pre ľudí s duševnými poruchami (tie zakotvuje zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách). Ide predovšetkým o rehabilitačné strediská, zariadenia podporovaného bývania, špecializované zariadenia a domovy sociálnych služieb.

Terénne sociálne služby pre túto zraniteľnú skupinu nám zatiaľ chýbajú (v minulosti už o to boli pozitívne pokusy, avšak kvôli finančným problémom neboli udržateľné). Lebo práve terénne sociálne služby by podporili model deinštitucionalizácie a komunitnej starostlivosti, ktorý je tak potrebný v pomoci ľuďom trpiacim duševnou poruchou.

3.1 Druhy sociálnych služieb pre ľudí s duševnými poruchami

Sociálne služby sú širokospektrálnym a pre komunitu efektívnym nástrojom sociálnej pomoci, ktorý sa navonok prejavuje ako špecializované činnosti vytvárajúce podmienky na riešenie sociálnej núdze ľudí.¹³⁷

Sociálne služby, ako jeden zo systémov sociálneho zabezpečenia sa rozvíjajú z dôvodu potrebnosti ich druhov, pričom odrážajú potrebu riešenia nepriaznivej sociálnej situácie cieľových skupín, ktorým sú určené.¹³⁸

Cieľom sociálnych služieb je snaha o to, aby klient znova získal schopnosť zabezpečovať svoje potreby vlastným pričinením, prípadne mu pomáhať v období, počas ktorého to nie je schopný sám. Je potrebné nájsť primeranú mieru pomoci – nekonzervovať nežiaduci stav, ale nájsť trvalé motivačné prvky k vlastnej aktivite klienta. Nedostatočná starostlivosť nerieši problém rovnako ako nadmerná pomoc, ktorá klienta nevedie k využívaniu vlastných zdrojov.¹³⁹

Zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z. z. definuje viacero druhov sociálnych služieb a zariadení pre osoby s ťažkým zdravotným

¹³⁷ Porov. HULÍNOVÁ, V. a kol. *Metódy a metodika sociálnej práce II*. Ružomberok: Verbum, 2016, s. 61.

¹³⁸ Porov. OLÁH, M. a kol. *Sociálne služby*. Bratislava: Iris, 2013, s. 42.

¹³⁹ Porov. LEVICKÁ, J. a kol. *Sociálne služby – vývoj, súčasný stav a možnosti merania ich kvality*. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2013, s. 17.

postihnutím. My sa zameriame na tie, ktoré sa môžu špecifikovať na osoby s duševnými poruchami. Ide predovšetkým o rehabilitačné strediská, zariadenia podporovaného bývania, špecializované zariadenia a domovy sociálnych služieb.

- **rehabilitačné stredisko**

V rehabilitačnom stredisku sa poskytuje sociálna služba osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej osoby, osobe, ktorá je slabozraká a osobe, ktorá je nepočujúca alebo ktorá má ťažkú obojstrannú nedoslýchavosť. V rehabilitačnom stredisku sa poskytuje: sociálna rehabilitácia, sociálne poradenstvo, pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby a ak ide o pobytovú formu sociálnej služby, tak aj ubytovanie, stravovanie, pranie, upratovanie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva. Poskytuje sa aj sociálne poradenstvo rodine alebo inej fyzickej osobe, ktorá zabezpečuje pomoc fyzickej osobe odkázanej na pomoc inej fyzickej osoby v domácom prostredí, na účel spolupráce pri sociálnej rehabilitácii.¹⁴⁰

Sú to rehabilitačné strediská ako Radosť¹⁴¹ v Košiciach, Facilitas¹⁴² tiež v Košiciach, Integra¹⁴³ v Michalovciach, Most¹⁴⁴ v Bratislave, Kridla¹⁴⁵ tiež v Bratislave, Delfín¹⁴⁶ vo Zvolene a pod.

- **zariadenie podporovaného bývania**

V zariadení podporovaného bývania sa poskytuje sociálna služba osobe od 16. roku veku do dovŕšenia dôchodkového veku, ak je táto osoba odkázaná na pomoc inej osoby a na dohľad, pod ktorým je schopná viesť samostatný život. Ak fyzická osoba dovŕši dôchodkový vek počas poskytovania sociálnej služby v zariadení podporovaného bývania, táto sociálna služba sa jej poskytuje aj naďalej. Dohľad je usmerňovanie a monitorovanie osoby pri zabezpečovaní sebaobslužných úkonov, úkonov starostlivosti o svoju domácnosť v rámci zariadenia a základných sociálnych aktivít. Rozsah dohľadu poskytovaného v zariadení podporovaného bývania sa určuje v hodinách alebo súhrnom úkonov, pri ktorých fyzická osoba potrebuje dohľad. Okrem dohľadu poskytuje ubytovanie, sociálne poradenstvo a pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov, utvárajú sa podmienky na prípravu stravy a

¹⁴⁰ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, § 37.

¹⁴¹ Viac na: www.zpp-radosť.sk

¹⁴² Viac na: www.facilitas.sk

¹⁴³ Viac na: www.integradz.sk

¹⁴⁴ Viac na: www.dss-most.sk/rehabilitacne-stredisko

¹⁴⁵ Viac na: www.zdruzeniekridla.sk

¹⁴⁶ Viac na: www.rs.delfinzv.sk

vykonáva sa sociálna rehabilitácia.¹⁴⁷

Sú to zariadenia podporovaného bývania ako Integra ¹⁴⁸ v Michalovciach, Most ¹⁴⁹ v Bratislave, Opora G+N ¹⁵⁰ v Rimavskej Sobote a pod.

- **domov sociálnych služieb**

V domove sociálnych služieb sa poskytuje sociálna služba pobytovou alebo ambulantnou formou osobe do dovŕšenia dôchodkového veku, ak je táto osoba odkázaná na pomoc inej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej V, alebo je nevidiaca alebo prakticky nevidiaca a jej stupeň odkázanosti je najmenej III. V domove sociálnych služieb sa poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, a v prípade pobytovej formy aj ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva, osobné vybavenie. Zabezpečuje sa pracovná terapia a záujmová činnosť. Zabezpečuje sa aj ošetrovateľská starostlivosť, ak neposkytuje domov sociálnych služieb ošetrovateľskú starostlivosť podľa § 22. Ak osoba dovŕši dôchodkový vek počas poskytovania sociálnej služby v domove sociálnych služieb, táto sociálna služba sa jej poskytuje aj naďalej.¹⁵¹

- **špecializované zariadenie**

V špecializovanom zariadení sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej osoby so stupňom odkázanosti najmenej V a má zdravotné postihnutie, ktorým je najmä Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, pervazívna vývinová porucha, skleróza multiplex, schizofrénia, demencia rôzneho typu etiológie, hluchoslepota, AIDS alebo organický psychosyndróm ťažkého stupňa. V špecializovanom zariadení sa poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva, osobné vybavenie. Zároveň zabezpečuje rozvoj pracovných zručností, záujmovú činnosť a utvára podmienky na vzdelávanie a úschovu cenných vecí.¹⁵²

¹⁴⁷ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, § 34.

¹⁴⁸ Viac na: www.integradz.sk

¹⁴⁹ Viac na: www.dss-most.sk

¹⁵⁰ Viac na: www.oporagn.sk

¹⁵¹ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, § 38.

¹⁵² Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, § 39.

3.2 Občianske združenia a svojpomocné skupiny pre ľudí s duševnými poruchami

Na Slovensku fungujú aj viaceré občianske združenia a svojpomocné skupiny, ktoré sa zameriavajú na pomoc ľuďom s duševným ochorením a ich príbuzným.

Svojpomocné skupiny môžu vzniknúť z ľudí trpiacich duševnými poruchami, ich príbuzných, priateľov či iných iniciatívnych ľudí. Dôležitou úlohou je aktivizácia, podpora kontaktov, vytváranie priateľskej atmosféry, vzájomné zdieľanie a svojpomoc. V svojpomocných skupinách sa môžu ľudia podeliť so svojimi skúsenosťami a problémami a tiež ich spoluprežívať s ďalšími členmi. Na jednej strane tak nie sú osamotení so svojimi problémami, a na druhej strane vedú si vzájomne poradiť a podporiť sa. Chorý jedinec tak môže prísť do kontaktu s ľuďmi, ktorí tiež zažívajú podobné trápenia. Takáto výmena informácií je spravidla veľmi bezprostredná a konkrétna, zároveň sa človek dostáva do priamej konfrontácie, ktorá ho nenechá v izolácii a otvára nové možnosti riešenia jeho situácie. Ľudia s duševnými poruchami v službe druhým sú nazývaní aj tzv. *experti skrze skúsenosť*.¹⁵³

K občianskym združeniam či svojpomocným skupinám, ktoré sa zameriavajú na pomoc ľuďom s duševnými poruchami na Slovensku patria napr. Otvorme dvere, otvorme srdcia¹⁵⁴, Pohľad¹⁵⁵, Sanare¹⁵⁶, Šťastie si ty¹⁵⁷, Zdravá duša¹⁵⁸, Prvosienka¹⁵⁹, Viktória – cesta pomoci¹⁶⁰, atď.

Literatúra

HAŠTO, J. a kol. *Reforma psychiatrickej starostlivosti v SR*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1999. 88 s. ISBN 80-88952-00-X.

HELL, D. – FISCHER-FELTEN M. *Schizofrénie. Základy pre porozumenie a orientáciu*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1997. 113 s. ISBN 80-967277-2-9.

¹⁵³ Porov. TORESINI, L. a kol. *Za zmi. Deinstitutionalizace v Evropských příkladech dobré praxe*. Praha: Fokus, 2017, s. 126. Porov. HAŠTO, J. a kol. *Reforma psychiatrickej starostlivosti v SR*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1999, s. 71. Porov. HELL, D. – FISCHER-FELTEN M. *Schizofrénie. Základy pre porozumenie a orientáciu*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1997, s. 92. Porov. MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševními onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 62.

¹⁵⁴ Viac na: www.odos-sk.com

¹⁵⁵ Viac na: www.pohlad.webnode.sk

¹⁵⁶ Viac na: www.sanare.estranky.sk

¹⁵⁷ Viac na: www.stastiesity.eu

¹⁵⁸ Viac na: www.ozzdravadusa.wbl.sk

¹⁵⁹ Viac na: www.ozprvosienka.estranky.sk

¹⁶⁰ Viac na: www.viktoria-cestapomoci.estranky.sk

HULÍNOVÁ, V. a kol. *Metódy a metodika sociálnej práce II*. Ružomberok: Verbum, 2016. 264 s. ISBN 978-80-561-0386-9.

LEVICKÁ, J. a kol. *Sociálne služby – vývoj, súčasný stav a možnosti merania ich kvality*. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2013. 101 s. ISBN 978-80-8082-738-0.

MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševními onemocněním*. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

OLÁH, M. a kol. *Sociálne služby*. Bratislava: Iris, 2013. 146 s. ISBN 978-80-89238-97-2.

TORESINI, L. a kol. *Za zdmi. Deinstitutionalizace v Evropských příkladech dobré praxe*. Praha: Fokus, 2017. 230 s. ISBN 978-80-902741-0-5.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov.

www.dss-most.sk

www.dss-most.sk/rehabilitacne-stredisko

www.facilitas.sk

www.integradz.sk

www.odos-sk.com

www.oporagn.sk

www.ozprvosienka.estranky.sk

www.ozzdravadusa.wbl.sk

www.pohlad.webnode.sk

www.rs.delfinzv.sk

www.sanare.estranky.sk

www.stastiesity.eu

www.viktoria-cestapomoci.estranky.sk

www.zdruzeniekridla.sk

www.zpp-radost.sk

4 Vybrané prístupy a metódy sociálnej práce s ľuďmi s duševnými poruchami

Michaela Šul'ová

Pri sociálnej práci s ľuďmi s duševnými poruchami je možné využívať viacero metód, techník či prístupov. Predstavíme si päť vybraných prístupov a metód, pričom budeme vychádzať aj z nášho výskumu, ktorý sme realizovali s pracovníkmi zo sociálnych zariadení primárne zameranými na ľudí s duševnými poruchami na Slovensku a v Českej republike. Výskumnú vzorku tvorilo 5 slovenských a 13 českých organizácií či služieb, vo výsledkoch sú označované ako P1-P18.¹⁶¹

4.1 Multidisciplinarita

Multidisciplinárny tím je založený na myšlienke spolupráce špecialistov a koordinácie postupov. Nejedná sa o hierarchický systém. Zástupcovia jednotlivých profesií do tímu vnášajú svoje špecifické znalosti a spolupracujú s ďalšími inštitúciami a s osobami, ktoré sú súčasťou klientovej sociálnej siete.¹⁶²

Multidisciplinárny tím môžu tvoriť psychiatri, zdravotné sestry, ošetrovatelia, psychológovia, sociálni pracovníci, ergoterapeuti, arteterapeuti, muzikoterapeuti, liečební pedagógovia atď.¹⁶³

Tímová spolupráca nie je jednoduchá, je ovplyvnená ochotou členov tímu k spolupráci a tým, ako sú členovia tímu vnímaní klientmi, prípadne ďalšími poskytovateľmi služieb. Vedúci tímu si musí byť vedomý týchto faktorov, zároveň je jeho zodpovednosťou skĺbiť pochopenie a vedenie, koordinovať všetky aktivity tak, aby maximálne prospievali klientovi.¹⁶⁴

Mať multidisciplinárny tím je veľkým prínosom pre klientov aj samotných pracovníkov organizácie. Môžu sa vzájomne dopĺňať a klientom tak poskytovať komplexné služby. Zariadenia, kde sú

¹⁶¹ Ide o výskum v rámci projektu KEGA 026KU-4/2017: „Sociálna práca s osobami s duševnými poruchami – Výskum v sociálnych službách ako základňa pre vytvorenie inovatívnych učebných a digitálnych materiálov pre študijný odbor sociálna práca“.

¹⁶² Porov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, s. 143.

¹⁶³ Porov. HAŠTO, J. a kol. *Reforma psychiatrické starostlivosti v SR*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1999, s. 71-77. Porov. MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševními onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 63, 69.

¹⁶⁴ Porov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, s. 143.

multidisciplinárne tímy majú s nimi pozitívne skúsenosti. Mať multidisciplinárny tím je v službe ľuďom s duševnými poruchami veľmi dôležité. Klientom sa tak venuje tím zložený zo sociálnych pracovníkov, zdravotných sestier, psychiatrov, psychológov a peer konzultantov. V niektorých tímoch majú aj právnika ako externého spolupracovníka. Podstatou multidisciplinárnych tímov je snaha ponúknuť klientom čo najkomplexnejšie spektrum služieb, ktoré by v rámci rehabilitačného procesu mohli potrebovať. „V tíme nás je 22, pričom je 6 sociálnych pracovníkov, 10 zdravotných sestier, 2 peer konzultanti, 2 psychológovia (na ½ úväzky), 1 psychiatr a 1 zo sociálnych pracovníkov je špecializovaný adiktológ (niektorí klienti majú diagnózu spojenú s užívaním návykových látok). Členom tímu je aj pracovný konzultant, ktorý sa pohybuje na trhu práce a na základe zákazky našich klientov sa im snaží nájsť zamestnanie.“ (P8). „V našom tíme, ja som tu 6 rokov a od pôvodného modelu, keď sme boli len sociálni pracovníci, sme postupne začali priberať zdravotný personál, najskôr to boli sestričky, potom lekári a psychológovia. Boli sme len sociálny tím a zdravotnou oblasťou sa nám rozšírili obzory i možnosti. Klienti niekedy nie sú schopní sami si vybaviť zdravotné veci, je to zložité. Zdravotnú sestru niekedy skôr pustia než sociálneho pracovníka. Klienti sa k tomu stavajú inak. Napr. čo sa týka hygieny, starostlivosti o seba. I sociálny pracovník má základy fyzickej starostlivosti, ale je to iné. Máme radosť, ani som to nečakala, že to bude mať až taký pozitívny dopad.“ (P6).

Dôležitá je jednota tímu, majú sa stanoviť pravidlá a celý tím musí ich jednotne dodržiavať. Klient nemá hľadať pracovníka, u ktorého mu niečo prejde. Case manažér stanovuje klientovi hranice, oznámi ich na tímovej porade a potom ich všetci majú dodržiavať voči danému klientovi. Pravidlá sú individuálne od klienta ku klientovi s prihliadaním na diagnózu.

Sociálny pracovník prináša do tímu svoju kvalifikáciu pre prácu s ľudskými vzťahmi a so sociálnymi podmienkami, ktoré ovplyvňujú schopnosť klientov naplňovať svoje životné ciele a uskutočňovať plány.¹⁶⁵ Úlohou sociálnych pracovníkov je poskytovať klientovi dostatok informácií a kontaktov v súvislosti s aktuálnou situáciou – vysvetliť systém zdravotnej a sociálnej starostlivosti, vrátane informácií o finančných možnostiach (vybavenie invalidného dôchodku, zamestnávania v chránených podmienkach a pod.), poskytnúť informácie o možnostiach starostlivosti (kontakty na zariadenia a inštitúcie, ktoré môžu pomôcť v konkrétnej situácii – rehabilitácia, domáca starostlivosť,

¹⁶⁵ Porov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, s. 143.

rekvalifikácia, právna pomoc a pod.).¹⁶⁶

Súčasťou tímu sú aj zdravotné sestry, nakoľko mnohí klienti majú zanedbané aj somatické zdravie. Zdravotné sestry ich odprevádzajú k lekárom, objednávajú ich, dohliadajú na termíny u lekárov či dávkovanie liekov. Sú klienti, ktorí nedokážu nikam ísť, alebo len s veľkým úsilím, tak vtedy zdravotná sestra môže zakročiť. Klienti majú niekedy predpísanú depotnú liečbu (depot znamená depotnú injekciu obsahujúcu antipsychotiká, ktoré sú podávané injekčne a podľa toho, v akej dávke a komu sa dávajú, tak fungujú 14 dní, 3 týždne, mesiac). Depot je vhodný pre ľudí, ktorí lieky veľmi neužívajú, alebo zabúdajú, alebo nechcú. A tak dostanú injekciu, kde sa látka pozvoľne uvoľňuje a nemusia užívať klasické tabletky každý deň. Takže niektorí klienti môžu aj niekoľko rokov fungovať len na injekciách. A práve depotnú liečbu dokáže zabezpečiť aj zdravotná sestra z tímu. Depot na konkrétny liek predpisuje psychiater a podať ho môže aj zdravotná sestra v domácnosti klienta.

V niektorých organizáciách súčasťou multidisciplinárneho tímu sú aj pracovní konzultanti. Pracovný konzultant, je človek, ktorý sa pohybuje na trhu práce a na základe potrieb klientov im hľadá vhodné zamestnanie. Z jeho pozície je to veľa práce nie len s klientmi ale najmä so zamestnávateľmi. Aktívne vyhľadáva zamestnávateľov, hovorí s nimi o tom, s akou cieľovou skupinou pracuje. Aktívne sa snaží vyvrátiť mýty, aby ľudia boli schopní duševne chorých klientov zamestnať. „*V našom tíme pracuje aj pracovná konzultantka, lebo si myslíme, že práca je jedna z najdôležitejších vecí. Tak sme si povedali, že potrebujeme takého človeka priamo v tíme. Pracovná konzultantka sa zameriava len na hľadanie zamestnania pre klientov na otvorenom pracovnom trhu aj na chránenom pracovisku.*“ (P6).

Dôležitým členom multidisciplinárneho tímu môžu byť aj peer konzultanti. Peer konzultant je pracovník s vlastnou skúsenosťou s duševným ochorením. Učí klientov, ako žiť s duševnou poruchou, dodáva im nádej na kvalitný život navzdory ochoreniu. „*Peer pracovníci robia niečo medzi sociálnym pracovníkom a psychológom na takej kamarátskej rovine, sú pre klienta vzorom a motiváciou. Sú to stabilizovaní ľudia a sú schopní práce. Určite majú aj vlastnú pomoc. V tíme majú znížené úväzky.*“ (P17).

4.2 Terénna sociálna práca

Terénna sociálna práca ponúka pomoc v prirodzenom prostredí klienta a môže klientom pomôcť, aby sa nedostali do inej starostlivosti,

¹⁶⁶ Porov. MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševními onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 61-63.

ktorá môže vyvolať aj negatívne následky. Terénna sociálna práca môže upozorniť na vznik problémov, zmobilizovať sily na ich riešenie, odhaliť možnosti pomoci už pri zárodku problému.¹⁶⁷

„Terénna forma sociálnej služby sa poskytuje fyzickej osobe v jej prirodzenom sociálnom prostredí alebo v jej domácom prostredí.“¹⁶⁸ Miestom pôsobenia terénnych sociálnych pracovníkov môže byť rodinné prostredie, inštitúcia (napr. psychiatrická nemocnica) či verejný priestor (napr. ulica, park, bar).¹⁶⁹

Terénni sociálni pracovníci chodia s ďalšími členmi multidisciplinárnych tímov za klientmi domov. Má to viacero výhod. Jednou z nich je, že niekedy klient nedokáže sám prísť do zariadenia, a byť terénnej služby, nedostalo by sa mu potrebnej pomoci. Ďalšou z preferovaných výhod je, že klient sa učí fungovať v bežných prirodzených podmienkach a nie je to pre neho stigmatizujúce, ako pobyt v nejakej inštitúcii. Prednosťou terénnej sociálnej práce je aj to, že u klienta odbúrava strach z pracovníkov. „*Do kancelárie pri ambulantnej forme služby príde klient často v strachu. Avšak ak pracovník ide za klientom domov do jeho prirodzeného prostredia, tak tam je na návšteve, klient je vo svojom, cíti sa v bezpečí, povie viac, je to iné, najmä pri práci s rodinou. Práca v teréne je veľmi dôležitá, mala by byť povinná. Inak sa klient správa a rozpráva.*“ (P7).

V rámci terénnej sociálnej práce chodia pracovníci aj do nemocníc, kde nadväzujú kontakty s dlhodobo hospitalizovanými pacientmi, aby po prepustení mali nadväznosť ďalších služieb vo svojej komunite.

V rámci terénnej sociálnej práce pracovníci vykonávajú rôzne aktivity. Cez sociálne poradenstvo, nácvik bežných domácich činností, doprovod na úrady a k lekárom, nácvik vecí, z ktorých má klient strach až po rozhovory spojené s ventiláciou.

Súčasná terénna práca by mala byť aj prácou so spiritualitou jednotlivca. Je potrebné nezabúdať, že pri tejto práci je potrebné pracovať s klientom na úrovni bio-psycho-sociálno a spirituálnej.¹⁷⁰

¹⁶⁷ Porov. AMBRÓZOVÁ, A. *Proces terénnej sociálnej práce v sociálne vylúčenej komunite*. Bratislava: PDCS, 2006, s. 10.

¹⁶⁸ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, § 13, ods. 3.

¹⁶⁹ Porov. KLENOVSKÝ, L. *Terénna sociálna práca*. Bratislava: OZ Sociálna práca, 1. vydanie, 2007, s. 18.

¹⁷⁰ NOVÁ, M. Otázka vzťahu spirituality a sociálnej práce. In *Spôsoby prepojenia systému sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti na úrovni komunitných a pobytových služieb regionálneho charakteru*. Warszawa: Wyzsza szkoła finansów i zarządzania w Warszawie, 2018, s. 241-247.

4.3 Sociálna rehabilitácia

Dôležitým nástrojom integrácie ľudí so zdravotným znevýhodnením do spoločnosti je sociálna rehabilitácia.¹⁷¹ Zákon o sociálnych službách definuje sociálnu rehabilitáciu ako „odbornú činnosť na podporu samostatnosti, nezávislosti, sebaistočnosti fyzickej osoby rozvojom a nácvikom zručností alebo aktivizovaním schopností a posilňovaním návykov pri sebaobslužbe, pri úkonoch starostlivosti o domácnosť a pri základných sociálnych aktivitách s maximálnym využitím prirodzených zdrojov v rodine a komunite.“¹⁷² Služba poskytovaná formou terénnych alebo ambulantných služieb obsahuje tieto základné činnosti: nácvik zručností pre zvládanie starostlivosti o vlastnú osobu, sebaistočnosti a ďalších činností vedúcich k sociálnemu začleneniu, sprostredkovanie kontaktu so spoločenským prostredím, výchovné, vzdelávacie a aktivizačné činnosti, pomoc pri uplatňovaní práv, oprávnených záujmov a pri obstarávaní osobných záležitostí.¹⁷³

K sociálnej rehabilitácii patrí rozvoj samostatnosti klienta nácvikom praktických zručností. Ide o zručností, ktoré sú nevyhnutné pre samostatnejšie fungovanie klienta v domácom prostredí: ako je jednoduchá príprava jedál, starostlivosť o hygienu, upratovanie, nakupovanie, hospodárenie s financiami, cestovanie v MHD a pod. „*Mali sme projekt, kde sme klientov učili orientovať sa na MHD zastávkach a cestovať s MHD. Spolu s dobrovoľníkmi nacvičovali nástup do MHD, sledovanie zastávok a aj výstup z MHD. Teraz už keď ideme napr. na koncert, kde chodíme často, už tam poznajú zastávky a nemajú problém prísť na miesto aj sami.*“ (P1). V zariadeniach podporovaného bývania nacvičujú sociálni pracovníci priamo s klientom zručností potrebné pri samostatnom bývaní. „*Počas pracovnej doby pracovníci pomáhajú klientom pri sebaobslužných úkonoch, úkonoch starostlivosti o domácnosť a pri obnove základných sociálnych aktivít.*“ (P4).

Súčasťou sociálnej rehabilitácie je tréning pracovných zručností. „*Dôležitým cieľom klientov, ktorí chodia do rehabilitačného strediska, je pripraviť sa na prácu tak, aby sa čo najviac boli schopní integrovať do riadneho pracovného procesu. K tomu patrí aj rozvoj základných životných zručností ako rozvoj jemnej motoriky, cvičenie pozornosti, práca v tíme, či zvyšovanie sebaistoty.*“ (P4).

Sociálna rehabilitácia je aj prostriedkom k formovaniu denného režimu. Mnohí ľudia s duševnou poruchou, ktorí sú na invalidnom

¹⁷¹ Porov. ŠTEFÁKOVÁ, L. a kol. *Metódy a metodika sociálnej práce I.* Ružomberok: Verbum, 2016, s. 209.

¹⁷² Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, § 21, ods. 1.

¹⁷³ Porov. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálnych službách, § 70.

dôchodku, dlhodobo už nepracujú a berú lieky, tak majú problém s časovým nastavením dňa. Niekedy sú zvyknutí celý deň len preležať pri TV, alebo vstávať neskoro. A práve denné zariadenia im slúžia k formácii ich denného režimu. „Už len to im pomáha, že ráno vstane a príde tu, a to pravidelne a v rovnakom čase.“ (P3) „Pre niektorých je úspech už len to, že prídu k nám. Je dobré, že má kde prísť a je aktívny na nejaký čas, pretože ak to tak nie je, tak klient upadá. Sú také prípady, máme, že tí ľudia k nám prišli z úplnej izolácie, že ani z domu nevyšli a prišli tu s rodičmi a aj chodili tu s rodičmi, ich stále odprevádzali. A postupom času sa vyšvihli, že dokážu prísť aj sami a zapojiť sa tu do činnosti.“ (P2).

Sociálna rehabilitácia sa zameriava aj na rozvoj sociálnych zručností. Ide o sociálne zručnosti ako je empatia, asertivita, komunikácia, konštruktívne riešenie konfliktov či osvojenie si pravidiel spoločenského správania.

4.4 Case manažment

V tradičnom lôžkovom zariadení sú potreby pacientov (liečba, bývanie, voľný čas a pod.) zabezpečované jedným zdrojom – inštitúciou. Štruktúra a koordinácia starostlivosti sú pevne dané a sú pre väčšinu pacientov rovnaké. Odchod dlhodobo chorých z nemocníc (deinštitucionalizácia) umožnil pracovať s klientmi podľa ich individuálnych potrieb. Zároveň bolo nutné zabezpečiť prepojenosť služieb, nadväznosť poskytovanej starostlivosti a ich koordináciu. To prinieslo rozvoj postupov označovaných ako prípadové vedenie (case management) duševne chorých (v USA 70. roky 20. storočia, v Anglicku 80. roky).¹⁷⁴

Prípadové vedenie (case manažment) je prístup, ktorý má napomôcť lepšej koordinácii poskytovania služieb vo fragmentovanom systéme starostlivosti. Ide o špecifickú metódu komunitnej práce, ktorá spočíva v koordinácii starostlivosti pre klienta jedným kľúčovým pracovníkom. Case manažment vychádza z princípu zachovania kontinuity psychiatrickej starostlivosti a sociálnych služieb. Cieľom je umožniť ľuďom trpiacim duševnou poruchou život v ich vlastnom prostredí, mimo psychiatrické zariadenia. Zahŕňa časovo obmedzené plánovanie pomoci jednotlivcovi alebo rodine v komplexných problémových situáciách. Pretože tieto situácie môžu byť len zriedka uspokojené ponukou jedného pracoviska, vyžadujú plánovanie a realizáciu pomoci nasadením viac druhov služieb. Obsahuje naviazanie

¹⁷⁴ Porov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, s. 140-141.

kontaktu s klientom, zhodnotenie stavu, sprostredkovanie služby, ukončenie práce a evaluáciu.¹⁷⁵

Case manažér poskytuje služby (nácvik zručností, zvládanie denných problémov, vytváranie klientovej podpornej sociálnej siete), vytvára s klientom dlhodobý vzťah, podporuje klientovu identifikáciu so sebou a internalizáciu prospešných postojov a schopností.¹⁷⁶

Case manažér je kľúčová osoba nielen pre klienta, ale aj pre celý systém poskytovanej starostlivosti, je koordinátorom práce tímu a zodpovedá za vytvorenie, aktualizáciu a realizáciu plánu starostlivosti. Jeho úlohou je to, aby klient využíval zo systému dostupné komunitné služby, a jednotlivé organizácie a pracovníci zaistujúci túto starostlivosť navzájom spolupracovali a informovali sa. Má zaistiť, aby starostlivosť nebola chaotická, bez poriadku a zmyslu a klient systém sociálnej starostlivosti zneužíval. Prípadový manažér jednak koordinuje starostlivosť o klienta medzi niekoľkými potrebnými poskytovateľmi podľa jeho individuálnych potrieb, jednak poskytuje aj priamu podporu klientovi, najmä v jeho vlastnom prostredí. K niektorým jeho špecifickým povinnostiam patrí zaistenie plynulého prechodu z lôžka do domáceho prostredia a účasti chorého človeka v komunitných programoch v mieste bydliska. Rolu prípadového manažéra môžu zastávať rôzni profesionáli v starostlivosti o duševné zdravie, najčastejšie sú to sociálni pracovníci a psychiatrické sestry.¹⁷⁷

Case manažér musí dobre poznať históriu, súčasnú situáciu klienta, situáciu jeho okolia, životné podmienky a komunitné zdroje. Prostredníctvom týchto znalostí sa mu podarí ústne zdieľované či nepriamo vyjadrené prania klienta previesť do formy súboru zdravotno-sociálnych potrieb, ktorých naplnenie potom môže byť cieľom spoločnej práce.¹⁷⁸

¹⁷⁵ Porov. KOLIBÁŠ, E. *Průručka klinické psychiatrie*. Nové Zámky: Psychoprof, 2010, s. 85. Porov. MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševními onemocněními*. Praha: Grada, 2008, s. 21, 135. Porov. PROBSTOVÁ, V. – PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky. Vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014, s. 193-194. Porov. MOTLOVÁ, L. – KOUKOLÍK, F. *Schizophrenie. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004, s. 335.

¹⁷⁶ Porov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, s. 141.

¹⁷⁷ Porov. PROBSTOVÁ, V. – PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky. Vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014, s. 193-194. Porov. MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševními onemocněními*. Praha: Grada, 2008, s. 135. Porov. MOTLOVÁ, L. – KOUKOLÍK, F. *Schizophrenie. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004, s. 335.

¹⁷⁸ Porov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, s. 141.

Každý klient má svojho case manažéra, ktorý je pre neho kľúčovou osobou. *„Každý klient má case manažéra – je viac ako len kľúčový pracovník. Kľúčový pracovník sa zameriava na sociálnu oblasť, pričom case manažér je akoby sprievodca a rieši všetko.“* (P13).

Case manažér je akoby sprievodca životom (je to o vzťahoch), tiež odbreňuje rodinu (klient „hádže“ problémy na pracovníka, nie na rodinu), predstavuje kontinuitu (aj na celý život). Case manažér využíva rôzne metódy práce, od klasických ako nácvik sociálnych zručností, až po kreatívne ako je behanie či plávanie.

Ku každému klientovi sa hľadá pracovník – podľa osobnostných vlastností, nevnučujú sa, pretože si nie každý musí osobnostne sadnúť. Na jedného pracovníka je približne 15 klientov (záleží aj od časovej náročnosti, ktorú vyžaduje klientov stav).

Pri case manažmente je aj spolupracujúci pracovník, to znamená, že ak by niektorý case manažér dlhodobo ochorel, tak spolupracujúci pracovník si udržiava informácie o klientovi. V prípade potreby je schopný zastúpiť case manažéra. Zastupiteľnosť by mala byť všeobecná, ale tento zastupujúci by mal mať viac informácií o danom klientovi. *„Mávame ešte porady, kedy sa bavíme o všetkých klientoch, takže sa snažíme, aby všetci členovia tímu poznali všetkých klientov. Máme 170 klientov. Nie vždy sa to podarí. Ale z tých 170 vždy budú ľudia, ktorí nie sú často v kríze. Preto do elektronického programu na tabuľu dávame aj nových klientov a nechávame 14 dní, aby každý deň prebehli poradou a všetci pracovníci o nich vedeli. Robíme to aj z toho dôvodu, že zdravotnícky personál pracuje na smeny a pokrýva aj nočné smeny tu. Sociálni pracovníci majú klasický 8-hodinový pracovný čas od pondelka do piatku. Zdravotníci sú len 2 na dennej a 1 na nočnej. Takže nových klientov nechávame dlhšie, aby sa informácie dostali ku všetkým aj zdravotným sestram. Keď sme si istí, že už všetci poznajú klienta, vedia, o koho ide, tak ho môžeme z elektronickej tabule dať preč, ak už nie je potrebné, aby tam ďalej bol ako nový klient.“* (P8).

4.5 Recovery

Cieľom modernej starostlivosti o ľudí s duševným ochorením nie je len zníženie intenzity symptómov choroby alebo ich eliminácia. Dôležitou úlohou je zvýšenie funkčnej kapacity u týchto ľudí a nájsť ich uspokojivé miesto v spoločnosti. Tento proces bol v posledných desaťročiach označený ako tzv. zotavenie či úzdrava (recovery). Ide o dlhodobý proces či cestu zlepšovania zdravotného stavu a osobnej premeny, ktorá umožňuje človeku s ťažkosťami spôsobenými duševnou

poruchou žiť zmysluplný život v spoločenskom prostredí podľa vlastného výberu a usilovať o plné využitie osobného potenciálu.¹⁷⁹

Úzdravou rozumieme prijatie seba, významu a zmyslu života, ktorý presahuje limity ochorenia, zvládanie choroby a adaptáciu seba samého na ochorenie.¹⁸⁰

Rehabilitačné chápanie zotavenia je zamerané subjektívnejšie na klienta a na proces a dá sa mu chápať ako úspešná životná adaptácia a dosiahnutie plnohodnotného života pri trvajúcej duševnej chorobe, ide o subjektívny pocit cennosti života. Úzdrava je proces, nie konečný bod.¹⁸¹

Prístup recovery (zotavenie) je spôsob, ako žiť spokojný a prínosný život napriek duševnému ochoreniu. Aj napriek ochoreniu, ktoré človek má, má žiť plnohodnotný život v interakcii s ostatnými ľuďmi. Recovery znamená, že pracovník vedie klienta k tomu, aby vykonával bežné aktivity navzdory svojej chorobe. Znamená, že nemá sa stiahnuť „do svojej ulity“ a izolovať sa, ale hľadať zamestnanie prispôbené chorobe, bývať samostatne, v prípade potreby s podporou, a nie v pobytových zariadeniach, mať priateľov a chodiť s nimi do spoločnosti. Človek s duševnou poruchou nesmie mať pocit, že je nepotrebný a jeho život nemá význam. Duševná choroba neznamená „zastavenie“ života, ale je potrebné uchopiť nový význam života, ktorý bude rešpektovať chorobu, ale nedá sa ňou úplne obmedzovať.

Recovery znamená dávať nádej, vytvárať vzťah s človekom a vnímať klienta ako rovnocenného človeka. Tiež znamená dávať mu dobré príklady iných ľudí v procese uzdravovania.

Mnohí klienti sú odkázaní len na invalidný dôchodok (niekedy len čiastočný), ktorý ich finančne ohraničuje. Preto sa niektoré aktivity v rámci recovery vyberajú podľa finančných možností klienta, alebo sa organizácie snažia nájsť na niektoré finančne náročnejšie aktivity vedľajšie finančné zdroje. *„Pracujeme veľa v prirodzenom prostredí s klientmi doma. My chodíme k nim a chceme, aby všetko robili tam, kde bývajú. Nesnažíme sa ich sťahovať k nám. Úplne sa nám nedarí, chceli by sme v teréne byť ako v prirodzenom svete, to naráža trochu na finančné možnosti klientov. Nemajú veľmi peniaze, ísť si niekam sadnúť je pre nich záťaž, a to by sme chceli ešte zmeniť. Máme nejaké peniaze na aktivity vonku, spolu pracovníci a klienti. Pôvodne sme to nazvali, že je to príspevok na aktivity, že chceme podporiť klientov, aby mali bežné aktivity*

¹⁷⁹ Porov. PROBSTOVÁ, V. – PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky. Vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014, s. 214.

¹⁸⁰ Porov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, s. 136.

¹⁸¹ Porov. PROBSTOVÁ, V. – PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky. Vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014, s. 214.

vonku (krúžky, kaviareň,..). Je to vzhľadom k myšlienke recovery. Podporiť ich v tom, aby žili ako ostatní ľudia v komunite a robili veci, ako ostatní. Ich rozpočet je úplne napnutý a neostáva v ňom na nijakú vec navyše. Vytvorili sme preto peniaze, s ktorými im môžeme pomôcť. Dá sa z toho napr. ísť s klientom na plaváreň – tam cieľom je, aby klientka vedela dať zálohu za kľúč, prevzala kľúč, u nás je to bežné, ale ona to nie je schopná na prvýkrát zvládnuť a tak potrebuje to absolvovať viackrát, lebo je dezorientovaná, zmätená. Zrazu tam niekto stojí a ona nevie, čo ďalej. V hlave to potrebuje natrénovať. Po 4 stretnutiach to zvládla sama. Ďalším krokom bude, že nepôjdem plávať, ale ju len počkám. Ďalším krokom bude, že pôjde sama plávať. Cieľom je, že to dokáže sama a bude chodiť sama plávať. K tomu máme plán a ona je ohromne nadšená a posúva sa. Akurát že to nie je hneď, že to chce čas. Aj výstavy, na ktoré chodíme. Naši peer konzultanti tiež používajú príspevky, že vezmú 2 klientov a idú hrať bowling, čo si naši klienti nemôžu dovoliť, lebo je to veľký výdaj. Ale naučia sa postupne hľadať si aktivity. Zažiť radosť.“ (P6).

V rámci chráneného bývania dokonca klientov učia dovolenkám. Mnohí poznajú len bývanie a nemocnicu, nevedia, čo je to ísť niekde mimo mesto, vypnúť od každodenných záležitostí. Tak ich učia aj odpočívať v rámci dovolení. „Raz ročne, kto môže, ideme na 5 dní do penziónu mimo mesto, aby sa naučili odpočívať. Klienti sú často v kolotoči: bývanie a nemocnica. Na dovolenke môžu oddýchnuť od problémov v meste, na dovolenke sú 5 dní a neriešia nič.“ (P13).

Niektoré organizácie do recovery zapájajú aj nový prvok, a to discovery (objavovať). „Snažíme sa ísť na aktivity medzi bežnú populáciu, nie vytvárať „geto“, no mnohí sa toho boja, alebo nechcú. Ak tam idú viacerí aj s pracovníkom, tak niekedy áno, ale ak sami, tak tam často neprídu. Okrem recovery sa zameriavame aj na discovery, čo znamená objavovať.“ (P18).

Literatúra

- AMBRÓZOVÁ, A. a kol. *Proces terénnej sociálnej práce v sociálne vylúčenej komunite*. Bratislava: PDCS, 2006, 76 s. ISBN 80-969431-3-8.
- HAŠTO, J. a kol. *Reforma psychiatrickej starostlivosti v SR*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1999. 88 s. ISBN 80-88952-00-X.
- KLENOVSKÝ, L. *Terénna sociálna práca*. Bratislava: OZ Sociálna práca, 2007. 97 s. ISBN 80-89185-18-5.
- KOLIBÁŠ, E. *Príručka klinickej psychiatrie*. Nové Zámky: Psychoprof, 2010, 304 s. ISBN 978-80-89322-05-3.
- MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševními onemocněním*. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce*

- s nimi. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- MOTLOVÁ, L. – KOUKOLÍK, F. *Schizofrenie. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. 437 s. ISBN 80-7262-277-3.
- NOVÁ, M. Otázka vztahu spirituality a sociální práce. In *Spôsoby prepojenia systému sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti na úrovni komunitných a pobytových služieb regionálneho charakteru*. Warsaw: Wyższa szkoła finansów i zarządzania w Warszawie, 2018, s. 241-247. ISBN 83-89884-02-X.
- PROBSTOVÁ, V. – PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky. Vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. 248 s. ISBN 978-80-262-0731-3.
- ŠTEFÁKOVÁ, L. a kol. *Metódy a metodika sociálnej práce I*. Ružomberok: Verbum, 2016, 259 s. ISBN 978-80-561-0400-2.
- Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.*
- Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálních službách v znení neskorších predpisov.*

5 Housing First ako nástroj na ukončovanie bezdomovectva ľudí s duševnými poruchami

Alena Vachnová

*Mat' „domov“ nemusí garantovať budúce zotavenie, ale je stabilným základom pre znovu vytvorenie menej stigmatizovaného, normalizovaného života v súčasnosti. (Having a 'home' may not guarantee recovery in the future, but it does afford a stable platform for re-creating a less stigmatized, normalized life in the present.)*¹⁸²

Duševné zdravie je jedným zo základných prvkov definície zdravia používanej Svetovou zdravotníckou organizáciou (ďalej „WHO“), ktorá uvádza, že „zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody a nielen neprítomnosť choroby alebo postihnutia“.¹⁸³ Duševné zdravie samotné je podľa WHO „stav telesnej a duševnej pohody, v ktorom si jednotlivec uvedomuje svoje schopnosti, dokáže zvládnuť obvyklý životný stres, môže pracovať produktívne a úspešne a dokáže byť prínosom pre svoju spoločnosť“.¹⁸⁴ K základným znakom duševného zdravia teda patrí vedomie vlastnej hodnoty, uvedomenie si vlastných možností, schopnosť vytvárať a udržiavať hodnotné vzťahy a psychický pocit pohody. Z uvedeného je však zrejmé, že aspekty duševného zdravia alebo choroby sú sociálne a kultúrne podmienené. Aj keď je už na Slovensku akceptovaný pohľad na človeka ako na bio-psycho-socio-environmentálnu bytosť, v praktickom prístupe k duševnému zdraviu nie je tento prístup veľmi viditeľný. S cieľom vytvárať podmienky pre zlepšenie duševného zdravia je nevyhnutné, aby boli intervencie a služby cielené na zlepšenie duševného zdravia zamerané na celú populáciu, a

¹⁸² PADGETT, D. 'There's no Place like (a) Home': Ontological Security among Persons with a Serious Mental Illness in the United States. In: *Social Science and Medicine* [online]. 2007, roč. 64, č.9, s.1934. 13.03.2007 [cit. 13-08-2019]. DOI:10.1016/j.socscimed.2007.02.011.

¹⁸³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States. In: *Basic Documents* [online]. Vydanie 48. Ženeva: 2014, WHO Press. s.1 [cit. 13-08-2019]. ISBN 978-92-4-165048-9. Dostupné na internete: <https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>.

¹⁸⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)* [online]. Ženeva: 2004. World Health Organization; s.10 [cit. 13-08-2019]. ISBN 92-4-159159-5. Dostupné na internete: <https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf>.

nielen na už znevýhodnených ľudí. Keďže však ide o komplexnú problematiku, na efektívne opatrenia je nevyhnutná medzirezortná spolupráca.¹⁸⁵ Medzi podmienky pre zlepšenie duševného zdravia populácie určite patrí aj stabilita, bezpečnosť a dostupnosť bývania, ktoré je považované za jeden zo sociálnych determinantov zdravia. Práve téme bývania, konkrétne prístupu Housing First (Bývanie ako prvé), sa budeme venovať v tejto kapitole.

Aktuálny Akčný plán duševného zdravia 2013-2020 vytvorený WHO si za jeden zo štyroch cieľov vybral „zabezpečovanie komplexných, integrovaných a prístupných služieb duševného zdravia a sociálnych služieb poskytovaných komunitnou formou“, pričom zdôrazňuje niekoľko princípov a prístupov na naplnenie cieľov – všeobecnú zdravotnú starostlivosť, ľudské práva, prax založenú na dôkazoch, prístup životného cyklu, multisektorový prístup, posilnenie osôb s duševnými poruchami a psychosociálnym znevýhodnením. Ako uvidíme v ďalšej časti textu, prístup Housing First, ktorý je aktuálne najviac diskutovaný a uvádzaný ako základný prístup vedúci k ukončovaniu bezdomovectva ľudí s komplexnými potrebami¹⁸⁶, je založený na takmer totožných princípoch a prvkoch.

5.1 História a základné prvky prístupu Housing First

Housing First je pravdepodobne tou najdôležitejšou inováciou v plánovaní služieb pre riešenie bezdomovectva za posledných tridsať rokov. Tento koncept vyvinul Dr. Sam Tsemberis, zakladateľ organizácie Pathways to Housing v New Yorku v roku 1992. Prístup je založený na presvedčení, že bývanie je ľudské právo. Tsemberis vytvoril Housing first model odvíjajúci sa od klienta a založený na dôkazoch, ktorý klientovi umožňuje okamžitý prístup k dlhodobému bývaniu s podporou ľudíom bez domova s duševnými problémami a problémami so závislosťami. Začína sa ubytovaním ľudí priamo z ulice, a to bez predošlých podmienok. Následne sa s klientom riešia základné potreby v oblasti duševného zdravia, závislostí, zdravotnej starostlivosti, príjmu a vzdelávania, s cieľom pomôcť klientovi integrovať sa a privítať ho späť v komunite a v

¹⁸⁵ Porov. MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR. *Aktualizácia Národného programu duševného zdravia a Plán realizácie úloh Národného programu duševného zdravia na obdobie rokov 2017-2018* [online]. s. 4. [cit. 13-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2017-836>>.

¹⁸⁶ Pozn. Ide o ľudí bez domova s vysokou mierou potrieb častokrát spájajúcou duševné poruchy a závislosť na alkohole, resp. iných návykových látkach (tzv. duálna diagnóza). Ide o jednu z najzraniteľnejších a najvylúčenějších skupín ľudí bez domova, ktorí sú často kvôli vysokej komplexnosti potrieb vylúčení aj zo služieb krízovej intervencie.

spoločnosti. Čoskoro po vzniku modelu sa ukázalo, že sa jedná o veľmi úspešnú formu boja s bezdomovectvom medzi osobami s vysokou potrebou podpory v USA, v Kanade a niekoľkých európskych krajinách.¹⁸⁷

Koncept Housing First bol, ako už bolo spomenuté, vytvorený najmä pre osoby s potrebou intenzívnej sociálnej podpory, aby boli schopné vymaniť sa zo situácie bezdomovectva. Sú to najmä ľudia s vážnymi duševnými poruchami alebo vážnymi diagnózami, drogový či alkoholový závislý, ľudia v zlom zdravotnom stave s obmedzujúcimi chorobami či postihnutiami, ktoré sú často následkom dlhodobého bezdomovectva, resp. príčinou ich bezdomovectva. Ako uvádza Tsemberis, začiatkom 80-tych rokov sa na uliciach East Village v New Yorku stále viac stretával s pacientmi, ktorých ešte pred pár dňami ako klinický psychológ liečil spolu so svojimi kolegami v nemocnici, kde pracoval. V tomto čase sa začala jedna z najväčších kríz bezdomovectva v USA, mimochodom trvajúca až dodnes, ku ktorej v jej úvode prispelo viacero faktorov. Išlo najmä o opatrenia v oblasti bytovej politiky preferujúce občanov so strednými a vysokými príjmami žijúcimi na predmestiach veľkých miest, ktorých cieľom bolo prilákať ich opäť do centier metropol, čoho výsledkom bol drastický pokles cenovo dostupného bývania v centrách miest. Ku kríze prispelo aj výrazné zníženie federálneho financovania v oblasti duševného zdravia očakávajúce, že túto zodpovednosť prevezmú jednotlivé štáty, mestá a neziskové organizácie, ale aj rozsiahla deinštitucionalizácia pacientov s vážnymi duševnými poruchami, ktorí sa ocitli bez inštitucionálnej starostlivosti, ktorú v tom momente nesuplovala dostatočná sieť komunitných služieb. Situáciu nezlepšovala ani rétorika politikov spájajúca bezdomovectvo s osobným zlyhaním ľudí bez domova.¹⁸⁸ Tsemberisom spomínaný cyklus nemocnica – ulica – nemocnica, v ktorom sa pacienti ocitli, sa neustále opakoval, no ich zdravotný stav pacientov nijako nezlepšoval. Tsemberis s kolegami vnímali, že za týchto okolností svojim pacientom nedokážu pomôcť. Vo veľkom počte išlo o tzv. „komplikovaných pacientov“ s komplexnými a viacnásobnými problémami, ktorých spoločnosť považovala za zodpovedných za ich situáciu a utrpenie a verejná, ale aj odborná mienka

¹⁸⁷ Porov. PLEACE, N. *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)* [online]. Praha: Úrad vlády ČR – Sekce pro lidská práva, 2017, s.19 [cit. 13-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://housingfirsteurope.eu/assets/files/2017/05/housing-first-guide-czech.pdf>>.

¹⁸⁸ Porov. MOSER JONES, M. Creating a Science of Homelessness During the Reagan Era. In: *The Milbank Quarterly. A Multidisciplinary Journal of Population Health and Health Policy*. [online]. 2015, roč. 93, č.1, s.139-167 [cit. 13-08-2019]. DOI: 10.1111/1468-0009.12108.

vychádzala z predpokladu, že problém je v nich, nie v štrukturálnych podmienkach, či systéme, ktorý nerešpektuje ich potreby. Momentom zlomu, ktorý spôsobil úplný obrat v systéme pomoci a zásadne prispel k vzniku prístupu Housing First, bol moment, kedy Tsemberis a jeho kolegovia začali počúvať svojich pacientov. Tí na otázku, čo potrebujú, odpovedali, že prvoradým je bývanie. Ostatné potreby ako je liečba duševných chorôb či závislostí, mali pre pacientov nižšiu prioritu. Dr. Tsemberis s kolegami akceptovali pohľad svojich klientov, odložili bokom svoje predsudky a nedôveru, a rozhodli sa dôverovať svojim pacientom a vyskúšať to. Organizácia Pathways to Housing, ktorá vznikla v roku 1992, začala ubytovávať pacientov, bez akýchkoľvek predošlých podmienok, v bytoch podľa preferencií pacientov (samostatné bývanie, bývanie v komunite), kde im poskytovala odbornú podporu a sprevádzanie tímom odborníkov. Výsledky boli nečakané a Tsemberis na ich opísanie používa slovo zázrak. Bývanie s podporou prinieslo nie len to, že duševne chorí pacienti, častokrát čeliaci aj závislostiam, dostali bývanie, ale si ho aj udržali, začal sa zlepšovať ich zdravotný stav, mnohí začali úspešne manažovať svoje závislosti alebo sa rozhodli podstúpiť liečbu. Ako následne ukázali výsledky výskumu, úspešnosť tohto prístupu bola dramaticky vyššia oproti tradičnému spôsobu poskytovania služieb – z 20-25% vzrástla na 85%. Práve zber dát, ktoré preukázali úspešnosť prístupu, ako aj fakt, že podľa výskumov bol tento prístup ekonomicky výhodnejší ako poskytovanie služieb tradičnou formou, priniesol rozširovanie modelu do iných amerických a kanadských miest a politickú podporu naprieč politickým spektrom. Jej výsledkom je široká aplikácia modelu v USA a Kanade, ako aj podpora všetkých úrovní vlády v oboch krajinách s cieľom jej ďalšieho rozširovania.¹⁸⁹

Housing First je tak prístupom, ktorý bývanie považuje viac za východisko, ako za cieľ. Zameriava sa najmä na zlepšenie zdravotného stavu klienta, životnú spokojnosť a na sociálnu podporu ľudí bez domova, s ktorými pracuje. To je zásadný rozdiel v porovnaní s tradičnými prístupmi, ktoré od klienta vyžadujú preukázanie abstinencie alebo ochoty liečiť sa, schopnosť bývať „na skúšku“ v tzv. tréningových bytoch, „naučiť sa bývať“, pričom bývanie vo vlastnom domove prichádza na rad ako posledné. Prístup Housing First je tiež výnimočný tým, že klientom poskytuje veľkú možnosť voľby a kontroly, či už vo veci samotného bývania (lokalita, typ bývania, atď.), či ich cieľov (v oblasti zdravia,

¹⁸⁹ Porov. TSEMBERIS, S. Housing First: Sam Tsemberis at TEDx Moses Brown School [video]. 04.05.2012 [cit. 13-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://www.youtube.com/watch?v=HsFHV-McdPo>>.

osobného života, zapojenia do života komunity).¹⁹⁰ Výskumy realizované v USA, Kanade a Európe ukazujú, že Housing First vo všeobecnosti ukončuje bezdomovecť u najmenej 8 ľudí z 10¹⁹¹, pričom sa ukázalo, že Housing First veľmi úspešne funguje u ľudí, ktorí nie sú dobre integrovaní do spoločnosti po dlhodobom alebo opakovanom bezdomovectve, u ľudí s vážnym duševným ochorením a/alebo problémom so závislosťami, ako aj u osôb v zlom zdravotnom stave. V USA a v Kanade sa programy Housing First využívajú aj pre rodiny a mladých ľudí.¹⁹² Aj tieto fakty naznačujú široký potenciál využiteľnosti prístupu Housing First, ktorý pôsobí ako generátor zmeny v životoch ľudí bez domova s komplexnými potrebami.

5.2 Housing Ready vs. Housing First – zmena paradigmy

Pred vznikom prístupu Housing First bol v Severnej Amerike u pacientov s duševnou poruchou využívaný prístup, ktorý od pacientov pred poskytnutím dlhodobého bývania s podporou vyžadoval absolvovanie niekoľkých krokov, predovšetkým liečby a abstinencie. Išlo o viacstupňový model, kde klient musel na postúpenie do ďalšieho stupňa splniť podmienky toho predošlého. Išlo o akýsi tréning smerujúci k samostatnému životu. Cieľom tohto prístupu, nazývaného tiež Housing Ready (Pripravený na bývanie), bolo pripraviť pacienta na samostatné bývanie vo vlastnom domove.¹⁹³ Pre tento typ služieb sa na Slovensku používa pojem prestupné bývanie, ktoré v prípade ľudí bez domova začína poskytovaním služieb krízovej intervencie pobytovou formou (nocľaháreň, útulok) a môže pokračovať rôznymi formami sociálneho nájomného bývania (opäť zloženého z viacerých stupňov charakterizovaných najmä rôznym štandardom bývania a dĺžkou nájomných zmlúv, resp. foriem bývania „na skúšku“).

V USA vznikol koncept viacstupňového bývania z praxe v psychiatrických nemocniciach, ktoré poskytovali starostlivosť pacientom s vážnymi duševnými poruchami, ktorí boli považovaní za neschopných samostatného života a vyžadujúcich si trvalý dohľad a podporu. Hoci v 80-tych rokoch 20.storočia začali mať odborníci na

¹⁹⁰ Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s. 19.

¹⁹¹ Porov. PLEACE, N. – BRETHERTON, J. The Case for Housing First in the European Union: A Critical Evaluation of Concerns about Effectiveness. In: *European Journal of Homelessness* [online]. 2013, roč. 7, č. 2, s.27; 32 [cit. 13-08-2019]. Dostupné na internete:

<https://www.feantsaresearch.org/download/np_and_jb2687551474794273246.pdf>.

¹⁹² Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s. 19.

¹⁹³ Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s.20.

duševné zdravie pochybnosti o efektívite takéhoto prístupu, sa medzičasom stal zabehnutým modelom pomoci osobám bez domova.¹⁹⁴

„Viacstupňový systém pomoci ľuďom bez domova mal tri ciele:

- prípravu ľudí na bývanie v samostatnom domove po živote na ulici alebo prepustení z nemocnice,
- uistenie, že osoba dostáva starostlivosť a medicínu v akýchkoľvek pretrvávajúcich problémoch s duševným zdravím,
- uistenie, že sa daná osoba vyvaruje konania, ktoré by mohlo ohroziť jej zdravie, životnú spokojnosť a stabilitu bývania, čo sa týka najmä užívania drog a alkoholu (abstinencia). „¹⁹⁵

Ako sa ukázalo v 90-tych rokoch, viacstupňový systém bol málo efektívny najmä v prípade osôb s duálnou diagnózou (psychická porucha kombinovaná so závislosťou). Keďže títo klienti neboli schopní naplňať náročné podmienky jednotlivých stupňov, „zasekli“ sa v systéme. Ďalší klienti boli vylúčení z prechodného alebo stáleho bývania kvôli neschopnosti dodržiavať prísne požiadavky, najmä absolútnu abstinenciu od drog a alkoholu, resp. povinnosti absolvovať psychiatrickú liečbu. Vznikli tiež pochybnosti o dosiahnuteľnosti prísne nastavených požiadaviek, ktoré od klientov vyžadovali dokonalejšie správanie, ako od ostatných ľudí (požiadavka perfektného občana).¹⁹⁶ Vo všeobecnosti je možné povedať, že išlo o akýsi zásluhový systém, ktorý na duševne chorých ľudí kladie bremeno až absurdne prísnych kritérií, ktoré sa spravidla nekladú na osoby s inými druhmi ochorení, a už vôbec nie na bežného občana. Ako sa ukázalo následne, tento systém je málo efektívny, a bezdomovectvo u ľudí s vysokou mierou potrieb skôr manažuje, ako ukončuje.

Naopak, služby bývania s podporou umožňujú pacientovi po opustení psychiatrickej nemocnice rýchle získanie bývania s flexibilnou podporou v rôznej intenzite a flexibilnej dĺžky, vždy podľa potrieb klienta, pričom nevyžadujú absolútnu abstinenciu ako podmienku získania a udržania bývania. Zistilo sa, že prístup, v ktorom bývalí pacienti majú väčšiu možnosť voľby o smerovaní ich ďalšieho života, a ak majú flexibilnú podporu, ktorá načúva ich potrebám a pomáha im ich naplňať s cieľom dosiahnuť pozitívne zmeny, je efektívnejší ako viacstupňový systém. Práve tento model bývania s podporou sa stal základom prístupu Housing First.¹⁹⁷ Výskumy ukázali, že podobné problémy, aké vykazuje využívanie viacstupňového modelu v prípade ľudí s vážnymi duševnými

¹⁹⁴ Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s.21.

¹⁹⁵ PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s.21.

¹⁹⁶ Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s.21.

¹⁹⁷ Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s.21.

poruchami, vykazujú aj služby viacstupňového modelu v prípade ľudí bez domova. Znepokojivé boli tiež obavy o etickosti služieb viacstupňového modelu, najmä jeho tendencia dívať sa na bezdomovectvo ako na výsledok chyby charakteru, čo obviňuje ľudí bez domova z toho, že si bezdomovectvo sami spôsobili.¹⁹⁸

5.3 Princípy a výsledky prístupu Housing First

Služby Housing First sú založené na modeli Pathways vytvorenom Dr. Tsemberisom. Ide o tieto princípy aplikované v USA:

1. **Bývanie** – okamžitý prístup k bývaniu bez podmienky pripravenosti na bývanie.
2. **Výber** – výber a sebaurčenie klienta.
3. **Zotavenie** – zameranie na zotavenie.
4. **Podpora** – individualizovaná podpora vedená osobou.
5. **Komunita** – orientácia na spoločnosť a komunitu.¹⁹⁹

S cieľom vytvoriť príručku Housing First akceptujúcu nielen rozdiely medzi krajinami Severnej Ameriky a Európy, ale aj rozdiely medzi jednotlivými európskymi krajinami, rozhodli sa predstavitelia Európskej siete Housing First (Housing First Europe Hub)²⁰⁰ vytvoriť poradný výbor, ktorý na základe konzultácie s odborníkmi na Housing First, vrátane Tsemberisa, zadefinuje základné princípy Housing First pre Európu. Je ich osem, pričom rozsahovo neprekračujú rámce pôvodných princíпов, iba ich ďalej a detailnejšie špecifikujú:

1. Bývanie ako ľudské právo.
2. Možnosť voľby a kontrola na strane klientov.
3. Oddelenie bývania a podpory.
4. Dôraz na zotavenie.
5. Harm Reduction.
6. Aktívne zapojenie bez donútenia.
7. Individuálne plánovanie.
8. Flexibilná podpora na tak dlho, ako je potrebné.²⁰¹

V tejto časti kapitoly sa budeme detailnejšie zaoberať obsahom týchto princíпов, ktorých cieľom je zlepšenie zdravotného stavu, životnej spokojnosti a životných šancí klienta. Hlavným zdrojom informácií v tejto

¹⁹⁸ Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s.22.

¹⁹⁹ Viac informácií na: [https:// www.pathwayshousingfirst.org/](https://www.pathwayshousingfirst.org/)

²⁰⁰ Viac informácií na: <https://housingfirsteurope.eu/>

²⁰¹ Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s.35.

kapitole je práve príručka Housing First Europe²⁰², ktorá je výborným praktickým nástrojom nielen pre poskytovateľov služieb ľuďom bez domova, ale aj odborníkov v oblasti tvorby politik a výskumu.

5.3.1 Bývanie ako ľudské právo – definícia domova

Bývanie je kľúčovou potrebou každého jednotlivca a každej rodiny. Dostupné a vhodné bývanie dáva rodinám a jednotlivcom možnosť vytvárať domov, je predpokladom bezpečia, rozvoja či možnosti vytvárať dlhodobé väzby so svojím okolím a komunitou.

Ak chceme definovať právo na bývanie, je dôležité vedieť, čo môžeme považovať za domov. Ide iba o materiálnu stránku, teda fyzický priestor štyroch stien, podlahy a strechy, alebo ide o niečo viac?

Odpoveďou na túto otázku sú dve definície domova – Európska typológia bezdomovectva (ETHOS), vytvorená organizáciou FEANTSA pre oblasť tvorby politik a praktické účely, a definícia Výboru OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva.

Definícia ETHOS²⁰³ definuje negatívne životné situácie, ktoré spôsobujú bezdomovectvo a bytovú núdzu, pričom uvádza tieto situácie - bez strechy, bez bytu, v neistých podmienkach, v nevyhovujúcich podmienkach. Pokrýva teda celú škálu foriem bezdomovectva, od tých najviditeľnejších až po jeho najskrytejšie formy. Definícia zároveň zdôrazňuje tri domény „domova“ – fyzickú (vlastný priestor na bývanie), sociálnu (možnosť prežívať súkromie a žiť vzťahy) a právnu (mať právny titul na užívanie).²⁰⁴

Výbor OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva stanovil právo na adekvátne bývanie ako „právo každého muža, ženy a dieťaťa na získanie a udržanie si bezpečného a istého domova a komunity v ktorom môžu žiť v mieri a v dôstojnosti“²⁰⁵. Definuje tiež osem prvkov práva na adekvátne bývanie: právna istota užívania bývania; finančná dostupnosť;

²⁰² Príručka je dostupná v českom jazyku tu: <https://housingfirsteurope.eu/assets/files/2017/05/housing-first-guide-czech.pdf>

²⁰³ Viac informácií o typológii ETHOS – European Typology of Homelessness and Housing Exclusion na stránke: <https://www.feantsa.org/download/en-16822651433655843804.pdf>

²⁰⁴ Porov. FEANTSA. *ETHOS – European Typology of Homelessness and Housing Exclusion* [online]. [cit. 13-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://www.feantsa.org/download/en-16822651433655843804.pdf>>.

²⁰⁵ UNITED NATIONS. THE OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS. *The Right to Adequate Housing Toolkit* [online]. [cit. 13-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://www.ohchr.org/en/issues/housing/toolkit/pages/righttoadequatehousingtoolkit.aspx>>.

obývatelnosť; dostupnosť služieb, materiálov, zariadení a infraštruktúry; fyzická dostupnosť; lokalita; kultúrna adekvátnosť.²⁰⁶

Domov má teda konkrétne parametre, ktoré musí naplňať, aby bolo právo človeka na bývanie skutočne naplnené. Aj bývanie v zmysle prístupu Housing First má predstavovať skutočný domov a spĺňať definície ETHOS a OSN. V nijakom prípade nemôže ísť o dočasné bývanie, resp. ubytovanie. Od samotných nájomníkov, resp. užívateľov bývania, sa očakáva plnenie štandardných podmienok spojených s nájmom či užívaním bytov. Človek bez domova si tiež získanie či udržanie bývania nemá „zaslúžiť“ istým správaním alebo napĺňaním špeciálnych očakávaní a podmienok (napr. abstinencia, prípadne podstúpenie liečby), má jednoducho plniť podmienky nájmu ako každý iný nájomca. Na to, aby bol v udržaní si bývania úspešný, je mu poskytovaná flexibilná podpora, pričom sa predpokladá, že klient bude v pravidelnom kontakte s odborníkom, resp. odborným tímom, ktorý mu túto podporu poskytuje.

Aby sa v prístupe Housing First naplnila potreba bývania (na rozdiel od poskytnutia ubytovania) je potrebné, aby naplňalo tieto parametre: istota nájmu, súkromie, kontrola nad priestorom, pocit bezpečia a istoty, finančná dostupnosť, potrebné vybavenie, dostatočný štandard, a vlastný priestor. Domov sa v prístupe Housing First chápe ako počiatočný bod sociálnej integrácie, priestor bezpečia a predvídateľnosti, stabilita, ktorá zlepšuje efektivitu liečby, možnosť kontroly nad vlastným životom a v neposlednom rade vytvorenie priestoru pre stanovenie priorít v ďalších sférach života.²⁰⁷

Právo na bývanie je pevne ukotvené v medzinárodnom práve ľudských práv, ktoré „požaduje od štátov, vrátane Slovenskej republiky, aby uznali a chránili základný štatút rovnosti všetkých a zároveň zaisťovali, aby všetci mali prístup k podmienkam, aby mohli viesť dôstojný alebo minimálne dobrý život, čo zahŕňa ako ochranu jednotlivca pred vážnou ujmom, tak aj poskytnutie zdrojov a služieb typických pre moderné sociálne štáty. A podmienkou pre dôstojný a dobrý život je aj adekvátne bývanie, ktoré v podobe práva aj nárokovateľné.“²⁰⁸

²⁰⁶ Porov. UNITED NATIONS. THE OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS. *The Right to Adequate Housing Toolkit* [online]. [cit. 13-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://www.ohchr.org/en/issues/housing/toolkit/pages/righttoadequatehousingtoolkit.aspx>>.

²⁰⁷ Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s. 63-64.

²⁰⁸ MATIAŠKO, M. – BEŇOVÁ, N. *Právo na bývanie* [online]. SOCIA – Nadácia na podporu sociálnych zmien, 2018. s. 8 [cit. 19-08-2019]. ISBN: 978-80-89851-17-1.

5.3.2 Možnosť voľby a kontrola na strane klientov

Ide o kľúčový princíp, ktorý tvoril základný zlomový bod pri vytvorení modelu organizáciou Pathways to Housing – načúvanie klientovi a jeho potrebám a rešpektovanie jeho názoru. Tento princíp vychádza z názoru potvrdeného praxou, že klient je schopný rozhodnúť sa ako žiť a aké podporné služby s týmto cieľom využívať. S cieľom, aby ľudia bez domova dostali možnosť rozhodovať o svojich potrebách a ich naplnení, je potrebné si uvedomiť, že ich potreby nebude možné naplniť prostredníctvom štandardného balíčka služieb. Kľúčom k porozumeniu potrieb je načúvanie a vnímanie, aký druh pomoci klient potrebuje, vnímanie silných stránok klienta, vyvarovanie sa poučovania a hlavne odolanie pokušeniu myslieť si, že odborný personál rozumie potrebám klienta lepšie, ako klient sám. S cieľom vytvoriť si s klientom vzťah založený na dôvere je zo strany odborníkov nevyhnutná, úcta, súcitenie, srdečnosť, otvorenosť a porozumenie, či trpezlivosť, rovnako ako schopnosť zanechať predsudky. Cieľom spolupráce s klientom je nájsť vhodnú kombináciu služieb zodpovedajúcu aktuálnym potrebám klienta, vrátane potrebnej liečby v prípade fyzických či duševných zdravotných problémov či konzumácie alkoholu alebo drog. Aj tu má klient situáciu pod vlastnou kontrolou, odborný personál ho však aktívne informuje o možnostiach a povzbudzuje ho k pozitívnym zmenám. Samotná podpora musí byť flexibilná, prispôsobovať sa individuálnym potrebám klienta, uvedomovať si jeho jedinečnosť, rešpektovať jeho silné stránky, podporovať ho v liečbe a aktivizácii, pričom mu ponúka služby, ktoré klient potrebuje. Začiatkom samotného zotavovania je sebaurčenie, umožnenie klientovi mať možnosť voľby a kontroly nad tým, aké služby využíva, pričom ide o neustále hľadanie rovnováhy medzi klientovou potrebou robiť vlastné rozhodnutia a odborným vedením klienta.²⁰⁹

5.3.3 Oddelenie bývania a podpory

Housing First prístup vníma bývanie a podporu oddelene. Ako už bolo uvedené, od klienta sa očakáva, aby dodržiaval podmienky nájmu, resp. užívania bytu rovnako, ako iní nájomníci. Zahŕňa to napríklad včasné platenie nájmu, starostlivosť o priestor bytu alebo spoločných priestorov, či starostlivosť o dobré susedské vzťahy. Čo sa však vyžaduje, je

Dostupné na internete: <https://www.socia.sk/wp-content/uploads/2018/12/Pravo-na-byvanie_final_web.pdf>. Pozn. Publikácia Právo na bývanie prináša detailnú analýzu práva na bývanie v medzinárodnom kontexte, ako aj v národnom kontexte. Zaoberá sa tiež právom na bývanie v kontexte ľudí so zdravotným postihnutím, a ľudí bez domova.

²⁰⁹ Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s. 37-38.

udržiavanie kontaktu s odborným personálom s cieľom poskytnutia podpory na udržanie bývania. Získanie bývania ani jeho udržanie nie je podmienené nastúpením liečby či abstinenciou. Housing First nevyst'ahováva klientov, ak nezmenia svoje správanie. K vyst'ahovaniu dochádza len ak klient porušuje podmienky nájmu. Ani v tomto prípade však klientovi neprestane byť poskytovaná podpora a hľadá sa pre neho vhodná forma bývania. Služby podpory zostávajú v kontakte s klientom aj v prípade ústavnej liečby, či výkonu trestu. Rovnako, ak už klient služby podpory nepotrebuje, neznamená to, že musí opustiť bývanie. Práve naopak, došlo k naplneniu účelu podporných služieb a klient užíva bývanie naďalej, tentoraz už bez podpory. Platí to aj v extrémnych prípadoch, keď bolo klientovi poskytnuté bývanie v špecializovanom kongregovanom bývaní či komunálnom priestore (teda v bytovom dome určenom iba pre klientov Housing First).²¹⁰

V praxi hľadajú organizácie uplatňujúci prístup Housing First praktické spôsoby, ako zabezpečiť oddelenie bývania a podpory. Na poskytovanie bývania a podpory vytvárajú napr. samostatné organizácie, resp. zabezpečia takéto oddelenie personálne (pracovník zabezpečujúci správu bytov, odborný pracovník/tím zabezpečujúci podporu pre udržanie bývania). Častokrát ide o spoluprácu viacerých partnerov, kde bývanie zabezpečuje mestská samospráva, či iný vlastník nehnuteľností a služby podpory zabezpečujú napríklad mimovládne organizácie špecializujúce sa na sociálne a iné odborné poradenstvo. Formy prevádzkovania bývania organizáciami sa líšia, pričom zahŕňajú celé spektrum vzťahu k bytom od vlastníckych, cez správcovské až po nájomné.

5.3.4 Dôraz na zotavenie

„Služba s orientáciou na zotavenie sa zameriava na celkovú životnú spokojnosť (well-being) jednotlivca. To zahŕňa jeho fyzické aj duševné zdravie, úroveň jeho sociálnej podpory (od partnera, rodiny či priateľov) a mieru sociálnej integrácie, teda či je súčasťou komunity a podieľa sa aktívne na spoločenskom dianí.“²¹¹ Cieľom je maximálne zotavenie klienta na všetkých úrovniach jeho osoby či vzťahov a zapojenie do života komunity a spoločnosti. Ako už bolo spomenuté, kľúčom je sebaurčenie, rozhodovanie o smerovaní vlastného života, skúsenosť realizácie dôstojnosti, slobody a zmysluplnosti. Dá sa povedať, že služby podpory sprevádzajú klienta v jeho procese „sebazotavenia“.

²¹⁰ Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s. 38-39.

²¹¹ PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s. 39.

V tomto kontexte je potrebné mať správne nastavené očakávania. Mnohí klienti budú zápasit' so závislosťami, pričom môže dochádzať k recidívam. Samostatné bývanie, najmä v prípade dlhodobej skúsenosti s bezdomovectvom, môže priniesť pocity izolácie, či zhoršiť stavy depresie. Bude trvať nejaký čas, kým si klienti zvyknú na prostredie, v ktorom žijú, a kým si vytvoria vzťahy so susedmi. Pre niektorých klientov to môže byť prvý skutočný domov, teda môžu potrebovať sprevádzanie a radu ohľadom bývania, úhrad za energie a iné poplatky, či varenia a starostlivosti o domácnosť. Práve tu môže zohrať kľúčovú rolu tzv. peer-support, kde podporu klientovi poskytne človek, ktorý má žitú skúsenosť s rovnakou či podobnou situáciou. Aj zverenie zodpovednosti za určité úlohy, napr. zastupovanie iných klientov programu Housing First voči poskytovateľovi služby, môže byť impulzom a akceleratorom pozitívnej zmeny. Niektoré programy vytvárajú príležitosti pre klientov Housing First na pravidelné stretávanie sa v denných centrách, ktoré môžu priniesť pocit úľavy a spoločenstva najmä tým klientom, ktorí majú dlhodobú skúsenosť s bezdomovectvom. Veľká časť klientov trpí komplexnou traumou zažitou v detstve, dnes známou ako Adverse Childhood Experiences (ACEs), je teda nevyhnutné rozumieť jej dopadom na zdravie človeka aj v dospelosti a tiež možnostiam ako na ňu reagovať.²¹² Aj samotná skúsenosť bezdomovectva je traumatizujúcou skutočnosťou s rozsiahlymi dopadmi na všetky sféry života človeka, preto vedomosti v tejto oblasti, súciti a postoj služby voči človeku, ktorý prešiel skúsenosťou nie zásadne odlišnou od iných extrémnych skúseností (ako napríklad vojna), sú nevyhnutným predpokladom nie len kvality a odbornosti služby, ktorá má byť klientovi poskytnutá, ale ešte viac vzťahu dôvery, ktorý je nevyhnutným predpokladom akejkoľvek podpory. V USA sa v posledných rokoch rozšíril prístup Trauma-Informed Care (TIC – informovaná starostlivosť v oblasti traumy), ktorý poskytovateľom starostlivosti o ľudí bez domova rozširuje možnosti ich služieb z reakcie na krízu bezdomovectva o možnosť prispieť k dlhodobej liečbe traumatizovaných jednotlivcov.²¹³

²¹² Porov. NATIONAL HEALTH CARE FOR THE HOMELESS COUNCIL. *Homelessness and Adverse Childhood Experiences. The Health and Behavioral Health Consequences of Childhood Trauma* [online]. Fact Sheet, February 2019, s.1 [cit. 19-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/aces-fact-sheet-1.pdf>>. Pozn. Rozlišujeme dva typy ACEs (na úrovni rodiny, na úrovni komunity), pričom bol preukázaný stupňujúci sa vzťah medzi počtom ACEs a následkami v oblasti zdravia a duševného zdravia v dospelosti.

²¹³ Viac informácií o Trauma Informed Care a jej aplikovaní v službách pre ľudí bez domova, ako aj o konkrétnych programoch využívajúcich TIC: HOPPER, E. K. – BASSUK, E. L. – OLIVET, J. Shelter from the Storm: Trauma-Informed Care in Homelessness Services Settings. In: *The Open Health Services and Policy Journal*

Podpora zotavenia sa zo strany služby realizuje vždy na základe detailného plánu, ktorý musí vychádzať z autentických potrieb klienta, ktorý má v celom procese možnosť voľby a kontroly. Plán tak bude vždy odzrkadľovať predstavy klienta o tom, čo potrebuje, a nie predstavy niekoho iného. Nevyhnutnosťou je teda, ako už bolo zdôraznené, načúvanie klientovi a rešpektovanie jeho voľby. Zároveň je potrebné, aby bol plán zotavenia realistický a podložený, čo už je úlohou odborníkov, ktorí mu poskytujú podporu.²¹⁴

5.3.5 Harm Reduction

Prístup harm reduction je založený na holistickom prístupe (zameranom na osobu ako celok), ktorý sa usiluje o riešenie všetkých príčin a následkov užívania drog a alkoholu. „Termínom „harm reduction“ sa označujú koncepcie, programy a činnosti smerujúce k minimalizácii škôd súvisiacich s užívaním psychoaktívnych látok u osôb, ktoré nie sú schopné alebo ochotné s týmto užívaním prestať. Určujúcim rysom je skôr dôraz na prevenciu rizík či škôd a zameranie na osoby, ktoré v užívaní drog pokračujú, než na prevenciu užívania drog ako takých.“²¹⁵ Harm reduction ponúka klientom podporu, pomoc a starostlivosť, ale nevyžaduje samotnú abstinenciu od drog a alkoholu. Ide teda o persuasívny prístup, ktorého cieľom nie je nutnosť úplnej eliminácie drog a alkoholu, ale redukcia ujmy, ktorú tieto látky spôsobujú. Ak by prístup Housing First neobsahoval harm reduction, nešlo by o skutočné uplatňovanie bývania ako ľudského práva. Každá podmienka abstinencie by totiž vylučovala z bývania tých, ktorí by úplnú abstinenciu odmietli.²¹⁶

„Harm reduction sa v Housing First prejavuje v dvoch významoch – po prvé, ľudia ktorí v minulosti zažívali chronické bezdomovecstvo a mali problémy s alkoholom alebo drogami, úspešne žijú vo svojich domovoch a po druhé, užívanie drog a alkoholu je stabilizované (v niektorých prípadoch znížené).“²¹⁷

[online]. 2009, č. 2, s. 131-151. 17.09.2009 [cit. 19-08-2019]. Dostupné na internete: <http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/shelter_from_storm.pdf>.

²¹⁴ Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s. 40.

²¹⁵ INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION. *Co je "harm reduction"?* Stanovisko Mezinárodní asociace pro harm reduction (IHRA) [online]. Apríl 2010. s. 1 [cit. 19-08-2019]. Dostupné na internete: <https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_Czech.pdf>.

²¹⁶ Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s. 41.

²¹⁷ PLEACE, N. – QUILGARS, D. *Improving Health and Social Integration through Housing First. A Review* [online]. FEANTSA, 2013, s.4 [cit. 19-08-2019]. Dostupné na internete: <https://housingfirstguide.eu/website/wp-content/uploads/2016/03/improving_health_and_social_integration_through_housing_first_a_review.pdf>.

5.3.6 Aktívne zapojenie bez donútenia

Prístup aktívneho zapojenia bez donútenia (z amerického termínu *active engagement without coercion*) je asertívny, avšak v žiadnom prípade nie agresívny spôsob práce s klientmi Housing First. Tento prístup kladie dôraz na pozitívny spôsob zapojenia klientov do služieb Housing First, vďaka ktorému veria, že zotavenie je možné. Klienti sú predovšetkým žiadaní, aby sa konštruktívne pozerali na aspekty svojho správania, ktoré by mohli ohroziť ich vymanenie zo situácie bezdomovectva, či ich zdravie, životnú spokojnosť alebo kvalitu života. V tomto zmysle sa klientom Housing First nikdy nesmie vyhrážať sankciami za spôsob ich správania, najmä v zmysle straty podpory či prístupu k bývaniu ale naopak, zdôrazňuje sa možnosť pozitívnej zmeny a skutočnosť podpory, ktorá je vždy k dispozícii.²¹⁸

Podpora je poskytovaná dvomi spôsobmi. Prvým spôsobom je intenzívny *case management* (*Intensive case management - ICM*), založený na istote podpory a vytvorení spojení medzi klientom a liečbou a podporou zabezpečovanou poskytovateľmi lekárskeho, podporného alebo sociálnych služieb. ICM zabezpečuje jeden pracovník (nemusí to byť nevyhnutne sociálny pracovník), ktorý poskytuje priamu podporu a zaisťuje pre klienta prístup k ďalším potrebným službám. Druhým spôsobom je tím asertívnej komunitnej podpory (*ACT*), alebo iný multidisciplinárny tím, ktorý priamo poskytuje starostlivosť vo všetkých potrebách klienta (vrátane duševného zdravia, závislostí, zlým zdravotným stavom). ACT sa využíva predovšetkým u klientov s veľmi vysokou potrebou podpory. Housing First môže potenciálne fungovať ako zmenšenina sociálneho štátu, ak sám o sebe zabezpečuje všetky potrebné služby.²¹⁹

5.3.7 Individuálne plánovanie

Komplexnosť situácie bezdomovectva si vyžaduje komplexné riešenie situácie konkrétneho človeka. Situácia každého človeka bez domova je špecifická a vyžaduje si riešenie šité na mieru. V prípade prístupu Housing First je kľúčovým nástrojom individuálny plán, ktorý zabezpečuje detailnosť a uľahčuje koordináciu potrebných služieb. Centrom všetkých rozhodnutí a hlavným určovateľom postupu a charakteru využívaných služieb je samotný klient, ktorý musí mať v celom procese zabezpečenia možnosť voľby a kontroly. Je to klient,

²¹⁸ Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s.41-42.

²¹⁹ Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s. 51.

ktorý vie jediný povedať, ako vidí svoju vlastnú budúcnosť. V tomto prístupe sa klient neprispôsobuje vopred určeným službám, ale služby sa prispôsobujú klientovi a poskytujú sa mu individuálne podľa jeho potrieb. Cieľom poskytovanej podpory je návrat klienta do bežného života, zároveň je však klientovi umožnené naplniť tento cieľ vlastnou cestou.

Podpora poskytovaná klientovi zahŕňa všetky aspekty jeho života vrátane zdravia a vzťahov. Sociálna integrácia zahŕňa sociálnu podporu, zapojenie do občianskeho života, či prospešnosť spoločnosti. Sociálna integrácia v konečnom dôsledku zlepšuje zdravie a skrze sebaúctu aj celkové životné podmienky klienta.²²⁰

Čo sa týka rozsahu, liečba a podpora zhrňa najmä psychiatrickú pomoc a služby v oblasti duševného zdravia, služby v oblasti liečby drogových a alkoholových závislostí, klinické služby (ošetrovateľská služba, všeobecný lekár, starostlivosť pred nástupom a po prepustení z nemocnice), služby osobnej starostlivosti (stravovanie, opatrovateľské služby), služby pracovnej terapie, služby 24-hodinovej dostupnosti, či rôzne poradenstvo a poskytovanie informácií.²²¹

Sociálna integrácia, na ktorej sa organizačne podieľajú peer-pracovníci alebo zamestnanci služieb Housing First, je zameraná na to, aby klientom umožnila nezávislý život v bežných bytoch v bežných štvrtiach. Klientom sa poskytuje najmä emocionálna a sociálna podpora, podpora v oblasti zapojenia do života komunity, sociálnej podpory od partnera, priateľov a rodiny, zvládania negatívnych vzťahov, problematického, nevhodného a kriminálneho správania, zvládania stigmatizácie, vytvárania štruktúrovanej a zmysluplnej aktivity, prípravy a sprevádzania pri hľadaní a udržaní platenej práce a napokon v oblasti dosahovania ontologického bezpečia (pocit bezpečia, istoty a predvídateľnosti – vedomie, že jedinec vie, kde žije a kam patrí).²²²

5.3.8 Flexibilná podpora na tak dlho, ako je potrebné

Podpora v prístupe Housing First je flexibilná v zmysle časového obdobia, v ktorom sa poskytuje, ako aj v zmysle intenzity, obsahu a rozsahu, v akom sa v konkrétnom čase poskytuje. Podpora klienta pokračuje aj v prípade, že stratil bývanie, jej prioritou v danom čase bude najmä zabezpečenie vhodného bývania.

²²⁰ Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s. 42.

²²¹ Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s. 53-54.

²²² Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s. 54-57.

5.4 Výsledky prístupu Housing First

Ako bolo uvedené v úvode kapitoly, kľúčovým výsledkom prístupu Housing First, dnes aplikovaným v Severnej Amerike, v Austrálii, na Novom Zélande či štátoch Európskej Únie, je fakt jeho vysokej úspešnosti u ľudí bez domova s vysokou potrebou podpory. Vo väčšine prípadov vyriešia európske programy Housing First bezdomovectvo u 8 z 10 klientov. Príručka Housing First Europe uvádza prehľad konkrétnych projektov realizovaných v európskych mestách s úspešnosťou udržiavania si bývania na úrovni 74-97%, čo ukazuje, že miera úspešnosti európskych programov Housing First je porovnateľná alebo prevyšuje výsledky zo Severnej Ameriky (tie sa pohybovali na úrovni 80-88%). Naproti tomu, v programoch založených na viacstupňovom systéme, bolo 40-60% ľudí bez domova s vysokou potrebou podpory vyradených alebo program opustilo ešte skôr, ako im bolo bývanie poskytnuté. Aj keď je prístup Housing First veľmi úspešný v ukončovaní bezdomovectva, stále zostáva skupina klientov (5-20%), ktorým prístup Housing First nedokáže zabezpečiť udržateľné vymanenie sa zo situácie bezdomovectva.²²³

Od vzniku prístupu Housing First bolo zrealizovaných množstvo výskumov zameraných na jeho evaluáciu. Dôležitosť dôkazov bola pre rozvoj samotného prístupu priam kľúčová – práve vďaka dôkazom o úspešnosti intervencie sa samotný prístup rýchlo rozširoval a získaval podporu nie len u odbornej verejnosti, ale aj naprieč politickým spektrom. Evaluácia Housing First môže byť zameraná na meranie procesu, zisťovanie vernosti princípom ako aj na meranie efektívnosti. Systematické merania tiež prinášajú možnosť pravidelne hodnotiť výsledky prístupu, zvyšovať kvalitu jeho aplikácie v konkrétnom programe, spoznávať jeho limity a obmedzenia a reagovať na nich, zabezpečiť financovanie programu a celkovo podporiť šírenie využívania prístupu.

Výskum porovnávajúci životné zmeny ľudí bez domova s duševnými poruchami, ktorým boli poskytované služby v zmysle prístupu Housing First (konkrétne vo výskumnom demonštračnom projekte At Home/ Chez Soi) a v zmysle tzv. „tradičnej starostlivosti“ (angl. „treatment as usual“) v piatich kanadských mestách ukázali, že Housing First s intenzívnou podporou prinášal klientom pozitívnejšie zmeny (pozitívne zmeny uvádzal dvojnásobok klientov Housing First oproti klientom „tradičnej starostlivosti“), pričom naopak klienti „tradičnej starostlivosti“ uvádzali až štvornásobne vyšší počet negatívnych

²²³ Porov. PLEACE, *Europská příručka Bydlení především (Housing First Guide)*, s. 27.

zmien. Pozitívne faktory zahŕňali najmä stabilné bývanie dobrej kvality, zvýšenú kontrolu užívania návykových látok, pozitívne vzťahy, sociálnu podporu a hodnotné sociálne role. K negatívnym faktorom patrili neisté bývanie, negatívne sociálne kontakty, izolácia, výrazné užívanie návykových látok a beznádej. Výsledky tohto výskumu ukazujú, že klienti tzv. tradičnej starostlivosti naďalej zápasili s bezdomovectvom.²²⁴

Výskum realizovaný v štyroch francúzskych mestách zameraný zisťovanie, či nezávislé bývanie s podporou tímov v oblasti mentálneho zdravia a zameraním na zotavenie prinášajú u ľudí bez domova s vážnymi duševnými poruchami zníženie využívania nemocníc a služieb urgentnej starostlivosti, konštatoval zníženie počtu dní hospitalizácie u klientov s nezávislým bývaním a podporou ACT tímu a úsporu na nákladoch spojených so starostlivosťou o takýchto klientov.²²⁵ Ďalší výskum, tentoraz zameraný na ľudí bez domova so závislosťou na alkohole, realizovaný v Housing First projekte lokalizovanom v Seattle v USA v jedinom bytovom dome (teda nie v tzv. rozptýlenom bývaní), preukázal vysokú mieru udržania bývania po dvoch rokoch (na úrovni 77%), pričom často spomínané rizikové faktory ako alkoholová a drogová závislosť, psychiatrické symptómy či história bezdomovectva, nevýúsťovali do bezdomovectva klientov. Naopak, aktívne pijúci klienti mali vyššiu mieru udržania bývania ako nepijúci klienti.²²⁶ Jedným z kľúčových parametrov úspechu, v súlade s princípmi Housing First, je poskytovanie podpory klientom prostredníctvom ICM alebo ACM. Ako preukázal výskum zameraný na efektivitu Housing First programu s ICM v etnicky rôznorodej skupine dospelých ľudí bez domova v Toronte (Kanada), v porovnaní z bežnou starostlivosťou, Housing First s ICM môže u klientov zvýšiť stabilitu bývania, komunitné fungovanie a znížiť počet dní spojených s problémami s alkoholom.²²⁷

²²⁴ Porov. NELSON, G., et.al. Life Changes Among Homeless Persons With Mental Illness: A Longitudinal Study of Housing First and Usual Treatment. In: *Psychiatric Services* [online]. 2015, roč.66, č.6, s. 592. 17.02.2015 [cit. 20-08-2019]. DOI: 10.1176/appi.ps.201400201.

²²⁵ Porov. TINLAND, A., et.al. Effectiveness of a Housing Support Team Intervention with a Recovery-oriented Approach on Hospital and Emergency Department Use by Homeless People with Severe Mental Illness: a Randomized Controlled Trial. In: *The Lancet* [online]. s. 3. 29.7.2019 [cit. 13-08-2019]. Dostupné na internete: <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3417890>.

²²⁶ Porov. COLLINS, S. – MALONE, D. – CLIFASEFI, S. Housing Retention in Single-Site Housing First for Chronically Homeless Individuals With Severe Alcohol Problems. In: *American Journal of Public Health* [online]. 2013, roč. 103, č.S2, s. 269. 12.2013 [cit. 13-08-2019]. DOI: 10.2105/AJPH.2013.301312.

²²⁷ Porov. STERGIOPOULOS, V. et al. Effectiveness of Housing First with Intensive Case Management in an Ethnically Diverse Sample of Homeless Adults with Mental

Ako uvádza správa z dvojročného výskumu vo Washingtone, DC zameraného na stabilitu bývania a zotavenie ľudí so skúsenosťou chronického bezdomovectva a duálnou diagnózou, výskum preukázal vysokú mieru udržania bývania u klientov s vážnym znevýhodnením a skúsenosťou chronického bezdomovectva (min. v dĺžke 5 rokov), ktorí majú vysokú mieru potreby služieb (udržanie bývania na úrovni 97% po prvom roku, 84% po druhom roku). Preukázal tiež výrazné zníženie psychiatrických symptómov u klientov s vysokou mierou stresu v prvom roku, výrazné zníženie užívania alkoholu a zníženie dopytu po intenzívnych podporných službách.²²⁸

Ako ukazujú výskumy, v diskusii zameranej na typ bývania (rozptýlené bývanie vs. bývanie na jednom mieste), programové odlišnosti nevyhnutne neznamenajú, že uplatnenie prístupu Housing First stráca jasnosť. Naopak, poskytovatelia služieb pre ľudí bez domova prispôbujú model tak, aby zodpovedal lokálnym výzvam a potrebám, čo vyúsťuje do variácií viditeľných v rôznych programoch a mestách.²²⁹

5.5 Je prístup Housing First prenositeľný aj na Slovensko a môže prinášať podobné výsledky?

Štúdie zamerané na efekty využívania prístupu Housing First v celom spektre jeho aplikácií pribúdajú a dávajú stále viac a stále presnejších odpovedí na množstvo otázok. Ukazuje sa však, že pri dodržaní základných princípov Housing First je možné ho variovat' tak, aby odpovedal na miestne potreby a výzvy, kultúrny kontext, či finančné možnosti. Zmenou paradigmy je totiž samotná zmena prístupu k človeku s traumatizujúcou skúsenosťou bezdomovectva, čeliacemu chabému zdraviu, duševným chorobám či závislostiam, extrémnemu vylúčeniu a stigmatizácii, a ďalším okolnostiam, ktoré ho vylučujú a vytláčajú na okraj spoločnosti. Pleace a Brethertonová navrhujú typológiu Housing First služieb ako rámec, v rámci ktorého je možné testovať jednotlivé programy s cieľom zistiť vernosť princípom tohto prístupu a silu dôkaznej

Illness: A Randomized Controlled Trial. In: *PLOS ONE* [online]. s. 1-2; 16. 15.07.2015 [cit. 20-08-2019]. DOI: 10.1371/journal.pone.0130281.

²²⁸ Porov. TSEMBERIS, S. – KENT, D. – RESPRESS, Ch. Housing Stability and Recovery Among Chronically Homeless Persons With Co-Occurring Disorders in Washington, DC. In: *American Journal of Public Health* [online]. 2012, roč. 102, č. 1, s. 13. 12.2017 [cit. 20-08-2019]. DOI: 10.2105/AJPH.2011.300320.

²²⁹ Porov. CHEN, P. Housing First and Single-Site Housing. In: *Social Sciences* [online]. 2019, roč. 8, č. 129, s. 1-10. 24.04.2019 [cit. 20-08-2019]. DOI: 10.3390/socsci8040129. Pozn. Článok obsahuje viac informácií o variáciách v zmysle typu bývania a diskusii o jasnosti princípov Housing First, ako aj potrebe zabezpečenia a merania vernosti prístupu Housing.

základne. Príkladný program Housing First podľa autorov musí klientovi umožňovať voľbu, poskytovať intenzívnu podporu (ACT/ICM), byť zameraný na ľudí so skúsenosťou chronického bezdomovectva, využívať rámce harm reduction, umožňovať otvorený, časovo neobmedzený prístup k podporným službám a oddelovať bývanie od poskytovania podpory (najmä v zmysle nezávislosti bývania na podmienke liečby).²³⁰ „Housing First prístup je, na základe aktuálnych poznatkov, ďalej rozširiteľný. Zdá sa tiež, že služby, ktoré nasledujú základnú filozofiu a operačné princípy Housing First, dosahujú podobne vysoké úrovne efektivity v ukončovaní chronického bezdomovectva. V kontexte EÚ je to dôležité, pretože to robí koncept Housing First potenciálne adaptabilným na rôzne kontexty.“²³¹ Ako ďalej uvádzajú Pleace a Brethertonová, Housing First vo vysokej miere ukončuje bezdomovectvo, a to znamená, že je potrebné zvážiť ho ako kľúčovú stratégiu na zníženie chronického bezdomovectva v EÚ.²³²

Oproti dlhoročnej a intenzívnej diskusii na medzinárodnom fóre a v západných krajinách, je téma bezdomovectva na Slovensku ešte stále vnímaná ako okrajová. Mimovládne organizácie poskytujúce služby ľuďom bez domova, rodinám aj jednotlivcom, však v praxi zaznamenávajú nie len nárast počtu klientov, ale aj nárast komplexnosti ich potrieb. Špecifickou skupinou ľudí bez domova sú osoby s komplexnými potrebami, pričom je veľmi ťažké odhadnúť ich počet a presnejšie definovať ich potreby. Je to dôsledkom vážnejšieho faktu – na Slovensku v súčasnosti neexistuje pravidelné zisťovanie zamerané na ľudí bez domova, pričom nie sú ani známe presné údaje o veľkosti skupiny ľudí bez domova, prípadne skupiny ľudí v niektorej z kategórií ETHOS typológie bezdomovectva a vylúčenia z bývania.²³³ Situácia ľudí bez domova s komplexnými potrebami je tak súčasťou celkovej situácie ľudí

²³⁰ Porov. PLEACE, BRETHERTON. *The Case for Housing First in the European Union: A Critical Evaluation of Concerns about Effectiveness*, s. 27.

²³¹ PLEACE, BRETHERTON. *The Case for Housing First in the European Union: A Critical Evaluation of Concerns about Effectiveness*, s. 34.

²³² Porov. PLEACE, BRETHERTON. *The Case for Housing First in the European Union: A Critical Evaluation of Concerns about Effectiveness*, s. 35.

²³³ Pozn. Prvým pokusom zistiť počet ľudí bez domova v SR bolo priame sčítanie, realizované Štatistickým úradom SR v roku 2011, v rámci Sčítania obyvateľstva, domov a bytov. Aplikujúc takýto prístup bolo za ľudí bez domova v rámci tohto sčítania označených 23 483 obyvateľov SR. Viac informácií o výskume: GEBERY, D. Odhady počtov ľudí bez domova. In: ONDRUŠOVÁ, D. ed. *Ľudia bez domova: príprava a realizácia empirického výskumu, analýza nástrojov prevencie a riešenia bezdomovectva* [online]. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2015, s. 43-57. [cit. 20-08-2019]. Dostupné na internete: <https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2015/Ondrusova/vu_ludia_bez_domova.pdf>.

bez domova, ktorá si vyžaduje komplexné a systémové riešenie zamerané na prevenciu a ukončovanie bezdomovectva. Jeho základom a nevyhnutným predpokladom je vytvorenie národnej koncepcie, ktorá vyhodnotí aktuálnu situáciu a zadefinuje potrebné opatrenia.²³⁴ Ako uvádza Pleace a Brethenová vyššie, je potrebné zvážiť Housing First prístup ako kľúčovú stratégiu na ukončovanie chronického bezdomovectva. Nadviazalo by sa tak na iniciatívy mimovládnych organizácií, ktoré sa už pokúšajú o aplikáciu Housing First prístupu v rôznych variáciách vo svojich pilotných projektoch v lokálnom kontexte²³⁵ a majú výsledky, ktorými môžu prispieť do diskusie o potrebných krokoch. Práve využitie Housing First prístupu môže byť generátorom zmeny a kľúčovou stratégiou na ukončovanie bezdomovectva ľudí bez domova s komplexnými potrebami, ktorí sú jednou z najzraniteľnejších a najvylúčenejších skupín ľudí bez domova aj na Slovensku.

Literatúra

- COLLINS, S. E. – MALONE, D. K. – CLIFASEFI, S. L. Housing Retention in Single-Site Housing First for Chronically Homeless Individuals With Severe Alcohol Problems. In: *American Journal of Public Health* [online]. 2013, roč. 103, č.S2, s. 269-274. 12.2013 [cit. 13-08-2019]. DOI: 10.2105/AJPH.2013.301312.
- FEANTSA. *ETHOS – European Typology of Homelessness and Housing Exclusion* [online]. [cit. 13-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://www.feantsa.org/download/en-16822651433655843804.pdf>>.
- GEBERY, D. Odhady počtov ľudí bez domova. In: ONDRUŠOVÁ, D. ed. *Ľudia bez domova: príprava a realizácia empirického výskumu, analýza nástrojov prevencie a riešenia bezdomovectva* [online]. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2015, s. 43-57. [cit. 20-08-2019]. Dostupné na internete: <https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2015/Ondrusova/vu_ludia_bez_domova.pdf>.

²³⁴ Prvé kroky už v tejto veci boli urobené Inštitútom pre výskum práce a rodiny MPSVaR, ktorý spracoval Podkladový materiál koncepcie prevencie a riešenia bezdomovectva na národnej úrovni. Viac informácií o dokumente: ONDRUŠOVÁ, D. – FICO, M. *Podkladový materiál koncepcie prevencie a riešenia bezdomovectva na národnej úrovni* [online]. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2018. [cit. 20-08-2019]. Dostupné na internete: <https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2018/Ondrusova/podkladovy_material_koncepcie_ondrusova_2018.pdf>.

²³⁵ Príkladom je projekt Housing Cverna realizovaný OZ Vagus (<https://www.vagus.sk/housing-first-cverna/21/o-programe/>), program Bývanie realizovaný OZ Proti prúdu (<https://www.notabene.sk/?byvanie>), či projekt Starostlivé bývanie realizovaný Nadáciou DEDO (<https://nadaciadedo.sk/#projekty>).

- HOPPER, E. K. – BASSUK, E. L. – OLIVET, J. Shelter from the Storm: Trauma-Informed Care in Homelessness Services Settings. In: *The Open Health Services and Policy Journal* [online]. 2009, č. 2, s. 131-151. 17.09.2009 [cit. 19-08-2019]. Dostupné na internete: <http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/shelter_from_storm.pdf>.
- HOUSING FIRTS EUROPE. [cit. 13-08-2019]. Dostupný na internete: <<https://housingfirsteurope.eu/>>.
- CHEN, P. Housing First and Single-Site Housing. In: Social Sciences [online]. 2019, roč. 8, č. 129, s. 1-10. 24.04.2019 [cit. 20-08-2019]. DOI: 10.3390/socsci8040129.
- INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION. *Co je "harm reduction"?* Stanovisko Mezinárodní asociace pro harm reduction (IHRA) [online]. Apríl 2010. [cit. 19-08-2019]. Dostupné na internete: <https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_Czech.pdf>.
- MATIAŠKO, M. – BEŇOVÁ, N. *Právo na bývanie* [online]. SOCIA – Nadácia na podporu sociálnych zmien, 2018. [cit. 19-08-2019]. ISBN: 978-80-89851-17-1. Dostupné na internete: <https://www.socia.sk/wp-content/uploads/2018/12/Pravo-na-byvanie_final_web.pdf>.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR. *Aktualizácia Národného programu duševného zdravia a Plán realizácie úloh Národného programu duševného zdravia na obdobie rokov 2017 - 2018* [online]. 2017 [cit. 13-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2017-836>>.
- MOSER JONES, M. Creating a Science of Homelessness During the Reagan Era. In: *The Milbank Quarterly. A Multidisciplinary Journal of Population Health and Health Policy*. [online]. 2015, roč. 93, č.1, s. 139-178. 05.03.2015 [cit. 13-08-2019]. DOI: 10.1111/1468-0009.12108.
- NADÁCIA DEDO. *Starostlivé bývanie*. [cit. 20-08-2019]. Dostupný na internete: <<https://nadaciadedo.sk/#projekty>>.
- NATIONAL HEALTH CARE FOR THE HOMELESS COUNCIL. *Homelessness and Adverse Childhood Experiences. The Health and Behavioral Health Consequences of Childhood Trauma* [online]. Fact Sheet, February 2019 [cit. 19-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/aces-fact-sheet-1.pdf>>.
- NELSON, G. et.al. Life Changes Among Homeless Persons With Mental Illness: A Longitudinal Study of Housing First and Usual Treatment. In: *Psychiatric Services* [online]. 2015, roč. 66, č. 6, s. 592-597. 17.02.2015 [cit. 20-08-2019]. DOI: 10.1176/appi.ps.201400201.
- ONDRUŠOVÁ, D. – FICO, M. *Podkladový materiál koncepcie prevencie a riešenia bezdomovectva na národnej úrovni* [online]. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2018. [cit. 20-08-2019]. Dostupné na internete: <https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2018/Ondrusova/podkladovy_material_koncepcie_ondrusova_2018.pdf>.
- OZ PROTI PRÚDU. *Program Bývanie*. [cit. 20-08-2019]. Dostupný na internete: <<https://www.notabene.sk/?byvanie>>.
- OZ VAGUS. *Housing Cverna*. [cit. 20-08-2019]. Dostupný na internete: <<https://www.vagus.sk/housing-first-cverna/21/o-programe/>>.
- PADGETT, D. K. 'There's no Place like (a) Home': Ontological Security among Persons with a Serious Mental Illness in the United States. In: *Social Science and Medicine* [online]. 2007, roč. 64, č. 9, s.1925-1936. 13.03.2007 [cit. 13-08-2019]. DOI:10.1016/j.socscimed.2007.02.011.
- PATHWAYS HOUSING FIRST. [cit. 13-08-2019] Dostupný na internete: <<https://www.pathwayshousingfirst.org/>>.

- PLEASE, N. – BRETHERTON, J. The Case for Housing First in the European Union: A Critical Evaluation of Concerns about Effectiveness. In: *European Journal of Homelessness* [online]. 2013, roč. 7, č. 2, s. 21-41. [cit. 13-08-2019]. ISSN 2030-3106. Dostupné na internete: <https://www.feantsaresearch.org/download/np_and_jb2687551474794273246.pdf>
- PLEASE, N. – QUILGARS, D. *Improving Health and Social Integration through Housing First. A Review* [online]. FEANTSA, 2013. [cit. 19-08-2019]. Dostupné na internete: <https://housingfirstguide.eu/website/wp-content/uploads/2016/03/improving_health_and_social_integration_through_housing_first_a_review.pdf>.
- PLEASE, N. *Evropská příručka Bydlení především (Housing First Guide)* [online]. Vydání první. Praha: Úrad vlády ČR – Sekce pro lidská práva, 2017. [cit. 13-08-2019]. ISBN 978-80-7440-159-6. Dostupné na internete: <<https://housingfirsteurope.eu/assets/files/2017/05/housing-first-guide-czech.pdf>> <https://www.pathwayshousingfirst.org/>.
- STERGIOPOULOS, V. *et al.* Effectiveness of Housing First with Intensive Case Management in an Ethnically Diverse Sample of Homeless Adults with Mental Illness: A Randomized Controlled Trial. In: *PLOS ONE* [online]. s. 1-21. 15.07.2015 [cit. 20-08-2019]. DOI: 10.1371/journal.pone.0130281.
- TINLAND, A. *et al.* Effectiveness of a Housing Support Team Intervention with a Recovery-oriented Approach on Hospital and Emergency Department Use by Homeless People with Severe Mental Illness: A Randomized Controlled Trial. In: *The Lancet* [online]. 29.7.2019 [cit. 13-08-2019]. Dostupné na internete: <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3417890>.
- TSEMBERIS, S. – KENT, D. – RESPRESS, Ch. Housing Stability and Recovery Among Chronically Homeless Persons With Co-Occurring Disorders in Washington, DC. In: *American Journal of Public Health* [online]. 2012, roč. 102, č. 1, s. 13-16. 12.2017 [cit. 20-08-2019]. DOI: 10.2105/AJPH.2011.300320.
- TSEMBERIS, S. Housing First: Sam Tsemberis at TEDx Moses Brown School [video]. 04.05.2012 [cit. 13-08-2019] Dostupné na internete: <<https://www.youtube.com/watch?v=HsFHV-McdPo>>.
- UNITED NATIONS. THE OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS. *The Right to Adequate Housing Toolkit* [online]. [cit. 13-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://www.ohchr.org/en/issues/housing/toolkit/pages/righttoadequatehousingtoolkit.aspx>>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States. In: *Basic Documents* [online]. Vydání 48. Ženeva: 2014, WHO Press. 2014 [cit. 13-08-2019]. ISBN 978-92-4-165048-9. Dostupné na internete: <https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)* [online]. Ženeva: 2004. World Health Organization; 2004 [cit. 13-08-2019]. ISBN 92-4-159159-5. Dostupné na internete: <https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf>.

6 Sociálne podniky – príležitosť pre uplatnenie na trhu práce

Jozefína Hvastová

Sociálny podnik môže byť jednou z možností, kde si ľudia aj s duševným ochorením môžu nájsť prácu. Lebo práve práca je významným aspektom určujúcim kvalitu života a stupeň integrácie znevýhodnených a zraniteľných osôb.

6.1 Podstata sociálneho podnikania

Podnikanie najčastejšie definujeme podľa § 2 zákona č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v platnom znení ako sústavnú činnosť vykonávanú samostatne podnikateľom vo vlastnom mene a na vlastnú zodpovednosť za účelom dosiahnutia zisku. Táto definícia však bola upravená, pričom od mája 2018 definujeme podnikanie ako sústavnú činnosť vykonávanú samostatne podnikateľom vo vlastnom mene a na vlastnú zodpovednosť za účelom dosiahnutia zisku *alebo na účel dosiahnutia merateľného pozitívneho sociálneho vplyvu, ak ide o hospodársku činnosť registrovaného sociálneho podniku podľa osobitného predpisu*. Do pozornosti sa teda dostáva rozmer sociálneho vplyvu a sociálne podnikanie sa dostáva stále viac do centra záujmu. Pojem sociálne podnikanie a sociálny podnik sa stále viac objavuje nielen v súvislosti s rozvojom Európy, ale najmä v súvislosti s problémami, ktoré tradičná ekonomika prináša a mnohokrát nedokáže riešiť.

V odbornej literatúre môžeme nájsť mnoho definícií sociálneho podnikania a sociálneho podniku (uvedieme aspoň niektoré z nich). Dnes najčastejšie uznávanú definíciu sociálneho podnikania prijala britská vláda v roku 2002, ktorá uvádza, že sociálne podnikanie je podnikanie s primárne sociálnymi cieľmi, ktorého hospodársky zisk je v prvom rade znovu investovaný do podnikania za rovnakým účelom alebo do rozvoja miestnej komunity, skôr než aby sa jednalo o podnikanie vedené potrebou maximalizovať zisk pre zainteresované skupiny/osoby či vlastníkov.²³⁶

Dôležitým aspektom sociálneho podnikania je samotná sociálnosť, ktorá spočíva v:²³⁷

²³⁶ Porov. KOL. *Sociální firma – výzva v podnikání 21. století* [online]. [cit. 10-07-2019] s. 13. Dostupné na internete: <http://www.socialnifirmy.cz/images/publikace_fokus_6.pdf>.

²³⁷ Porov. *Čo je sociálne podnikanie* [online]. [cit. 07-09-2019] Dostupné na internete: <<http://www.podnikame-socialne.sk/index.php/co-je-socialne-podnikanie>>.

- obsahu činnosti sociálneho podniku (aké výrobky a služby podnik poskytuje, aké potreby uspokojuje),
- zapojení cieľovej skupiny (v tom, kto je do tvorby hodnôt sociálneho podniku zapojený),
- spôsobe organizácie činnosti sociálneho podniku,
- použití príjmov z podnikateľskej činnosti.

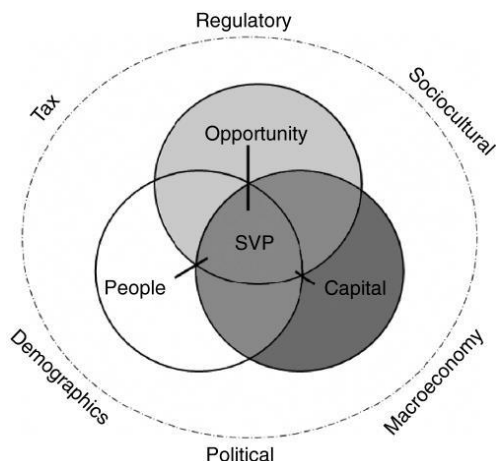
Sociálne podnikanie rieši prostredníctvom samostatnej podnikateľskej aktivity a účasti na trhu otázky zamestnanosti, sociálnej súdržnosti a miestneho rozvoja a svojou činnosťou podporuje solidárne správanie, sociálne začleňovanie a rast sociálneho kapitálu najmä na miestnej úrovni s maximálnym rešpektovaním trvalo udržateľného rozvoja.²³⁸ Prostredie sociálneho podnikania pozostáva z rôznych organizácií, iniciatív a nástrojov, ktorých ciele sú zamerané na tvorbu pridanej sociálnej hodnoty.²³⁹ Prínosom sociálneho podnikania je okrem rozvoja zamestnanosti aj rozvoj sociálnych služieb, rozvoj regionálneho rozvoja či posilňovanie sociálneho začleňovania znevýhodnených skupín.

Sociálne podnikanie je druh podnikania, ktorý prepája sociálne a ekonomické ciele. Uplatňujú sa tu hodnoty a princípy, ktoré sú podobné princípom sociálnej politiky a sú obsiahnuté aj v etických kódexoch sociálnych pracovníkov. Rámec sociálneho podnikania sa nachádza na prieniku troch kruhov, ktoré sú navzájom prepojené. Ide o ľudské zdroje, ekonomické (kapitálové) zdroje a príležitostný kruh. Príležitostný kruh je umiestnený na vrchole, pretože to je iniciujúci bod pre podnikanie. V strede sa nachádza SVP (social-value proposition), t. j. sociálna pridaná hodnota ako integrujúca premenná. Podnikateľ musí však venovať pozornosť aj faktorom (silám), ktoré sú pre podnikanie dôležité a možno povedať, že na neho vplyvajú. Ide pritom o faktory makroekonomické, politické, demografické, daňové, regulačné a spoločenskokultúrne.²⁴⁰

²³⁸ Porov. GREATER LONDON ENTERPRISE – REDECo. *Srovnávací analýza modelů sociální ekonomiky v EU a možnosti jejich aplikace v ČR v rámci programového období Evropského sociálního fondu 2007 – 2013. Závěrečná zpráva 23.05.2008* [online]. [cit. 15-08-2019] s. 14. Dostupné na internete: <http://www.equalcr.cz/files/clanky/1368/Zaverecna_zprava_230508.pdf>.

²³⁹ Porov. KORIMOVÁ, G. *Sociálna ekonomika a podnikanie*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Ekonomická fakulta, 2014, s. 87.

²⁴⁰ Porov. AUSTIN, J. – STEVENSON, H. – WEI-SKILLERN, J. Social and Commercial Entrepreneurship: Same, Different, or Both? In *R. Adm.*, ISSN 0080-2107, 2012, roč. 47, č. 3, s. 380.



Obr. 1 Rámec sociálneho podnikania²⁴¹

Ekonomicky je sociálne podnikanie ohrozované dvoma faktormi, a to nízkou produktivitou práce zapojených a insolventnosťou svojich potenciálnych odberateľov (klientov). Nízka produktivita práce zapojených súvisí s tým, aké pracovné činnosti ponúka (oblasť podporných verejných a sociálnych služieb) a akú pracovnú silu zamestnáva (znevýhodnené kategórie). Tomuto riziku možno čeliť financovaním aktivít z viacerých zdrojov, pričom sú potrebné aj podporné finančné mechanizmy z verejných a súkromných zdrojov. V zahraničí sa uplatňuje kombinácia niekoľkých finančných zdrojov, a to napr. vládne programy podpory trhu práce, politiky zamestnanosti a politiky sociálnej pomoci, regionálne a lokálne verejné zdroje (priame a nepriame ekonomické nástroje), grantové schémy (európske fondy, nadačné fondy a pod.), vlastný zisk z ponúkaných tovarov a služieb, dary a sponzoring, pôžičky.²⁴²

Koncept sociálnej ekonomiky predstavuje nové a moderné riešenie tém ako je integrácia osôb ohrozených sociálnym vylúčením, rozvoj miestnych zdrojov a pod. Vychádza z predpokladu, že štát nemôže v plnej miere uspokojovať ani finančne zabezpečovať sociálne potreby všetkých obyvateľov a že tradičné trhové poňatie ekonomiky nevyhovuje úplne nárokom modernej demokratickej spoločnosti.²⁴³ Solidárna ekonomika

²⁴¹ AUSTIN, J. – STEVENSON, H. – WEI-SKILLERN, J. 2012. Social and Commercial Entrepreneurship: Same, Different, or Both? In *R. Adm.*, ISSN 0080-2107, 2012, roč. 47, č. 3, s. 380.

²⁴² Porov. LUBELCOVÁ, G. Sociálna ekonomika: koncepty, príležitosti, riziká. In *Sociológia*, ISSN 0049-1225, 2012, roč. 44, č. 1, s. 98-97.

²⁴³ Porov. *Sociální firma – výzva v podnikání 21. století*. Praha: Fokus, o. s., 2007, s. 13.

má dve funkcie, a to ponúkať produkty a služby a vytvárať sociálne väzby a solidaritu medzi členmi sociálnych skupín aj solidaritu medzi skupinami a spoločnosťou.²⁴⁴

Aktérom sociálnej ekonomiky je sociálny podnik. Jeho hlavným cieľom je vytvorenie sociálneho dopadu a nie tvorba zisku v prospech vlastníkov alebo akcionárov. Pôsobí na trhu tak, že poskytuje podnikateľským a inovačným spôsobom výroby a služby a zisky používa hlavne pre naplnenie sociálnych cieľov. Je riadený zodpovedne a transparentne. Z hľadiska hlavných oblastí činnosti ide o podniky poskytujúce sociálne služby alebo tovary a služby zraniteľným osobám a podniky usilujúce sa o pracovnú integráciu ľudí, ktorí sa stretávajú s ťažkosťami pri hľadaní zamestnania, avšak ich činnosť môže zahŕňať aj iné než sociálne služby.²⁴⁵ Sociálne podniky sú síce prvotne založené na generovaní zisku, avšak ich záujmom je naplňovať aj sociálne ciele a podporovať zmysel pre sociálnu zodpovednosť na lokálnej úrovni.

Sociálny podnik je taký podnikateľský subjekt, ktorý pôsobí v konkurenčnom prostredí trhu tovarov a služieb a prioritne zamestnáva zdravotne alebo inak sociálne znevýhodnené osoby. Jeho cieľom nie je maximalizácia zisku, ale kultúra dávania (sociálna pridaná hodnota) a spoločenské začleňovanie svojich zamestnancov. Prípadné zisky podielovo reinvestuje do rozvoja svojich hlavných sociálnych cieľov. Patria sem napr. podniky pôsobiace v oblasti zvyšovania vzdelanosti, poradenstva, sociálne a výrobné družstvá, chránené dielne, neziskové a charitatívne organizácie poskytujúce verejnoprospešné činnosti.²⁴⁶ Sociálny podnik pôsobí teda na bežnom trhu tovarov a služieb a súťaží tak s ostatnými podnikateľskými subjektami. Uprednostňovanie spoločenského cieľa pred ziskom ale stavia sociálny podnik do znevýhodnenia v porovnaní s tými podnikateľskými subjektami, ktoré sú zamerané výlučne na zisk.²⁴⁷

Sociálny podnik vzniká a rozvíja sa na koncepte tzv. trojakého prospechu (triple bottom line) a to ekonomického, sociálneho a environmentálneho. Sociálny podnik teda:

²⁴⁴ Porov. SKOVAJSA, M. a kol. *Občanský sektor*. Praha: Portál, 2010, s. 291.

²⁴⁵ Porov. EURÓPSKA KOMISIA. *Iniciatíva pre sociálne podnikanie: Vytvárať priaznivé prostredie na podporu sociálnych podnikov v rámci sociálnej ekonomiky a sociálnych inovácií* [online]. [cit. 11-07-2019] Dostupné na internete: <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0682:FIN:SK:HTML>>.

²⁴⁶ Porov. KORIMOVÁ, G. Teoretické a metodologické východiská rozvoja sociálnej ekonomiky. In *Ekonomický časopis*, ISSN 0013-3035, 2008, roč. 56, č. 3, s. 321.

²⁴⁷ Porov. ŠKOBLA, D. *Možnosti, perspektívy a bariéry sociálneho podnikania s dôrazom na pracovno-integračné sociálne podniky na Slovensku*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2018, s. 9.

- prevádzkuje aktivitu, ktorá je prospešná spoločnosti alebo špecifickej skupine ľudí,
- vykonáva sústavnú ekonomickú aktivitu,
- zisk používa prednostne na rozvoj sociálneho podniku alebo pre naplnenie verejne prospešných cieľov,
- prednostne využíva miestne zdroje a uspokojuje potreby miesta, v ktorom pôsobí,
- podporuje zmysel pre zodpovednosť na miestnej úrovni a vo svojej činnosti zohľadňuje environmentálne aspekty.²⁴⁸

Pri samotnom poskytovaní verejných služieb a pri presadzovaní verejnej politiky zamestnanosti je sociálny podnik postavený na partnerstve verejného a súkromného sociálneho sektora. Z dôvodu úzkej spolupráce s obidvoma sektormi je považovaný za výnimočný typ podniku, zároveň je považovaný za vykonávateľa sociálnej politiky.²⁴⁹ Aj napriek mnohým prínosom je pojem sociálny podnik vnímaný slovenskou verejnosťou skôr negatívne, k čomu iste prispelo aj objavenie sa nedostatkov v pilotných projektoch. Za ich neúspechom je najmä nedostatočné porozumenie zmyslu sociálneho podnikania a nepripravenosť sociálnych a podnikateľských predpokladov.²⁵⁰ Z hľadiska typov možno rozlišovať:²⁵¹

1. *Sociálne podniky pracovnej integrácie – Work Integration Social Enterprises (WISE)* – založené s cieľom vytvárať pracovné miesta a zamestnať znevýhodnených uchádzačov o zamestnanie. Zameriavajú sa najmä na pomoc nezamestnaným, ktorí sú vystavení riziku trvalého vylúčenia z trhu práce. Podľa spôsobu integrácie znevýhodnených uchádzačov o zamestnanie poznáme štyri hlavné modely sociálneho podniku WISE a to prechodné zamestnanie, vytváranie trvalých pracovných miest so samofinancovaním, pracovná integrácia prostredníctvom priebežnej dotácie z verejných zdrojov a socializácia na základe produktívnej činnosti.
2. *Sociálne podniky poskytujúce služby alebo tovary* – poskytujú služby alebo vyrábajú tovar pre zraniteľné, marginalizované alebo

²⁴⁸ Porov. *Co je sociální podnik* [online]. [cit. 04-08-2019] Dostupné na internete: <<http://www.toulcuvdvr.cz/socialni-podnik/co-je-socialni-podnik>>.

²⁴⁹ Porov. VENCLÍK, M. – BÜRGER, J. – VOJÁČKOVÁ, V. a kol. *Sociální podnikání v praxi*. Brno: Komora sociálních podniků ve spolupráci s Jihomoravským krajem, 2016, s. 13.

²⁵⁰ Porov. LUBELCOVÁ, G. Sociálna ekonomika: koncepty, príležitosti, riziká. In *Sociológia*, ISSN 0049-1225, 2012, roč. 44, č. 1, s. 103.

²⁵¹ Porov. *Typy sociálnych podnikov* [online]. [cit. 18-07-2019] Dostupné na internete: <<http://socialnepodnikanie.sk/co-je-to/>>.

znevýhodnené osoby, alebo svojimi aktivitami prispievajú k ochrane životného prostredia.

Okrem toho poznáme aj:²⁵²

- a) *sociálne podniky podporujúce miestny rozvoj v znevýhodnených oblastiach* (napr. rozvoj poľnohospodárstva, revitalizácia verejného priestoru v mestách a dedinách),
- b) *ostatné* (napr. environmentálne aktivity, kultúrne či športové aktivity, sociálne podniky podporujúce vedu a výskum, zachovanie kultúrneho a historického dedičstva).

Zakladanie sociálnych podnikov má pomôcť eliminovať chudobu a sociálnu exklúziu, ktoré majú bezprostredný vplyv na celkovú ekonomiku spoločnosti.²⁵³ Získanie práce prostredníctvom sociálneho podniku totiž znamená pre znevýhodnené skupiny obyvateľov jednak príjem vo forme mesačnej mzdy, ako aj integráciu do života väčšinovej spoločnosti. Tým sa zlepšuje ich fyzický aj duševný stav, rastie ich sebadôvera. Znevýhodnené skupiny sú súčasne aj potenciálni budúci samozamestnávateľia. V prípade, že im bude poskytnutá určitá podpora (vzdelanie, mentoring, poradenstvo), môžu sa rozhodnúť realizovať malé podnikateľské aktivity. Tento trend možno pozorovať aj v zahraničí a vo všeobecnosti je podporovaný.²⁵⁴

Manažovanie všetkých typov podnikov, o to viac sociálnych podnikov je viditeľným výsledkom cieľavedomej a organizovanej snahy, na ktorý sa z pohľadu lepšieho riadenia a účinnejšieho pochopenia nazerá ako na systém. Nie je to teda žiaden náhodný zhluk ľudí a procesov. Sociálny podnik je možno považovať za špecifický druh organizácie, ktorý dosahuje svoje ciele tým, že ponúka a poskytuje služby a tovary ako výsledok procesu, ktorý sa odohráva vo vnútri podniku a má charakter transformácie vstupov na výstupy, pričom sa realizuje pri poskytovaní pracovných príležitostí marginalizovaným skupinám.²⁵⁵

Prínosom a pozitívom sociálnych podnikov je ich reakcia na lokálny dopyt tovarov a služieb. Postupne nahrádzajú aktivačné práce a dávajú prácu nezamestnaným. Na základe ich existencie panuje predpoklad

²⁵² Porov. ŠKOBLA, D. – KOVÁČOVÁ, L. – ONDOŠ, S. *Sociálne podniky pracovnej integrácie na Slovensku. Súčasné skúsenosti a budúce perspektívy*. Bratislava: SGI, 2018, s. 14.

²⁵³ Porov. KORIMOVÁ, G. *Sociálna ekonomika a podnikanie*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Ekonomická fakulta, 2014, s. 87.

²⁵⁴ Porov. BEDNÁRIKOVÁ, D. – FRANCOVÁ, P. *Studie infrastruktury sociální ekonomiky v ČR*. Praha: Nová ekonomika, 2011, s. 41.

²⁵⁵ Porov. ĽAPINOVÁ, E. – VICIÁNOVÁ HRONCOVÁ, J. *Ekonomika sociálneho podniku (Antológia)*. Banská Bystrica: Vydavateľstvo Univerzity Mateja Bela – Belianum, Ekonomická fakulta, 2014, s. 16.

zvýšenia domácej výroby a spotreby a lepšie využitie domácich a prírodných zdrojov. K ich rizikám naopak patria nedostatočne prepracované podmienky ich zakladania, absencia kritérií výberu subjektov pre realizáciu siete sociálnych podnikov a pretrvávajúca neochota obcí a miest riadiť tento typ podnikania.²⁵⁶

Sociálne podniky sú úzko spojené s konceptom inštitucionálnej prázdnoty, ktorá súvisí so zlyhaním alebo neprítomnosťou moderných trhových inštitúcií, ktoré nedovoľujú zraniteľným skupinám participovať na trhoch a tým zlepšiť svoje socioekonomické postavenie. Príkladom inštitucionálnej prázdnoty sú chýbajúce finančné produkty, a teda prístup k finančnému kapitálu, ktorý je kľúčový pre zapojenie sa do ekonomickej aktivity a trhového mechanizmu napr. v kontexte založenia vlastného podniku.²⁵⁷ Teda aj napriek tomu, že slúžia ako nástroj na uplatnenie znevýhodnených osôb na trhu práce či na pracovné začlenenie dlhodobo znevýhodnených nezamestnaných, stretávajú sa a boria sa s problémami, ktoré im bránia pri napĺňaní cieľov orientujúcich sa nielen na dosahovanie zisku, ale aj pri napĺňaní spoločenských cieľov. Okrem prístupu k finančným prostriedkom je jednou z prekážok napr. nadmerná byrokracia a malé skúsenosti s podnikaním.

Sociálne podniky sú dôležitou hnacou silou pre inkluzívny rast a zohrávajú kľúčovú úlohu pri riešení súčasných ekonomických, ekologických a spoločenských výziev. Spoločnou črtou takmer všetkých krajín Dunajského regiónu sú nedostatky v oblastiach politického a právneho regulačného rámca, trhov pre sociálne investície a vzdelávania v téme sociálneho podnikania.²⁵⁸

Sociálne podniky, ktoré sa zameriavajú na špecificky pracovnú integráciu ťažko zamestnateľných osôb reagujú na absentujúce alebo nízko účinné služby zamestnanosti. Viaceré štúdie v slovenskom kontexte poukazujú na nízko účinné opatrenia na zvýšenie zamestnanosti a tiež na fakt, že nedostatočne odstraňujú bariéry pri integrovaní dlhodobo nezamestnaných a ľudí s viacnásobnými znevýhodneniami. Odborná obec

²⁵⁶ Porov. KORIMOVÁ, G. *Sociálna ekonomika a podnikanie*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Ekonomická fakulta, 2014, s. 89- 90.

²⁵⁷ Porov. ŠKOBLA, D. *Možnosti, perspektívy a bariéry sociálneho podnikania s dôrazom na pracovno-integračné sociálne podniky na Slovensku*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2018, s. 11-12.

²⁵⁸ Porov. *Danube Transnational Programme* [online]. [cit. 18-07-2019] Dostupné na internete: <<http://www.sbagency.sk/podporme-socialne-podnikanie-v-regionoch#.XYTWOmZnrcv>>.

preto poukazuje na nutnosť podpory takých opatrení, ktoré budú zvyšovať zručnosti a podporia tvorbu pracovných miest.²⁵⁹

6.2 Legislatívna úprava sociálnych podnikov na Slovensku

Komplexnú úpravu sektora sociálnej ekonomiky všeobecne a zvlášť sociálnych podnikov upravuje zákon č. 112/2018 Z. z. o sociálnej ekonomike a sociálnych podnikoch. Jeho cieľom je legislatívne upraviť sektor sociálnej ekonomiky a vytvoriť tak vhodné podmienky na rozvoj sociálnej ekonomiky.

V súlade s § 5 tohto zákona je sociálnym podnikom subjekt sociálnej ekonomiky:

- a) ktorý vykonáva sústavne, samostatne, vo vlastnom mene a na vlastnú zodpovednosť hospodársku činnosť,
- b) ktorého hlavným cieľom je dosahovanie merateľného pozitívneho sociálneho vplyvu,
- c) v ktorom k dosahovaniu pozitívneho sociálneho vplyvu prispievajú tovary alebo služby, ktoré vyrába, dodáva, poskytuje alebo distribuuje, alebo k nemu prispieva spôsob ich výroby alebo poskytovania,
- d) ktorý, ak
 1. zo svojej činnosti dosiahne zisk, použije viac ako 50 % zo zisku po zdanení na dosiahnutie hlavného cieľa podľa písmena b),
 2. časť zisku rozdeľuje podľa Obchodného zákonníka, rozdeľuje ju podľa postupov a pravidiel, ktoré nenarúšajú hlavný cieľ podľa písmena b),
- e) ktorý do spravovania svojej hospodárskej činnosti zapája zainteresované osoby.

Subjektom sociálnej ekonomiky podľa § 4 tohto zákona je občianske združenie, nadácia, neinvestičný fond, nezisková organizácia, účelové zariadenie cirkvi, obchodná spoločnosť, družstvo alebo fyzická osoba – podnikateľ, ktorá je zamestnávateľom, ktorí:

- a) nie sú väčšinou riadení štátnym orgánom, štátny orgán ich z väčšej časti nefinancuje, nevymenúva ani nevolí štatutárny orgán ani viac ako polovicu jeho členov a nevymenúva ani nevolí viac ako polovicu členov riadiaceho orgánu alebo dozorného orgánu,
- b) vykonávajú hospodársku činnosť alebo nehopodársku činnosť v rámci aktivít sociálnej ekonomiky, a

²⁵⁹ Porov. ŠKOBLA, D. *Možnosti, perspektívy a bariéry sociálneho podnikania s dôrazom na pracovno-integračné sociálne podniky na Slovensku*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2018, s. 11-12.

c) ak podnikajú alebo vykonávajú inú zárobkovú činnosť podľa osobitných predpisov, nevykonávajú ich výhradne na účely dosiahnutia zisku alebo zisk z nich používajú spôsobom podľa tohto zákona.

Sociálny podnik, ktorému bol priznaný štatút registrovaného sociálneho podniku, je registrovaným sociálnym podnikom. Druhy registrovaných sociálnych podnikov upravuje § 11 tohto zákona, kde sa uvádza, že:

1. registrovaný sociálny podnik, ktorý dosahuje pozitívny sociálny vplyv napĺňaním

- a) verejného záujmu, je verejnoprospešný podnik,
- b) komunitného záujmu, je komunitnoprošpešný podnik;

2. z hľadiska zamerania činnosti môže byť registrovaný sociálny podnik

- a) integračným podnikom,
- b) sociálnym podnikom bývania,
- c) iným registrovaným sociálnym podnikom.

V súlade s § 12 tohto zákona je integračný podnik verejnoprospešný podnik, ktorého pozitívnym sociálnym vplyvom je podpora zamestnanosti prostredníctvom zamestnávania znevýhodnených osôb alebo zraniteľných osôb. Pozitívny sociálny vplyv sa meria percentom zamestnaných znevýhodnených osôb a zraniteľných osôb, pričom pozitívny sociálny vplyv sa považuje za dosiahnutý, ak integračný podnik zamestnáva:

- a) najmenej 30 % znevýhodnených osôb z celkového počtu zamestnancov,
- b) najmenej 30 % zraniteľných osôb z celkového počtu zamestnancov alebo
- c) najmenej 40 % znevýhodnených osôb a zraniteľných osôb z celkového počtu zamestnancov.

Sociálnym podnikom bývania podľa § 13 tohto zákona je verejnoprospešný podnik, v ktorom obec alebo vyšší územný celok nemá väčšinový podiel a ktorého pozitívnym sociálnym vplyvom je zabezpečovanie spoločensky prospešného nájomného bývania. Spoločensky prospešným nájomným bývaním je poskytovanie bývania, správy, údržby a obnovy bytového fondu prostredníctvom výstavby, prestavby alebo obstarania bytov na účely ich nájmu oprávneným osobám alebo prostredníctvom nájmu bytov týmto fyzickým osobám.

Sociálne podniky majú v súlade s vyššie uvedeným zákonom napr. možnosť priameho prístupu k verejným zákazkám (čo je súlade s európskymi smernicami o verejnom obstarávaní, aj keď to vyvoláva obavy z ich zneužívania), čo môže prispieť k zvýšeniu odbytu ich tovarov

a služieb.²⁶⁰ Okrem toho majú aj daňové zvýhodnenia (daňové úľavy – napr. nižšia DPH pri tovaroch a službách, ktoré budú predávať; neplatenie dane z tej časti zisku, ktorú následne investujú do plnenia sociálnych cieľov; odpustenie niektorých miestnych daní).

S predmetnou problematikou súvisí aj zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov zo 4. decembra 2003 a Vyhláška Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky č. 115/2019 Z. z. z 29. apríla 2019, ktorou sa vykonávajú niektoré ustanovenia zákona č. 112/2018 Z. z. o sociálnej ekonomike a sociálnych podnikoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov upravujúce servisné poukážky.

Okrem spomenutých právnych noriem je v rámci európskeho práva dôležité aj Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady EÚ č. 346/2013 o európskych fondoch sociálneho podnikania (European Social Entrepreneurship Funds). V odseku 2 sa uvádza, že toto nariadenie je súčasťou iniciatívy pre sociálne podnikanie – vytvárať priaznivé prostredie na podporu sociálnych podnikov v rámci sociálnej ekonomiky a sociálnych inovácií. Ďalšie Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady EÚ č. 1296/2013 o programe Európskej únie v oblasti zamestnanosti a sociálnej inovácie (EaSI regulation) v odseku 4 a 5 uvádza, že programom by sa mali podporiť opatrenia na zvýšenie sociálnej inovácie ako reakcia na sociálne potreby, ktoré sa neplnia alebo sa plnia nedostatočne, pokiaľ ide napr. o boj proti chudobe a sociálnemu vylúčeniu, uľahčenie prístupu zraniteľných skupín obyvateľstva k odbornej príprave. Program by mal pomôcť nachádzať a analyzovať inovačné riešenia a intenzívnejšie ich zavádzať do praxe prostredníctvom experimentovania v sociálnej oblasti, čo znamená projektové testovanie sociálnych inovácií v praxi.

6.3 Situácia v oblasti sociálneho podnikania na Slovensku

V rámci výskumnej práce sa niektorí autori venovali práve problematike sociálnych podnikov. V roku 2018 bol uskutočnený kvalitatívny výskum, súčasťou ktorého bolo zisťovanie odpovedí napr. aj na tieto dve výskumné otázky: VO1: Aké prípadné problémy sa vyskytujú v sociálnom podnikaní? a VO2: Aká je motivácia zakladať sociálne podniky? Z 11 sociálnych podnikov, ktoré boli v danom čase evidované, sa podarilo skontaktovať so 6 sociálnymi podnikmi. Práve neochotu spolupracovať na výskume a problémy pri skontaktovaní sa považuje

²⁶⁰ Porov. RYŇÍK, J. *Sociálne podniky sú späť. Štartujú pomalšie, ale slušnejšie*. 20.02.2019. [online]. [cit. 17-08-2019] Dostupné na internete: <<https://www.etrend.sk/trend-archiv/rok-2019/cislo-7/socialne-podniky-su-spat-startuju-pomalsie-ale-slusnejsie.html>>.

autorka za limity realizovaného výskumu. Ako uviedli respondenti, najčastejšími problémami sa javí komplikovaná administratíva, nedostatok informácií a nedostatočná podpora zo strany štátu.²⁶¹ Práve úloha štátu by mala spočívať vo vytvorení podpornej infraštruktúry a v prípade asistencie pri zakladaní podnikov by mohlo ísť napríklad o poradenstvo vo výbere právnej formy pre daný typ aktivity, v úprave vnútorných dokumentov podniku, vypracovaní podnikateľského plánu, komunikácii podniku navonok. Štát by zároveň mal pomôcť podnikateľom pripraviť sa na riziká a ozrejmiť, do akého typu podnikania idú. Podpora štátu by mala byť zameraná na to, aby bolo pre ľudí atraktívne touto formou podnikat' a aby sociálne podnikanie bolo spoločensky akceptovateľné.²⁶² Z odpovedí na druhú výskumnú otázku (VO2) vyplýva, že dôvodom (motívom) pre založenie sociálnych podnikov bola snaha pomôcť uchádzačom o zamestnanie, nedostatok financií na sociálne služby a snaha o rozvoj obce. Výskumom bolo zistené, že sociálne podniky na Slovensku zakladajú najmä obce v snahe o zníženie nezamestnanosti a vytvorenie podmienok pre zamestnávanie znevýhodnených uchádzačov, ktorých zamestnávanie je zo strany podnikov hodnotené ako náročné. Existujúce sociálne podniky sú založené v najmenej rozvinutých okresoch, pričom ich založenie je spojené s rôznymi administratívnymi prekážkami.²⁶³

V roku 2017 bol realizovaný kvalitatívny výskum²⁶⁴ v Českej a Slovenskej republike a to prostredníctvom riadených rozhovor cez elektronický dotazník. Na Slovensku bolo v tom čase registrovaných len 7 sociálnych podnikov a preto boli oslovené všetky. Z Českej republiky bolo oslovených 33 sociálnych podnikov. Spolu bolo teda oslovených 40 sociálnych podnikov. Miera návratnosti bola 52,5 % (čo znamená, že bolo získaných 21 odpovedí). Práve nízka návratnosť je jedným z limitujúcich faktorov tohto výskumu. Výskum bol zameraný na malé a stredné regióny

²⁶¹ Porov. SOVÍKOVÁ, K. Sociálne podnikanie v kontexte sociálnej práce. In *Zborník prác z 15. ročníka celoslovenského kola ŠVOČ v odbore Sociálna práca* konaného 2. mája 2018 v Prešove. Prešov: IESP Inštitút edukológie a sociálnej práce, 2018, s. 478-479, 481-482.

²⁶² Porov. ŠKOBLA, D. *Možnosti, perspektívy a bariéry sociálneho podnikania s dôrazom na pracovno-integračné sociálne podniky na Slovensku*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2018, s. 20.

²⁶³ Porov. SOVÍKOVÁ, K. Sociálne podnikanie v kontexte sociálnej práce. In *Zborník prác z 15. ročníka celoslovenského kola ŠVOČ v odbore Sociálna práca* konaného 2. mája 2018 v Prešove. Prešov: IESP Inštitút edukológie a sociálnej práce, 2018, s. 482-483, 462.

²⁶⁴ Porov. JANÍČKOVÁ, J. *Sociálne podniky ako nositelia sociálnych inovácií*. Diplomová práca. Brno: Masarykova univerzita, Ekonomicko-správná fakulta, 2018, s. 55-66, 75, 85.

do 12 500 obyvateľov. Snahou a cieľom autorky bolo (okrem iného) zistiť, do akej miery vybrané sociálne podniky využívajú sociálnu inováciu, čo by malo pomôcť pri riešení problémov s nezamestnanosťou znevýhodnených ľudí. Na otázku o zavádzaní sociálnych inovácií odpovedalo teda 21 sociálnych podnikov, z nich až 16 (t. j. 76 %) sa vo svojom podnikaní venuje rôznym typom sociálnych inovácií. Z typov inovácií, ktorým sa sociálne podniky venujú, boli uvedené hlavne inovácie v organizačnej štruktúre a inovácie produktov. Menej zastúpené boli inovácie výrobných postupov, inovácie v oblasti manažmentu a riadenia, inovácie technológií a inovácie poskytovaných služieb. Hlavným dôvodom sociálnej inovácie je najmä udržanie vlastnej konkurencieschopnosti (13 odpovedí z 21). Menej podstatnými dôvodmi bola potreba trhu, finančný grant, udržanie pracovných miest, zvýšenie kvality poskytovaných služieb, rozšírenie aktivít do nových oblastí. Prínosmi sociálnej inovácie sú podľa jednotlivých odpovedí hlavne rast konkurencieschopnosti, zníženie nákladov, rozvoj nových produktov, zvýšenie obratu a zvýšenie produktivity práce. Na základe záverov výskumu možno konštatovať, že sociálne podniky sú nositeľmi sociálnych inovácií, ktoré sú považované za prostriedok, ktorý im umožňuje udržať sa na trhu.

Rovnako v roku 2017 bol realizovaný kvantitatívny a kvalitatívny výskum^{265, 266} zameraný na zmapovanie finančných, administratívnych a legislatívnych bariér, ktorým čelia sociálne podniky na Slovensku. Zároveň sa autori snažili formulovať odporúčania na ich prekonanie či zmiernenie. Vzorka sociálnych podnikov bola zostavená metódou tzv. snehovej gule, čím sa do vzorky dostali podniky a aktivity, ktoré spĺňali najmä požiadavku svojej orientácie na spoločenský cieľ a aspoň čiastočne sa venovali pracovnej integrácii. Z dôvodu ambície autorov pokryť rôzne právne formy (keďže tie ovplyvňujú bariéry, s ktorými sa sociálny podnik stretáva), boli do vzorky zámerne zaradené občianske združenia, chránené dielne, obecné firmy a družstvá. Vzorku v rámci Slovenska (keďže výskum bol doplnený návštevou sociálnych podnikov aj v Českej republike) tvorilo 10 sociálnych podnikov, v ktorých boli realizované rozhovory s 13 respondentmi (respondentkami) – predstaviteľmi a predstaviteľkami podnikov a v niektorých prípadoch aj so zamestnancami a klientmi. Tiež boli realizované rozhovory s 8

²⁶⁵ Porov. ŠKOBLA, D. – KOVÁČOVÁ, L. – ONDOŠ, S. *Sociálne podniky pracovnej integrácie na Slovensku. Súčasné skúsenosti a budúce perspektívy*. Bratislava: SGI, 2018, s. 1-100.

²⁶⁶ Porov. ŠKOBLA, D. *Možnosti, perspektívy a bariéry sociálneho podnikania s dôrazom na pracovno-integračné sociálne podniky na Slovensku*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2018, s. 1-62.

respondentmi a respondentkami z odbornej obce. Z prezentovaných výsledkov výskumu možno spomenúť, že podpora sociálneho podniku by mala mať štyri piliere: finančnú pomoc (tak pôžičkovú ako aj grantovú), podporu zručností sociálnych podnikateľov a podnikateliek (vo forme poradenstva, v oblasti účtovníctva, finančného manažmentu, právnych služieb a pod.), vhodnú legislatívu a zlepšovanie reputácie sociálnych podnikov. Mala by sa tak vytvoriť celková infraštruktúra alebo akýsi „ekosystém“, v ktorom by sociálne podniky dostávali podporu na viacerých úrovniach. V oblasti problémov spojených so sociálnym podnikaním možno na základe názorov respondentov a respondentiek vyšpecifikovať tzv. „mäkké“ faktory – kognitívno-personálne či postojoyé (napr. nedostatočná pripravenosť potenciálnych sociálnych podnikateľov a podnikateliek) a tzv. „tvrdé“ faktory – štrukturálne (problémy, ktoré sú spojené s ukotvením sociálneho podniku a jeho produkcie na trhu). Na základe poznatkov z výskumu možno vyšpecifikovať isté typy aktivít v rámci sociálneho podnikania. Ide o:

- Aktivitu, ktorá sú primárne zamerané na pracovnú integráciu – ide najmä o obecné podniky alebo rôzne chránené dielne, ktoré sa zameriavajú na zamestnávanie prevažne miestnych nezamestnaných. Sú založené občianskymi združeniami a mimovládnyimi organizáciami. Kombinujú využívanie viacerých nástrojov finančnej podpory, ktoré existujú v rámci aktívnych politík trhu práce so ziskom z produkcie tovaru či poskytovania služieb, ktoré realizujú na otvorenom trhu. Do tejto skupiny patrí napr. OZ Horizonty či Pracovno-integračný sociálny podnik Združenia mladých Rómov.
- Aktivitu, ktorá poskytujú sociálne služby a zároveň majú prvky sociálneho podniku pracovnej integrácie – navštívené občianske združenie vzniklo ako malá chránená dielňa. Najskôr bolo vytvorené neformálne združenie rodičov s deťmi s postihnutím, ktorého náplňou bola vzájomná pomoc, výmena informácií, vzájomná podpora a vzdelávanie. Po prvotnom orientovaní sa na voľnočasové aktivity sa však postupne prešlo na pravidelné denné aktivity, keďže deti s postihnutím čelili v budovách základných škôl fyzickým bariéram a nie každá škola tak umožňovala dochádzku takéhoto dieťaťa.
- Aktivitu komerčného charakteru, ktorá generujú zisk, ale zároveň majú prvky sociálneho podniku pracovnej integrácie – patria tu aktivity, ktoré možno považovať za štandardné „komerčné“ aktivity a ktoré zároveň majú prvky sociálneho podniku pracovnej integrácie. Generujú menší alebo väčší zisk. Jeden subjekt môže realizovať viac typov aktivít, ktoré sa môžu navzájom čiastočne podporovať. Do tejto skupiny patrí napr. Kaviareň (s. r. o.), ktorú prevádzkuje a vlastní

občianske združenie OZ, pričom manažment kaviarne a združenia je úzko personálne prepojený.

- Záujmové aktivity, ktoré majú prvky sociálneho podniku pracovnej integrácie a ktoré môžu generovať malý zisk – ide o občianske združenia so špecifickými záujmovými aktivitami, ktoré sa typologicky pohybujú na hraniciach komunitných projektov, záľub či životných filozofií a ziskových činností. Nie sú to teda typické podnikateľské aktivity.

Podľa záverov tohto výskumu sú pre podporu sociálnych podnikov kľúčové tieto podmienky:

- zákonná norma by mala byť prehľadná a jednoznačná,
- status sociálneho podniku by mal mať jednoznačne sociálno-prospešnú konotáciu,
- štát by mal zabezpečiť prístup k financiám a kapitálu, prístup ku kapitálovým fondom a iným finančným nástrojom, pričom by mohlo ísť aj o zdroje súkromné.

Register sociálnych podnikov na Slovensku k 1.9.2019 uvádza 33 sociálnych podnikov. Sociálne podniky môžu mať rôznu právnu formu, môže ísť napr. o neziskovú organizáciu poskytujúcu všeobecne-prospešné služby, obchodnú spoločnosť, družstvo, fyzickú osobu, ktorá zamestnáva zamestnancov a pod. V súčasnosti z hľadiska právnej formy majú v Slovenskej republike z fungujúcich sociálnych podnikov najväčšie zastúpenie spoločnosti s ručením obmedzeným.

Právna forma	Počet
Spoločnosť s ručením obmedzeným (s. r. o.)	29
Občianske združenie (o. z.)	2
Družstvo	2

Tabuľka 1 Sociálne podniky na Slovensku podľa právnej formy²⁶⁷

Sociálne podniky sú založené na princípe rovnosti a solidarity. V súčasnosti je na Slovensku, v porovnaní napr. aj s Českou republikou, sociálne podnikanie nerozvinutou oblasťou a možno povedať, že počet sociálnych podnikov nie je vysoký. Je preto veľmi dôležité, aby sa v spoločnosti popri rýdzo podnikateľských aktivitách rozvíjalo aj spoločensky zodpovedné podnikanie, ktoré by bolo zamerané na sociálne ciele. Rozvíjaním sociálnych podnikov sa okrem zvýšenia zamestnanosti osôb so zdravotným postihnutím a sociálne znevýhodnených osôb zlepšia

²⁶⁷ Spracované podľa *Register sociálnych podnikov* [online]. [cit. 10-09-2019] Dostupné na internete: <<https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/praca-zamestnanost/soc-ekonomika/register-socialnych-podnikov.pdf>>.

procesy sociálnej inklúzie minoritných sociálnych skupín do majoritných spoločností, dôjde ku kvalitnejšiemu rozvoju regiónov a pod. Z celkového počtu je najväčšie zastúpenie sociálnych podnikov na východnom Slovensku – v Prešovskom a Košickom kraji. Menší počet sociálnych podnikov je v ostatných krajoch, s výnimkou Trnavského kraja, kde doteraz nie je registrovaný žiadny sociálny podnik.

Kraj	Počet
Bratislavský kraj	1
Trnavský kraj	0
Trenčiansky kraj	2
Nitriansky kraj	2
Žilinský kraj	4
Banskobystrický kraj	3
Prešovský kraj	9
Košický kraj	12

Tabuľka 2 Sociálne podniky na Slovensku podľa krajov²⁶⁸

Slovensko sa v pracovnej integrácii ľudí so zdravotným postihnutím nezaradzuje medzi popredné krajiny. Zo súčasných podmienok vyplýva, že ešte stále je potrebné zaoberať sa otázkou podporovania začínajúcich sociálnych podnikov a následne sa postarať o ich dlhodobú udržateľnosť. Na základe údajov Eurostatu v EÚ zanikne bez verejnej podpory väčšina začínajúcich (klasických komerčných) podnikov. Na Slovensku predstavuje miera zániku až 60 %. Práve u začínajúcich sociálnych podnikov by bolo toto ohrozenie ešte väčšie. Preto je potrebná dlhodobejšia grantová podpora sociálnych podnikov, aby úspešne prekonali problémovú úvodnú fázu a stali sa samostatne udržateľnými. Je to dôležitejšie o to viac, že sociálne podniky sú efektívnym nástrojom nielen na riešenie nezamestnanosti. Súčasná právna úprava im dovoľuje naplňovať širokú škálu spoločensky prospešných cieľov nad rámec pracovnej integrácie, či riešenia otázok zamestnanosti.²⁶⁹

Registrované sociálne podniky na Slovensku sú z hľadiska druhu integračnými podnikmi. Predmetom ich podnikania je široká škála činností, ako napr. poskytovanie kompletných služieb v oblasti

²⁶⁸ Spracované podľa *Register sociálnych podnikov* [online]. [cit. 10-09-2019] Dostupné na internete: <<https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/praca-zamestnanost/soc-ekonomika/register-socialnych-podnikov.pdf>>.

²⁶⁹ Porov. MPSVR SR. *Zámer národného projektu Investičná pomoc pre sociálne podniky – nenávratná zložka*. Manuál procedúr pre programové obdobie 2014-2020, Príloha č. 5.4.1.1, s. 6-7.

stavebníctva (vrátane prípravných a dokončovacích stavebných prác), výroba drevených výrobkov, výrobkov z korku, slamy, prútia, výroba peletiek, brikiet a pod. Poskytujú aj odbornú poradenskú činnosť, čistiace a upratovacie služby, služby v lesníctve, poľovníctve, rybárstve, poľnohospodárstve, záhradníctve, služby prostredníctvom zamestnávania dlhodobo nezamestnaných občanov s nízkym stupňom vzdelania, prevádzkujú pracovne a čistiarne, zameriavajú sa na výrobu pekárenských a cukrárskych výrobkov, odevnú výrobu a spracovanie druhotných surovín. Zaoberajú sa kúpou tovaru na účely jeho predaja konečnému spotrebiteľovi (maloobchod) alebo iným prevádzkovateľom živnosti (veľkoobchod), organizovaním kultúrnych a iných spoločenských podujatí. Taktiež prevádzkujú športové zariadenia a zariadenia slúžiace na regeneráciu a rekondíciu, poskytujú služby v oblasti vedenia účtovníctva či počítačové služby.²⁷⁰

Dôvodom nízkeho počtu sociálnych podnikov je aj ich samotná propagácia a skutočnosť, že ich zakladanie nie je ľahké. Aj z tohto dôvodu boli zriadené Centrá sociálnej ekonomiky, ktorých cieľom je podporiť vznik sociálnych podnikov v málo rozvinutých okresoch. Ich úlohou je okrem bezplatného poskytovania prvotných všeobecných informácií širokej verejnosti aj vyhľadávanie a motivovanie potenciálnych záujemcov k zakladaniu nových sociálnych podnikov.

Sociálne podnikanie má riešiť zníženie nezamestnanosti dlhodobo nezamestnaných ľudí či znevýhodnených skupín obyvateľstva s problémami uplatnenia na trhu práce. Problém je, ako tieto sociálne podniky môžu fungovať na trhu a obstať v konkurencii. Preto možno spomenúť niekoľko tipov pre odhodlaných sociálnych podnikateľov:²⁷¹

- Nájdite si mentora.
- Sociálne podniky riadia manažéri, nie členovia predstavenstva.
- Zachovajte si svoje sny a chodte za nimi.
- Z nezdarov sa poučíte omnoho viac než z úspechov.
- Snažte sa zamestnať manažéra s obchodnými skúsenosťami a platte mu mzdu obvyklú pre jeho profesiu.
- Ak ste nedokázali do troch mesiacov od spustenia svojho projektu preraziť aj napriek nulovému nájomnému a poplatkom, nemali ste dobrý nápad. Nechajte ho a posuňte sa ďalej.

²⁷⁰ Porov. *Register sociálnych podnikov* [online]. [cit. 10-09-2019] Dostupné na internete: <<https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/praca-zamestnanost/soc-ekonomika/register-socialnych-podnikov.pdf>>.

²⁷¹ Porov. TANNERHILL, B. *Tipy pro odhodlané sociální podnikatele* [online]. [cit. 22-08-2019] Dostupné na internete: <https://www.akademiaske.sk/wp-content/uploads/2019/05/McSence-Group_%C5%A0k%C3%B3tsko.pdf>.

- Sociálni podnikatelia nemusia nutne nachádzať nové obchodné ideí. Často preberajú dobré nápady od iných.
- Aby ste nemuseli zakaždým začínať od nuly, požiadajte nejaký úspešný sociálny podnik, aby bol vašim „mentorom“, aj keď za jeho služby zaplatíte drobný poplatok.

Podporou sociálnej ekonomiky sa totiž vytvárajú predpoklady pre rast a udržanie zamestnanosti nie iba bezprostredne, ale aj do budúcnosti, a to dokonca najmä v čase nepriaznivého vývoja ekonomického cyklu. Zrelé sociálne podniky sú odolnejšie voči ekonomickým výkyvom a posilňujú tak štrukturálne stabilnú zamestnanosť.²⁷²

Literatúra

- AUSTIN, J. – STEVENSON, H. – WEI-SKILLERN, J. Social and Commercial Entrepreneurship: Same, Different, or Both? In *R. Adm.*, ISSN 0080-2107, 2012, roč. 47, č. 3, s. 370-384.
- BEDNÁRIKOVÁ, D. – FRANCOVÁ, P. *Studie infrastruktury sociální ekonomiky v ČR*. Praha: Nová ekonomika, 2011. 63 s. ISBN 978-80-260-0934-4.
- Co je sociální podnik* [online]. [cit. 04-08-2019] Dostupné na internete: <<http://www.toulcuvdvur.cz/socialni-podnik/co-je-socialni-podnik>>.
- Čo je sociálne podnikanie* [online]. [cit. 07-09-2019] Dostupné na internete: <<http://www.podnikame-socialne.sk/index.php/co-je-socialne-podnikanie>>.
- Danube Transnational Programme* [online]. [cit. 18-07-2019] Dostupné na internete: <<http://www.sbagency.sk/podporme-socialne-podnikanie-v-regionoch#.XYTwOmZnrcv>>.
- EURÓPSKA KOMISIA. *Iniciatíva pre sociálne podnikanie: Vytvárať priaznivé prostredie na podporu sociálnych podnikov v rámci sociálnej ekonomiky a sociálnych inovácií* [online]. [cit. 11-07-2019] Dostupné na internete: <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0682:FIN:SK:HTML>>.
- GREATER LONDON ENTERPRISE – REDECo. *Srovnávací analýza modelů sociální ekonomiky v EU a možnosti jejich aplikace v ČR v rámci programového období Evropského sociálního fondu 2007 – 2013. Závěrečná zpráva 23.05.2008* [online]. [cit. 15-08-2019] 249 s. Dostupné na internete: <http://www.equalcr.cz/files/clanky/1368/Zaverecna_zprava_230508.pdf>.
- JANÍČKOVÁ, J. *Sociálne podniky ako nositelia sociálnych inovácií*. Diplomová práca. Brno: Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta, 2018. 121 s.
- KOL. *Sociální firma – výzva v podnikání 21. století* [online]. [cit. 10-07-2019] 60 s. Dostupné na internete: <http://www.socialnifirmy.cz/images/publikace_fokus_6.pdf>.
- KORIMOVÁ, G. *Sociálna ekonomika a podnikanie*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Ekonomická fakulta, 2014. 214 s. ISBN 978-80-557-0695-5.

²⁷² Porov. MPSVR SR. *Zámer národného projektu Investičná pomoc pre sociálne podniky – nenávratná zložka*. Manuál procedúr pre programové obdobie 2014-2020, Príloha č. 5.4.1.1, s. 1.

- KORIMOVÁ, G. Teoretické a metodologické východiská rozvoja sociálnej ekonomiky. In *Ekonomický časopis*, ISSN 0013-3035, 2008, roč. 56, č. 3, s. 311-325.
- LUBELCOVÁ, G. Sociálna ekonomika: koncepty, príležitosti, riziká. In *Sociológia*, ISSN 0049-1225, 2012, roč. 44, č. 1, s. 83-108.
- LAPINOVÁ, E. – VICIÁNOVÁ HRONCOVÁ, J. *Ekonomika sociálneho podniku (Antológia)*. Banská Bystrica: Vydavateľstvo Univerzity Mateja Bela – Belianum, Ekonomická fakulta, 2014. 218 s. ISBN 978-80-557-0798-3.
- MPSVR SR. *Zámer národného projektu Investičná pomoc pre sociálne podniky – nenávratná zložka*. Manuál procedúr pre programové obdobie 2014-2020, Príloha č. 5.4.1.1. 21 s.
- Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 346/2013 zo 17. apríla 2013 o európskych fondoch sociálneho podnikania.
- Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 1296/2013 z 11. decembra 2013 o programe Európskej únie v oblasti zamestnanosti a sociálnej inovácie.
- Register sociálnych podnikov [online]. [cit. 10-09-2019] Dostupné na internete: <<https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/praca-zamestnanost/soc-ekonomika/register-socialnych-podnikov.pdf>>.
- RYNÍK, J. *Sociálne podniky sú späť. Štartujú pomalšie, ale slušnejšie*. 20.02.2019. [online]. [cit. 17-08-2019] Dostupné na internete: <<https://www.etrend.sk/trend-archiv/rok-2019/cislo-7/socialne-podniky-su-spat-startuju-pomalsie-ale-slusnejšie.html>>.
- SKOVAJSA, M. a kol. *Občanský sektor*. Praha: Portál, 2010. 376 s. ISBN 978-80-7367-681-0.
- Sociální firma – výzva v podnikání 21. století*. Praha: Fokus, o. s. 2007. 58 s.
- SOVÍKOVÁ, K. Sociálne podnikanie v kontexte sociálnej práce. In *Zborník prác z 15. ročníka celoslovenského kola ŠVOČ v odbore Sociálna práca* konaného 2. mája 2018 v Prešove. Prešov: IESP Inštitút edukológie a sociálnej práce, 2018, s. 462-493.
- ŠKOBLA, D. *Možnosti, perspektívy a bariéry sociálneho podnikania s dôrazom na pracovno-integračné sociálne podniky na Slovensku*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2018. 62 s.
- ŠKOBLA, D. – KOVÁČOVÁ, L. – ONDOŠ, S. *Sociálne podniky pracovnej integrácie na Slovensku. Súčasné skúsenosti a budúce perspektívy*. Bratislava: SGI, 2018. 100 s. ISBN 978-80-972761-3-3.
- TANNERHILL, B. *Typy pro odhodlané sociální podnikatele* [online]. [cit. 22-08-2019] Dostupné na internete: <https://www.akademiaske.sk/wp-content/uploads/2019/05/McSence-Group_%C5%A0k%C3%B3tsko.pdf>.
- Typy sociálnych podnikov* [online]. [cit. 18-07-2019] Dostupné na internete: <<http://socialnepodnikanie.sk/co-je-to/>>.
- VENCLÍK, M. – BÜRGER, J. – VOJÁČKOVÁ, V. a kol. *Sociální podnikání v praxi*. Brno: Komora sociálních podniků ve spolupráci s Jihomoravským krajem, 2016. 67 s. ISBN 978-80-905683-4-1.
- Zákon č. 112/2018 Z. z. o sociálnej ekonomike a sociálnych podnikoch v platnom znení.
- Zákon č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v platnom znení.

7 Krízová intervencia s rodičmi dieťaťa s duševnou poruchou

Richard Kucharčík

Sú medzi nami a nemusíme si ich ani všimnúť. Deti, mladí i dospelí... Nejedná sa len o osoby, ktoré trpia duševnou poruchou od malička, tá sa často môže prejavovať u dospelých vzdelaných osôb pracujúcich na vysokých postoch.

Téma krízovej intervencie s osobami s duševnou poruchou je veľmi široká. V tejto kapitole sa zameriame na krízovú intervenciu s rodinou dieťaťa s duševnou poruchou, aj keď zaiste podnetným by bolo zmapovať prácu krízového intervenanta s dospelou osobou, u ktorej duševná porucha vznikne v priebehu života, alebo zachytiť i prežívanie samotného dieťaťa, ktoré trpí duševnou poruchou.

Naším cieľom je predstaviť duševnú poruchu v kontexte rodiny, pretože je to práve rodina, ktorej sa duševná choroba dotýka, ktorá duševnú chorobu svojho dieťaťa potrebuje integrovať. Z čoho vyplýva, že prioritnou cieľovou skupinou bude rodina ako systém, a teda vzťahy v rodine – rodičia a postihnuté dieťa, súrodenci a postihnuté dieťa, no najdôležitejší vzťah bude manželský, nakoľko láska medzi mužom a ženou je fundamentom vo výchove.

Cieľom tejto kapitoly nie je len zopakovať známe, ale obohatiť tému krízovej intervencie o nové poznatky inšpirované aj pohľadmi iných vied.

7.1 Definícia krízovej intervencie všeobecne

V každodennom živote rodina používa zaužívané vzorce správania, aby sa vyrovnala so všetkými požiadavkami života. Ak tieto požiadavky výrazne presiahnu jej možnosti, rodina prežíva krízu, kde môžeme vidieť široký priestor pre pomáhajúce profesie na realizáciu krízovej intervencie.²⁷³ „Krízová intervencia je odborná metóda práce s klientom v situácii, ktorú osobne prežíva ako záťažovú, nepriaznivú, ohrozujúcu“²⁷⁴ a „ktorú klient nedokáže zvládnuť samostatne či

²⁷³ Porov. LEŠKOVÁ, L. Možnosti pomoci súčasnej rodine. In *Efektívna výučba sociálnoprávnej ochrany na prahu 21. storočia*. Prešov: Vydavateľstvo Michal Vaško, 2015, s. 17.

²⁷⁴ VODÁČKOVÁ, D. *Krízová intervencia*. Praha: Portál, 2007, s. 60.

s pomocou svojej sociálnej siete, a preto potrebuje odborníka.“²⁷⁵ „Za krízovú môžeme označiť takú situáciu, ktorá eskaluje a presahuje aktuálne možnosti človeka ju zvládnuť. Zároveň ide o situáciu, ktorá je subjektívne prežívaná ako negatívna, ohrozujúca kvalitu života (alebo samotný život) a človek aktuálnu možnosť riešenia dočasne nenachádza.“²⁷⁶

Krízová intervencia je určená pre osobu v akútnej krízovej situácii, a preto sa uskutočňuje v nepredvídateľných situáciách.²⁷⁷ V súvislosti s nepredvídateľnosťou vzniká potreba zásahu zo strany vzdelaného sociálneho pracovníka s praxou.²⁷⁸ Krízová intervencia sa od klasického poradenstva odlišuje predovšetkým časovým faktorom.²⁷⁹ Od bežnej intervencie sa líši tým, že je: *ľahko dosiahnuteľná* – prostredníctvom širokej siete dostupných inštitúcií a foriem; *kontinuálna* – jej pokračovaním je následná práca s klientom; *preventívna* – predchádza možnému zhoršeniu stavu; *aktivizujúca* – aktivizuje v klientovi skrytý potenciál; *blízka* – poskytuje sa v najmenej obmedzujúcom prostredí.²⁸⁰ Dalšími znakmi odlišenia bežnej a krízovej intervencie je predovšetkým *okamžitá pomoc, redukcia ohrozenia, zameranie sa na aktuálnu situáciu*. Krízová intervencia je na rozdiel od bežnej intervencie a poradenstva charakteristická *intenzívnym kontaktom s vymedzeným časovým ohraničením* (6 – 10 stretnutí vo frekvencii 1x týždenne alebo aj 1x denne), *dalej štruktúrovaným, aktívnym aj direktívnym prístupom* (rozhovor má pevne v rukách intervent).²⁸¹

Pri krízovej intervencii ide o okamžitý osobný alebo telefonický kontakt s osobou v krízovej situácii.²⁸² Počas krízovej intervencie sa sociálny pracovník usiluje eliminovať ohrozenia klienta, objaviť a posilniť

²⁷⁵ KLENOVSKÝ, L. *Terénna sociálna práca*. Bratislava: OZ Sociálna práca, 2007. s. 78.

²⁷⁶ BROŽ, F. – VODÁČKOVÁ, D. *Krízová intervence v kazuistikách*. Praha: Portál, 2015. s. 36.

²⁷⁷ Porov. HUNYADIOVÁ, S. *Krízová intervencia v pomáhajúcich profesiách*. Prešov: USVaZ, 2012. s. 35-36.

²⁷⁸ Porov. LEŠKOVÁ, L. Rodinné a manželské poradenstvo. In *Manželstvo a rodičovstvo z aspektu sociálnej práce*. Prešov: Vydavateľstvo Michal Vaško, 2015, s. 115-116.

²⁷⁹ Porov. KLENOVSKÝ, L. *Terénna sociálna práca*. Bratislava: OZ Sociálna práca, 2007. s. 78.

²⁸⁰ Porov. HUNYADIOVÁ, S. *Krízová intervencia v pomáhajúcich profesiách*. Prešov: USVaZ, 2012. s. 36.

²⁸¹ Porov. ŠPATENKOVÁ, N. *Krízová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011, s. 15-16.

²⁸² Porov. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009. s. 170.

jeho potenciál a vyrovnať sa so záťažou tak, aby sa posilnila jeho integrita a rast, aby sa tak predišlo nevhodným spôsobom riešenia situácie.²⁸³

Cieľom prvej pomoci v kríze je ohraničenie klientovho akútneho stavu, zoslabenie intenzity krízy, minimalizácia dopadov na kvalitu života, zabránenie vzniku vážnych a dlhodobých problémov, upokojenie²⁸⁴ a stabilizácia stavu klienta, zníženie nebezpečia, zaistenie klientovho fungovania na úroveň pred krízou, nasmerovanie klienta na ďalšie možnosti riešenia, podpora kompetencie a samostatnosti klienta,²⁸⁵ mobilizácia klientových kapacít a aktivizácia vôle.²⁸⁶ Krízový pracovník má vniesť štruktúru a oporu, sprehl'adniť situáciu, pomôcť rodine realisticky prijať situáciu, obmedzenia, poukázať na možnosti, ich využitie a rozvoj.²⁸⁷

7.2 Krízová intervencia s rodinou dieťaťa s duševnou poruchou

Pri téme duševnej poruchy dieťaťa môže byť otázný dôvod, pre ktorý je nepostačujúca bežná intervencia a je potrebná práve krízová intervencia. Jednoduchou odpoveďou je, že nečakaná informácia o zdravotnom stave dieťa vytvára krízovú situáciu, ktorá si vyžaduje neodkladnú odbornú intervenciu. Fakt duševnej choroby dieťaťa si vyžaduje okamžité zareagovanie, preto rodičia nemôžu čakať.

Aj keď nemusí ísť o krízu *zjavnú*, iba *latentnú*, ktorú si rodina plne neuvedomuje alebo nepripúšťa²⁸⁸, faktom je, že ide o prekážku, ktorú rodina nie je schopná prekonať vlastnými silami, vlastnými vyrovnávacími stratégiami, pomocou blízkych ľudí – v prijateľnom čase a obvyklým spôsobom.²⁸⁹ Spúšťačom sú totiž silné traumatizujúce vonkajšie stresory, nad ktorými rodina nemá kontrolu. V takej situácii je krízová intervencia nástrojom mobilizácie podpory v novej a neznámej situácii, na ktorú človek nemá vopred vytvorený vzorec správania. Úlohou

²⁸³ Porov. HUNYADIOVÁ, S. *Krízová intervencia v pomáhajúcich profesiách*. Prešov: USVaZ, 2012. s. 39.

²⁸⁴ Porov. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009. s. 170.

²⁸⁵ Porov. VODÁČKOVÁ, D. *Krízová intervence*. Praha: Portál, 2007, s. 55.

²⁸⁶ Porov. CIMRMANNOVÁ, T. a kol. *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu*. Praha: Karolinum, 2003, s. 53.

²⁸⁷ Porov. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervence pro praxi*. Praha: GRADA, 2011. s. 82.

²⁸⁸ Porov. HUNYADIOVÁ, S. *Krízová intervencia v pomáhajúcich profesiách*. Prešov: USVaZ, 2012. s. 36.

²⁸⁹ Porov. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krízová intervence*. Praha: Portál, 2007, s. 27-29.

krízovej intervencie je teda navodenie bezpečného rámca – naučiť rodinu situáciu prijať, uchopiť a včleniť do svojho života.²⁹⁰

Kríza vždy predstavuje stratu, ktorú možno definovať ako náročnú životnú situáciu charakterizovanú dlhodobým a predovšetkým nezvratným odlúčením od významného objektu alebo funkcie.²⁹¹ Krízu, ktorá je predmetom nášho skúmania, možno považovať za stratu *okamžitú* (keďže predstava o dieťati a jeho prospešnej budúcnosti sa zrúti ako domček z karát zo dňa na deň), stratu *anticipačnú* a *trvalú* (presahujúcu do budúcnosti – pretože duševná choroba ovplyvňuje rodinu na celý život), o stratu *intrapsychickú* (o stratu normálneho života s dieťaťom, pretože úplne rozbije ideál zdravého a úspešného dieťaťa), ale aj o stratu *funkcionálnu* (strata roly rodiča zdravého dieťaťa a strata predstavy o ideály tejto roly). Ide tiež o stratu *rolovú* (nakolko príchod duševne postihnutého dieťaťa do rodiny je spojený často so zmenou pracovného zaradenia alebo stratou zamestnania a často aj rozvodom). A nakoniec ide o stratu *systémovú* (pretože príchod nového člena do rodiny vplýva vždy na celý rodinný systém. A ak ide o dieťa s duševnou poruchou, tento systém je narušený ešte zásadnejšie). Životná strata môže viesť k regresu a úpadku, ale i k rastu a vývoju osobnosti. Úzkostnú neistotu v čase diagnostikovania nesú rodičia veľmi ťažko. Po stanovení diagnózy dieťaťa zasahuje kríza rodinu na viacerých úrovniach:

- *behaviorálna úroveň* – rodičia sú donútení bezodkladne sa zaučiť do špecifickej starostlivosti o dieťa, zvládnuť finančné nároky a bežný chod rodiny
- *emočná úroveň* – rodičia potrebujú spracovať pocity smútku, zlosti, viny, bezmocnosti a izolácie
- *fyzická úroveň* – ako dôsledok stresu sa u rodičov môžu objaviť zdravotné ťažkosti
- *interpersonálna úroveň* – rodina sa musí vyrovnat' s reakciami a otázkami okolia, s pocitom odlišnosti, rovnako potrebujú zaistiť oporu zdravým členom rodiny
- *kognitívna úroveň* – rodičia sú nútení vstrebať informácie o postihnutí, prijať zmeny plánov, predstáv a svojich očakávaní.²⁹²

²⁹⁰ Porov. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011. s. 77-83.

²⁹¹ Porov. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011. s. 56.

²⁹² Porov. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011. s. 57-105.

Každá kríza je vážnym otrasom, ktorý podnecuje zmeny. Potenciál krízy je obrovský, kríza je pozvaním k zmene paradigiem, k zásadnej voľbe, k zmene postojov, k utvoreniu nového zmyslu, k novým životným možnostiam. V kríze sa človek učí hrať s kartami, ktoré boli rozložené. V kríze slabnú obranné mechanizmy, aj preto je klient prístupnejší žiadať o pomoc, ktorú pred tým mohol odmietať.²⁹³ Človek je v čase trvania krízy motivovaný učiť sa a krízu riešiť, je otvorený aj neobvyklým a tvorivým možnostiam. Teda okrem ohrozenia, ktoré kríza prináša, môže v sebe kríza skrývať formatívny a rastový potenciál.²⁹⁴

7.3 Špecifiká krízovej intervencie s rodinou dieťaťa s duševnou poruchou

Skúsenosť duševnej choroby dieťaťa sa dotýka širokej spleti vzťahov. Vplýva na identitu rodičovskej roly, na ich manželský vzťah, na vzťahy rodičov s dieťaťom s duševnou poruchou i s ostatnými deťmi, ktoré sa príchodom choroby do rodiny chtiac-nechtiac menia, na súrodenecké vzťahy navzájom, ale i k svojmu duševne chorému súrodencovi. Rodina zápasí so spôsobom vysporiadania sa s reakciami okolia (starí rodičia, susedia, kolegovia, spolužiaci, známi a priatelia).

Predstavená spleť vzťahov preddefinuje i samotné zameranie krízovej intervencie. Ako to z popisu vyplýva, nestačí pracovať s jednotlivcom, v tomto prípade musí byť intervencia zameraná na prácu s celou rodinou – ako systémom. Rodina je systém *dynamický* (živý, nikdy nie stabilný a jednotvárný), ale i *dramatický*, pretože do rodiny vstupujú často náročné situácie, ktoré sa vymykajú štandardu, na ktoré rodina potrebuje flexibilne a adekvátne zareagovať.

Systémová práca s rodinou vychádza z faktu, že sociálne vzťahy klienta sa odohrávajú v rôznych sociálnych systémoch – v našom prípade rodina²⁹⁵. Rodiny, ktoré sa dobre adaptovali na prijatie dieťaťa s duševnou poruchou sa vyznačujú normálnym fungovaním manželského subsystému a schopnosťou mobilizovať širšiu rodinu a priateľov.²⁹⁶ Rodina je systémom na udržanie rodinnej stability. Ak je systém alebo nejaká jeho časť vystavená silám narušujúcim rovnováhu, spätnou väzbou sa obnoví

²⁹³ Porov. CIMRMANNOVÁ, T. a kol. *Kríze a význam pomáhajících prvního kontaktu*. Praha: Karolinum, 2003, s. 178-182.

²⁹⁴ Porov. BROŽ, F. – VODÁČKOVÁ, D. *Krízová intervence v kazuistikách*. Praha: Portál, 2015. s. 36, 39.

²⁹⁵ Porov. GABURA, J. *Sociálne poradenstvo*. Bratislava: OZ Sociálna práca, 2005. s. 162.

²⁹⁶ Porov. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011. s. 82.

predchádzajúca rovnováha.²⁹⁷ Systémová teória sa zakladá na presvedčení, že individuálne problémy majú svoje kauzálne zakotvenie v poruchovom fungovaní rodiny, v ktorej osoba žije. Krízový intervent potrebuje preto riešiť problém v rodinnom kontexte, preto pracuje s celou rodinou. Vďaka systémovej práci s rodinou sám získa komplexnejší obraz problému, rodinného systému, jeho vzťahov a do riešenia zapojí celé rodinné spoločenstvo.²⁹⁸

7.3.1 Manželský vzťah

Akákolvek rodinná kríza je skúškou základov manželstva: Ak sú slabé základy, kríza spôsobuje rozpad, keďže dané základy nie sú schopné uniesť ťarchu reality. Ak sú základy silné, kríza prináša návrat ku koreňom, obnovu, očistenie od toho, čo je škodlivé alebo nepodstatné, s cieľom sústrediť sa na to podstatné.²⁹⁹ Zo všetkých rodinných vzťahov je najpodstatnejšie, ako objavenie duševnej poruchy u dieťaťa otrasie manželským vzťahom. Ak bude tento vzťah pevný, dodá pocit istoty a bezpečia i ostatným vzťahom a pomôže lepšie zvládnuť celú situáciu všetkým členom rodiny. Ak duševná porucha destabilizuje manželský vzťah, destabilizuje i ostatné vzťahy.

Jedným zo scenárov môže byť odchod jedného z rodičov (najčastejšie otca). Matka, ktorá často zostáva na dieťa sama, sa môže po veľmi krátkom čase cítiť frustrovaná a vyčerpaná, nakoľko čelí náročnosti zladenia zamestnania, domácnosti, výchovy a ešte i starostlivosti o dieťa, no najmä finančne náročnej situácii, ktorá sa neštandardnou situáciou ešte znásobuje.

Najčastejšími sociálnymi dôsledkami objavenia duševnej choroby v rodine je pokles alebo strata príjmov, čoho príčinou je často obmedzenie alebo strata zamestnania minimálne jedného z rodičov, zvýšenie nárokov na starostlivosť o dieťa, sociálna izolácia.³⁰⁰ Úloha sociálnej práce je tu evidentná: pomôcť odbremeniť rodinu od bremien, ktoré jej pomôžu sústrediť sa na podstatné.

Popri tom má byť úlohou krízovej intervencie – nakoľko to je len možné zastabilizovať manželský vzťah. Aj keď možno tvrdiť, že „na to priestor nie je“, predsa však vidíme, že je to najpodstatnejšie, lebo silný manželský vzťah je jednou z najdôležitejších vyrovňavajúcich stratégií.

²⁹⁷ Porov. RITVO, E. C – GLICK, I. D. *Párová a rodinná terapia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2009, s. 26.

²⁹⁸ Porov. SCHAVEL, M. – OLÁH, M. *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2010. s. 61-65.

²⁹⁹ Porov. KOŠČ, S. „Rozlučiteľnosť“ vs. Nerozlučiteľnosť manželstva ako sociálny problém. In *Manželstvo dnes*. Ružomberok : Verbum, 2010. s. 23-32.

³⁰⁰ Porov. LEVICKÁ, J. a kol. *Sociálna práca I*. Trnava: Oliva, 2007. s. 82.

Preto, pokiaľ krízový intervent zistí, že manželský vzťah rodičov dieťaťa s duševnou poruchou je nestabilný, stáva sa to preňho indikátorom potreby ďalšej pomoci a spolupráce s ďalšími odborníkmi.

7.3.2 Identita rodičovskej roly

Ortief s menom „mentálna retardácia“ či „duševná choroba“ spôsobia v rodičoch reťazovú reakciu viacerých reakcií: bezmocnosť, úzkosť, sebaľútosť, sebaobviňovanie, strach, neopísateľnú bolesť a slzy, nespavosť, stratu viery a nádeje, strach z budúcnosti, záchvaty hnevu a zlosti, sklamanie z Boha, zrútenie predstáv o svojom živote, živote dieťaťa i celej rodiny. Rodičia môžu často prechádzať ťažkosťou svoje choré dieťa prijať. Mnohí sa naň nedokážu pozeráť, pripadá im škaredé, odporné, môžu ho porovnávať so zdravými deťmi, či už vlastnými alebo cudzími. A toto je najťažšia časť pre rodiča s dieťaťom s duševnou poruchou: prijať a milovať dieťa také, aké je. Až prijatím pravdy o dieťati môžu začať liečiť svoje predstavy. Rodičia sú donútení zahodiť svoje predstavy o svojom osobnom rozvoji, plánoch a túžbach ohľadom budúcnosti a kariéry, popri tom môžu mať pochybnosti, či sa dokážu celý život starať o choré dieťa.

Byť rodičom dieťaťa s postihom znamená líšiť sa. Predstavy o rodičovstve prezentované v populárnych médiách sú založené na predstave zdravého dieťaťa. Rodičia si vytvoria určitý mentálny obraz dieťaťa, ku ktorému si už počas tehotenstva vytvoria emocionálny vzťah. Vyrovnáť sa so zidealizovanou predstavou dieťaťa a jeho reálnou podobou je pre rodičov veľmi náročné. Postihnuté dieťa je pre rodičov sociálna stigma. Zasahuje ich sebavedomie, ovplyvňuje ich osobnú i rodičovskú identitu, rodičia často strácajú sebaistotu, dôveru v seba, partnera i lekára. Mnoho rodičov sa v dôsledku života s dieťaťom s duševnou poruchou obviňuje, že sú zlí, neschopní alebo nedostatoční, preto potrebujú povzbudenie, ocenenie, odhalenie možností, zručnosť chápať situáciu pozitívne. Rodičia zažívajú mimoriadnu záťaž a veľmi náročnú životnú situáciu, ktorá so sebou prináša sériu ďalších mnohonásobných strát. Frustrácia rodičov vyplýva z reorganizácie hodnotového systému a životného štýlu rodiny. Rodina stojí pred skúškou svojich adaptačných možností a schopností, ktoré si často vyžadujú zmenu štruktúry a fungovania rodinného systému. Reakciu rodičov na prijatie informácie o postihnutí ich dieťaťa ovplyvňuje okrem kvality ich vzájomného vzťahu predovšetkým kvalita ich emocionálneho vzťahu k dieťaťu, ktoré má duševnú poruchu, fakt jeho prijatia alebo neprijatia, zmeny, ktoré narodenie dieťaťa spôsobí, spôsob zvládania stresu na individuálnej a rodinnej úrovni, podporná sociálna sieť rodičov. Krízová intervencia

a následná práca s rodinou vytvára veľký priestor – pomôcť rodine nachádzať zdroje pomoci a spôsoby zvládania, uistiť o ich vlastnej hodnote, posilňovať ich sebavedomie, aby sa z rodiny nestal ostrov nešťastia.³⁰¹

Určité percento rodičov (zvlášť otcov) takýto problém nedokáže uniesť, preto z rodiny utekajú (únikom do práce, trávením času v partii, pasívnym prístupom k rodinným povinnostiam).³⁰² Neprítomnosť otca vážne poznačuje rodinný život a výchovu detí. Nemusí ísť pritom iba o neprítomnosť fyzickú, ale i citovú, kognitívnu a duchovnú. (Porov. AL 55) Ak otec svojmu chorému dieťaťu neprejavuje emocionálnu blízkosť alebo sa zrieka svojho odhodlania rodinu viesť a ukazovať smer aj v neštandardnej situácii, zostáva len kdesi v kúte ako pasívny a neprítomný, ako muž, ktorý nevie *dať primeranú odpoveď*³⁰³ na situáciu, ktorej čelí (alebo nečelí).

7.3.3 Manažment vzťahov v rodine

V situácii, ktorú popisujeme stojí pred rodičmi náročná úloha vysvetliť súrodencom, že ich brat alebo sestra má nejakú duševnú poruchu. Je pravdou, že deti majú v tomto pred rodičmi istý „náskok“, pretože kým rodičia túto šokovú informáciu spracovávajú, deti (zvlášť v nízkom veku) nemusia nič tušiť ani badať. Na druhej strane práve v takýchto situáciách môže byť prvotná reakcia detí pozitívne prekvapujúca a spôsob jej akceptácie môže pomôcť i samotným rodičom. Sú však duševné poruchy, ktoré môžu výrazne prekážať samotným súrodencom (ako je napr. syndróm ADHD) a môžu komplikovať vzťahy v rodine o to viac, že deti niekedy nerozumejú kauzalite správania ich súrodenca podmieneného duševným hendikepom. Rodičia sú takpovediac „personálnym oddelením“ rodiny, na nich spočíva nájdenie spôsobu, ako manažovať rodinné vzťahy tak, aby sa zdravé deti necítili byť v úzadí, aby bol zabezpečený aj ich integrálny rozvoj, ale aby boli v celej rodinnej dynamike využité aj zdroje, ktorými sú oni sami.

Aj preto potrebuje samotné dieťa, nakoľko to je schopné pochopiť, pomôcť zorientovať sa v jeho stave, v zmenách zdravotného stavu, aby chápalo, čo sa s ním deje, prečo je iné ako ostatné deti. Duševne choré

³⁰¹ Porov. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011. s. 78-84.

³⁰² Porov. MATULAY, S. – MATULAYOVÁ, E. *Krízová sociálna intervencia*. Sládkovičovo: Danubius, 2015. s. 17.

³⁰³ Dať odpoveď je prejav zodpovednosti. Latinské respons-abilis znamená doslova schopnosť (abilitas) dať odpoveď (responsum). Zodpovedný človek je človek schopný reagovať na výzvy života a dať na ne adekvátne odpovede. Porov. CENCINI, A. *Strom života*. Bratislava: Serafín, 2012, s. 143-146.

dieťa potrebuje podporu a bezpečie v rôznych záťažových momentoch, ktoré znamenajú niečo iné pre zdravého a chorého človeka.³⁰⁴

7.4 Stratégia krízovej pomoci rodine dieťaťa s duševnou poruchou

V tejto časti chceme ponúknuť niekoľko podnetov, ktoré by samotný proces krízovej intervencie mohli obohatiť a prehĺbiť v súlade s tým, čo navrhuje moderná literatúra v oblasti sociálnej práce, sledujúc pritom nové trendy vied, s ktorými sociálna práca komunikuje, ako sú psychológia, pedagogika, logoterapia či antropológia. Cieľom pritom nie je poskytnúť explicitný chronologický postup od A po Z. Uvedená stratégia predstavuje skôr inšpirácie, ktoré môžu byť pre prax krízovej intervencie prínosné. Je tiež potrebné individuálne zvážiť, čo z ponúknutého môže byť obsahom krízovej intervencie a čo následnej, ktorá ponúka väčší priestor pre terapiu.

7.4.1 Analýza emócií

Snád' pre každý proces krízovej alebo bežnej intervencie je prvoradé zistenie skutočného stavu – poznanie reality. Každá osoba môže na tú istú situáciu reagovať odlišne, a preto učebnicové šablóny môžu byť práve v krízových situáciách, ktoré sú charakteristické silným emóciami, nedostačujúce. Úlohou krízového intervenanta je poznať realitu konkrétnej osoby/osôb, ktoré záťažová situácia zasiahla. Identifikátorov poznania reality môže byť viacero, no základným ukazovateľom sa javia emócie.

Nejeden sociálny pracovník sa pri intenzívnych emóciách klienta pýta: *Aký prístup zaujať k emóciám?* Často môže podliehať tendencii emócie tlmieť, rušiť, potláčať, pretože na ne nevie reagovať. *Emócie však poukazujú na realitu, ktorá sa v človeku deje.* Ak niekto plače, je to znak toho, že sa ho nejaká realita dotkla. Ak sa ignorujú emócie, ignoruje sa i prežitá realita. Cestou teda nie je emócie vylučovať, ale integrovať.³⁰⁵ Emócie totiž majú o. i. *informačnú funkciu*³⁰⁶ – pomáhajú nám pomenovať realitu a pomenovaním ju akceptovať.

Emócie často diferencujeme na dobré a zlé (hnev napr. automaticky klasifikujeme ako negatívnu emóciu). Možno výstižnejšie by bolo rozlišovať emócie nie na pozitívne a negatívne, ale na *konštruktívne*

³⁰⁴ Porov. BROŽ, F. – VODÁČKOVÁ, D. *Krízová intervence v kazuistikách*. Praha: Portál, 2015. s. 96, 110.

³⁰⁵ Porov. NORIEGA, J. Spoločenstvo osôb a odovzdanie zmyslu. In *Rodina a médiá*. Ružomberok: KU, 2009. s. 101-103.

³⁰⁶ Porov. KOPŘIVA, P. a kol. *Respektovat a být respektován*. Kroměříž: Spirála, 2008, s. 87.

(teda tie, ktoré pomáhajú budovať) a *deštruktívne* (ktoré ničia osobu, ale i systém, v ktorom osoba funguje). To je aj jednou z úloh krízového intervenanta pri práci s rodičmi dieťaťa s duševnou poruchou: akceptovať emócie, ktoré poukazujú na náročnú realitu, ktorú rodičia nesú, pomôcť im v emóciách zorientovať sa, pomenovať ich a nakoniec integrovať takým spôsobom, aby boli zdrojom energie v konaní.

Život bez emócií je neúplný, pretože sú to práve emócie, ktoré majú *motivačnú funkciu*.³⁰⁷ Emócie pomáhajú mobilizovať energiu k boju (hnev otca/matky pri zistení duševnej poruchy dieťaťa môže byť obrovskou motiváciou pre zabezpečenie všetkých možných zdrojov pre zdravie dieťaťa).

Na informáciu o duševnej chorobe dieťaťa môžu rodičia reagovať v zásade dvoma spôsobmi:

- a) *Aktívnu reakciu* typu útek alebo útok, ktorá je charakteristická rýchlou mobilizáciou síl na *telesnej úrovni* (svalové napätie, červenanie, potenie, tep, dýchanie, zmena mimiky, nepokoj, nepresnosť, trasenie rúk), na *emočnej úrovni* – výrazný prejav emócií (smútkových, zlostných, nemiestnych, agresívnych), ale i *behaviorálnej* (tempo reči, zhoršená schopnosť komunikácie, kopanie, zaťaté päsťe, zmätené pohyby).
- b) *Pasívna reakcia* je menej častá – osoba s týmto typom reakcie sa môže hrať na mŕtveho chrobáka, ktorý sa tvári, že situácia nie je reálna, príp. sa jej netýka. V skutočnosti to však indikuje neschopnosť situáciu integrovať. Na *telesnej úrovni* sa pasívna reakcia môže prejavovať nekoordinovanými či nemotornými prejavmi, zblednutím, modrými perami, ľadovými rukami či nohami, spomalením fyziologických procesov, studeným potom, minimalizáciou mimiky, rozšírením zreníc, zníženou percepciou tela. Na *emočnej úrovni* sa objavuje tendencia ochrany pred prívalom silných emócií, ktoré by osoba pravdepodobne neudržala pod kontrolou, pretože emócie sú nepocitované, neprejavované. Na *behaviorálnej úrovni* sa reakcia prejavuje neschopnosťou očného kontaktu, maskovaním, regresiou.³⁰⁸

Prežívanie emócií v stave krízovej situácie, akou je informácia o duševnej chorobe dieťaťa môže mať svoje špecifiká. Krízový intervent

³⁰⁷ Porov. KOPŘIVA, P. a kol. *Respektovat a být respektován*. Kroměříž: Spirála, 2008, s. 87.

³⁰⁸ Porov. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007, s. 360-363.

potrebuje vedieť správnymi krokmi na emócie zareagovať. Aj preto by mal mať o emóciách a ich spracovávaní aspoň základné informácie, ktoré mu môžu v jeho prístupe ku klientom výrazne pomôcť:

Akceptácia a stimulácia emócií. Osoba v kríze prežíva strach, úzkosť, bezradnosť, beznádej, môže sa správať neadekvátne, podráždene, ba dokonca agresívne, skratovo. Nakoľko je cieľom krízovej intervencie dodať nádej³⁰⁹ a sprevádzať rodinu k stabilizovanému stavu³¹⁰, je žiadaná ich akceptácia so všetkými prejavmi. Je známy mýtus „silný človek má svoje emócie pod kontrolou“, pod ktorým sa skrýva neraz neschopnosť vyjadriť svoje emócie. Mnohí ich neprejavujú, lebo sa za ne hanbia, lebo nimi nechcú zaťažovať okolie alebo i preto, že v rodine neboli k emocionálnej zrelosti vedení.³¹¹ Ak krízový intervent dovolí klientom, aby sa správali tak, ako sú schopní, aby mohli verbalizovať svoje pocity, ak im pomôže zorganizovať informačný chaos a ponechá čas na integráciu situácie³¹², získa cenný materiál, ktorý, ako už bolo povedané, odhaľuje realitu, no zároveň vo veľkej miere napomôže samotným rodičom dieťaťa s príznakmi duševnej choroby. Pre nich môže byť proces krízovej intervencie jedinečným priestorom pre vyplavenie i skrytých a udusených emócií, ktoré môžu slobodne v nekontrolovanej forme prejaviť pred sprevádzajúcou osobou. Tento moment často prináša do celej situácie, akokoľvek náročnej, prvé náznaky oslobodenia, upokojenia a uzdravenia. Ak má klient emočný blok, je to pre intervenťu tiež istý znak, ktorý možno vziať do úvahy. Opačným extrémom môže byť zasa *hyperbolizácia emócií*. Osoba prežívajúca funkcionálnu stratu neprirodzene „nafukuje“ intenzitu prežívaných emócií, čo jej znemožňuje situáciu objektivizovať. V tejto situácii sa intervent snaží o korigovanie a tlmenie emócií, zvlášť ak sám tuší ich nekonštruktívnosť.

Emočná pravda ≠ logická pravda. Tak náročnú situáciu, akou je zistenie, že dieťa, ktoré rodičia prijali nebude mať štandardnú životnú cestu, sprevádzajú často silné emócie. Pri ich prežívaní stále platí pravidlo: „*Keď sme v silných emóciách, logika ide stranou...*“ Často totiž v silných a negatívnych emóciách, ktoré sú pre čas zistenia duševnej choroby dieťaťa príznačné, venujeme namiesto samotných emócií, logickému riešeniu problému. Emócie a logické uvažovanie sú dve oblasti psychiky, ktoré keď je osoba v bezpečí a pohode môžu veľmi dobre spolupracovať.

³⁰⁹ Porov. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011. s. 15-20.

³¹⁰ Porov. CIMRMANNOVÁ, T. a kol. *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu*. Praha: Karolinum, 2003, s. 182-184.

³¹¹ Porov. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krízová intervence*. Praha: Portál, 2007, s. 48.

³¹² Porov. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011. s. 17, 83-84.

Mierne alebo stredne silné pozitívne emócie mávajú na naše konanie i ostatné psychické funkcie podporujúci účinok. *Silné emócie* (tak negatívne ako i pozitívne) môžu mať niekedy naopak tlmový vplyv. Pozitívne emócie napr. oslabujú pozornosť a vnímanie (zaľúbený chlapec sa nevie sústrediť na vyučovaní). Negatívne emócie sa prejavujú v situácii, kedy osoba cíti ohrozenie. Mozgové centrá majú vtedy na mozgovú kôru, v ktorej sídli logika tlmiaci účinok³¹³.

Zúženie apercepce. Ďalším charakteristickým rysom tejto záťažovej situácie môže byť „zúženie pozornosti“³¹⁴, ktorá môže nadobudnúť odpoveď na stresový podnet v podobe úteku, regresívneho správania, agresívnej či panickej reakcie.³¹⁵ Osoba nesúca bremeno náročnej situácie môže mať obmedzené vnímanie reality. Často je totiž zameraná len na problém, pričom jej realita môže unikať „pomedzi prsty“. Preto je otázne, či sa osoba uprostred krízy môže slobodne rozhodovať. Aj to je jedným z dôvodov, pre ktoré potrebujú rodičia dieťaťa v prvej fáze choroby ich dieťaťa odbornú a možno povedať i direktívnu facilitáciu, i keď môže byť náročné urobiť tento krok pokory, prekonať „syndróm bieleho pláštá“ a nechať sa viesť tým, ktorý vďaka skúsenosti a odbornosti vidí širšie.

Na základe vyššie uvedeného sa vykresľuje i úloha krízového intervenanta – pomôcť rodičom zorientovať sa v ich emóciách, dokázať ich čítať a interpretovať a pomôcť im vniesť logiku do prežívaných emócií. Nie je to možné v čase, keď je hladina emócií rozrušená, je treba počkať na upokojenie hladiny, vtedy je možné emócie pomenovať, klasifikovať, pochopiť a hlavne integrovať. Práve krízový intervenant, ktorý má aj vďaka vzdelaniu a profesionálnej skúsenosti od situácie istý druh odstupu je v tomto zadaní najvhodnejšou osobou.

7.4.2 Odhalenie zmyslu

Aby krízová intervencia bola cielenejšia a efektívnejšia, je rozhodujúce poznať, aký význam rodina pripisuje postihnutiu³¹⁶. Každá rodina, ktorá prežíva skúsenosť dieťaťa, ktoré má duševnú chorobu, zákonne kladie tradičnú otázku „Prečo?“, „Prečo práve my?“ Úlohou krízového intervenanta je pomôcť nielen zodpovedať túto otázku či pomôcť

³¹³ Porov. KOPŘIVA, P. a kol. *Respektovat a být respektován*. Kroměříž: Spirála, 2008, s. 89-91.

³¹⁴ KLENOVSKÝ, L. *Terénna sociálna práca*. Bratislava: OZ Sociálna práca, 2007. s. 79.

³¹⁵ Porov. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krízová intervence*. Praha: Portál, 2007, s. 48.

³¹⁶ Porov. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011. s. 80.

nieť ťažobu tejto otázky, ale pomôcť nájsť zmysel situácie, v ktorej sa rodina ocitla.

Pri hľadaní odpovede na otázku „Prečo“ môže krízový intervent ponúknuť najrôznejšie druhy vysvetlení: *biomedicínske vysvetlenie* (genetické/prenatálne faktory, pôrodná trauma), *environmentálne vysvetlenie* (znečistené ovzdušie, toxické vplyvy), *spirituálne vysvetlenie* (vplyv osudu alebo náhody). *Neznáma príčina* je vždy veľmi zaťažujúca, rovnako *pripisovanie zodpovednosti sebe, odborníkom*. Bez ohľadu na príčinu, rodina si potrebuje formulovať vlastný význam, interpretáciu, s ktorou sa sama stotožní a ktorú bude komunikovať druhým. To jej zároveň pomáha, aby bola odolnejšia voči následnej záťaži.³¹⁷ Mnohokrát sú ponúknuté vysvetlenia nedostatočné, pretože choroba dieťaťa je nezvratná. Kľúčovým je preto nájsť, pochopenie a prijatie zmyslu tejto situácie.

Túžba človeka po zmysle je podstatným aspektom ľudskej prirodzenosti.³¹⁸ Zmysel, ktorý človek potrebuje odhaliť, nie je abstraktný a univerzálny, ale konkrétny pre každého. V. E. Frankl, zakladateľ logoterapie a človek, ktorý si sám prešiel koncentračným táborom tvrdí, že život má zmysel pre akéhokoľvek človeka a za akýchkoľvek okolností. Každé utrpenie prestáva byť utrpením, keď nájde zmysel. Utrpením pre rodičov dieťaťa s duševnou chorobou dieťaťa je, že nepoznajú zmysel.³¹⁹

Ako môže byť krízový intervent pri hľadaní tohto zmyslu užitočný a nápomocný? V prvom rade si musí byť vedomý toho, že jeho úlohou nie je *dávanie zmyslu*, ale jeho *hľadanie*. Zmysel nemožno dať, musí byť nájdený. Intervent si uvedomuje, že má pred sebou rodičov, ktorí môžu prežívať pocit prázdnoty či existenciálnu frustráciu³²⁰, a predsa je jeho úlohou preorientovať rodičov na budúcnosť a pomôcť im nájsť víziu pozitívnej motivujúcej perspektívy.³²¹ Znovuvybudovanie zmyslu sa vníma ako centrálny proces, ktorému čelia osoby v kríze. Platí, že tí, ktorí význam našli, sa prispôbia ľahšie, ako tí, ktorí zmysel hľadajú a nenachádzajú. Niektorí z tých, ktorí už zmysel našli, pokračujú v jeho hľadaní ďalej³²². Rodičia postihnutého dieťaťa totiž často môžu žiť v minulosti, v hľadaní príčin, v obviňovaní. Krízová ale i následná

³¹⁷ Porov. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011. s. 80-81.

³¹⁸ Porov. FRANKL, V. E. *Vôľa k zmyslu*. Bratislava: Lúč, 2010, s. 17.

³¹⁹ Porov. FRANKL, V. E. *Zmysel života. Zmysel utrpenia*, s. 1, 3, 8.

³²⁰ Porov. FRANKL, V. E. *Vôľa k zmyslu*. Bratislava: Lúč, 2010, s. 11, 19, 25-27.

³²¹ Porov. KLENOVSKÝ, L. *Terénna sociálna práca*. Bratislava: OZ Sociálna práca, 2007. s. 79.

³²² Porov. WORDEN, J. W. *Smútkové poradenstvo a smútková terapia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2013. s. 4.

intervencia im má pomôcť v tom, aby žili prítomný okamih, každý deň naplno.

Ako symbolicky poznamenáva Frankl, úloha logoterapeuta (a analogicky možno povedať aj krízového intervenanta) je byť očným špecialistom, ktorý pomáha vidieť svet, aký je³²³, vidieť ho v jeho realite, no s vôľou dať tejto realite zmysel. Ako hovorí ďalej: človek môže prežiť iba vtedy, keď žije pre niečo³²⁴ a možno doplniť aj „pre niekoho...“ Zmysel svojho života môžeme pochopiť jedine hľadiac na druhých a orientáciou na druhých. Preto najdôležitejším cieľom krízového intervenanta pri hľadaní zmyslu je nasmerovať celú rodinu na osobu, ktorá je istým spôsobom výnimočná a originálna. Skúsenosť mnohých rodičov, ktorí dali zmysel tak náročnej situácii potvrdzuje, že zo zdanlivého utrpenia vyplynulo pre celú rodinu veľké obohatenie.

7.4.3 Integrácia

Pri objavení duševnej choroby stoja rodičia často pred pokušením túto náročnú skutočnosť ignorovať, potlačiť alebo neakceptovať. Všetko, čo je nové sa javí automaticky i náročné a nezvládnuteľné, preto je typickou reakciou mnohých útek. Psychológia nám pritom „hovorí, že to, čo nie je zintegrované, stáva sa príčinou dezintegrácie.“³²⁵ Inými slovami povedané, všetky nespracované udalosti života narúšajú – dezintegrujú rodinný systém – čo sa môže prejavovať vo zvýšenej miere napätia a konfliktov v rodinných vzťahoch, ktoré môžu vyústiť do vážneho narušenia.

Pre zdravé fungovanie rodinného systému je absolútne kľúčová otázka integrácie reality duševnej poruchy dieťaťa. Nejde pritom len o suché akceptovanie faktu, zmierenie sa so situáciou, ale o slobodné prijatie reality, ktoré jediné vnesie do vzťahu s postihnutým dieťaťom uvoľnenie, slobodu a pokoj. Pod pojmom integrácia myslíme slobodnú akceptáciu a začlenenie situácie do reality osoby i života. Integrovaná skúsenosť je skúsenosť, ktorá napriek svojej neštandardnosti a náročnosti môže byť pre osobu pozitívnym prínosom, ktorá samotný subjekt formuje. „Rodičia..., ktorých energia je blokovaná bolesťou a pocitom bezmocnosti, môžu účelnou činnosťou v prospech dieťaťa túto energiu uvoľniť, pretaviť bolesť v silu pozitívnu a tvorivú...“³²⁶ Toto zadanie je

³²³ Porov. FRANKL, V. E. *Zmysel života. Zmysel utrpenia*, s. 2.

³²⁴ Porov. FRANKL, V. E. *Vôľa k zmyslu*. Bratislava: Lúč, 2010, s. 31.

³²⁵ CENCINI, A. *Strom života*. Bratislava: Serafín, 2012, s. 94-95.

³²⁶ NIELSENOVÁ, L. *Učení zrakově postižených dětí v raném věku*. Praha: ISV, 1998, s. 5. In ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011. s. 84.

úlohou tak krízovej, ako i následnej intervencie. Pochopiť a dať zmysel náročnej udalosti je základom celého procesu integrácie. Zaiste integrovať tak náročnú informáciu a situáciu, ktorá má náhly a dlhodobý dopad na celý rodinný systém, nemôže byť predmetom prvého stretnutia.

7.4.4 Informácia a intervencia

Denný program rodiča s dieťaťom, ktoré je vo fáze diagnostiky novej duševnej poruchy sa razantne mení na denno-denné chodenie po lekároch, od jedného k druhému, z dverí do dverí, od vyšetrenia k vyšetreniu, často bez výsledkov. V prvých dňoch diagnostiky mnohokrát nikto nevie, čo sa s dieťaťom deje, ako mu pomôcť. Čím rodičia trpia najviac je nevedomosť, čo sa s ich dieťaťom deje a čo je toho príčinou.

Rodičia v počiatočnom šoku potrebujú niekedy pomoc s nadviazaním vzťahu s postihnutým dieťaťom (ide o praktickú pomoc – ako sa dieťať s duševnou poruchou dotýkať, ako sa k nemu správať ak je na JIS alebo v inkubátore). Obsahom informačnej podpory je tiež naučiť rodičov, ako odovzdať informáciu o postihnutí okoliu (súrodencom, starým rodičom, priateľom, susedom a známym) či v zamestnaní vecne a otvorene, zvládnuť pre nich novú terminológiu, pomáhať jednotlivým členom rodiny komunikovať otvorene, spolupracovať, diskutovať, zdieľať pocity. Znamená to poskytnúť informácie o možných zdrojoch pomoci. Uistiť rodičov, že v tejto situácii nie sú sami, pomôcť im nadviazať vzťahy s inými rodinami v podobnej situácii. Krízová intervencia má za cieľ preorientovať tiež pozornosť rodičov od kľčovitého zamerania sa na príčiny ich stavu smerom k zvládaniu ich situácie, zdôrazňovať možnosti a alternatívy. Pri informačnej podpore intervent potrebuje zvoliť vecný a zrozumiteľný jazyk, informácie opakovať, nakoľko pod vplyvom úzkosti vnímajú rodičia často informácie neúplne a nepresne. Rovnako potrebuje zohľadniť typy rodín, ktoré môžu byť pri narodení dieťaťa s duševnou poruchou zraniteľnejšie³²⁷ a poskytnúť im individuálny prístup.

Krízový intervent je často osobou prvého kontaktu. Jeho úlohou je rozpoznať potrebný druh pomoci, resp. inštitúcie a podanie informácií o nich.³²⁸ Rodičia v takej situácii nevedia, na koho sa majú obrátiť, koho sa opýtať, akú knihu prečítať či inštitúciu navštíviť. Neraz sú odkázaní len na internet. Potrebujú sa zorientovať v možnostiach výchovno-

³²⁷ Porov. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011. s. 83-84.

³²⁸ Porov. KLENOVSKÝ, L. *Terénna sociálna práca*. Bratislava: OZ Sociálna práca, 2007. s. 79-80.

vzdelávacích inštitúcií, či už špeciálnych alebo bežných s asistentom, v možnostiach sociálnej podpory, v možnostiach duchovnej pomoci.

V praxi sociálnej práce, ale aj iných spoločenských vied sa môže často stať, že intervencia prípadu nastúpi bez predchádzajúcej integrácie prípadu. Tu treba poznamenať, že skutočná intervencia – zvlášť v stave, akým je choroba dieťaťa, ktorá bude rodinu sprevádzať po celý život dieťaťa, nie je možná bez pravdivej integrácie; ba dokonca je od nej závislá. Aké návrhy na riešenie situácie možno dať tam, kde situácia zostala neakceptovaná? Akákoľvek pomoc bez vyliečenia rany bude vždy len náplasťou, ktorá ranu nezahojí. Napriek tomu, ako bolo spomenuté, samotná integrácia situácie je proces a intervencia ňou nemôže byť podmienená. Rodina potrebuje bezodkladne reagovať na vzniknutú situáciu praktickými krokmi (finančné zabezpečenie, informácie, sociálna sieť, špecifická starostlivosť). Kvalitná intervencia je podmienená dobrou analýzou sociálnej siete rodičov postihnutého dieťaťa.

7.4.5 Sociálna opora

Život rodiny s duševne postihnutým dieťaťom si vyžaduje zapojenie širokej siete osôb a inštitúcií, ktoré pomôžu rodine ich situáciu niesť. Už spomínané preorientovanie klienta z minulosti na prítomnosť, odhalenie zmyslu, prijatie choroby sa môžu stať pevnými bodmi pre vedenie a sprevádzanie rodiny dieťaťa. Okrem toho je treba mapovať ďalšie silné miesta, spevňovať ich a kotviť.

Rodina chorého dieťaťa je pred krízovým interventom ako podlaha s dlaždicami. Niektoré dlaždice sú pevné a dobre ukotvené v podklade. Niektoré sa kývu, iné sú poškodené. Každý obkladač bude postupovať tak, že si kľakne na tie dobré dlaždice a z toho miesta bude opravovať dlaždice poškodené. Podstatnou otázkou krízového intervenanta pri práci s celým rodinným systémom je zistiť, ktoré „dlaždice“ sú pevné³²⁹, inými slovami: *overiť existenciu systému sociálnej opory*, teda poukázať na pozitívne stránky rodiny – rezervy, možnosti a skryté zdroje.³³⁰ Sociálnu oporu pritom definujeme ako „psychický a emocionálny komfort, ktorý nám poskytuje rodina, priatelia, spolupracovníci a ostatní. Je to vedomie, že sme súčasťou komunity ľudí, ktorí nás milujú, myslia na nás, starajú sa o nás, vážia si nás.“³³¹ Systém sociálnej opory predstavujú ľudia a inštitúcie.

Rodičia v kríze sa môžu nachádzať v jednej z týchto situácií:

³²⁹ Porov. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krízová intervence*. Praha: Portál, 2007, s. 109-110.

³³⁰ Porov. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011. s. 17-20, 84.

³³¹ LEVICKÁ, J. a kol. *Sociálna práca I*. Trnava: Oliva, 2007, s. 146.

Majú k dispozícii systém sociálnej opory, ktorý je im schopný a ochotný poskytnúť potrebnú pomoc (je treba zistiť, či títo ľudia existujú, kto to je, koľko ich je, či v minulosti už nejakým spôsobom rodine pomohli a či vedia o túto pomoc požiadať).

Systém sociálnej opory síce existuje, ale nie je aktivizovaný, a to je potom jednou z úloh krízovej intervencie (tzv. mobilizácia sociálnej opory).

Systém sociálnej opory z nejakých dôvodov neexistuje, absentuje. V takom prípade môže byť inštitúcia „náhradným“ poskytovateľom sociálnej opory do doby, než bude iný (prirodzený) systém sociálnej opory klienta vybudovaný³³².

Systém sociálnej opory je budovaný na viacerých úrovniach:

Na *úrovni osobnej/manželskej/rodinnej*: osobné i spoločné vlastnosti, úspechy, adaptačné mechanizmy, spracované krízy, schopnosti, životné skúsenosti, ktoré rodine umožnili prekonať skoršie nepriaznivé situácie. Patria sem hodnoty, vnútorné oporné body, viera, životná múdrosť, znalosti, informácie, schopnosť vhl'adu, flexibility, citlivosť, autenticita, snaha byť dobrým otcom či matkou³³³. Rovnako možno využiť osobné danosti a prednosti detí, ktoré nemôžu byť vyčlenené z pomoci svojmu súrodencovi.

Na *úrovni širšieho rodinného systému* – je treba preskúmať, či existujú osoby zo širšej rodiny, ktoré môžu rodinu (a prípadne v akej miere) podporiť, kto a ako jej doteraz pomáhal v podobných problémoch³³⁴. Preto je potrebné pýtať sa na zázemie osôb, ktorým môže rodina dôverovať, na ktoré sa môže obrátiť s najrôznejšími požiadavkami³³⁵, ktoré v prípade duševnej choroby dieťaťa prichádzajú do úvahy (komunikácia so špeciálnymi školskými, výchovnými a zdravotníckymi zariadeniami, pomoc rodine so starostlivosťou o dieťa, pri odbremenení rodičov...)

Ďalšou úrovňou je sociálna opora na *miestnej úrovni* (miestne záujmové skupiny, farnosť, susedia, kolegovia, spolužiaci, známi a priatelia). Priatelia a známi často nevedia, čo hovoriť a ako sa správať. Chcú rodine pomôcť, ale obávajú sa nevhodného spôsobu, aby rodinu neponížili. Rodičia často nemajú energiu premýšľať, kto môže byť ako

³³² Porov. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011. s. 18.

³³³ Porov. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krízová intervence*. Praha: Portál, 2007, s. 109-110.

³³⁴ Porov. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011. s. 18.

³³⁵ Porov. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krízová intervence*. Praha: Portál, 2007, s. 50-51.

užitočný. Ak niekto chce byť rodine užitočný, má robiť to, čo sa mu zdá potrebné.³³⁶

Nakoniec ide o hľadanie sociálnej opory na *inštitucionálnej úrovni*. Nakoniec preto, lebo i v sociálnej práci musí byť zachovaný princíp subsidiarity, ktorý rešpektuje predovšetkým prirodzenú sociálnu oporu a až pri jej zlyhaní nastupuje sociálna opora na úrovni inštitúcií.

V analýze a aktivácii sociálnej siete rodiny je treba byť čo najkonkrétnejší. Pri každej osobe alebo inštitúcii je kľúčové poznať možnosti, reálne schopnosti a kapacity osoby alebo inštitúcie na riešení problému participovať. Na jednej strane sa očakáva čo najpresnejšia deskripcia potrieb rodiny, na strane druhej čo najpresnejšia deskripcia možností sociálnej siete.

Predstavené návrhy nemožno čítať ako presne stanovené poradie krokov. Krízový intervent musí sám zvážiť postupnosť krokov. V niektorých situáciách môže byť nevyhnutné poskytnúť najprv informačnú podporu, aby sa klient/i dokázali zorientovať v pre nich novej situácii, inokedy môže byť prioritné pomôcť so spracovaním emócií. Spracovanie emócií, pripísanie zmyslu a integrácia situácie môžu presahovať rámec krízovej intervencie, nakoľko je už z popisu jasné, že všetky tri kategórie sú súčasťou dlhodobejšieho procesu, ktorý nemožno zúžiť na niekoľko intenzívnych stretnutí s krátkym odstupom času, ktoré sú pre krízovú intervenciu charakteristické.

Úlohou krízovej intervencie zameranej na rodičov dieťaťa s duševnou poruchou je pomôcť rodičom pochopiť, že plnohodnotný život existuje aj s postihnutým dieťaťom. Krízový intervent uvedomujúc si fakt, že duševná choroba dieťaťa zasahuje celú rodinu, snaží sa do intervencie vtiahnuť (čo najviac) celú rodinu, pretože ju chápe ako systém vzťahov, ktoré sa vzájomne ovplyvňujú. Rodičia prichádzajúci za krízovým interventom nabití silnými emóciami, dezorientovaní v novej situácii, (ktorá ich rodinu zasiahla), potrebujú sa zorientovať a správne nasmerovať, aby mohli situáciu, (ktorá do ich života vstúpila), čo najlepšie integrovať. Proces integrácie nie je krátkodobý proces, niekedy môže trvať i roky, no jeho podstatný počiatok je práve v etape krízovej intervencie, kedy intervent pracuje so surovými emóciami rodičov, ktoré sú pre neho materiálom odhaľujúcim realitu. Držiac tento živý materiál vo svojich rukách im môže výrazne pomôcť túto realitu pochopiť, interpretovať a integrovať, pretože bez integrácie je akákoľvek intervencia len ďalšou náplasťou na liečenie stále viac prehlbujúcej sa rany.

³³⁶ Porov. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervencie pro praxi*. Praha: Grada, 2011. s. 84.

Literatúra

- BROŽ, F. – VODÁČKOVÁ, D. *Krízová intervence v kazuistikách*. Praha: Portál, 2015, 168 s. ISBN 978-80-2620-811-2.
- CENCINI, A. *Strom života*. Bratislava: Serafín, 2012, 378 s. ISBN 978-80-8081-098-6.
- CIMRMANNOVÁ, T. a kol. *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu*. Praha: Karolinum, 2003, 200 s. ISBN 978-80-2462-205-7.
- FRANKL, V. E. *Vôľa k zmyslu*. Bratislava: Lúč, 2010, 288 s. ISBN 978-80-7114-766-4.
- FRANKL, V. E. *Zmysel života. Zmysel utrpenia*. 8 s.
- FRANTIŠEK. *Posynodálna apoštolská exhortácia svätého otca Františka Amoris laetitia*. Trnava: SSV, 2016, 204 s. ISBN 978-80-8161-218-3.
- GABURA, J. *Sociálne poradenstvo*. Bratislava: OZ Sociálna práca, 2005. 221 s. ISBN 80-89185-10-X.
- HUNYADIOVÁ, S. *Krízová intervencia v pomáhajúcich profesiách*. Prešov: USVaZ, 2012. 200 s. ISBN 978-80-8132-060-6.
- KLENOVSKÝ, L. *Terénna sociálna práca*. Bratislava: OZ Sociálna práca, 2007. 97 s. ISBN 978-80-89185-18-5.
- KOPŘIVA, P. a kol. *Respektovat a být respektován*. Kroměříž: Spirála, 2008, 286 s. ISBN 978-80-9040-300-0.
- KOŠČ, S. „Rozlučiteľnosť“ vs. Nerozlučiteľnosť manželstva ako sociálny problém. In *Manželstvo dnes*. Ružomberok : Verbum, 2010. ISBN 978-80-8084-570-4 , s. 23-32.
- LEŠKOVÁ, L. Možnosti pomoci súčasnej rodine. In *Efektívna výučba sociálnoprávnej ochrany na prahu 21. storočia*. Prešov: Vydavateľstvo Michal Vaško, 2015. ISBN 978-80-7165-976-1, s. 15-44.
- LEŠKOVÁ, L. Rodinné a manželské poradenstvo. In *Manželstvo a rodičovstvo z aspektu sociálnej práce*. Prešov: Vydavateľstvo Michal Vaško, 2015. ISBN 978-80-7165-978-5, s. 115-156.
- LEVICKÁ, J. a kol. *Sociálna práca I*. Trnava: Oliva, 2007. 168 s. ISBN 978-80-969454-2-9.
- MATULAY, S. – MATULAYOVÁ, E. *Krízová sociálna intervencia*. Sládkovičovo: Danubius, 2015. 91 s. ISBN 978-80-8167-023-7.
- NIELSENOVÁ, L. Učení zrakově postižených dětí v raném věku. Praha: ISV, 1998, 119 s. ISBN 978-80-85866-26-9. In ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011, 195 s. ISBN 978-80-2472-624-3.
- NORIEGA, J. Spoločenstvo osôb a odovzdanie zmyslu. In *Rodina a médiá*. Ružomberok: KU, 2009. ISBN 80-8084-421-9, s. 97-107.
- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
- RITVO, E. C – GLICK, I. D. *Párová a rodinná terapia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2009, 198 s. ISBN 978-80-8895-256-5.
- SCHAVEL, M. – OLÁH, M. *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2010. 218 s. ISBN 978-80-8068-487-1.
- ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011, 195 s. ISBN 978-80-2472-624-3.
- VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krízová intervence*. Praha: Portál, 2007, 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0
- WORDEN, J. W. *Smútkové poradenstvo a smútková terapia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2013. 287 s. ISBN 978-80-8895-273-2.

8 Muzikoterapia - využitie expresívnych terapií pri liečbe duševných porúch

Lucia Pečovská

Tak, ako každá hraničná téma, aj muzikoterapia si až s určitým oneskorením budovala svoj teoretický aparát. Dôležité práce o muzikoterapii sa usilovali, v prvom rade, o vytvorenie teoretickej bázy pre vypracovanie klinicky aplikovateľných a efektívnych liečebných metód pomocou hudby. Jednotliví muzikoterapeuti sa medzi sebou líšia. Odlišnosti vyplývajú z ideového pozadia, ktoré predstavujú, to znamená, že to, čo vlastného do muzikoterapeutického procesu každý jeden z nich vnáša, je ukryté v osobnej pozícii a hodnotách, ktoré sú, resp. môžu byť, u jednotlivých muzikoterapeutov odlišné.³³⁷ Pozícia, a hodnoty, vlastné pre Zeleiovú vychádzajú z a sú v súlade s kresťanským pohľadom na človeka a svet, slovami jej samotnej „z finálnej intencionality človeka ako toho, kto svoju plnosť prežíva rozvinutím troch vzťahových rovín – vzťahom k sebe, k druhému človeku a k osobnému Bohu“³³⁸, čo teda citeľne poznačilo dielo, na ktoré sa budeme v tejto kapitole nie zriedka odvolávať. A to aj preto, lebo sa nazdávame, že v kontexte diskurzu o vplyve a využití terapie hudbou v priestore práce s osobami s duševnými poruchami (a v širšom kontexte nášho bádania ohľadne prelínania sa sociálnej práce a starostlivosti o osoby s duševnými poruchami s ďalšími oblasťami práce a starostlivosti o nich všeobecne) rozmer vzťahov v ich viacdimenzionálnom význame (k sebe, k iným, k Bohu/transcendentnu) nemožno ignorovať.

Vzťah k sebe, ktorý je osobný, zrelý a intímny, taký, ktorý sa tvorí cez *skúsenosť prijatia inými ľuďmi*, Zeleiová vníma ako významný prostriedok uzdravenia, a muzikoterapia, podľa nej, napomáha pripraviť človeka práve na otvorenie sa dôležitým vzťahom:³³⁹ „Cez zmyslovú rovinu zjemňuje vnímanie seba i vnímanie ľudí navzájom.“³⁴⁰ Pochopenie možností muzikoterapie je základným predpokladom k tomu, aby sa úspešne a efektívne využila v praxi. Následne môže jej správne využívanie

³³⁷ Porov. ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapia - dialóg s chvením. Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002., s. 7.

³³⁸ ZELEIOVÁ, J., *Muzikoterapia - dialóg s chvením. Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002, s. 7.

³³⁹ Porov. ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapia - dialóg s chvením. Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002, s. 8.

³⁴⁰ ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapia - dialóg s chvením. Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002, s. 8.

prispiet' k (re)definovaníu všeobecného chápania pojmu muzikoterapie, či k jej vymedzeníu sa voči častokrát zjednodušenému pohľadu na ňu ako na čosi jednoducho relaxačného, ezoterického, "hravého".³⁴¹ Muzikoterapia je a má ambíciu zostať vedou.³⁴²

8.1 Hudba a človek

Jednotlivé druhy umenia, ich vznik a rozvoj, sú špecifickou manifestáciou ľudských vlastností. *Umenie* je špeciálnou formou zobrazenia týchto vlastností – je ich spočítateľným, zviditeľným, zhmataateľným, je jednoducho povedané priestorom, v ktorom sa ľudské vlastnosti najlepšie realizujú.³⁴³

To ako hudba manifestuje a aktualizuje človeka a jeho vlastnosti, je možné priblížiť i cestou určitých vzorcov, paradigiem.³⁴⁴

³⁴¹ Porov. ZELEDIOVÁ, J., *Muzikoterapia - dialóg s chvením. Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002, s. 8.

³⁴² Je známe, že definície muzikoterapie sú rozmanité. Muzikoterapia je napr. definovaná ako interpersonálny proces, pri ktorom sú využívané také skúsenosti s hudbou, ktoré vedú/môžu viesť k zlepšeniu, stabilizovaniu a znovuoobnoveniu zdravia. Je využiteľná pri riešení fyzických, duševných, no i emocionálnych a sociálnych problémov jednotlivých osôb. Ide o je cieľavedomý proces, počas ktorého sa muzikoterapeut snaží pomôcť klientovi zlepšiť, udržať alebo obnoviť pocit duševnej pohody. Hudba má byť aplikovaná na klientove problémy tak, aby sa stala terapiou (Porov. VITÁLOVÁ, Z. *Úvod do muzikoterapie a jej využitie v sociálnej práci*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2007, s. 20.; Porov. GERLICHOVÁ, M. *Muzikoterapie v praxi. Príbehy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada, 2014, s. 15-16). Muzikoterapia je tiež definovaná ako štruktúrované použitie hudobných zážitkov k uľahčeniu pozitívnych zmien v správaní klienta (Porov. ZELEDIOVÁ, J. *Muzikoterapia - dialóg s chvením. Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002, s. 31). „Schopnosť vychutnávať hudbu a reagovať na ňu je človeku vrodená. Je všeobecne známe, že táto schopnosť nemôže vymiznúť ani pri postihnutiach, zraneniach alebo chorobách, a že nie je závislá od hudobného vzdelania” (ZELEDIOVÁ, J. *Muzikoterapia - dialóg s chvením. Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002, s. 28). Napokon Svetová federácia muzikoterapie definuje muzikoterapiu ako profesionálne používanie hudby a jej prvkov v rámci intervencie v zdravotníctve, vo vzdelávaní a aj v každodennom prostredí klienta. Týmto sa usiluje o optimalizáciu kvality jeho života a o zlepšenie jeho psychického, sociálneho, komunikačného, emocionálneho a duševného zdravia (Porov. GERLICHOVÁ, M. *Muzikoterapie v praxi. Príbehy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada, 2014, s. 15).

³⁴³ Porov. ZELEDIOVÁ, J. *Muzikoterapia - dialóg s chvením. Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002, s. 13.

³⁴⁴ Porov. ZELEDIOVÁ, J. *Muzikoterapia - dialóg s chvením. Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002, ss. 17-23.

- *paradigma magická*

„Ani moderná muzikoterapia sa nezaobíde bez sugestívnych momentov“,³⁴⁵ a je známe, že viera v uzdravujúcu moc hudby konkurovala až do 18. storočia, tak medicínskemu ako i psychologickému vysvetľovaniu pôsobenia hudby na človeka, ba dokonca že ona – táto viera v uzdravujúci vplyv hudby na človeka – bola až do 18. storočia dominujúcim postojom.

- *matematická paradigma*

Matematika a hudba predstavovali pre dávne kultúry jednotu. Hudba bola a je, čosi ako odraz kozmického poriadku usporiadania vecí. A to až do takej miery, že „vrcholom matematickej paradigmy pri vysvetľovaní účinkov hudby na človeka bola grécka predsokratovská pytagorejská škola, ktorá v 6. storočí pred Kristom dala základy hudobnej teórie.“³⁴⁶ Jednotlivé intervaly majú zvláštne vlastnosti, podľa toho, aký pomer frekvencií vyjadrujú, a harmónia predstavuje poriadok – kozmu (*musica mundana*), ľudského ducha (*musica humana*) a hudby (*musica instrumentalis*). Tento poriadok (harmónia), usporadúva to, čo je v nesúlade (disharmónii). A pri liečení hudbou je práve táto pravda základným predpokladom, využívajúc napr. fyzikálny fenomén rezonancie (napr. vibrujúce struny rozochvievajú určité časti tela a tie následne ovplyvňujú dané vegetatívne procesy). Harmónia v hudbe napomáha harmónii ľudského ducha, a podobne harmónia sveta, kozmu, tej hudobnej.³⁴⁷

Zaujímavým je tiež prepojenie medzi hudbou, matematikou a etikou, pretože nielen matematika a hudba, ale aj matematika a etika patria, podľa pytagorejcov, spolu. Harmónia bytia súvisí s harmóniou konania.³⁴⁸

³⁴⁵ ZELEDIOVÁ, J. *Muzikoterapia - dialóg s chvením. Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002, s. 17.

³⁴⁶ ZELEDIOVÁ, J. *Muzikoterapia - dialóg s chvením. Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002, s. 18.

³⁴⁷ Porov. ZELEDIOVÁ, J. *Muzikoterapia - dialóg s chvením. Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002, s. 18.

³⁴⁸ Platónova etika je výsledkom spojenia idey najvyššieho dobra s ideou o nesmrteľnej duši človeka. Stav, v ktorom sa duša približuje najvyššiemu dobru je čnosť. A keďže viditeľné veci sú obrazmi vecí neviditeľných, môže pravé umenie slúžiť ako prostriedok na pochopenie ideí. A ak hudba neodzrkadľuje vonkajší svet, ale vnútro človeka, teda jeho dušu, hudba pôsobí na afekty a tým následne na telesné tekutiny, ktoré vyrovnávajú fyzický stav chorého; Porov. ZELEDIOVÁ, J. *Muzikoterapia - dialóg s chvením. Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002, s. 20.

- *medicínska paradigma*

Hudba, resp. jej *profylaktické pôsobenie* ovplyvnilo veľmi podstatne vnímanie hudby ako posilňujúceho prostriedku. Ak choroby boli spôsobené vnútornou nevyváženosťou, disharmóniou, telesných tekutín, tak jedným zo spôsobov ktorými túto nerovnováhu vyrovnať mohlo byť cestou alopatického³⁴⁹ účinku harmónie. Podľa tohto princípu sa v tele opätovne nastolí predtým mu chýbajúca harmónia. *Hudba* sa používala *ako terapeutikum*, ktoré vyvolá stav opačný tomu, v ktorom sa organizmus nachádzal – teda, ak bol chorý, pomôže nastoliť stav zdravia.

Iný prístup ponúka izopatický³⁵⁰ spôsob využitia hudby. Týmto sa rozumie (v protiklade k princípu alopatickému) využitie takej hudby, ktorá približne zodpovedala (rytmom, tempom, farbou, dynamikou atď.) psychickému rozpoloženiu človeka. Toto malo na človeka katarzný, a teda i liečivý, účinok tým, že nebola snaha napr. niekoho depresívneho utešiť veselými, živými zvukmi, ale uprednostnilo sa upokojiť ho pokojnejšou hudbou. Takto mohol postupne nadobudnúť pocit vnútorného pokoja a s dôverou sa naladiť na okolité prostredie, otvoriť sa, preladiť sa, teda sa vyliečiť.³⁵¹

V stredoveku sa hudba naďalej chápala ako terapeutikum, tak upokojujúce, ako i stimulujúce.³⁵²

Koncom 17. a v 18. storočí, keď človek nadobudol nové poznatky o ľudskom organizme, sa choroba postupne prestala chápať ako jednoduchá nevyrovnanosť, nerovnováha, telesných tekutín v tele. Hudba sa začala využívať na psychosomatické pôsobenie, v ktorom fyziologické reakcie boli dôsledkom reakcií psychických.³⁵³

³⁴⁹ Alopaticia: spôsob liečenia založený na biologickom pôsobení liekov, pri ktorom sa používajú liečivá vyvolávajúce u zdravého opačné príznaky; Porov. "alopat" [online]. [cit. 03-08-2019]. Dostupné na internete: <www.slovník.aktuality.sk/pravopis/slovník-sj>.

³⁵⁰ Izopaticia: nevedecký spôsob liečenia chorôb výlučkami týchto chorôb; Porov. "izopat" [online]. [cit. 03-08-2019]. Dostupné na internete: <www.slovník.aktuality.sk/pravopis/slovník-sj>.

³⁵¹ Porov. LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna: Gloria, 1997, s. 47.

³⁵² Porov. ZELEDIOVÁ, J. *Muzikoterapia - dialóg s chvením. Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002, s. 22. Porov. AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. 2007, s. 21-22: „Percepcia hudby môže na psychickú a somatickú stránku ľudskej osobnosti vplývať dvojakým spôsobom. Na jednej strane ju môže inaktivizovať, čiže uvoľniť, vtedy hovoríme o *hudobnej relaxácii*. Na stránke druhej môže cieľavedomé počúvanie skladieb pôsobiť na klienta terapeuticky v zmysle *pozitívneho preladenia* (inšpirácia, motor, chuť do) a celkovej stabilizácie osobnosti.“. [online]. [cit. 01. 08. 2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

³⁵³ Porov. ZELEDIOVÁ, J. *Muzikoterapia - dialóg s chvením Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002, s. 22.

- *psychologická paradigma*

Psychologická paradigma v hudbe, a užšie, psychoterapeuticky orientovaná muzikoterapia, je označením toho, keď sa hudba priamo používa napr. za účelom vyvolania určitých emócií, alebo za účelom uľahčenia, umožnenia, komunikácie, či za účelom redukcie napätia a podobne.³⁵⁴ Predstavuje určitú typológiu sprevádzania klienta a jeho psychologických procesov. V psychoterapii je cieľom upraviť tie formy prežívania jedinca, ktoré mu prekážajú v zdravom vzťahu ku sebe i k okoliu a to tak, že sa terapeut snaží o odstraňovanie chorobných príznakov, alebo o resocializáciu, reorganizáciu, integráciu, rozvoj klientovej osobnosti³⁵⁵. Práve psychologicky orientovaná muzikoterapia sa najviac rozvíja od 20. storočia. Podstatným je dodržať predovšetkým kritérium indikácie a dôležitým sa, popri symptomatike, stáva i samotný hodnotový systém človeka, na ktorý sa viažu emócie, životná motivácia či existenciálne otázky.³⁵⁶

Sila hudby a jej šírka, vo vzťahu k človeku a jeho vlastnostiam a skúsenostiam, jej potenciál, vo vzťahu k už spomínanej komplexnosti ľudskej osoby, sú naozaj nevyčerpatel'né. Dôkazom, a vyjadrením tejto pravdy sú tak primitívne magické rituály dávnych čias, ako i najmodernejšie muzikoterapeutické postupy a metódy dnešnej doby.

8.2 Expresívne terapie a duševné poruchy

Expresia, *výraz*, je určitým druhom ľudskej aktivity a ako taká súvisí veľmi úzko s *komunikáciou*. Človek svoje pocity vyjadruje spontánne a toto vyjadrenie hovorí niečo o ňom samom, niečo o ňom zjavuje. *Expresívna terapia* bude teda terapiou, ktorá sa bude zameriavať a využívať práve túto človeku vlastnú a spontánnu schopnosť sebavyjadrenia v rámci nejakého terapeuticky mieneného postupu.

Pre rozvoj expresívnych terapií boli rozhodujúce roky 1930 až 1940. Samotní terapeuti si vtedy jasne začali uvedomovať, že „sebavyjadrenie cez neverbálne metódy ako kresba, hudba, tanec, dramatická tvorba, môžu výrazne prispieť k zlepšeniu stavu ťažko mentálne postihnutých. Bolo to aj z dôvodu, že títo ľudia nedokázali

³⁵⁴ Porov. ZELEDIOVÁ, J. *Muzikoterapia - dialóg s chvením. Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002, s. 23.

³⁵⁵ Porov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1998, s. 13, 17.

³⁵⁶ Porov. ZELEDIOVÁ, J. *Muzikoterapia - dialóg s chvením. Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002, s. 23.

interpretovať svoje potreby slovne a liečba samotná neprinášala žiadané výsledky.“³⁵⁷

Kováčová a Lištiaková vymedzujú expresívne terapie ako “oblasť pomáhajúcich profesií, v ktorej sa prelína pôsobenie umenia a umeleckej tvorby s tradičnými psychoterapeutickými a pedagogickými prístupmi. Keďže v stredoeurópskom kontexte zatiaľ expresívne terapie nemajú vybudovanú platformu samostatných profesií, ich aplikácia v praxi vychádza z etických a profesijných štandardov konkrétnych odborníkov. [...] Ich metódy sa uplatňujú v kontexte poradenstva, rôznych psychoterapeutických smerov, špeciálnej, liečebnej, inkluzívnej i všeobecnej pedagogiky. V závislosti od teoreticko-praktického zamerania odborníkov nadobúdajú expresívne terapie konkrétnu podobu, či už so zameraním na liečebné, podporné, alebo výchovné ciele.”³⁵⁸ Dá sa teda predpokladať, že ich ďalšie integrovanie do liečebných procesov bude mať tiež ďalšie, pozitívne, účinky na prijímateľov sociálnych služieb.

V *sociálnej práci* vychádza využívanie terapeutických prístupov z jednej z hlavných paradigiem v sociálnej práci, a sice z paradigmy terapeutickkej. Zároveň sa však v sociálnej práci stretávame s nutnosťou čo možno najkomplexnejšej a najkompletnejšej intervencie, ktorá by mala kombinovať prístupy vlastné všetkým paradigmám v sociálnej práci tak, aby sa predišlo jednostrannosti a nedostatkom samostatných metodických prístupov.³⁵⁹ „Odpoveď na požiadavku komplexnejších intervencií sociálnych pracovníkov ponúkajú rôzne modifikované eklektické prístupy, ktoré sú kombináciou rôznych metodických prístupov.”³⁶⁰ Toto vytvára priestor na to, aby boli zohľadnené širšie sociálne podmienky problémov jednotlivých klientov a aby bolo možné zaoberať sa riešením i ich praktických problémov. Predpokladá sa práca s vnútornými faktormi

³⁵⁷ Porov. KORMANÍK, M. – KUZYŠIN, B. *Expresívne terapie v sociálnej práci na Slovensku*, [online]. [cit. 04-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Kormanik1/subor/1.pdf>>.

³⁵⁸ KORMANÍK, M. – KUZYŠIN, B. *Expresívne terapie v sociálnej práci na Slovensku*, [online]. [cit. 04-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Kormanik1/subor/1.pdf>>.

³⁵⁹ Porov. *Terapia v sociálnej práci* [online]. [cit. 04-08-2019]: „Napríklad: *terapeutický prístup* postráda do značnej miery pochopenie štrukturálnych súvislostí problémov klienta, čo je však pozitívom a silnou stránkou v sociálnej práci vyvinutého *úlohovo orientovaného prístupu*, ktorý spadá do poradenskej paradigmy sociálnej práce. Úlohovo orientovaný prístup kladie dôraz nielen na individuálne potreby, ale aj na súvislosti klientovho problému so sociálnym prostredím. Na druhej strane nie je prítomná často potrebná hlbšia intervencia a analýza a tiež je tu badateľný nezaujem o klientovu históriu.“ Dostupné na internete: <www.oailava.edu.sk/pomature/socialpr/terapia.doc>.

³⁶⁰ Porov. *Terapia v sociálnej práci* [online]. [cit. 04-08-2019]. Dostupné na internete: <www.oailava.edu.sk/pomature/socialpr/terapia.doc>.

(teda jedinečnosť osobnosti klienta, jeho prežívanie, jeho aktivita, jeho motivácia), a aj s jeho vonkajšími faktormi (teda požiadavky sociálneho prostredia, prístup k informáciám, k sociálnym službám atď.)³⁶¹.

Expresívne terapie v sociálnej práci patria nepochybne medzi terapie, ktoré si zaslúžia viac pozornosti, a to čo do ich teoretického prebádania, ako aj do ich využitia priamo v praxi sociálnej starostlivosti. Zatiaľ čo v zahraničí sú expresívne terapie zapracované do liečebných procesov už dávno a mnoho terapeutov sa o nich vyjadruje pozitívne, pričom sa i prakticky využívajú, u nás na Slovensku tomu tak zatiaľ nie je, hoci zariadenia sociálnych služieb ich stále viac a častejšie implementujú do svojho procesu. Na rozdiel od jasne stanovených štandardov vykonávania týchto terapií a dostatočného počtu vyškolených profesionálov vo svete sa na Slovensku stretáme s nejasným legislatívnym ukotvením expresívnych terapií v rámci praxe, s ich nešpecifickým popisom a definovaním, ak i s nedostatkom odborníkov.³⁶² Okrem tohto v slovenskom klinickom prostredí narážame pri samotnom vymedzení toho, čo patrí medzi expresívne terapie a čo nie, na určitú nekonzistentnosť, rôznorodosť, až protirečivosť. Práve toto ale môže predstavovať príležitosť k systematizácii vo vymedzení expresívnych terapeutických postupov na základe toho, aké sú reálne potreby prijímateľov sociálnych služieb.³⁶³ Ak by sme mali expresívne terapie klasifikovať na základe prostriedku, ktorý sa pri práci s prijímateľom sociálnych služieb využíva, mohli by medzi ne patriť *arteterapia*, ak je prostriedkom výtvarný prejav, *dramatoterapia*, ak je prostriedkom dramatické umenie, *biblioterapia*, ak je ním literatúra a literárny prejav, či napokon i *muzikoterapia*, ak je prostriedkom, ktorý pri práci s klientom expresívna terapia využíva, hudba.³⁶⁴

³⁶¹ Porov. *Terapia v sociálnej práci* [online]. [cit. 04-08-2019]. Dostupné na internete: <www.oailava.edu.sk/pomature/socialpr/terapia.doc>.

³⁶² Porov. KORMANÍK, M. – KUZYŠIN, B. *Expresívne terapie v sociálnej práci na Slovensku*. [online]. [cit. 04-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Kormanik1/subor/7.pdf>>.

³⁶³ Porov. KORMANÍK, M. – KUZYŠIN, B. *Expresívne terapie v sociálnej práci na Slovensku*. [online]. [cit. 04-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Kormanik1/subor/1.pdf>>.

³⁶⁴ Porov. KORMANÍK, M. – KUZYŠIN, B. *Expresívne terapie v sociálnej práci na Slovensku*. [online]. [cit. 04-08-2019]. Dostupné na internete: <<https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Kormanik1/subor/1.pdf>>.

8.3 Muzikoterapia pri práci s osobami s duševnými poruchami

Použitie muzikoterapie je rôzne, odráža potreby klienta a môže sa využiť v rozličných kategóriách: v oblasti psychiatrie, v oblasti práce s klientmi vo výkone trestu, v rámci všeobecnej a psychosomatickej medicíny, v práci so seniormi, v rámci paliatívnej a hospicovej starostlivosti, v rámci zariadení sociálnych služieb, atď.³⁶⁵ Hoci je muzikoterapia chápaná ako terapia, alebo liečba hudbou, exaktnejšie definovať práve túto terapeutickú metódu, ako sme už spomenuli, nie je jednoduché: zatiaľ čo niektorí autori “pod pojmom muzikoterapia definujú terapeutický koncept, zahŕňajúci historický, filozofický, hudobno-psychologický a praktický kontext, ktoré spolu súvisia a vzájomne sa ovplyvňujú”,³⁶⁶ iní podčiarkujú, ako základný, a zásadný “vzťah muzikoterapeut – klient, jeho nadviazanie a udržiavanie”.³⁶⁷ Tak je tomu aj v liečebnej pedagogike, “kde bez vzťahu odborník – klient nie je možné realizovať intervenciu ani diagnostiku”.³⁶⁸

V oblasti psychiatrie je muzikoterapia využiteľná tak pri individuálnom, ako i pri skupinovom terapeutickom stretnutí, kde interakcia medzi klientami a terapeutom môže mať rozličnú podobu (spolupráca klienta s ostatnými klientami formou hudobných aktivít, zdieľanie myšlienok a pocitov, a pod.) a napomáha pri dosahovaní cieľov takých, akými sú napr. pozitívna zmena v nálade a citovom rozpoložení klienta, čo môže pomôcť pri uvedomení si samého seba, pri zmiernení anxiety, či zlepšenie sociálnej interakcie a zdokonalenie zručností klienta

³⁶⁵ Porov. AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. 2007, s. 37-43. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

³⁶⁶ FÁBRY LUCKÁ, Z. Multisenzorika v muzikoterapeuticky orientovanej intervencii. In *Multisenzorické aspekty liečebnopedagogických terapií*, Bratislava: Univerzita Komenského, 2017, s. 104. [online]. [cit. 01-09-2019]. Dostupné na internete: <<https://multisenz.files.wordpress.com/2018/03/lessner-listiakova-ed-2017.pdf>>.

³⁶⁷ FÁBRY LUCKÁ, Z. Multisenzorika v muzikoterapeuticky orientovanej intervencii. In *Multisenzorické aspekty liečebnopedagogických terapií*, Bratislava: Univerzita Komenského, 2017, s. 104. [online]. [cit. 01-09-2019]. Dostupné na internete: <<https://multisenz.files.wordpress.com/2018/03/lessner-listiakova-ed-2017.pdf>>. Porov. ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapia, dialóg s chvením*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002, ss. 65-81.

³⁶⁸ FÁBRY LUCKÁ, Z. Multisenzorika v muzikoterapeuticky orientovanej intervencii. In *Multisenzorické aspekty liečebnopedagogických terapií*, Bratislava: Univerzita Komenského, 2017, s. 104. [online]. [cit. 01-09-2019]. Dostupné na internete: <<https://multisenz.files.wordpress.com/2018/03/lessner-listiakova-ed-2017.pdf>>.

pri riešení problémov, alebo ďalej stimulácia jeho motorických a perceptuálnych aktivít, čo vedie k zlepšeniu pozornosti a koncentrácie.³⁶⁹

Klientami môžu byť tak pacienti s psychotickými poruchami, ako i pacienti s neurotickou symptomatológiou, ale aj osoby závislé od psychoaktívnych látok.³⁷⁰

Klienti s psychotickými poruchami mávajú v dôsledku poruchy kontaktu s realitou a zníženia obranných mechanizmov úzkostlivé stavy, čo vedie k zníženiu integrity ich osobnosti. Muzikoterapia u nich nastupuje až po absolvovaní farmakologickej liečby, teda v rehabilitačnej fáze terapie. Môžu sa stretávať v skupinách, alebo sa s nimi pracuje individuálne, podľa ich konkrétnych a individuálnych potrieb. Muzikoterapeutická práca s takýmito klientami spočíva v zmapovaní a v zvyšovaní ich emocionálnej pružnosti, v schopnosti prenosu hudbou vyvolaných citov na motorickú oblasť a v uľahčení verbálneho vyjadrenia samých seba a vlastných pocitov. Pre terapeuta je veľmi dôležité presne poznať všetky diagnózy, nakoľko u klientov s niektorými diagnózami sa môžu objaviť kontraindikácie v procese terapie hudbou. U chronických schizofrenických pacientov je odporúčaná ako vhodná aplikácia individuálnej aktívnej terapie, taktiež individuálna receptívna forma muzikoterapie, nakoľko je ňou možné dosiahnuť emocionálne uvoľnenie, naopak ani aktívna ani receptívna individuálna forma muzikoterapie nie je vhodná pre klientov s akútnou psychotickou symptomatológiou.³⁷¹

Pre *klientov s neurotickou symptomatológiou* sú charakteristické anxiózne stavy, s tým spojené podceňovanie sa a nízke, neprimerané sebahodnotenie. Trpia psychosomatickými problémami (bolesti žalúdka, bolesti hlavy), nepozornosťou a aj poruchami koncentrácie. Je pre nich ťažké prispôbiť sa novým situáciám. U týchto klientov je vhodné použiť receptívnu, teda pasívnu, formu muzikoterapie a v rámci nej obe jej fázy - tak relaxačnú, ako i motivačnú. Ak sa počas relaxačnej fázy terapie využíva aj verbálny vplyv terapeuta, inštrukcie majú byť direktívneho charakteru (čo sa neodporúča u klientov s psychotickými poruchami, u ktorých sa celkovo využívajú väčšinou non-direktívne metódy). Ťažiskom

³⁶⁹ Porov. AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. 2007, s. 38. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

³⁷⁰ Porov. AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. 2007, s. 38-40. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>. Porov. aj v našom texte ("Duševná porucha", príčiny).

³⁷¹ Porov. AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. 2007, s. 38-39. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

liečby neurotických klientov je uvedenie si vlastnej hodnoty, vlastných hodnôt, hlbšie sebaopoznanie a zvýšenie klientovho sebavedomia.³⁷²

Klienti so závislosťami trpia poruchami v interpersonálnej a sociálnej sfére – vo sfére vzťahov. Majú ťažkosti s vyjadrením vlastných emócií, či kladných alebo záporných, i v komunikácii všeobecne. Často sú citovo nevyzretí, majú oslabenú vôľu. Zvuk a hudba pôsobia ako non-verbálny prostriedok komunikácie s vonkajším okolím. Hudba preniká do hlbších sfér ľudskej psychiky, akustické vnemy a podnety majú vplyv na biogénnu vrstvu osobnosti a reagujú, či vplývajú i na jej sociogénnu vrstvu. Cieľom muzikoterapie v prípade osôb závislých na psychoaktívnych látkach je dať prechod, spoločensky prijateľnou formou, od agresie k tenzii, povzbudiť sebadôveru klienta cestou sebarealizácie a celkovo harmonizovať jeho osobnosť. Závislí dávajú často prednosť užívaniu návykovej látky pri počúvaní hudby, preto je nutné byť veľmi opatrní pri výbere hudby v rámci terapeutického procesu. Je totiž možné, že vybraná skladba vyvolá u klienta myšlienky – spomienky na drogu. Preto je rizikové použiť receptívnu (skupinovú) formu muzikoterapie v začiatkovej fáze terapeutického procesu, receptívny výber hudby by sa mal aplikovať skôr v jeho záverečných fázach, kedy sa trénuje schopnosť klienta odolávať.³⁷³

Klientami muzikoterapie môžu byť i *seniori*. Muzikoterapeutické služby sú v stále väčšom množstve ponúkané a využívané v zariadeniach pre seniorov, v domovoch sociálnych služieb, v kluboch dôchodcov, pri rehabilitácii, ako senzorická stimulácia, či sociálna skúsenosť. Starí ľudia si môžu spievať, tancovať, skladať piesne, spomínať a rozpomätať sa.³⁷⁴ Hudba patrí v geriatrickej starostlivosti medzi najaktívnejšie prostriedky, „mobilizuje obranné mechanizmy k zdolávaniu regresívnych epifenomérov, podieľajúcich sa na rezignácii starého človeka, poskytuje senzorickú stimuláciu rovnako ako sociálnu skúsenosť.“³⁷⁵ Starí ľudia, ktorí žijú v zariadeniach pre seniorov, sa často cítia izolovaní, sú ďaleko od vlastných rodín, priateľov, susedov, a taktiež depresívni. Následne na

³⁷² Porov. AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. s. 39. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

³⁷³ Porov. AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. 2007, s. 39-40. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

³⁷⁴ Porov. AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. 2007, s. 41. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

³⁷⁵ AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. 2007, s. 41. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

to majú tendenciu utiahnuť sa do seba a sociálne sa izolovať. Hudba a muzikoterapia im môžu pomôcť opätovne sa začať zaujímať o svoje prostredie, vyjsť zo seba, stretnúť sa s inými ľuďmi, nájsť si nových priateľov, spoločne s nimi si zaspomínať na mladosť. Najvhodnejšie je aplikovať aktívnu skupinovú terapiu, hlavne kolektívny spev ľudových piesní, šlágrov a pod., v doprovode rôznych jednoduchých rytmických nástrojov. V rámci aktívnej terapie sa môžu využívať i ďalšie expresívne činnosti – kresba, alebo maľba s hudbou (muzikomaľba), tanec, či práca s hlinou. Vhodná je tiež skupinová receptívna muzikoterapia, a to pre relaxáciu, vyvolanie pozitívnych spomienok, umenšenie strachu z izolácie, či zníženie úzkosti. Výskumy ukazujú, že pri receptívnej muzikoterapii, resp. po nej, sa starí ľudia cítili veselšie, spokojnejšie, pokojnejšie.³⁷⁶ Veľmi častými diagnózami u starých ľudí sú Parkinsonova choroba a Alzheimerova demencia. Práve táto posledná zapríčiňuje stav, ktorý je, kvôli strate pamäti, sprevádzaný i stratou jazykových a rečových schopností. „Muzikoterapia použitá pre klientov s progresívnymi chorobami môže spomaliť proces deteriorácie.”³⁷⁷

8.4 Muzikoterapeutické techniky

Muzikoterapia má množstvo techník a hier. „V procese muzikoterapie môžeme využiť vokálny prejav, hudobné hračky, hudobné nástroje, rozprávky a jednoduché hudobno-pohybové hry.”³⁷⁸ Ide o neverbálne hry, kde človek, zvyknutý na konvencie, má možnosť spoznať sa a vyjadriť sa úplne inak. Hudba sa stáva terapeutickým nástrojom, prispôbeným jedinečným a konkrétnym požiadavkám a potrebám klienta.³⁷⁹ Tieto hry odкрývajú nové aspekty komunikácie, formujú vedomé správanie človeka a aj jeho socializáciu. Pomáhajú mu, ako napokon všetky hry, odpútať sa od skleslosti, napätia, depresii, podporujú pamäť, poznávacie schopnosti, sociálne zručnosti, dávajú priestor

³⁷⁶ Porov. AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. s. 42. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

³⁷⁷ AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. 2007, s. 42. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

³⁷⁸ FÁBRY LUCKÁ, Z. Multisenzorika v muzikoterapeuticky orientovanej intervencii. In *Multisenzorické aspekty liečebnopedagogických terapií*, Bratislava: Univerzita Komenského, 2017, s. 104. [online]. [cit. 01-09-2019]. Dostupné na internete: <<https://multisenz.files.wordpress.com/2018/03/lessner-listiakova-ed-2017.pdf>>.

³⁷⁹ Porov. FÁBRY LUCKÁ, Z. Multisenzorika v muzikoterapeuticky orientovanej intervencii. In *Multisenzorické aspekty liečebnopedagogických terapií*, Bratislava: Univerzita Komenského, 2017, s. 105. [online]. [cit. 01-09-2019]. Dostupné na internete: <<https://multisenz.files.wordpress.com/2018/03/lessner-listiakova-ed-2017.pdf>>.

precvičeniu si jemnej i hrubej motoriky, stimulujú reč. Zlepšujú náladu. Hry majú schopnosť odbúravať bariéry, a teda podporovať psychickú odolnosť, sebadôveru a sebavedomie. Človek cez hru môže lepšie spoznať seba samého, i svoje schopnosti, tie, o ktorých možno vôbec nevedel.³⁸⁰ „V muzikoterapii sa hráme s hudbou, no pravidlá nie sú pri každej hre nutné. Hudba, ktorú človek hrá, musí byť ovplyvnená jeho prostredím, pocitmi a náladou. Ak na človeka tieto pocity neoplývajú, nemôže hrať hudbu. Cieľom hry je intenzívne sebavyjadrenie.”³⁸¹

Hra je prirodzená činnosť človeka (už od obdobia detstva), aktivizovaná v multisenzorickom prostredí práve individuálnymi potrebami, schopnosťami a možnosťami každého ľudského jedinca. Hra je zároveň prirodzene prepojená s hudbou – so spevom, s hrou na nejaký hudobný nástroj, či s hrou na telo, a taktiež s pohybom a ostatnými typmi umenia, teda s tancom, kreslením či maľovaním, so slovom, s divadlom.³⁸²

Amtmannová a kol. uvádzajú päť okruhov katalogizácie hier v muzikoterapii. Zameriavajú sa na skupinovú muzikoterapiu, avšak poznamenávajú, že viaceré z nich sa dajú, po úprave, použiť i pri práci s jednotlivcom. Hry teda rozdeľujú nasledovne³⁸³:

- Hry na upokojenie a relaxáciu. Ich hlavným cieľom je uvoľnenie napätia, odbúrať negatívne pocity a napomôcť vedomému vnímaniu vlastného tela.³⁸⁴

³⁸⁰ Porov. AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. 2007, s. 44. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

³⁸¹ AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. s. 44. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

³⁸² Porov. FÁBRY LUCKÁ, Z. Multisenzorika v muzikoterapeuticky orientovanej intervencii. In *Multisenzorické aspekty liečebnopedagogických terapií*, Bratislava: Univerzita Komenského, 2017, s. 110-111. [online]. [cit. 01-09-2019]. Dostupné na internete: <<https://multisenz.files.wordpress.com/2018/03/lessner-listiakova-ed-2017.pdf>>. Na margo multisenzorického charakteru muzikoterapeutického procesu by sme, ako zaujímavosť, chceli podčiarknuť význam prostredia, v ktorom sa terapeutický proces uskutočňuje, a jeho “typologizáciu”, v rámci tzv. Snoezelen terapie, kde prostredie, resp. miestnosti, v ktorých prebieha samotná terapia, sú farebne odlišné – biela, vhodná pre relaxačné aktivity, tmavá, ktorá má aktivizačný charakter, a napokon farebná, vhodne využívaná pri snahe o podporu motoriky a aktivity (Porov. FÁBRY LUCKÁ, Z. Multisenzorika v muzikoterapeuticky orientovanej intervencii. In *Multisenzorické aspekty liečebnopedagogických terapií*, Bratislava: Univerzita Komenského, 2017, s. 111. [online]. [cit. 01-09-2019]. Dostupné na internete: <<https://multisenz.files.wordpress.com/2018/03/lessner-listiakova-ed-2017.pdf>>).

³⁸³ Porov. AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. 2007, s. 44-45. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

³⁸⁴ Čo do využitia metód, máme za to, že vhodnými muzikoterapeutickými metódami, ktoré možno využiť i v rámci hry pre stíšenie, upokojenie a relaxáciu, môžu byť rolová

- Hry na zlepšenie sebauvedomenia a na zvýšenie sebadôvery a sebavedomia. Ich cieľom je vedieť sa koncentrovať na seba samého, ďalej schopnosť prijímať a dávať, a tiež samostatnosť v rozhodovaní.³⁸⁵
- Hry na rozvoj kognície, poznania, s cieľom podporiť koncentráciu a pozornosť klienta, stimulovať jeho pamäť, učenie, myslenie.
- Hry zamerané rozvoj empatie, ktorých cieľom je podpora empatického cítenia klienta, rozvoj jeho emotivity – vedieť si uvedomiť a prejsť svoje pocity a nálady, vedieť sa vcítiť do pocitov a nálad iných, snažiť sa prijať názor odlišný od svojho.
- Hry zamerané na komunikáciu, najmä cestou neverbálnej komunikácie.

Ako príklad muzikoterapeutických techník zameraných na zlepšenie sebauvedomenia (sebadôvery a sebavedomia) môžeme uviesť:

Zvukový chaos³⁸⁶

Pomôcky: rytmické hudobné nástroje.

Priebeh: účastníci sedia v kruhu, pričom každý má pred sebou jeden rytmický nástroj. Iba jeden klient nemá nástroj a jeho úlohou je vchádzať do kruhu a vychádzať z neho. Ak vkročí do stredu kruhu, ostatní začnú hrať. Ak z neho vystúpi, tak naopak, prestanú hrať. Vstupom do stredu kruhu vytvára daný jednotliviec celok „zvukového kruhu“. Spoločnou hrou sa vytvorí „zvukový chaos“, čo umožňuje jednotlivým účastníkom hrať na hudobnom nástroji tak, ako chce on. Nasleduje ticho.

hra, či hudobno-pohybové hry (Porov. FÁBRY LUCKÁ, Z. Multisenzorika v muzikoterapeuticky orientovanej intervencii. In *Multisenzorické aspekty liečebnopedagogických terapií*, Bratislava: Univerzita Komenského, 2017, s. 114, 116, 117. [online]. [cit. 12-09-2019]. Dostupné na internete: <<https://multisenz.files.wordpress.com/2018/03/lessner-listiakova-ed-2017.pdf>>).

³⁸⁵ Metódy, použitím ktorých je vhodné zamerať sa na zlepšenie sebauvedomenia, či zvýšenie sebavedomia a sebadôvery u klienta, sú predovšetkým rolová hra, ktorá je ale využiteľná a využívaná aj pri hrách zameraných na rozvoj vzájomnej komunikácie, kognície klientov, či na rozvoj empatie, ako aj metóda hudobno-pohybovej hry (Porov. FÁBRY LUCKÁ, Z. Multisenzorika v muzikoterapeuticky orientovanej intervencii. In *Multisenzorické aspekty liečebnopedagogických terapií*, Bratislava: Univerzita Komenského, 2017, s. 116, 117. [online]. [cit. 12-09-2019]. Dostupné na internete: <<https://multisenz.files.wordpress.com/2018/03/lessner-listiakova-ed-2017.pdf>>)

³⁸⁶ Porov. AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. 2007, s. 47-49. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

Štafeta³⁸⁷

Pomôcky: hudobné nástroje rôznych druhov.

Priebeh: každý klient si vyberie nástroj podľa svojho uváženia, umiestnený v rohu miestnosti. Všetci účastníci si posadajú do kruhu. Na základe dohody sa určí, ktorý z účastníkov začne hrať vlastnú improvizáciu. Záleží len na klientovi, čo a ako dlho bude hrať. Stačí, ak zahrá iba jeden tón. Dôležité je, aby sa prejavil. Ak už nechce hrať, alebo cíti, že vyjadril všetko, odovzdá svojmu susedovi v kruhu „štafetu“ udretím na susedov hudobný nástroj. Ten preberie túto štafetu tak, že začne hrať na svojom nástroji, ktorý má pred sebou. Takto sa „štafeta“ postupne odovzdáva, až sa príde k tomu, kto hru začal.

K hram zameraným na rozvoj empatie môžeme zaradiť:

Zmiešané pocity³⁸⁸

Pomôcky: obálka, kartičky na ktoré sú dopredu napísané emócie (samota, radosť, smútok, bolesť, strach, nenávisť, láska, nádej, vzdor, vzrušenie), pero, hudobné nástroje (melodické a rytmické).

Priebeh: 1 z klientov si z obálky vytiahne 1 kartičku, prečíta si ju a položí smerom nadol, aby ostatní členovia nevideli jej obsah. Pomocou hry na hudobnom nástroji vyjadrí tú emóciu, ktorá bola napísaná na kartičke. Ostatní klienti majú hádať o vyjadrenie akého pocitu ide. Klient, ktorý uhádol znenie predchádzajúcej karty, nasleduje vo vyjadrení ďalšej emócie. Uhádnutú emóciu skupina spoločne vyjadrí pomocou hry na hudobnom nástroji. Klienti využívajú hru na nimi vyvolenom hudobnom nástroji rôznym spôsobom – búchanie, klopanie, hladkanie, hrkanie... majú možnosť vyskúšať všetky možnosti nástroja, experimentovať.

Farebné kombinácie³⁸⁹

Pomôcky: výkresy, farbičky, hudobná nahrávka.

Priebeh: terapeut rozdá klientom výkresy, farbičky a pustí prichystanú nahrávku. Klienti majú vyjadriť konkrétny dej na výkrese (môžu kresliť farbičkami, maľovať štetcom, no aj prstami). Majú sa vcítiť do nahrávky, na výzvu terapeuta majú na výkrese znázorniť, ako sa dnes

³⁸⁷ Porov. AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. 2007, s. 45-47. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

³⁸⁸ Porov. AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. 2007, s. 51-53. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

³⁸⁹ Porov. AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. 2007, s. 51-53. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

cítia. Myšlienky, vyvolané pomocou hudby, sa snažia nakresliť na výkres. Po 15 minútach kreslenia každý z prítomných posunie svoju kresbu po pravej ruke ďalšiemu, ktorý v priebehu max 2 minút má dokresliť na výkres to, čo tam podľa neho chýba.

K muzikoterapeutickým technikám zameraným na komunikáciu (“rozhovor nástrojov”) patrí napr.:

Stretnutie³⁹⁰

Pomôcky: hudobné nástroje Orffovho inštrumentária.

Priebeh: klienti si vyberú hudobné nástroje z ponuky, rozdelia sa na 2 skupiny a umiestnia sa v protiľahlých častiach miestnosti. Dvaja hráči (z každej skupinky jeden) pôjde stále „oproti sebe“ po uhlopriečke z protiľahlých rohov miestnosti, pritom obidvaja budú jemne hrať v pravidelnom takte na svojom nástroji. V prostriedku miestnosti sa zastavia, krátkou hrou na hudobnom nástroji vyjadria svoje momentálne pocity zo stretnutia, potom sa každý z nich vyberie do protiľahlého rohu miestnosti.

Počúvajte sa³⁹¹

Pomôcky: melodické a rytmické hudobné nástroje.

Priebeh: každý z klientov si vyberie z hudobných nástrojov, umiestnených v strede miestnosti. Skupina začne improvizovať na výzvu terapeuta. Každý zo zúčastnených má hrať tak hlasno a tak dlho, pokiaľ nie je dosiahnutý vrchol zvukovej súhry. Zo zvukového chaosu majú klienti začať postupne budovať kontakt vzájomným počúvaním sa. Mali by viesť dialóg pri náhodnom stretnutí ďalšieho hráča, alebo toho hráča, ktorého zvuk nástroja sa im páči.

Literatúra

- AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. 2007, [online] 58 s. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.
- FÁBRY LUCKÁ, Z. Multisenzorika v muzikoterapeuticky orientovanej intervencii. In *Multisenzorické aspekty liečebnopedagogických terapií*, Bratislava: Univerzita

³⁹⁰ Porov. AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. 2007, s. 53-54. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

³⁹¹ Porov. AMTMANNOVÁ, E. – JAROSOVÁ, E. – KARDOS, T. *Aplikovaná muzikoterapia*. 2007, s. 53-54. [online]. [cit. 01-08-2019]. Dostupné na internete: <<http://web.t-com.sk/prolp>>.

- Komenského, 2017, [online]. s. 102-120. [cit. 01-09-2019]. Dostupné na internete: <<https://multisenz.files.wordpress.com/2018/03/lessner-listiakova-ed-2017.pdf>>.
- GERLICHOVÁ, M. *Muzikoterapie v praxi. Příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada, 2014. 136 s. ISBN 978-80-247-4581-7.
- KORMANÍK, M. – KUZYŠIN, B. *Expresívne terapie v sociálnej práci na Slovensku*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. 2019. [online] 89 s. [cit. 04-08-2019]. Dostupné na internete <<https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Kormanik1/subor/1.pdf>>.
- KORMANÍK, M. – KUZYŠIN, B. *Expresívne terapie v sociálnej práci na Slovensku*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. 2019. [online] 89 s. [cit. 04-08-2019]. Dostupné na internete <<https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Kormanik1/subor/7.pdf>>.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1998. 384 s. ISBN 8073671220.
- LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna: Gloria, 1997. 155 s. ISBN 80-901834-4-1.
- Slovník – “alopat” [online]. [cit. 03-08-2019]. Dostupné na internete: <www.slovník.aktuality.sk/pravopis/slovník-sj>.
- Slovník – “izopat” [online]. [cit. 03-08-2019]. Dostupné na internete: <www.slovník.aktuality.sk/pravopis/slovník-sj>.
- Terapia v sociálnej práci* [online] 3 s. [cit. 04-08-2019]. Dostupné na internete <www.oailava.edu.sk/pomature/socialpr/terapia.doc>
- VITÁLOVÁ, Z. *Úvod do muzikoterapie a jej využitie v sociálnej práci*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2007. 102 s. ISBN 978-80-89271-18-4.
- ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapia - dialóg s chvením. Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV, 2002. 310 s. ISBN 80-968279-6-0.

9 Pohľad na duševné a duchovné zdravie z perspektívy teórie pripútania

Marek Forgáč

Už z praktického života ľahko zistíme, že rodinné zázemie so svojimi variabilnosťami v oblasti vzťahov patrí medzi centrálné faktory pri vývine iných vzťahových väzieb ako aj pri vývine vzťahovej väzby k Bohu. Mnoho vzťahových postojov a praktík totiž často získavame práve prostredníctvom socializácie v rámci rodinného spoločenstva alebo nejakej komunity. Podobne to platí aj v súvislosti s existenciou patologických prvkov v osobnosti človeka. Určite aj preto je teória pripútanosti (attachment theory) pomerne často využívaná pri hľadaní koreňov duševných porúch. Vzťahová väzba a jej štúdium sú stále predmetom veľkej pozornosti mnohých odborníkov a výskumníkov v oblasti klinickej psychológie ako aj psychológie náboženstva. Mnohé výskumné štúdie ponúkajú zaujímavé podnety pre lepšie pochopenie procesov duševného a duchovného zdravia, respektíve anomálnych situácií v oboch oblastiach života.

9.1 Východiská teórie pripútania

Priekopníkom v tejto problematike a zároveň zakladateľom teórie pripútania bol John Bowlby. Ten na základe svojho výskumu tvrdil, že ľudské bytie sa rodí s vrozeným psychobiologickým systémom, ktorý ho motivuje vyhľadávať blízkosť k subjektívne významným osobám ako sú rodičia alebo opatrovatelia.³⁹² Interakcie s takýmito významnými osobami, ktoré sú k dispozícii v čase citovej potreby dieťaťa a ktoré sú responzívne pri vytváraní emotívnej blízkosti, vytvárajú emotívnu stabilitu jedinca a budujú pozitívne mentálne reprezentácie seba a druhých. V opačnom prípade je emotívna istota jedinca podkopaná a vytvárajú sa negatívne mentálne reprezentácie seba a druhých. V takom prípade narastá pravdepodobnosť neskorších emočných problémov a adaptačných problémov.

Bowlby pozorovaním zistil, že deti si postupne vytvárajú väzby pripútanosti k tým osobám, ktorým dôverujú. V súlade so vzorcami správania aplikovanými vo vzťahu k deťom Mary Ainsworth identifikovala štyri typy kvality pripútania: bezpečná väzba, neistá – vyhybavá väzba, neistá – ambivalentná väzba a neistá – dezorganizovaná

³⁹² Porov. BOWLBY, J. Attachment and loss, Volume I, Attachment (2nd ed.). New York: Basic Books, 1982, s. 25.

väzba. Tieto typy sa rozpoznávajú podľa toho, akým správaním deti odpovedajú na separáciu od matky a na jej návrat. Spomínané vzorce správania majú potom v dospelosti svoje zodpovedajúce formy vytvárania vzťahov: slobodné väzby, neisté – distancované väzby, neisté – zapletené väzby a neisté väzby s nevyriešenými stratami a traumami.³⁹³

Typológiu vzťahového správania priniesli aj iní autori. Napríklad Hazan a Shaver (1987) na základe poznatkov pochádzajúcich od Mary Ainsworth špecifikovali tri štýly pripútania: bezpečný typ, vyhýbavý typ a úzkostný/ambivalentný typ.³⁹⁴ Jedinci s bezpečným typom pripútania sú schopní vytvárať blízke citové putá k druhým a cítia sa komfortne vo vzťahoch vzájomnej závislosti. Jedinci s vyhýbavým pripútaním sú zasa menej dôverčiví k druhým a obávajú sa citovo intímnejších vzťahov. Osoby s úzkostnou – ambivalentnou vzťahovou väzbou si želajú citovú naviazanosť, avšak sú znepokojení vlastnou predstavou, že druhí sa o nich málo zaujímajú.

9.2 Mentálne zdravie a vzťahová väzba

Podľa teórie pripútania sa interakcia jedinca s postavami s nekonzistentnou, nespoľahlivou, necitlivou a hlavne nepredvídateľnou vzťahovou väzbou prejaví v komplikáciách pri vývine bezpečnej vzťahovej väzby. Takéto skúsenosti vedú k redukovanej schopnosti zvládať stresové životné situácie a vytvárajú predispozície k psychologickému kolapsu v čase krízy.³⁹⁵ Z tohto pohľadu sa vzťahová neistota môže považovať za všeobecný predpoklad duševnej choroby so špecifickou symptomatológiou závisiacou aj od genetických a vývinových faktorov a taktiež faktorov prostredia.

9.2.1 Vzťahová väzba a depresia

Existujú rôzne výskumy, ktoré tento pohľad potvrdzujú. Napríklad sa prostredníctvom longitudinálneho výskumu zistilo, že neistá citová väzba bola prítomná u mnohých jedincov trpiacich mentálnymi chorobami charakteristickými od ľahkých stresových porúch až po vážne osobnostné

³⁹³ Porov. HAŠTO J. *Vzťahová väzba (Ku koreňom lásky a úzkosti)*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005, s. 132-133. Táto publikácia je jedinečným dielom v slovenskom jazyku, ktoré pojednáva o vzťahovej väzbe z pohľadu teórie pripútanosti. Autor vychádza predovšetkým z práce Johna Bowlbyho, ale aj mnohých ďalších autorov a komplexne sumarizuje pohľad na teóriu pripútanosti.

³⁹⁴ Porov. HAZAN, C. – SHAVER, P. Romantic love conceptualized as an attachment process. In *Journal of Personality and Social Psychology*, ISSN 0022-3514, 1987, roč. 52, č. 3, s. 512.

³⁹⁵ Porov. BOWLBY, J. *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge, 1988, s. 119.

poruchy či schizofréniu.³⁹⁶ Podobne bolo zistené, že úzkostná väzba súvisí s depresiou.³⁹⁷ Depresia je jedna z najbežnejších psychických anomálií, ktoré v dnešnom svete nachádzame. Je charakteristická obrátením agresivity do seba samého, uzavretosťou, deficitom komunikácie. Zrejme tu ide o nenaplnenú túžbu po vzťahovej väzbe s reakciou vo forme patologického správania. Depresia je pervazívnym psychosociálnym problémom, ktorý je konšteláciou kognitívnych, vegetatívnych a afektívnych symptómov. Približne 10 až 15 % populácie uvádza skúsenosť epizódy klinickej depresie v nejakom momente svojho života a oveľa viac populácie môže trpieť sub-klinickou depresiou. Existujú rôzne príčiny a rôzne dôsledky depresie, avšak sociálne vzťahy tu hrajú mimoriadne dôležitú úlohu – či už v anamnéze jedinca a v etiológii problému alebo v aktuálnom okamihu.³⁹⁸

9.2.2 Vzťahová väzba a klinická úzkosť

Úzkostná väzba súvisí aj s klinicky signifikantnou úzkosťou.³⁹⁹ Ide o rôzne úzkostné poruchy charakteristické predimenzovaným hľadaním riešenia problematických životných situácií. Prežívanie istoty a bezpečnosti v medziľudských vzťahoch je jedným z kľúčových konceptov. Blízkosť vo vzťahoch je kritická pre formovanie emócií, kognitívnych procesov a stratégií správania sa jedinca. Istota vo vzťahoch vytvára platformu bezpečnosti, ktorá dodáva odvahu k prehľbovaniu vzájomnej závislosti zaangažovaných osôb. Naopak, pocit neistoty často posúva ľudí na perifériu vzťahov, kde už nie sú ochotní ani schopní tešiť sa z benefitu, ktorý vychádza z blízkosti k druhým. Pociť neistoty vo vzťahoch spôsobuje skôr seba-protektívne správanie a pesimistické očakávania od druhých, často prechádzajúce do klinických foriem úzkosti.⁴⁰⁰

³⁹⁶ Porov. MIKULINCER, M. – SHAVER, P. R. *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. New York: Guilford, 2007, s. 369.

³⁹⁷ Porov. CATANZARO, A. – WEI, M. Adult attachment, dependence, self-criticism, and depressive symptoms: a test of a mediational model. In *Journal of Personality*, 2010, ISSN 0022-3506, roč. 78, č. 4, s. 1135-1162.

³⁹⁸ Porov. SERGIN, CH. Depression and Relationships. In REIS, H. T. – SPRECHER, S. (Eds.) *Encyclopedia of Human Relationships*, Volume 1. London: Sage Publications, 2009, s. 398-402.

³⁹⁹ Porov. BOSMANS, G. – BRAET, C. – VAN VLIERBERGHE, L. Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? In *Clinical Psychology & Psychotherapy*, ISSN 1099-0879, 2010, roč. 17, č. 5, s. 374-385.

⁴⁰⁰ Porov. HOLMES, J. G. – ANDERSON, J. E. Security in Relationships. In Reis, H. T. – Sprecher, S. (Eds.): *Encyclopedia of Human Relationships*, Volume 3. London: Sage Publications, 2009, s. 1408-1413.

9.2.3 Vzťahová väzba a obsedantno-kompulzívne správanie

Podobne aj obsedantno-kompulzívna porucha vykazuje súvislosť s úzkostnou vzťahovou väzbou.⁴⁰¹ Treba pripomenúť, že je dôležité rozlíšiť medzi obsedantno-kompulzívnu poruchou osobnosti a obsedantno-kompulzívnu poruchou ako takou. V prípade poruchy osobnosti ide o špecifické typy správania popisované neskôr. V tejto súvislosti možno spomenúť termín „posesívna láska“. Hoci nemusí ísť o klinicky patologický jav, predsa má mnoho podobných charakteristík ako obsedantno-kompulzívna porucha osobnosti. Posesívna láska obsahuje zvláštne kognitívne procesy intruzívneho charakteru, ktoré vyrušujú samotného jedinca v rutinných aktivitách a často sú nekontrolovateľné. Posesívna láska je charakteristická neustálym výskytom myšlienok, impulzov a predstáv o vzťahu (väčšinou romantickom vzťahu) k inej osobe. Môže sa vyskytovať pred samotnou interakciou s osobou, počas vytvárania vzťahu k osobe alebo aj ako vyvrcholenie vzťahu k osobe. Ak však nejde o extrémne kognitívne procesy, nepovažuje sa za klinickú diagnózu.⁴⁰²

9.2.4 Vzťahová väzba a skúsenosť stresu

Úzkostná vzťahová väzba vykazuje štatisticky významné súvislosti aj s posttraumatickou stresovou poruchou.⁴⁰³ Tieto typy správania sú tiež charakteristické úzkosťou, avšak podnietenou vonkajšími faktormi. Tu však treba dodať, že aj samotné vzťahové väzby sa môžu stávať stresorom. Jedným z najzákladnejších stresorov vychádzajúcich z citových vzťahov je samota. Je to silný pocit prázdnoty a sociálnej izolácie. Ľudia trpiaci samotou sa často cítia „odstrihnutí“ od druhých a následne majú ťažkosť vytvárať sociálne väzby. Ďalším dôležitým stresorom je pretrhnutie vzťahovej väzby. Tu je dôležitá skutočnosť, či sa vzťahová väzba znova nastolí alebo je definitívne eliminovaná. Ľudia používajú rôzne techniky ako sa vyrovnáť so stresom. Najnáročnejšie situácie vznikajú, ak ide o chronický stres. Vcelku možno povedať, že

⁴⁰¹ Porov. DORON, G. – MOULDING, R. – KYRIOS, M. et al. Adult attachment insecurities are related to obsessive compulsive phenomena. In *Journal of Social and Clinical Psychology*, ISSN 07367236, 2009, roč. 28, č. 8, s. 1022-1049.

⁴⁰² Porov. BRINGLE, R. G. – RYDELL, R. J. Obsessive Love. In Reis, H. T. – Sprecher, S. (Eds.): *Encyclopedia of Human Relationships*, Volume 2. London: Sage Publications, 2009, s. 1174-1176.

⁴⁰³ Porov. EIN-DOR, T. – DORON, G. – SOLOMON, Z. et al. Together in pain: attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. In *Journal of Counseling Psychology*, ISSN 0022-0167, 2010, roč. 57, č. 3, s. 317-327.

vzťahové väzby sú jednak príčinou stresu, ale zároveň môžu byť aj nástrojom na zvládanie stresových situácií.⁴⁰⁴

9.2.5 Vzťahová väzba a suicidálne správanie

S úzkosťou súvisí aj suicidálne správanie, ktoré podobne v niektorých výskumoch vykazuje štatisticky významné korelácie s výskytom úzkostnej vzťahovej väzby.⁴⁰⁵ Suicídium je slobodné sebaopoškodzovanie s cieľom smrti. V tomto prípade je dôležité hľadať motívy konania jedinca. Aj tu zohrávajú dôležitú úlohu rôzne faktory ako je vek, pohlavie, rasa, socioekonomické okolnosti, manželstvo alebo iné formy vzťahového života a pod. Rôzni autori vyšpecifikovali rôzne klinické rizikové markery. K nim patrí napríklad duševná porucha, látková závislosť, stresové životné udalosti, somatické ochorenia a funkčné zdravotné obmedzenia ako aj predchádzajúce suicidálne správanie.⁴⁰⁶ V konečnom dôsledku treba konštatovať, že citové väzby sú mimoriadne dôležité pri prevencii suicidálneho správania. Jedinec sa potrebuje cítiť akceptovaný a prijímaný. Vzťahová väzba tu slúži ako proces rozvíjania sebaúcty a sebahodnoty. V rámci rozvíjania bezpečnej vzťahovej väzby sa osoba učí prirodzenej motivácii vychádzať zo seba a prichádzať k druhému, čo je jednou zo základných antropologických požiadaviek zdravého vzťahového života.

9.2.6 Vzťahová väzba a poruchy prijímania potravy

V niektorých prípadoch sa zistili súvislosti medzi úzkostnou vzťahovou väzbou a poruchami prijímania potravy (anorexia, bulímia).⁴⁰⁷ Napriek tomu viacerí autori zdôrazňujú, že je veľmi ťažké nájsť asociácie medzi jednotlivými štýlmi pripútania a poruchami prijímania potravy. Podľa Bowlbyho teórie narušené pripútavanie v detstve vedie k neskoršiemu výskytu psychopatológie, čo by bolo možné aplikovať aj

⁴⁰⁴ Porov. LAM, S. – DICKERSON, S. S. Stress and Relationships. In Reis, H. T. – Sprecher, S. (Eds.): *Encyclopedia of Human Relationships*, Volume 3. London: Sage Publications, 2009, s. 1602-1605.

⁴⁰⁵ Porov. GORMLEY, B. – McNiEL, D. E. Adult attachment orientations, depressive symptoms, anger, and self-directed aggression by psychiatric patients. In *Cognitive Therapy and Research*, ISSN 0147-5916, 2010, roč. 34, č. 3, s. 272-281.

⁴⁰⁶ Porov. DUBERSTEIN, P. R. – HEISEL, M. J. Suicide and Relationships. In Reis, H. T. – Sprecher, S. (Eds.): *Encyclopedia of Human Relationships*, Volume 3. London: Sage Publications, 2009, s. 1608-1611.

⁴⁰⁷ Porov. ILLING, V. – TASCA, G. A. – BALFOUR, L. et al. Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. In *Journal of Nervous and Mental Disease*, ISSN 0022-3018, 2010, roč. 198, č. 9, s. 653-659.

na rozvinutie psychopatologického správania v oblasti prijímania potravy. Avšak výskumy ukazujú, že poruchy prijímania potravy sa môžu vyskytovať v rôznych rodinných systémoch. Najčastejšie korelujúce faktory sú vyhýbavé správanie, zlé zaobchádzanie, strach z disorganizovanej vzťahovej väzby a nepriateľské postoje zo strany rodičov.⁴⁰⁸ Všeobecne sa dá povedať, že poruchy prijímania potravy sa z pohľadu vzťahovej väzby dajú chápať ako vyhýbanie sa stretu s bolesťou, ktorá vychádza z pocitu, že niekto nie je milovaný. V súčasnosti sa diskutuje o tom, že poruchy prijímania potravy, predovšetkým problém anorexie, má svoje dôvody predovšetkým vo vzťahu matka – dcéra. Ide skôr o pohľady psychodynamickej psychológie, ktorá zohľadňuje funkciu podvedomie pri prežívaní a správaní jedinca.

9.2.7 Vzťahová väzba a poruchy osobnosti

Problematická vzťahová väzba môže súvisieť aj s poruchami osobnosti. V tomto prípade rôzne typy vzťahovej väzby môžu súvisieť s rôznymi typmi porúch osobnosti. Tak napríklad úzkostná vzťahová väzba často súvisí so závislou poruchou osobnosti. Ide o osobnosť, ktorá je v jednotlivých momentoch rozhodovania upútaná na inú osobnosť a doslova „parazituje“, pretože nedokáže samostatne existovať. Podobne aj histrionická porucha osobnosti vykazuje koexistenciu s úzkostnou vzťahovou väzbou. V tomto prípade ide o spojenie intenzívnej citovej závislosti s impulzívnym správaním a sústredenosťou na seba. Podobne sa zistili súvislosti s poruchou osobnosti borderline, ktorá patrí medzi najväčšie poruchy osobnosti (hraničná čiara s psychózou). Na druhej strane vyhýbavá vzťahová väzba môže súvisieť so schizoidnou poruchou osobnosti a s vyhýbavou poruchou osobnosti.⁴⁰⁹ Obe patria do spektra uzatvárania sa do vlastného sveta na úkor kontaktu s realitou (reality testing). Dôležitú úlohu tu zohráva to, že v prípade úzkostnej vzťahovej väzby sa v osobe vyskytuje konfúzna identita, úzkosť, emočná labilita, kognitívne poruchy, submisívne správanie, vzdorovité správanie, sebapoškodzovanie, narcizmus a upodozrievavosť, zatiaľ čo v prípade vyhýbavej vzťahovej väzby nachádzame skôr inhibované osobnostné

⁴⁰⁸ Porov. ATTILI, G. – DI PENTIMA, L. – TONI, A. – ROAZZI, A. Attachment styles and eating disorders: The combined effect of mothers' and fathers' mental states. In: *Attachment and Complex Systems*, ISSN 2283-8279, 2015, roč. 2, č. 2, s. 53-66.

⁴⁰⁹ Porov. CRAWFORD, T. N. – LIVESLEY, W. J. – JANG, K. L. et al. Insecure attachment and personality disorder: a twin study of adults. In *European Journal of Personality*, ISSN 0890-2070, 2007, roč. 21, č. 2, s. 191-208.

problémy, limitované emočné vyjadrovanie, problémy s intimitou a spoločenskú vyhýbavosť.⁴¹⁰

Vo všetkých týchto prípadoch je nevyhnutné posúdiť, nakoľko jestvuje súvislosť medzi neistým, respektíve vyhýbavým vzťahovým správaním a psychopatológiou. Inými slovami povedané, je dôležité kvalifikovať, nakoľko je neistá vzťahová väzba dostatočnou príčinou mentálnych porúch. V tomto prípade sa výskumy rôznia. Niektoré štúdie prichádzajú s výsledkami, ktoré hovoria, že súvislosť medzi vzťahovou neistotou a depresiou je vyššia u tých dospelých jedincov, ktorí v detstve mali skúsenosť fyzického, psychického alebo sexuálneho zneužívania.⁴¹¹ Podobne stresové faktory, ako je chudoba, problémy fyzického zdravia, turbulentné romantické vzťahy počas dospievania a podobne taktiež potvrdzujú súvislosť medzi neistou vzťahovou väzbou a psychopatologickými symptómami.⁴¹²

Zároveň treba spomenúť, že nejde iba o jednostranný kauzálny vzťah v tom zmysle, že problematická vzťahová väzba je príčinou prípadných psychopatologických foriem správania. Treba zdôrazniť, že v skutočnosti platí aj opačný proces. Totiž vzťahová väzba, ktorá sa vymyká hraniciam bežného normálneho pripútania sa na významnú osobu, môže byť zároveň posilňovaná niektorými prvkami anomálneho správania.⁴¹³

Všeobecne možno povedať, že neistá vzťahová väzba nešpecificky prispieva k vzniku psychopatologických javov u jedinca. Avšak taktiež možno stanoviť, že špecifické formy nejstej vzťahovej väzby sú predispozíciou k špecifickým konfiguráciám duševných porúch. Existuje teda súvislosť medzi vzťahovou väzbou a duševnými poruchami. Táto súvislosť môže byť modifikovaná mnohými biologickými,

⁴¹⁰ Porov. MEYER, B. – PILKONIS, P. A. An attachment model of personality disorders. In LENZENWEGER, M. F. – CLARKIN, J. F. (eds). *Major theories of personality disorder*. New York: Guilford, 2005, s. 231-281.

⁴¹¹ Porov. WHIFFEN, V. E. – JUDD, M. E. – AUBE, J. A. Intimate relationships moderate the association between childhood sexual abuse and depression. In *Journal of Interpersonal Violence*, ISSN 0886-2605, 1999, roč. 14, č. 9, s. 940-954.

⁴¹² Porov. DAVILA, J. – STEINBERG, S. J. – KACHADOURIAN, L. et al. Romantic involvement and depressive symptoms in early and late adolescence: The role of a preoccupied relational style. In *Personal Relationship*, ISSN 1350-4126, 2004, roč. 11, č. 2, s. 161-178.

⁴¹³ Porov. DAVILA, J. – BURGE, D. – HAMMEN, C. Why does attachment style change? In *Journal of Personality and Social Psychology*, ISSN 0022-3514, 1997, roč. 73, č. 4, s. 826-838.

psychologickými a sociálno-kultúrnymi faktormi. Taktiež treba dodať, že duševné poruchy samy o sebe môžu narušať bezpečnú vzťahovú väzbu.⁴¹⁴

9.3 Vzťahová väzba a náboženské postoje

Podobne je to aj vo vzťahu k Bohu. Kirkpatrick svojim výskumom zistil, že nábožensky založení ľudia vnímajú Boha tiež ako figúru pripútanosti, ktorej prítomnosť pociťujú a ktorá na citovú náklonnosť odpovedá.⁴¹⁵ Boha tak považujú za špecifickú a významnú postavu, ktorej môžu dôverovať, ktorá môže slúžiť ako „bezpečný prístav“, ku ktorej sa môžeme obrátiť modlitbou a ktorá nám slúži ako „bezpečná základňa“ v zmysle priateľstva a dôvery.⁴¹⁶ Ľudia sa zvyknú obracať k Bohu modlitbou najmä v čase tiesne. Aplikovaním teórie pripútanosti na náboženstvo sa zistilo, že existuje určitá vzájomná závislosť medzi tým, aký typ pripútanosti si v raných fázach detstva jedinec vytvorí k ostatným ľuďom (najmä rodičom) a aký typ pripútanosti si človek neskôr v živote vytvorí k Bohu. Táto spojitosť sa často skúma prostredníctvom zisťovania charakteristík predstavy o Bohu, ktorú si človek postupne vo svojom živote vyformuje. Ľudia, ktorí si v detstve vypracovali typ bezpečnej pripútanosti, si Boha obvyčajne predstavujú ako blízkeho, milujúceho a ochraňujúceho, zatiaľ čo ľudia, ktorí si v detstve vytvorili vyhýbavý typ pripútanosti, si prisvojujú predstavu o Bohu, ktorý viac kontroluje než miluje.⁴¹⁷

9.3.1 Typy pripútania a náboženský štýl

V tomto zmysle môžu byť typy vzťahovej väzby do istej miery predpovedajúce, aký náboženský štýl si v priebehu života človek vytvorí alebo ktorý si konkrétna osoba vo svojom živote rozvinie ako aj typ náboženskej skúsenosti, ktorý bude dominovať v jej náboženskom živote. Jednou z intenzívnych náboženských skúseností je napríklad náboženská

⁴¹⁴ Porov. MIKULINCER, M. – SHAVER, P. R. An attachment perspective on psychopathology. In *World Psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, ISSN 2051-5545, 2012, roč. 11, č. 1, s. 12.

⁴¹⁵ Porov. KIRKPATRICK, L. A. An Attachment – Theory Approach to the Psychology of Religion. In *International Journal for the Psychology of Religion*, ISSN 1050-8619, 1992, roč. 2, č. 1, s. 3-28.

⁴¹⁶ „Bezpečný prístav“ (angl. „safe haven“) a „bezpečná základňa“ (angl. „secure base“) sú kľúčové výrazy v Teórii pripútanosti. Pochádzajú od autora teórie. Porov. BOWLBY, J. Attachment and loss, Volume I, Attachment (2nd ed.). New York: Basic Books, 1982, s. 201.

⁴¹⁷ Porov. KIRKPATRICK, L. A. – SHAVER, P. R. Attachment Theory and Religion: Childhood Attachments, Religious Beliefs, and Conversion. In *Journal for the Scientific Study of Religion*, ISSN 1468-5906, 1990, roč. 29, č. 3, s. 315-334.

konverzia. Pod týmto termínom sa chápe viac alebo menej radikálna zmena v živote človeka týkajúca sa akceptácie náboženskej viery a jej prežívania v konkrétnom živote. Náboženské konverzie sú vhodným javom na výskumné bádanie v psychológii náboženstva. V tejto oblasti sa zistilo, že napríklad náhle náboženské konverzie sa zdajú byť pravdepodobnejšie medzi tými, ktorí majú neistý typ pripútanosti, kým postupné konverzie sa častejšie vyskytujú medzi tými, ktorí majú bezpečný typ pripútanosti.⁴¹⁸

Avšak treba podotknúť, že vzťah medzi typom pripútanosti v detstve a dospelou náboženskou skúsenosťou je oveľa komplexnejší a nemožno ho chápať iba ako jednoduchý mentálny model. Na jednej strane je tu rozumový súhlas človeka s tým, že akceptuje existenciu nadprirodzeného Bytia. Na druhej strane je tu ale reálny praktický život, ktorý už nemusí zodpovedať samotnému súhlasu s existenciou nadprirodzeného sveta. Preto napríklad s pomocou teórie pripútanosti aplikovanej na náboženstvo nedokážeme veľmi predpovedať, nakoľko bude človek aj aktívne participovať na náboženských aktivitách. Táto problematika už obsahuje množstvo ďalších aspektov osobnosti, ktoré sa týkajú predovšetkým vôle a ochoty jednotlivca. Tu treba podotknúť, že aj opačný pohľad nemusí vystihovať skutočnú realitu. Totiž je možné vo výskumoch použiť niektoré faktory, ako je napríklad účasť na náboženských bohoslužbách, formálne prihlásenie sa k nejakým náboženským denomináciám alebo aj praktizovanie náboženských aktivít ako je modlitba a v konečnom dôsledku sa môžu zistiť určité súvislosti s typom vzťahovej väzby, avšak samotné praktizovanie náboženských aktivít môže byť v osobe niektorých jedincov nereflexívne a teda nemusí byť prejavom existencie skutočnej náboženskej viery.

9.3.2 Kompenzačná a korešpondenčná hypotéza

V súvislosti s väzbou pripútanosti a náboženským životom Kirkpatrick formuloval dve hlavné hypotézy. Prvá je takzvanou hypotézou korešpondencie a hovorí, že náš vzťah k Bohu korešponduje s našim typom pripútanosti, ktorý sme si vypracovali k druhým ľuďom.⁴¹⁹ Znamená to, že ľudia s bezpečným typom pripútanosti majú lepší vzťah

⁴¹⁸ Porov. GRANQVIST, P. – DICKIE, J. R. Attachment and Spiritual Development in Childhood and Adolescence. In ROEHLKEPARTAIN, E. C. – KING, P. E. – WAGNER, L. – BENSON, P. L. (eds.) *The Handbook of Spiritual Development in Childhood and Adolescence*. London: Sage Publications, 2006, s. 197-210.

⁴¹⁹ Porov. KIRKPATRICK, L. A. Evolutionary Psychology: An Emerging New Foundation for the Psychology of Religion. In PALOUTZIAN, R. F. – PARK, C. L. (eds.) *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York: The Guilford Press, 2005, s. 101-122.

k Bohu. Ide o logický záver, dokázateľný aj prostredníctvom rôznych výskumných štúdií a založený na predpoklade, že človek harmonicky vytvára vzťah tak k ľuďom okolo seba ako aj k Bohu. Predstava o Bohu často v sebe nesie rôzne psychologické komponenty, ktoré majú svoj pôvod v internej psychologickej predstave o našich rodičoch.⁴²⁰ Najjednoduchšia línia pri vytváraní predstavy o Bohu (nemyslí sa tu intelektuálna alebo naučená či naštudovaná predstava o Bohu) je použitie interných psychických štruktúr, ktoré boli vytvorené na základe vzťahu k rodičom.

Druhá hypotéza, takzvaná hypotéza kompenzácie hovorí o opaku, teda že ľudia, ktorí si v detstve nevyvinuli bezpečný vzťah pripútanosti k blízkym osobám, budú mať väčšiu tendenciu prikloniť sa k náboženstvu, pretože chýbajúci komponent vzťahovej väzby si potrebujú nahradiť vzťahom k Bohu.⁴²¹ V tomto prípade je línia súvislosti medzi oboma vzťahovými systémami (k rodičom a k Bohu) zložitejšia. Vytváranie vzťahu k Bohu (respektíve vytváranie si obrazu o ňom) je tu skôr ako reakcia na negatívnu skúsenosť alebo na určitý deficit citového naplnenia. Samozrejme, táto dynamika sa deje skôr podvedome. Zdá sa, že kompenzačná teória sa vyskytuje skôr u tých jedincov, ktorý svoj náboženský život prežívajú viac emotívne a u ktorých je väčšia túžba prejavovať náboženské emócie aj navonok. Keďže obe hypotézy boli rôznymi empirickými výskumami potvrdené, Kirkpatrick potom tvrdil, že oba typy správania (korešpondujúce aj kompenzujúce) môžu byť prítomné v jednej osobe, avšak vyskytujúce sa v rôznych situáciách.

9.3.3 Dôležitosť vzťahov pre zdravý duchovný život

Keď sa pozeráme na spiritualitu dospelého človeka, je nevyhnutné myslieť na dôležitosť jeho vzťahov k druhým, predovšetkým subjektívne významných vzťahov. Po období dospievania, keď sa výrazne rozvíjajú kognitívne funkcie, telesný rozmer osobnosti kulminuje a rozvíja sa aj interpersonálny rozmer osobnosti, jedinec stále viac uvažuje o živote, o láske a v mnohých prípadoch aj o Bohu. Všetko to sa deje v kontexte rozvoja túžby po vytváraní spoločenstva s druhými. Forma duchovnosti dospelého jedinca vyjavuje veľa o jeho minulých a prítomných vzťahoch

⁴²⁰ Porov. RIZZUTO, A.-M. Discussion of Granqvist's Article „On the Relation Between Secular and Divine Relationships: An Emerging Attachment Perspective and a Critique of the „Depth“ Approaches“. In *The International Journal for the Psychology of Religion*, ISSN 1050-8619, 2006, roč. 16, č. 1, s. 19-28.

⁴²¹ Porov. KIRKPATRICK, L. A. Evolutionary Psychology: An Emerging New Foundation for the Psychology of Religion. In PALOUTZIAN, R. F. – PARK, C. L. (eds.) *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York: The Guilford Press, 2005, s. 101-122.

a v konečnom dôsledku o jeho minulých a prítomných vnútorných dynamikách či konfliktoch. V tomto prípade je zaujímavé podotknúť, že detailná reflexia na formu duchovného prežívania a predovšetkým reflexia nad typom predstavy o Bohu môže pomôcť pochopiť vzťahový život človeka. Samozrejme, platí to aj naopak.

Vzťahy k ľuďom formujú náš náboženský život a ovplyvňujú našu predstavu o Bohu – či je to pozitívnym alebo negatívnym spôsobom. Obyčajne je to interakcia s druhými, ktorá mení kurz smerovania nášho duchovného života a ktorá nás privádza k dôležitým rozhodnutiam ohľadom života náboženskej viery. Druhí ľudia sú totiž akoby „zrkadlom“ pre nás a interakcia s nimi nám pomáha k správnej seba-percepcii. Následne sme schopní modifikovať našu predstavu o Bohu a teda aj náš osobný duchovný život. Rozmanitosť vzťahového života teda súvisí s elasticitou našej náboženskej viery, našej osobnej predstavy o Bohu a našej schopnosti meniť ju.⁴²²

9.3.4 Duševné zdravie a duchovný život

Všeobecne povedané, teória pripútanosti bola pomerne často aplikovaná vo výskume náboženskej skúsenosti a ako to ukázali početné teoretické štúdie aj empirické výskumy, ponúkla nové pohľady v psychológii náboženstva. Na druhej strane kritickým zhodnotením môžeme v nej nájsť niektoré nedostatky. Už samotný protagonista aplikácie tejto teórie na náboženstvo pripustil, že pripútanosť môže vysvetliť iba niektoré aspekty náboženstva a že vysvetlenia ďalších oblastí náboženstva treba hľadať v iných psychologických systémoch.⁴²³ Hoci teória pripútanosti hovorí mnoho o tom, ako väzby pripútanosti rozvinuté v detstve ovplyvňujú náboženský život v dospelosti, málo hovorí o tom, ako pripútanosť ovplyvňuje náboženské prežívanie v samotnom detstve.⁴²⁴ Okrem toho štýly pripútanosti nemožno považovať za stabilné prototypy správania, pretože sa môžu meniť dokonca aj v relatívne krátkych časových úsekoch. Podobne sa môže pomerne rýchlo meniť aj charakteristika vzťahu k Bohu.⁴²⁵ Nakoniec treba povedať, že ponímanie

⁴²² Porov. RIZZUTO, A.-M. *The Birth of the Living God (A Psychoanalytic Study)*, Chicago: The University of Chicago Press, 1979, s. 202.

⁴²³ Porov. KIRKPATRICK, L. A. *Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion*. New York: Guilford Publications, 2005.

⁴²⁴ Porov. NELSON, J. M. *Psychology, Religion, and Spirituality*. New York: Springer, 2009, s. 252-253.

⁴²⁵ Porov. RIZZUTO, A.-M. Discussion of Granqvist's Article „On the Relation Between Secular and Divine Relationships: An Emerging Attachment Perspective and a Critique of the „Depth“ Approaches“. In *The International Journal for the Psychology of Religion*, ISSN 1050-8619, 2006, roč. 16, č. 1, s. 19-28.

života nemožno redukovať len na typy pripútanosti, pretože by sme tým zanedbali iné dôležité faktory, ako je napríklad komunitný rozmer náboženského človeka. Z teologického pohľadu treba podotknúť, že by bolo užitočné teologicky hlbšie prepracovať a zadefinovať pojem pripútanosti k Bohu. Napriek týmto kritickým miestam by sa však dalo povedať, že táto teória je stále výzvou pre kresťanských autorov, ktorí sa zaujímajú o integráciu medzi psychológiou a náboženstvom.⁴²⁶ Jestvujú tu totiž mnohé prieniky, ktorým je nevyhnutné venovať stále väčšiu pozornosť pri zachovaní hraníc oboch oblastí a zároveň pri zohľadnení vzájomnej integrácie.

Celkovo možno zhodnotiť, že štúdium vzťahovej väzby ponúka mnohé podnety pre vyhodnotenie kvality duševného a duchovného zdravia. Vzťahový život a citové putá sú prirodzenou a podstatnou súčasťou života každého jedinca a sú akoby zrkadlom jeho vnútorného psychického života. Zdravý vzťahový život predovšetkým v detstve a potom aj v dospelosti je dobrým predpokladom pre zdravý duševný aj duchovný život. Naopak, rozmanité turbulencie vo vzťahovom živote v detstve, či už ide o prechodné alebo trvalejšie stavy sa veľmi často odzrkadlia vo vzťahovom živote v dospelosti a môžu súvisieť s rôznymi anomáliami tak v duševnom ako aj v duchovnom živote. Samozrejme, nemožno ani v tomto prípade zovšeobecňovať. Treba pripustiť, že svoju úlohu zohrávajú aj rôzne iné faktory ako je napríklad dedičnosť, biologické faktory, spoločenské a sociálne faktory a ďalšie. Napriek tomu ostáva štúdium vzťahovej väzby veľmi vhodným a vysvetľujúcim postupom pri objasňovaní procesov duševného a duchovného zdravia.

Literatúra

- ATTILI, G. – DI PENTIMA, L. – TONI, A. – ROAZZI, A. Attachment styles and eating disorders: The combined effect of mothers' and fathers' mental states. In: *Attachment and Complex Systems*, ISSN 2283-8279, 2015, roč. 2, č. 2, s. 53-66.
- BOSMANS, G. – BRAET, C. – VAN VLIERBERGHE, L. Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? In *Clinical Psychology & Psychotherapy*, ISSN 1099-0879, 2010, roč. 17, č. 5, s. 374-385.
- BOWLBY, J. Attachment and loss, Volume I, Attachment (2nd ed.). New York: Basic Books, 1982. 399 s. ISBN 0-465-00543-8.
- BOWLBY, J. *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge, 1988. 180 s. ISBN 0-415-00640-6.

⁴²⁶ Porov. MINER, M. H. Back to the Basics in Attachment to God: Revisiting Theory in Light of Theology. In *Journal of Psychology and Theology*, ISSN 0091-6471, 2007, roč. 35, č. 2, s. 112-122.

- BRINGLE, R. G. – RYDELL, R. J. Obsessive Love. In Reis, H. T. – Sprecher, S. (Eds.): *Encyclopedia of Human Relationships*, Volume 2. London: Sage Publications, 2009, s. 1174-1176.
- CATANZARO, A. – WEI, M. Adult attachment, dependence, self-criticism, and depressive symptoms: a test of a mediational model. In *Journal of Personality*, ISSN 0022-3506, 2010, roč. 78, č. 4, s. 1135-1162.
- CRAWFORD, T. N. – LIVESLEY, W. J. – JANG, K. L. et al. Insecure attachment and personality disorder: a twin study of adults. In *European Journal of Personality*, ISSN 0890-2070, 2007, roč. 21, č. 2, s. 191-208.
- DAVILA, J. – BURGE, D. – HAMMEN, C. Why does attachment style change? In *Journal of Personality and Social Psychology*, ISSN 0022-3514, 1997, roč. 73, č. 4, s. 826-838.
- DAVILA, J. – STEINBERG, S. J. – KACHADOURIAN, L. et al. Romantic involvement and depressive symptoms in early and late adolescence: The role of a preoccupied relational style. In *Personal Relationship*, ISSN 1350-4126, 2004, roč. 11, č. 2, s. 161-178.
- DORON, G. – MOULDING, R. – KYRIOS, M. et al. Adult attachment insecurities are related to obsessive compulsive phenomena. In *Journal of Social and Clinical Psychology*, ISSN 07367236, 2009, roč. 28, č. 8, s. 1022-1049.
- DUBERSTEIN, P. R. – HEISEL, M. J. Suicide and Relationships. In Reis, H. T. – Sprecher, S. (Eds.): *Encyclopedia of Human Relationships*, Volume 3. London: Sage Publications, 2009, s. 1608-1611.
- EIN-DOR, T. – DORON, G. – SOLOMON, Z. et al. Together in pain: attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. In *Journal of Counseling Psychology*, ISSN 0022-0167, 2010, roč. 57, č. 3, s. 317-327.
- GORMLEY, B. – McNiEL, D. E. Adult attachment orientations, depressive symptoms, anger, and self-directed aggression by psychiatric patients. In *Cognitive Therapy and Research*, ISSN 0147-5916, 2010, roč. 34, č. 3, s. 272-281.
- GRANQVIST, P. – DICKIE, J. R. Attachment and Spiritual Development in Childhood and Adolescence. In ROEHLKEPARTAIN, E. C. – KING, P. E. – WAGNER, L. – BENSON, P. L. (eds.) *The Handbook of Spiritual Development in Childhood and Adolescence*. London: Sage Publications, 2006, s. 197-210.
- HAŠTO J. *Vzťahová väzba (Ku koreňom lásky a úzkosti)*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005. 300 s. ISBN 80-88952-28-X.
- HAZAN, C. – SHAVER, P. Romantic love conceptualized as an attachment process. In *Journal of Personality and Social Psychology*, ISSN 0022-3514, 1987, roč. 52, č. 3, s. 511-524.
- HOLMES, J. G. – ANDERSON, J. E. Security in Relationships. In Reis, H. T. – Sprecher, S. (Eds.): *Encyclopedia of Human Relationships*, Volume 3. London: Sage Publications, 2009, s. 1408-1413.
- ILLING, V. – TASCA, G. A. – BALFOUR, L. et al. Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. In *Journal of Nervous and Mental Disease*, ISSN 0022-3018, 2010, roč. 198, č. 9, s. 653-659.
- KIRKPATRICK, L. A. – SHAVER, P. R. Attachment Theory and Religion: Childhood Attachments, Religious Beliefs, and Conversion. In *Journal for the Scientific Study of Religion*, ISSN 1468-5906, 1990, roč. 29, č. 3, s. 315-334.
- KIRKPATRICK, L. A. An Attachment – Theory Approach to the Psychology of Religion. In *International Journal for the Psychology of Religion*, ISSN 1050-8619, 1992, roč. 2, č. 1, s. 3-28.

- KIRKPATRICK, L. A. Evolutionary Psychology: An Emerging New Foundation for the Psychology of Religion. In PALOUTZIAN, R. F. – PARK, C. L. (eds.) *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York: The Guilford Press, 2005, s. 101-122.
- KIRKPATRICK, L. A. *Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion*. New York: Guilford Publications, 2005. 400 s. ISBN 1-59385-088-3.
- LAM, S. – DICKERSON, S. S. Stress and Relationships. In Reis, H. T. – Sprecher, S. (Eds.): *Encyclopedia of Human Relationships*, Volume 3. London: Sage Publications, 2009, s. 1602-1605.
- MEYER, B. – PILKONIS, P. A. An attachment model of personality disorders. In LENZENWEGER, M. F. – CLARKIN, J. F. (eds). *Major theories of personality disorder*. New York: Guilford, 2005, s. 231-281.
- MIKULINCER, M. – SHAVER, P. R. *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. New York: Guilford, 2007. 578 s. ISBN 978-1593854577.
- MIKULINCER, M. – SHAVER, P. R. An attachment perspective on psychopathology. In *World Psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, ISSN 2051-5545, 2012, roč. 11, č. 1, s. 11-15.
- MINER, M. H. Back to the Basics in Attachment to God: Revisiting Theory in Light of Theology. In *Journal of Psychology and Theology*. ISSN 0091-6471, 2007, roč. 35, č. 2, s. 112-122.
- NELSON, J. M. *Psychology, Religion, and Spirituality*. New York: Springer, 2009. 731 s. ISBN 978-0-387-87572-9.
- RIZZUTO, A.-M. *The Birth of the Living God (A Psychoanalytic Study)*, Chicago: The University of Chicago Press, 1979, 246 s. ISBN 0-226-72102-7.
- RIZZUTO, A.-M. Discussion of Granqvist's Article „On the Relation Between Secular and Divine Relationships: An Emerging Attachment Perspective and a Critique of the „Depth“ Approaches“. In *The International Journal for the Psychology of Religion*, ISSN 1050-8619, 2006, roč. 16, č. 1, s. 19-28.
- SERGIN, CH. *Depression and Relationships*. In REIS, H. T. – SPRECHER, S. (Eds.) *Encyclopedia of Human Relationships*, Volume 1. London: Sage Publications, 2009, s. 398-402.
- WHIFFEN, V. E. – JUDD, M. E. – AUBE, J. A. Intimate relationships moderate the association between childhood sexual abuse and depression. In *Journal of Interpersonal Violence*, ISSN 0886-2605, 1999, roč. 14, č. 9, s. 940-954.

Záver

Vysokoškolské štúdium sociálnej práce pripravuje študentov na prácu s rôznymi cieľovými skupinami. Jednou zo zraniteľných skupín sú aj ľudia, ktorí trpia duševnou poruchou. Je dôležité, aby sociálni pracovníci poznali prejavy duševných porúch v správaní klientov a ovládali potrebné prístupy a metódy sociálnej práce, aby tak dokázali efektívne pracovať s klientmi a tým zlepšovali kvalitu ich života.

Predkladaná kniha prináša prierez problematikou sociálnej práce s ľuďmi s duševnými poruchami. Jednotlivé kapitoly nadväzujú na vybranú problematiku sociálnej práce s ľuďmi s duševnými poruchami.

Zamerali sme sa na vybrané duševné poruchy, s ktorými sa sociálni pracovníci môžu stretnúť v praxi v akomkoľvek sociálnom zariadení (pričom to nemusí byť organizácia primárne zameraná na ľudí s duševnými problémami). Pre sociálnych pracovníkov je dôležité najmä poznať prejavy jednotlivých duševných porúch, aby tak dokázali pochopiť klientovo správanie a efektívne plánovať sociálne intervencie.

Historický exkurz do prechodu z inštitucionálnej do komunitnej starostlivosti o ľudí s duševnými sprehľadňuje formy starostlivosti v minulosti a ich potrebu zmeny. Pôvodné modely, ktoré hlásajú, že človek s duševnou poruchou má byť izolovaný v psychiatrickej nemocnici či v ústave, a má minimum možnosti rozhodovať o svojom živote, sa už vytrácajú z jednotlivých spoločností. Stále veľkým príkladom ostáva aj pre nás talianske mesto Trieste a priekopník „ľudského prístupu“ v psychiatrickej starostlivosti Basaglia.

Špecifikovali sme jednotlivé druhy sociálnych služieb primárne zameraných na pomoc ľuďom s duševnými poruchami. Duševná porucha integruje zdravotnícke a sociálne služby. Je dôležité, aby sociálni pracovníci poznali sociálne služby primárne zamerané na cieľovú skupinu osôb s duševnými poruchami, aby ak by prišli do kontaktu s človekom, ktorý potrebuje takýto druh pomoci, vedeli kam ho distribuovať. Na Slovensku máme predovšetkým pobytové a ambulantné sociálne služby. Terénne sociálne služby pre túto zraniteľnú skupinu nám zatiaľ chýbajú (v minulosti už o to boli pozitívne pokusy, avšak kvôli finančným problémom neboli udržateľné). Už je to na kompetentných v našej spoločnosti, nakoľko budú klásť dôraz na sociálnu starostlivosť o ľudí trpiacich duševnou poruchou, a to v zmysle deinštitucionalizácie a komunitnej starostlivosti.

Analyzovali sme vybrané prístupy a metódy sociálnej práce s ľuďmi s duševnými poruchami, a to multidisciplinárny prístup, terénnu sociálnu prácu, sociálnu rehabilitáciu, case manažment a recovery prístup. Pre sociálnych pracovníkov je dôležité, aby poznali a dokázali aplikovať

špecifické metódy pri práci s ľuďmi trpiacimi duševnými poruchami. Viaceré spomínané metódy k nám postupne prichádzajú zo zahraničia. Pojem multidisciplinárny tím nie je neznámy, avšak v prostredí sociálnej starostlivosti o duševne chorých ešte nie je plne implementovaný. Máme už sociálne zariadenia (rehabilitačné strediská), kde fungujú multidisciplinárne tímy, no stále je čo vylepšovať a rozširovať. Sociálna rehabilitácia je u nás plne rozvinutá, nakoľko je to metóda, ktorú definuje a nariaďuje aj zákon o sociálnych službách. Case manažment sa u nás tiež postupne implementuje. Pre klienta je dôležité, aby mal pracovníka – case manažéra, ktorý je mu nápomocný v riešení jeho sociálneho problému a koordinuje jednotlivé služby, ktoré klient potrebuje. Prístup recovery znamená pre klienta spôsob, ako žiť spokojný a prínosný život napriek duševnému ochoreniu. Aj napriek ochoreniu, ktoré človek má, má žiť plnohodnotný život v interakcii s ostatnými ľuďmi. Recovery znamená, že pracovník vedie klienta k tomu, aby vykonával bežné aktivity navzdory svojej chorobe. Znamená, že nemá sa stiahnuť „do svojej ulity“ a izolovať sa, ale hľadať zamestnanie prispôbené chorobe, bývať samostatne, v prípade potreby s podporou, a nie v pobytových zariadeniach, mať priateľov a chodiť s nimi do spoločnosti. Človek s duševnou poruchou nesmie mať pocit, že je nepotrebný a jeho život nemá význam. Duševná choroba neznamená „zastavenie“ života, ale je potrebné uchopiť nový význam života, ktorý bude rešpektovať chorobu, ale nedá sa ňou úplne obmedzovať.

K ďalším metódam, ktorým sa v knihe venujeme podrobnejšie, je krízová intervencia. Krízová intervencia je zameraná na ľudí, ktorí potrebujú akútnu pomoc. Nemá poradovníky či čakacie doby, ale snaží sa byť ľuďom v kríze dostupná ihneď. Krízová intervencia je často využívanou metódou pri práci s ľuďmi s duševnými poruchami. Krízoví pracovníci pracujú v krízových centrách, centrách duševného zdravia, majú zriadené krízové linky, alebo môžu byť súčasťou multidisciplinárnych komunitných tímov. Hlbšie sme sa zamerali na krízovú intervenciu v rámci rodiny s dieťaťom, ktoré trpí duševnou poruchou. Duševná choroba jedného člena rodiny zasahuje celú rodinu. O to náročnejšie to je v prípade choroby dieťaťa, kde sa viac vyžaduje intervencia s rodičmi. Rodičia prichádzajúci za krízovým pracovníkom nabití silnými emóciami, dezorientovaní v novej situácii, ktorá ich rodinu zasiahla, potrebujú sa zorientovať a správne nasmerovať, aby mohli situáciu, ktorá do ich života vstúpila, čo najlepšie integrovať. Proces integrácie nie je krátkodobý, niekedy môže trvať i roky, no jeho podstatný počiatok je práve v etape krízovej intervencie, kedy krízový pracovník pracuje s emóciami rodičov, ktoré sú pre neho materiálom odhaľujúcim

realitu. Takto im môže pomôcť realitu pochopiť, interpretovať a integrovať.

Ďalšou podrobnejšie rozpracovanou metódou je muzikoterapia. Tá sa často využíva v zariadeniach pracujúcich s ľuďmi s duševnými poruchami. Hudba môže byť liekom pre klientov trpiacich duševnou poruchou. Cez hudbu môžu vyjadrovať svoje emócie, spracovávať zážitky, prejať svoje sny a túžby, korigovať správanie a pod.

V knihe sa zameriavame aj na vybrané problémové oblasti života ľudí s duševnými poruchami, medzi ktoré patrí bývanie a zamestnanie a v rámci nich na konkrétne metódy. V oblasti bývania podrobne analyzujeme metódu housing first – jej východiská, princípy a výsledky. Medzi podmienky pre zlepšenie duševného zdravia populácie patrí aj stabilita, bezpečnosť a dostupnosť bývania, ktoré je považované za jeden zo sociálnych determinantov zdravia. Mnohí ľudia s duševnými poruchami zápasia o vhodné bývanie. Človek trpiaci vážnou duševnou poruchou má problém nájsť si a zaplatiť vhodné bývanie. Mnohí potrebujú zo začiatku pomoc, aby dokázali zvládnuť domácnosť. Práve prostredníctvom metódy housing first im môže byť poskytnutá pomoc, aby to zvládli a tak predišli negatívnemu sociálnopatologickému javu, ktorým je bezdomovectvo. Práve využitie housing first prístupu môže byť generátorom zmeny a kľúčovou stratégiou na ukončovanie bezdomovectva ľudí bez domova s komplexnými potrebami, ktorí sú jednou z najzraniteľnejších a najvytlúčenějších skupín ľudí bez domova aj na Slovensku.

Ďalším sociálnym problémom ľudí s duševným ochorením je zamestnávanie. Mnohí z nich nedokážu kvôli zdravotnému stavu pracovať na plný úväzok v bežných podmienkach. Prijateľnou možnosťou pre nich je práca na čiastočný úväzok v podmienkach zohľadňujúcich ich znevýhodnenie. Sociálny podnik môže byť jednou z možností, kde si ľudia s duševným ochorením môžu nájsť prácu. Lebo práve práca je významným aspektom určujúcim kvalitu života a stupeň integrácie znevýhodnených a zraniteľných osôb.

V knihe sa venujeme aj vzťahovej väzbe a jej prepojenosti na duševné a duchovné zdravie. Celkovo možno zhodnotiť, že štúdium vzťahovej väzby ponúka mnohé podnety pre vyhodnotenie kvality duševného a duchovného zdravia. Vzťahový život a citové putá sú prirodzenou a podstatnou súčasťou života každého človeka a sú akoby zrkadlom jeho vnútorného psychického života. Zdravý vzťahový život predovšetkým v detstve a potom aj v dospelosti je dobrým predpokladom pre zdravý duševný aj duchovný život. Naopak, rozmanité turbulencie vo vzťahovom živote v detstve, či už ide o prechodné alebo trvalejšie stavy sa veľmi často odzrkadlia vo vzťahovom živote v dospelosti a môžu

súvisieť s rôznymi anomáliami tak v duševnom ako aj v duchovnom živote. Poznanie teórie vzťahovej väzby je vhodným prostriedkom pri objasňovaní procesov duševného a duchovného zdravia.

Kniha podáva komplexný rozsah poznatkov potrebných pre čo najefektívnejšiu pomoc ľuďom s duševnými poruchami. Zároveň ponúka aj inovatívne metódy, ktoré sú ešte len v začiatkoch implementácie v slovenských podmienkach, prípadne ešte sa len začnú využívať na Slovensku.

V univerzitnom prostredí je potrebné vytvoriť alebo hlbšie rozvinúť predmety zamerané na prácu s ľuďmi s duševnými poruchami, nakoľko absolventi sociálnej práce sa s touto zraniteľnou skupinou môžu stretávať v akýchkoľvek sociálnych organizáciách, ktoré vôbec nemusia byť zamerané na duševne chorých ľudí. V prostredí praxe v rámci sociálnych intervencií sociálnych pracovníkov je potrebné pristupovať ku klientovi holisticky, a teda v biologicko-psychologicko-sociálno-spirituálnom rozmere. Nezanedbávať aspekt prítomnosti duševnej poruchy, ale vnímať to ako sociálny problém, ktorý síce nemusí byť primárny, ale klienta do značnej miery ovplyvňuje.

Michaela Šul'ová

Autori

PhDr. Michaela Šulfová, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku
Teologická fakulta v Košiciach
Katedra spoločenských vied
Hlavná 89, 041 21 Košice
michaela.sulova@ku.sk

doc. PhDr. Marek Forgáč, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku
Teologická fakulta v Košiciach
Katedra spoločenských vied
Hlavná 89, 041 21 Košice
marek.forgac@ku.sk

Ing. Jozefína Hvastová, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku
Teologická fakulta v Košiciach
Katedra spoločenských vied
Hlavná 89, 041 21 Košice
jozefina.hvastova@ku.sk

Mgr. Bc. Richard Kucharčík, M.A., PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku
Teologická fakulta v Košiciach
Katedra spoločenských vied
Hlavná 89, 041 21 Košice
richard.kucharcik@ku.sk

ThDr. Lucia Pečovská, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku
Teologická fakulta v Košiciach
Katedra spoločenských vied
Hlavná 89, 041 21 Košice
lucia.pecovska@ku.sk

JUDr. Alena Vachnová

Katolícka univerzita v Ružomberku
Teologická fakulta v Košiciach
Hlavná 89, 041 21 Košice
alena.vachnova@gmail.com

Mgr. Ondrej Lazúr

Katolícka univerzita v Ružomberku
Teologická fakulta v Košiciach
Katedra spoločenských vied
Hlavná 89, 041 21 Košice
ondrejlazur@gmail.com

Sociálna práca s osobami s duševnými poruchami

Autori:

1. kapitola – PhDr. Michaela Šul'ová, PhD. (1,84 AH)
2. kapitola – Mgr. Ondrej Lazúr (0,85 AH)
3. kapitola – PhDr. Michaela Šul'ová, PhD. (0,28 AH)
4. kapitola – PhDr. Michaela Šul'ová, PhD. (0,74 AH)
5. kapitola – JUDr. Alena Vachnová (1,64 AH)
6. kapitola – Ing. Jozefína Hvastová, PhD. (1,22 AH)
7. kapitola – Mgr. Bc. Richard Kucharčík, M.A., PhD. (1,31 AH)
8. kapitola – ThDr. Lucia Pečovská, PhD. (1,17 AH)
9. kapitola – doc. PhDr. Marek Forgáč, PhD. (1,01 AH)
- Úvod, Záver – PhDr. Michaela Šul'ová, PhD. (0,41 AH)

Šul'ová, M. (31,23%), Forgáč, M. (9,66%), Hvastová, J. (11,65%),
Kucharčík, R. (12,51%), Pečovská, L. (11,17%), Vachnová, A. (15,66%),
Lazúr, O. (8,12%)

Editor: PhDr. Michaela Šul'ová, PhD.

Recenzenti: Prof. PhDr. Štefan Lenčič, PhD. (Katolícka univerzita v RK)
PhDr. Monika Nová, PhD. (Univerzita Karlova)

Vydavateľstvo: VERBUM – vydavateľstvo KU, Ružomberok

Tlač: Equilibria, Košice

Rok vydania: 2019

Vydanie: prvé

Náklad: 100 ks

Počet strán: 159 s. (10,47 AH)

ISBN 978-80-561-0684-6 (print)

ISBN 978-80-561-0685-3 (online)