

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrlometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Mezinárodní sociální a humanitární práce*

Marie Hýžová

*Specifika vedení poradenského rozhovoru s klientem s duševním  
onemocněním*

Bakalářská práce

vedoucí práce: Mgr. Leoš Zatloukal, Ph. D.

**2018**

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne:

.....

vlastnoruční podpis

Na tomto místě bych chtěla poděkovat panu Mgr. Leoši Zatloukalovi, Ph. D. za vedení mé práce a velkou dávku trpělivosti a dále bych také chtěla poděkovat paní Mgr. Ivě Linhartové, za trpělivost, podporu a rady, které mi při psaní poskytla.

# Obsah

Obsah .....	5
Úvod .....	5
1 Klient s duševním onemocněním .....	7
1.1 Role klienta a sociálního pracovníka .....	7
1.2 Klient s problémovým chováním .....	9
2 Vedení poradenského rozhovoru s klientem s duševním onemocněním .....	15
2.1 Poradenství .....	15
2.2 První kontakt s klientem .....	16
2.3 Poradenský rozhovor .....	18
3 Komunikace v rámci poradenského rozhovoru s jednotlivými typy klientů dle projevů jejich onemocnění .....	21
3.1 Komunikace v rámci poradenství s klienty se schizofrenií schizofrenními poruchami a poruchami s bludy .....	23
3.1.1 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29) .....	23
3.1.2 Jak a lidmi s klienty se schizofrenií schizofrenními poruchami a poruchami s bludy komunikovat .....	25
3.3 Komunikace v rámci poradenství s klienty s afektivními poruchami .....	30
3.3.1 Afektivní poruchy (F30-F39) .....	30
3.3.2 Jak a lidmi s klienty afektivními poruchami komunikovat .....	33
4 Shrnutí .....	38
Závěr .....	39
Bibliografický seznam .....	40

# Úvod

Lidé s duševním onemocněním potřebují od sociálního pracovníka buď cílenou pomoc, ve formě informace v oblasti sociálního zabezpečení nebo práva a pomoc s problémy v těchto sférách, rodinnou intervenci a podobně, nebo specifické intervence, kterými je například poradenství a rodinná terapie. (Probstová podle Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010:133) Ve své práci se budu kvůli obsáhlosti tématu zaměřovat právě na specifické intervence konkrétně na poradenství.

Každá cílová skupina sociální práce má svá neodlučitelná specifika. Některá jsou dána věkem klientů, nebo jejich původem a jiná jejich specifickými potřebami. Specifika práce s lidmi s duševním onemocněním jsou podmíněná jejich akutním i chronickým duševním onemocněním, na které musejí pracovníci brát zřetel a musí mít přehled o tom, jak s těmito klienty správně komunikovat. Pracovník, který má povědomí o tom, co sebou určitá onemocnění přinášejí, je schopen pružně reagovat a efektivně s klientem komunikovat.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit a popsat specifika vedení poradenského rozhovoru s klientem s duševním onemocněním, především tedy, jak by měl sociální pracovník při vedení poradenského rozhovoru komunikovat s klientem.

V první kapitole stanovím, v čem se klient s duševním onemocněním liší od klientů z ostatních cílových skupin. Poté se pokusím vydefinovat co je to poradenství a popsat jeho důležité části. V poslední části své práce se budu soustředit zejména na psychické projevy duševních onemocnění a jak s klienty s těmito projevy vhodně komunikovat. Popíšu nejdříve, jak se po psychické stránce klienta projevují vybraná duševní onemocnění, kterými jsou schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy a afektivní poruchy. Následně se budu zabývat tím, jak komunikovat s klienty s těmito skupinami onemocnění a také tím, jak komunikovat s klienty s jednotlivými projevy onemocnění. Vybrané projevy onemocnění popíšu i zvlášť, jelikož duševní onemocnění mohou být kombinovaná a může se u jednoho klienta projevit více projevů. Dále je potřeba uvést, že v celé práci není jednotná terminologie v oblasti nahlížení na osobu s duševním onemocněním. Někteří autoři uvádějí pojem klient,

jiní pacient. Tuto terminologii, kterou používají jsem zachovala z toho důvodu, aby odrážela, o jaký přístup k osobě se u jednotlivých autorů jedná.

Téma této práce je přímo spojeno se studovaným oborem, jelikož se zabývá specifiky vedení poradenského rozhovoru s jednou z cílových skupin sociální práce. Metodou zpracování mé bakalářské práce je kompilace. Vybrala jsem si tuto metodu, protože chci zjistit, zda je k danému tématu dostatek literatury a jak v dané literatuře autoři pojímají toto téma. Zdroje, které jsem použila pro svou bakalářskou práci, jsou odborná a obecná literatura a recenzované články.

# 1 Klient s duševním onemocněním

V této kapitole nastíním některé základní nároky, které jsou kladeny na sociální pracovníky při práci s klienty s duševním onemocněním. V současnosti není problém najít množství různých knih a článků, které nám radí jak pracovat s různými cílovými skupinami, nejčastěji dětmi nebo seniory. Pokud se ale zaměříme na lidi s duševním onemocněním, zase tolik publikací se nám nenabízí.

Mahrová je názoru, že klient s duševním onemocněním je především člověk a nikdy by na něj nemělo být pohlíženo jako na diagnózu nebo jako na problém. Tento klient má specifické potřeby, které uspokojuje odlišnými způsoby. Potíže osoby s duševním onemocněním se vyskytly v některé z oblastí psychických funkcí (vnímání, vědomí, paměť, myšlení, emoce, inteligence, pudy a instinkty, volní jednání, osobnost) nebo jsou kombinací poruch těchto funkcí. Sociální pracovník musí ke každému klientovi přistupovat individuálně a spolupráci nastavit dle klientových potřeb. Můžeme říct, že u klientů s duševním onemocněním se dá využít individuální, skupinové práce i komunitního přístupu. Podobně je možné pracovat i s jejich rodinnými příslušníky. (Mahrová a kol., 2008: 28-39)

Dle výzkumu, provedeném Vlastou Jánskou a uveřejněném v časopise Sociální práce si sociální pracovníci pracující s klienty s duševním onemocněním myslí, že jejich klientem je člověk s psychiatrickou diagnózou. Vycházejí většinou ze zpráv od doktorů a od stanovené diagnózy. Základním předpokladem pro poskytnutí služby je psychiatrická diagnóza z předpokladu, že je jejich stav stabilizovaný, což znamená, že *má na nemoc náhled, ... ví, že je nemocný, ... ví, že se chce pracovat, bere léky, nepije, nebere drogy, ví, proč tady je, sám to chce*“ někteří pracovníci vycházeli ze zkušeností klienta. „*Lidé co prošli duševní krizí*“ (Jánská, 2010:87)

## 1.1 Role klienta a sociálního pracovníka

Klient s duševním onemocněním a práce s ním se liší od jiných cílových skupin hned několika podstatnými rozdíly. Jedním z nich je níže zmíněná proměnlivá role klienta

s duševním onemocněním, kdy se musí naučit rozlišovat kdy je pacient, a kdy je klient a s tím související postavení a možnosti.

Mahrová je názoru, že práce s touto cílovou skupinou nese specifikum právě v tom, že je na pracovníky vyvíjen mnohem větší tlak v oblasti rolí. Klienti s duševním onemocněním, jsou často v roli pacient-lékař. Někteří jsou na tuto roli zvyklí a jiným dokonce vyhovuje, vzhledem k výrazné redukci jejich odpovědnosti. Tito klienti jsou také velmi často v roli pacient-lékař nedobrovolně, například kvůli nedobrovolné hospitalizaci. Model lékař-pacient se neslučuje s modelem, který je v sociální práci běžný. V sociální práci jsou role sociální pracovník- klient naprosto rovnocenné a partnerské. Tudíž je na pracovníkovi, zda umožní, aby klient zůstal v roli klienta. Klienti s duševním onemocněním, jsou často udržováni v závislosti i v jejich rodinných vztazích, nebo naopak se o ně jejich rodinní příslušníci nezajímají vůbec. Kvůli nižší odpovědnosti za svá rozhodnutí může některým klientům patientská role vyhovovat více, než rovnocenný vztah sociální pracovník-klient. (Mahrová a kol., 2008:27- 28)

Na toto téma také hovoří Carling, který jedince ovlivněného nadměrnou podporou například během dlouhodobé hospitalizace, (ale i v rámci komunitních služeb) nazývá „Terminálně závislý pacient“. Klient se zdá, že neví, co chce a rozhodnutí jsou prováděna za něj, okolí ho vnímá jako nemotivovaného, on sám ztratil pocit vlastní odpovědnosti, jeho aspirace se stávají pro okolí nedůležité či nedostupné. Tento jeho postoj sdílí i jeho „pečovatelé“. Pokud se klient pokusí opustit tento bludný kruh je považován za rezistentního vůči léčbě. (Carling podle Matoušek a kol., 2010:137)

Jak je zřejmé výše uvedení autoři vnímají problematiku rolí u klientů s duševním onemocněním velmi podobně. Kladou při tom velký důraz na úlohu sociálního pracovníka, která je v tomto případě podpora klienta v jeho vlastním zapojení, spoluúčasti na, budování partnerského vztahu s klientem, ve kterém bude jeho názor, rozhodnutí i životní styl respektován. Dále upozorňují na možné problémy v oblasti motivace takového klienta, který je na svou roli „pacienta“ zvyklý a pravděpodobně mu vyhovuje. Tento jev se tedy pravděpodobně v poradenství bude promítat v oblastech motivace, odpovědnosti klienta, nastavení partnerského vztahu se sociálním pracovníkem.



Na tento požadavek reaguje participativní přístup. Tento přístup v praxi znamená, že se klienti mnohem více podílejí na rozhodování o tom, jakým způsobem má být intervence prováděna, v jakém rozsahu a jakým způsobem má být pomoc nastavena. Role profesionála by tak měla spočívat v asistenci klientům, zejména pak znevýhodněným skupinám, při formulaci jejich vlastních potřeb. (Mc Laughlin podle Matoušek a kol., 2013:106)

Jak píše Kubalčíková, White rozděluje participaci do čtyř druhů. Prvním je nominální participace (organizace a poskytovatelé se snaží legitimizovat svou činnost, funkce klientů je zde spíše formální. Formální participace jim přináší inkluzi, účelově využívají daného projektu. Druhým je instrumentální participace, která je jako doplňující zdroj. Klienti se účastní, jelikož je participace závazek k projektu, vnímají ji jako vklad nebo investici. Projekty se tak stávají cenově dostupnějšími a realizovatelnějšími. V tomto případě je participace nástrojem k dosažení cíle. Třetím druhem je reprezentativní participace, klienti jsou vyzváni účasti za cílem zlepšení udržitelnosti projektu. Klienti jsou vyzváni, aby vyjádřili svůj názor, a mají tudíž možnost ovlivnit podobu projektu, který pak může lépe reagovat na jejich zájmy. Posledním druhem je transformační participace. Tento druh se snaží docílit změny povědomí klientů o sociální realitě. Představuje tak cestu ke zmocnění, posilování důvěry a rozpoznání mechanismů distribuce zdrojů a moci. (White podle Kubalčíkové v Matoušek a kol., 2013: 107)

Z těchto čtyř výše uvedených druhů participace je právě transformační participace vhodným přístupem ke klientům s duševním onemocněním. Jelikož všichni výše uvedení autoři v této kapitole se zmiňují o nedostatečném zapojení a odpovědnosti klienta. Pokládám tento přístup za jeden z klíčových v práci s osobami s duševním onemocněním.

## **1.2 Klient s problémovým chováním**

Dalším z rozdílů v práci s těmito klienty, může být komplikovaná spolupráce, zejména kvůli „problémovému chování“ klienta.

Jůn je názoru, že klienti se snaží právě prostřednictvím jejich problémového chování manipulovat personál tak, aby se choval dle jejich přání. Pokud se personál chová tak, jak chtějí, tak jsou v pohodě a spokojení. Současně však personál se snaží o tu stejnou věc. Pokud se klienti chovají v souladu s naším očekáváním a jak chceme, jsme spokojení. (Jůn, 2010:12)

Problémové chování, podle Jůna, je takové chování, které za problémové považuje komunita, je v rozporu s běžně uznávanou společenskou normou, nebo jej tak vyhodnocuje personál sociálního nebo zdravotního zařízení. Tuto svou teorii opírá o různé příklady z praxe a také o definice Emersona z let 1988 a 1995. Dokládá, že ani v jedné z těchto definic není žádný konkrétní výčet chování, které se považuje za problémové. Problémové chování a jeho definice se tak bude měnit pokaždé, když se změní společenská norma, podle které je posuzován nebo náhled chování společnosti. Poukazuje tak na to, že jsou velmi důležité postoje personálu ke své práci (co se ode mě v sociálních/zdravotnických službách očekává) a ke svým klientům (s kým pracuji?). (Jůn, 2010)

Venglářová vnímá problematického klienta jako osobu, která prošla problematickou minulostí, má deficity v sociálních dovednostech a kompetencích a převažuje u ní problém s přizpůsobením do společnosti, ve které žije. Definuje také tři typy klientů.

- Prvním z nich jsou pacienti v ochranné léčbě (protialkoholní, protitoxikomanické, sexuologické).
- Druhým z nich jsou akutně hospitalizovaní lidé s problematickou minulostí (mají v anamnéze násilí, výkon trestu, mnohdy opakovaně).
- Třetím typem jsou osoby bez domova, které vyhledávají hospitalizaci z různých důvodů (skutečná psychiatrická onemocnění a stavy krize, ale též problematika závislosti, či sociální hospitalizace).

Venglářová dále defínuje i zdroje problémů s normami. Prvním z nich je neznalost norem společnosti, ve které se právě nachází. Jejím důvodem může být to, že se klient pohybuje/pohyboval v minoritní společnosti, nebo pohyb ve společnosti, s níž se dříve neseťkal. Dlouhým pobytem mimo běžnou sociální skupinu si jedinec osvojil strategie chování, které se mu vyplácí v situacích, v nichž žije. Tyto strategie může člověk opustit jen v případě, kdy si je naprosto jist, že už je nebude potřebovat, z čehož vzniká začarovaný kruh. Druhým zdrojem může být neakceptování norem společnosti. Tento jedinec normy úmyslně překračuje nebo si je upravuje ve svůj prospěch. Tito klienti mívají často problémy se zákony a bývají diagnostikováni s poruchou osobnosti s disociálními rysy. Třetím zdrojem problémů, může být neporozumění. Někteří klienti nemusí rozumět normám z důvodu defektu intelektu. Jedná se o klienty, kteří mají mentální retardaci, nebo získali deficit kognitivních schopností. Jde například o lidi s narušenou centrální nervovou soustavou důsledkem dlouhodobého nadužívání drog nebo alkoholu. (Venglářová v Mahrová a kol., 2008:142, 143)

Podle Emersona je problémové chování „*kulturně abnormální chování takové intenzity, frekvence, nebo trvání, že může být ohroženo fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých, nebo chování, které může vážně omezit používání běžných komunitních zařízení nebo vést k tomu, že dané osobě do nich bude odepřen přístup.*“ (Emerson 1995 podle Emerson, 2008: 13)

Dále Emerson uvádí strategie podpory lidí s problémovým chováním, složené ze čtyř základních vzájemně se překrývajících složek.

- První z nich je prevence problémového chování například nabídkou dostupných možností nejhroženějším jedincům. Zajistíme, aby klienti žili, učili se a pracovali v obohacujícím prostředí. Aby dostávali vhodnou pomoc a mohli rozvinout adaptivní a sociálně vhodné chování.
- Druhá ze složek je včasná detekce a intervence. Ta zajistí, že budou potenciální problémy rozpoznány a následně řešeny.
- Třetí je zajištění praktické, technické a emoční podpory klientům tam, kde žijí, učí se, pracují a tráví volný čas. Toto umožní pomoci klientům překonat jejich problémové chování. Vyžaduje to však efektivní přístupy při zvládnání krizí.
- Poslední složkou je vyvíjení a podpora nových míst, kde by mohli někteří klienti žít, učit se a pracovat, čímž se výrazně zlepší kvalita jejich života, zatím co oni se budou snažit pochopit svoje problémové chování a učit se, jak reagovat přiměřeným způsobem. Tyto specializované komunitní služby budou pravděpodobně potřebovat velmi kvalitní praktickou, emoční a technickou podporu po dlouhou dobu. (Emerson, 2008:15)

Venglářová definuje čtyři základní okruhy na kterých je třeba s problematickým klientem pracovat.

1. Úprava chování (Nedostatek modelů vhodného chování a následný pobyt v problematické skupině utváří specifickou zkušenost a nese sebou řadu projevů a naučených způsobů chování typických pro danou skupinu. Pomáhají osobám žijícím v této minoritní společnosti přežít. Tyto projevy však mohou zásadně ovlivňovat možnost soužití s jinou skupinou, vyznávající jiné „normy“ a očekávají jiný druh chování. Korekce chování nebo zevnějšku je citlivou oblastí a náročným úkolem pro sociálního pracovníka, ale je nezbytné, aby sociální pracovník nastavoval klientovi zrcadlo. Komunitní systém je vhodným způsobem

nácviku přijatelného chování, jehož principem je vymezení pravidel, posilování vhodných způsobů chování a eliminace excesů. V komunitním systému na klienty působí nejen vliv společenství, ale i projev zájmu při jasných pravidlech kontaktu koriguje minulou zkušenost s lidmi. Navíc dává možnost kultivovat klientův projev. Dalším důležitým bodem v této oblasti je omezení vlivu výkonu trestu. Pobyt ve vězení může často způsobovat traumata, uzavření klientů do sebe, ztrátu přirozeného prostředí- rozvody, narušení kontaktu s rodinou, vliv mužského kolektivu posiluje vliv fyzické síly. Je důležité v rámci terapie zpracovat tyto zážitky. Dále je pozitivní práce v období výkonu trestu a účast na vzdělávacích a resocializačních programech. Motivace vězňů k účasti však není velká.)

2. Edukace (Obecný problém u lidí s duševním onemocněním je, že přijetí diagnózy a následná léčba a s ní spojený režim. Někteří lidé s určitými rysy osobnosti ještě hůře snášejí omezení vyplývající z léčby. Edukace může probíhat formou četby letáků, rozhovory se členy týmu, skupinovou terapií zaměřenou na náhled na onemocnění/problém, kontakt s klienty s podobnými problémy, poskytnou základní informace o diagnóze, léčbě, prognóze a způsobech jak předcházet relapsům.)
3. Změna hodnotového systému (Lidé žijící v prostředí jiných/narušených hodnot těžko přijímají hodnoty nové. Úkolem pracovníků je zprostředkovat klientovi hodnotový systém, nabídnout odlišné cíle od dosavadních, rozvíjet zájmy, hledat blízké lidi, osamostatnit se. Avšak vyhlídky často nejsou ideální a klient dává přednost svému stereotypu.)
4. Sociální reintegrace (Někteří klienti žijí zcela osamoceně, jen velmi malé procento klientů má pevnou sociální síť, která jim poskytuje dostatečnou podporu. Pro zlepšení vztahů je potřeba rozvíjet sociální dovednosti klientů, tyto dovednosti se dají získávat přímo kontaktem s prostředím, ale i programy rozvoje sociálních kompetencí. Nejprve se analyzuje oblast problému, následně se vytvoří tréninkový plán a cíle) (Venglářová v Mahrová a kol., 2008: 144-146)

Všichni autoři se shodují na tom, že problémové chování je takové, které nějakým způsobem překračuje společenskou normu. Rozchází se v příčinách, které vedou k problémovému chování, zatím co Jůn vnímá problémové chování jedince jako pokus o manipulaci s personálem (Jůn, 2010:12), Venglářová (Venglářová v Mahrová a kol., 2008:142-143)

Vnímá zdroj problémového chování v nedostatečných sociálních dovednostech a jiných životních zkušenostech. Zároveň každý z autorů nabízí vlastní, výše uvedený pohled na možnosti práce s problémovými klienty. Dle mého názoru, není velmi přínosné vnímat problémové chování pouze jako formu manipulace a nemyslím si, že problémové chování se vždy odvíjí pouze od toho, jak na něj pohlíží personál. V tomto ohledu se poněkud rozcháším s Jünem (Jün, 2010). Souhlasím však s myšlenkou toho, že často nás některé chování klientů popuzuje z osobních důvodů, a proto je dobré tyto aspekty ošetřit buď supervizí nebo intervizí v pracovním kolektivu. Základní myšlenky Venglářové (Venglářová v Mahrová a kol., 2008:144-146) i Emersona (Emerson, 2008:15) i jejich možnosti řešení problémového chování mi přijdou přínosné a myslím si, že by byl na místě eklektický přístup, který využije obou teorií a nabídne nám tak širokou škálu řešení. Jednak se budeme individuálně věnovat klientům a snažit se napravit jejich problémy s normami prostřednictvím edukace, úpravy chování, změny hodnotového systému a sociální reintegrací, jak to popisuje Venglářová a zároveň se budeme snažit v sociální službě poskytovat klientům podporu ve smyslu zajištění podnětného prostředí.

Jak uvádí Mahrová, při práci s lidmi s duševním onemocněním je zapotřebí brát v úvahu jejich naprostou jedinečnost, nejen jejich symptomy, ale i mechanismus, příčinu jejich vzniku, prostředí ze kterého k nám přichází, jeho zázemí a jeho slabé i silné stránky. Všechny tyto aspekty potřebujeme vědět, abychom mohli klientovi i s jeho „příznaky“ co nejlépe porozumět. (Mahrová a kol., 2008: 28)

Podle Vágnerové je pomoc lidem, kteří trpí psychickými obtížemi možná, pouze pokud porozumíme příčinám, projevům a sociálním dopadům, které souvisejí s jejich problémy. (Vágnerová, 2014)

Velmi důležitou součástí práce s klienty s duševním onemocněním, je orientace v psychiatrických diagnózách. V první řadě je každé duševní onemocnění jiné a má svá specifika, ale také se stejné duševní onemocnění u dvou osob může projevovat odlišně. Každý klient je rozdílné povahy, pochází z jiného prostředí a má jinou osobnost. Jedině pracovník, který zná charakteristické znaky a příznaky těchto onemocnění a respektuje jeho individualitu, je schopen klientovi porozumět. Proto se v této kapitole budu podrobněji zabírat vybranými psychiatrickými diagnózami podle mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. Spíše než biologickým popisem se budu zabírat psychickými projevy onemocnění

a další kapitole nastíním možná východiska jak s klienty pracovat na základě onemocnění, které mají a některých hlavních projevů jejich nemoci. Onemocnění, kterými se budu zabývat, jsou schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29), afektivní poruchy (F30-F39).

## 2 Vedení poradenského rozhovoru s klientem s duševním onemocněním

Obecně by se dalo podotknout, že vedení poradenského rozhovoru s klientem s duševním onemocněním bude v mnoha ohledech podobné jiným cílovým skupinám. Proto v začátku této kapitoly uvedu základní pohledy na poradenství, první kontakt s klientem a poradenský dialog. Později se budu zabírat specifiky vedenému poradenského rozhovoru s různými druhy klientů dle projevů jejich onemocnění. Někteří klienti mohou v důsledku svého onemocnění pociťovat deprese, mánie, bludy nebo halucinace. Nemám v úmyslu popsat všechny možné projevy, ale nastíním pouze ty projevy, které se objevují v psychiatrických diagnózách, jež jsem popsala v druhé kapitole.

### 2.1 Poradenství

*„Poradenství probíhá, když poradce přijímá klienta v soukromém a diskrétním prostředí, aby prozkoumal obtíže, jež klient pociťuje, duševní nepohodu, kterou prožívá, nebo třeba jeho nespokojenost se životem či ztrátu nasměrování a smyslu.“ (Dryden, 2008: 17)*

Poradenství podle Vybírala a Vyroubala je zaměřeno na problém a různé oblasti (například školské poradenství). Poradce je vnímán jako odborník na danou oblast a poskytuje lidem rady, informace a návody. (Vybíral, Vyroubal podle Hutýrová, 2013: 40)

Jak také Dryden dále uvádí, že pokud poradce trpělivě a pozorně naslouchá, tak může vnímat klientovy obtíže z jeho úhlu pohledu a může u pomoci vidět problém i z jiné perspektivy. Poradenství je podle něj způsob jak snížit dezorientaci nebo jak umožnit změnu a rozhodování. Poradci by neměli klienty soudit nebo zneužívat. Prvořadé by pro poradce mělo být přijetí a respekt klienta a jak se rozvíjí vztah mezi klientem a poradcem, tak se utváří i důvěra. (Dryden, 2008: 17)

Podle Gabury a Pružinské je obecně vžito, že poradenství je založeno na vztahu pomoci, přičemž poradce má snahu odporovat růst a rozvoj, zralost a lepší uplatnění klienta, aby se efektivněji orientoval ve světě a vyrovnával se se životem. Toto přesvědčení pak implikuje

myšlenku, že pracovník je zásobárna veškeré moudrosti a klienti často přichází do poradny s nepřiměřenými očekáváními. Očekávají, že poradce za ně všechno vyřeší a oni nebudou muset vložit téměř žádné úsilí a čas. Úlohou poradce je v prvních fázích kontaktu korigovat tato nepřiměřená očekávání a poskytnout klientovi reálný pohled na možnosti poradenství a poradce. Dále uvádějí, že je důležité, aby klient nebyl invalidizovaný na pasivní bytost plnící jen příkazy poradců, ale měl by se podílet na analýze problémů a hledat nový systém fungování ve světě. Poradce má být katalyzátor, který umožňuje tento proces a pomáhá klientovi si uvědomit jeho možnosti. Základní koncepce poradenství by proto měla vycházet z respektu vůči klientově osobě, ze základní lidské odlišnosti a z víry v to, že si člověk dokáže s pomocí poradce řešit svoje problémy. (Gabura, Pružinská, 1995: 13)

Na tento názor také navazuje Dryden, který poznamenává, že poradenství není léčba (léčbou je myšleno použití léčebného postupu odborníkem na člověka, který jen pasivně přijímá). Poradenství znamená aktivní účast klienta. Poradce je sice odborník, ale své znalosti nevyužívá způsobem, který staví klienta do pasivní role. (Dryden. 2008: 23-24)

Autoři se vyjadřují ke stejnému tématu z jiných úhlů pohledu. Svým způsobem se však shodují na tom, že poradenství je činnost, při které pracovník naslouchá klientovi a pomáhá mu jeho problém vyřešit ať už radou, informací nebo návodem k řešení této situace. Pracovník, by měl odborník, ale neměl by stavět klienta do pasivní role. Tento prvek aktivního přístupu se již promítl v kapitole 1.1 role klienta.

## **2.2 První kontakt s klientem**

V této kapitole se zaměřím na to, jak si různí autoři představují ideální první kontakt s klientem a jaké rady uvádějí v oblasti verbální i neverbální komunikace s klientem.

Podle Gabury a Pružinské je kvalita a efektivita poradenského procesu přímo úměrná průběhu prvního kontaktu s klientem. (Gabura, Pružinská, 1995: 25)

Podle nich začíná první kontakt s klientem jeho zaklepáním n dveře konzultační místnosti. Jako první doporučují jít ke dveřím pozdravit klienta a podat mu ruku. Pokud má však poradce z nějakého důvodu problém podat klientovi ruku, tak by se neměl přemáhat, jelikož by šlo o pouhé dodržování dané normy a také by to tak i vyznělo. V tomto případě je lepší rovnou klientovi nabídnout místo k sezení. Zároveň však není klientovou povinností ruku



přijmout, a proto by si její odmítnutí neměl brát osobně (jako odmítnutí jeho osoby) a měl by být připravený to akceptovat, aby to nepoškodilo jejich formující se poradenský vztah. Pokud klient podá ruku jako první je povinností poradce ruku přijmout (odmítnutí by mohlo vyvolat silné negativní emoce a mohl by si to klient vyložit jako odmítnutí jeho osoby). Dále je vhodné, aby se poradce představil jménem, následně by měl poradce informovat klienta o svojí funkci, specializaci, či charakteru zařízení, které klient navštívil (pokud to není zřejmé). Kontakt s klientem ve dveřích by měl být co nejkratší, pokud s klientem dlouho mluvíme ve stoje, tak to může budít dojem, že nemáme na klienta teď dost času a chceme se ho zbavit, nebo je nevítaný host. Když klienta usazujeme, tak ho necháme vybrat si místo, nebo se postavíme ke svému oblíbenému křeslu a nabídneme mu další možnosti. Není vhodné, aby byl mezi klientem a poradcem stůl jako bariéra (prostředí bez bariéry stolu vytváří příjemnější atmosféru. Důležité je všimnout si způsobu, jak si klient sedá. Někteří klienti se budou cítit hned příjemně a požádají o sklenici vody a začnou hovořit, jiní pocítují při první návštěvě nejistotu a úzkost. Tito klienti si sedají na kraj židle, blízko ke dveřím. V případě, že je klient takto naladěný je vhodné začít konverzaci odlehčeným tématem (o počasí, jestli dlouho čekal, jestli poradnu našel bez problémů). Může mu nabídnout čaj nebo vodu. (Gabura, Pružinská, 1995: 26-27)

O prvním kontaktu s klientem hovoří také Svoboda. Zahájení poradenského dialogu předchází práce s prostorem. Je názoru, že klient vchází na poradenské pracoviště raněný a v pozici oběti a proto je poradcovým hlavním úkolem zmírnit tuto pozici klienta, jelikož je první kontakt s klientem velmi důležitý. Opět se zde projevuje podobný vzorec jako u Gabury a Pružinské, že klient má být uvítán pracovníkem nejlépe pozdravem, podáním ruky, a představením se. Vhodná formulace zahájení rozhovoru, pokud je pracovním za přepážkou je, „čím bych mohl být prospěšný“ nikoliv „čím vám mohu pomoci“, jelikož ta v klientovi může utvrzovat roli oběti. Po nevhodném uvítání klient může mít tendenci sklouznout k jinému, zástupnému problému. Pokud pracovník nechce klientovy kvůli důvodným obavám podat ruku (například klientům bez domova), pak je vhodnou volbou přátelská mimika a pohled do očí (hlavně vstřícně). Poté většinou klient rámcově hovoří, o tom proč přišel, pracovník by měl podstatné z jeho sdělení zopakovat a operativně nabídnout místo k sezení. Pracovník by měl usednout vždy až po klientovi a pokud je to možné, zeptá se ho, kde by měl sedět. Velmi nevhodné je, aby pracovník jako první usedl do svého oblíbeného křesla, které poskytuje odlišný komfort. Tato situace opět navozuje nepříjemné asociace („jde na kobereček“) a může posílit pozici oběti. Probíhá-li konzultace v jiné místnosti, tak by si měl pracovník pro klienta

přijít, aby klient nemusel vcházet jako pacient k lékaři. Odborník se představuje, podává ruku a vyzve klienta k následování (pokud je v čekárně více lidí, předstoupí před klienta a po navázání očního kontaktu pozdraví a vyzve jej, aby ho následoval bez vyslovení jeho jména). Po usazení klienta si pracovník sedá vždy čelem, tam kam si klient přeje, aby se posadil (pokud jsou to dva muži, tak nesedí naproti sobě, ale v úhlu 90 stupňů). Je-li to možné, tak místnost dělíme na alespoň dva sektory- v jednom řešíme technické věci a v druhém „chráněném prostoru“ jsou sdělovány diskrétnější informace. Další důležitou roli hraje také osvětlení a aroma pracovny. Osvětlení by mělo být střízlivé a nepodbízivé. Není vhodné používat svíčky, aromatické lampy nebo příliš silný parfém pracovníka. Neznáme totiž klientovy asociační řetězce a vzpomínky na dané aroma, prostředí nebo svíčky. Mohou být pro kvalitní rozhovor kontraproduktivní. Dále také není vhodné dělat z pracovny „vzpomínkový pokoj“ a zahlcovat ho osobními fotografiemi, kresby od dětí a podobně. (Svoboda, 2012: 24-26)

## 2.3 Poradenský rozhovor

Podle Svobody, by měl poradenský rozhovor při první konzultaci zahájit pracovník. Zahajovat by měl běžnou konverzační otázkou například: „Nebyly potíže s nalezením vchodu do poradny?“ a podobně. Podle klientovy reakce volíme i tempo dalšího potupu. Jestliže to další postup umožní, má smysl již v úvodu vymezit časový rozsah setkání. Nelze spoléhat na to, že je klient informovaný. Vhodné je se zeptat například „Pane Nováku, kolik teď asi máte času na setkání?“. Poté co klient odpoví, měl by poradenský pracovník nabídnout informaci o svých časových možnostech. Pokud klient nepovažuje 60-90 minut s poradenským pracovníkem, za dostatečně dlouhé, je možné navštívit zařízení opakovaně. Tato skutečnost je významná, jelikož koriguje očekávání klienta. Někdy můžeme dávat klientovi najevo například mimikou, že se sezení chvilí ke konci, jelikož klienti mají tendenci důležité informace sdělovat na těsně před závěrem. Je nemyslitelné, aby poradce během sezení přijímal telefonáty, SMS zprávy nebo odcházel z místnosti. Pokud je nutné odejít v průběhu sezení z místnosti, tak na to klienta upozorňujeme předem.

Pokud s klientem dojednáme technické záležitosti v dobrém rytmu a vhodném naladění mírně se uvolní a lépe začne vlastní dialog, často začne jinak, než si sám myslel, což je dobře, jelikož naučený příběh může postrádat důležité části (navíc každý klient si něco nalhává a vytěšňuje některé skutečnosti). Jestliže klient sám rozhovor nezahajuje, ale je zřejmé, že ho sám zahájit chce, tak ho necháme formovat jeho vlastní myšlenky a čekáme (sice ubíhá čas,

ale neprobíhá napjaté ticho). Pokud ovšem u klienta pozorujeme vnitřní boj, zda nám něco říct nebo raději mlčet, tak můžeme atmosféru přerušit sdělením: „Mohl bych Vám být v něčem prospěšný, pane Nováku?“ klient většinou navazuje a pozvolna začíná sdělovat svůj příběh. (Svoboda, 2008: 27-29)

Hausner uvádí i konkrétní typy jak psychoterapeuticky jednat s duševně nemocnými. Uvádí jich celkem dvacet devět, proto zde uvedu jen některé, o kterých se domnívám, že by byly vhodné i do praxe sociálního pracovníka při kontaktu s klientem s duševním onemocněním.

1. Dobrý a chápající příbuzný nemocného, který je ochotný ke spolupráci, zaručuje polovinu léčebného úspěchu.
2. Jednejte s duševně nemocným tak, aby si nemohl potvrdit a posílit svoje chorobné myšlenky a zároveň je zbytečné mu je vymlouvat (nepodaří se to a podrývá to jeho důvěru vůči vám). Ani ho neoslovujeme jmény, jakými chce být osloven (pokud nějak souvisí s bludnou představou- představitel nové sekty a podobně) Dále je důležité neposilovat pacientovy chorobné reakce vlastním nevhodným chováním a odpověďmi.
3. Jednejte s nemocným co nejpřirozeněji, jako by byl normální. Nehovořte s nemocnými jako s malými dětmi. Mluvte pravdu i za cenu toho, že dočasně ztratíte jejich důvěru a náklonnost.
4. Dejte pacientovi pocítit, že si ho vážíte, i tehdy, kdy vědomí o vlastní důstojnosti ztratil.
5. Mluvte jasně, nedávejte vyhýbavé a nejasné odpovědi, vzbudíte pochybnost, ztratíte jeho důvěru a snížíte svoji autoritu. Nezapomínejte, že pacienti si pamatují vše, co říkáte, i když se vám zdají neteční a nečiní dojem, že by vás vnímali.
6. Pochopte, že pacientovo nepřátelství je projevem jeho nemoci. Čím méně ukážete, že vás takové jednání vyvádí z míry, tím lépe. Pacient Vás často zkouší, a pokud mu taková zkouška nevyjde, je pravděpodobné, že ji nebude opakovat.
7. Nemluvte s ním v termínech, o kterých se domníváte, že jim nerozumí.
8. Dejte mu pocítit, že je stále platným členem společnosti.
11. Nedávejte jim povrchní útěchy.
13. Nepřesvědčujte pacienta o tom, že pravdu máte vy.
16. Nechovejte se k pacientu tak, aby poznal, že k němu chováte antipatie.

17. Nechovejte se k němu tak, aby měl pocit, že z něj máte strach.
22. Nedejte se vyprovokovat zlomyslným nebo nepřátelským chováním. Naučte se takové chování přecházet a trpělivě nemocného od něj odvádět. (Hausner, 1969: 90-93)

Tyto rady, které uvádí Hausner, jsou terminologicky zastaralé a některé postupy, které uvádí, jsou už jistým způsobem přežité. Například dnes, by asi nebylo vhodné užít slovního spojení „chovejte se k němu, jako by byl normální“ jelikož je to vnímáno jako pejorativní a rozhodně by se musela použít jiná formulce. Nicméně pokud se zaměříme na podstatu jeho sdělení, některá „pravidla“ chování ke klientům se nezměnila a jsou tak stále aktuální. Dle mého názoru, je možné si těchto pouček vzít i jisté ponaučení do poradenského rozhovoru. Některé další Hausnerovi rady, které zde nebyly zmíněny, uvedu v další podkapitole, jelikož jsou zaměřeny na projevy duševních onemocnění, kterými se budu zabývat níže.

### **3 Komunikace v rámci poradenského rozhovoru s jednotlivými typy klientů dle projevů jejich onemocnění**

V této části své práce se pokusím popsat vhodné přístupy v komunikaci a práci s klienty dle projevů jejich onemocnění. Vzhledem k rozsahu práce se nebudu věnovat všem možným projevům. Vybrala jsem si nejčastější projevy, které se objevují u psychiatrických diagnóz, kterým jsem se věnovala ve druhé kapitole.

Nejprve se pokusím velmi stručně uchopit pojem komunikace, než přejdu k jednotlivým druhům komunikace s různými klienty. Vzhledem k záměru své práce se nad tématem komunikace nebudu příliš pozastavovat, jelikož je pro mou práci nejdůležitější přímé propojení s poradenstvím a klienty s duševním onemocněním, nikoliv rozbor komunikace jako takové.

Podle Mikulaščíka komunikace patří mezi základní životní potřeby lidí i zvířat. Je to nejčastější aktivita člověka a potenciál umožňující přežít, prosadit se, být úspěšný, pomáhat a porozumět jiným. Je základním nástrojem interakční aktivity, podle něhož si děláme představu o nás samotných a jiných. Komunikací získáváme a předáváme informace, popisujeme, vysvětlujeme, můžeme utvářet a ničit vztahy, vyjadřovat pocity, nálady, vést jiné lidi nebo se nechat ovlivňovat. (Mikulaščík, 2010: 15)

*„Na naši komunikaci s druhými lidmi je pozoruhodné, že ji vždy spoluvytváříme a ovlivňujeme, přispíváme k ní a zároveň jsme její součástí.“ (Vybíral, 2006: 26)*

Myslím si, že pro uchopení pojmu jako takového, postačí předchozí definice, jelikož z nich vyplývá, že komunikace je pro soužití nejen lidí klíčová a nezbytná. Je to jakási interakce mezi jedinci, během které je možné si vzájemně předávat informace, vytvářet vztahy a zároveň jsme její součástí. Komunikace je základem nejen poradenství, ale pomáhajících profesí a společnosti jako takové.

Dále mi přijde vhodné představit některé přínosné techniky komunikace s klienty, které uvádí Úlehla, jelikož jsou jakýmsi obecným návodem jak komunikovat s klientem. Zmíněnými technikami jsou ocenění a potvrzení. Klient, který vyhledává sociálního pracovníka je často v neznámé či těžko srozumitelné situaci. Tuto těžkost můžeme klientovi usnadnit oceněním všeho, co se mu až dosud zdařilo a potvrzením, že jeho těžkostem rozumíme a bereme je vážně. Oceněním myslíme výslovnou pochvalu, obdiv, vyjádření úcty toho, čeho klient dosáhl, a co se mu podařilo a současně je to pracovník schopen vnímat jako pozitivní. (Úlehla, 2005: 61)

Tento návod od Úlehly mi přijde vhodný, jelikož je přínosný pro všechny typy klientů a pomáhá nám budovat lepší vztah. Podle Hutyrové je vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem kritickým faktorem účinnosti práce jak v poradenském, tak i v terapeutickém vztahu, či jiném kontextu pomáhání. (Hutyrová, 2013: 41)

Jak uvádí Mahrová, při práci s lidmi s duševním onemocněním je zapotřebí brát v úvahu jejich naprostou jedinečnost, nejen jejich symptomy, ale i mechanismus, příčinu jejich vzniku, prostředí ze kterého k nám přichází, jeho zázemí a jeho slabé i silné stránky. Všechny tyto aspekty potřebujeme vědět, abychom mohli klientovi i s jeho „příznaky“ co nejlépe porozumět. (Mahrová a kol., 2008: 28)

Podle Vágnerové je pomoc lidem, kteří trpí psychickými obtížemi možná, pouze pokud porozumíme příčinám, projevům a sociálním dopadům, které souvisejí s jejich problémy. (Vágnerová, 2014)

Velmi důležitou součástí práce s klienty s duševním onemocněním, je orientace v psychiatrických diagnózách. V první řadě je každé duševní onemocnění jiné a má svá specifika, ale také se stejné duševní onemocnění u dvou osob může projevovat odlišně. Každý klient je rozdílné povahy, pochází z jiného prostředí a má jinou osobnost. Jedině pracovník, který zná charakteristické znaky a příznaky těchto onemocnění a respektuje jeho individualitu, je schopen klientovi porozumět. Proto se v této kapitole budu zabírat i vybranými psychiatrickými diagnózami podle mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. Spíše než biologickým popisem se budu zabírat psychickými projevy onemocnění a další kapitole nastíním možná východiska jak s klienty pracovat na základě onemocnění, které mají a některých hlavních projevů jejich nemoci. Onemocnění, kterými se budu zabývat, jsou

duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10-F19), schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29), afektivní poruchy (F30-F39).

### **3.1 Komunikace v rámci poradenství s klienty se schizofrenií schizofrenními poruchami a poruchami s bludy**

#### *3.1.1 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29)*

Symptomy provázející schizofrenii můžeme členit do čtyř skupin. První skupinou jsou psychotické/pozitivní symptomy. Mezi ně patří ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek. Pak také bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládání. Zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin, zvláštní myšlenky, činnosti nebo pocity a bludné vnímání. Dále se pak mohou vyskytovat halucinace hlasů, které komentují chování jedince, nebo mezi sebou hovoří, či snad přicházejí z jiných částí těla. Mohou se taky vyskytovat bludy jiných typů, které mohou být ovlivněny příslušnou kulturou, jako náboženská identita, nadlidská moc nebo schopnost. Dále toto onemocnění doprovázejí i nespecifické projevy, jako nespavost, změny chuti k jídlu, úzkost, strach. Nemocný ztrácí kontakt s realitou a dává přednost psychotickým prožitkům. Je si nezvratně jistý, že je v pořádku a ztrácí nadhled nad onemocněním, což je příčinou neporozumění s blízkými a důvodem k odmítání léčby. Druhou skupinou jsou poruchy iniciativy a motivace doprovázené sociálním stažením (negativní symptomy). Mezi časté projevy patří snížená emoční reaktivita, plochý afekt, chudost řeči, ochuzení zájmu (včetně sníženého zájmu o sociální aktivity) a ztráta iniciativy. Třetí skupinou jsou kognitivní neboli poznávací a myšlenkové funkce. Časté jsou poruchy soustředění, rychlosti zpracování informací, poruchy pracovní i dlouhodobé paměti, poruchy exekutivních funkcí, abstraktního myšlení a poruchy sociální kognice. Poslední čtvrtou skupinou jsou poruchy nálad. Tyto poruchy doprovázejí schizofrenii často. Často pozorovanými symptomy jsou depresivní nálady, úzkosti, celkové vnitřní napětí a podrážděnost. Depresivní náladu doprovázejí pocity méněcennosti a sebevýčitky. (Bankovská Motlová, Španiel, 2017:15-23)

#### ***Druhy schizofrenie, schizofrenních poruch a poruch s bludy***

Podskupiny poruch řadící se do skupiny schizofrenie, schizotypní poruchy a poruch s bludy stručně popíšu a vytyčím základní prvky, které se promítají v různých poruchách.

Díky těmto opakujícím se prvkům nebo podobnostem v chování, či myšlení budu schopna uchopit, jak se k jednotlivým typům klientů stavět.

## ***F20 Schizofrenie***

***F20.0 Paranoidní schizofrenie*** (Jsou pro ni typické bludy a halucinace, bludy jsou relativně stálé a mohou být perzekuční, vztahovačné, originární, mesiánské, žárlivecké a bludy transformace vlastního těla.) (Malá, Pavlovský, 2002:60)

***F20.1 Hebefrenní schizofrenie*** (Dezorganizace v chování a emocích, negativismus, dětinské způsoby, plané mudrování až inkoherece v myšlení.) (Orel, 2012:116)

***F20.2 Katatonní schizofrenie*** (dominantním projevem je utlumení až úplné vymizení reakce na vnější podněty doprovázené setrváním v neobvyklých tělesných polohách, tomuto projevu se říká stupor. Může také dojít k opačné reakci- nadměrné motorické aktivitě, která není ovlivněna vnějšími podněty) (Nývltová, 2010:160)

***F20.3 Nediferencovaná schizofrenie*** („schizofrenie splňuje diagnostická kritéria, ale nemá vyhraněnou podobu“ (Kliment, 2013:29))

***F20.4 Postschizofrenní deprese*** (dochází k úspěšnému vyléčení pacienta- všech typických symptomů vymizeli, ale přetrvává deprese. Vysoké riziko sebevražděného jednání) (Nývltová 2010:160)

Dále budu popisovat další druhy patřící do této skupiny, jak je popisuje Kliment:

***F20.5 Reziduální schizofrenie*** (= „zbytková schizofrenie“, rozvíjí se po proběhlé schizofrenní atace, projevuje se především zmírněnými negativními příznaky, dochází ke zpomalení psychomotorického tempa, oploštění emotivity, celkové pasivitě, snížení verbální i neverbální produktivity, celkový pokles výkonnosti, postižený méně pečuje o vlastní osobu)

***F20.6 Simplexní schizofrenie*** (rozvoj pozvolný-obtížně se stanovuje začátek choroby, objevuje se podivínské chování, sociální stažení, apatie, emoční oploštělost, snížená schopnost adaptace na prostředí, celkové snížení výkonnosti, potíží nepředchází žádná výrazná ataka s psychotickými projevy)

***F21 Schizotypní porucha*** (Vyznačuje se excentrickým chováním, výraznými odchylkami v myšlení, které je obřadné, metaforické, objevuje se podezření na existenci paranoidních bludů, podezíravost, vztahovačnost, emoční prožívání typické chladem a povzneseností, patrné sociální stažení, patrný nezájem o venkovní svět)

***F22 Trvalé poruchy s bludy*** (V popředí stojí bludná produkce nevysvětlitelná ani organickým poškozením ani jako symptom schizofrenie nebo poruchy nálady, ostatní psychické obtíže nejsou, nebo jen nepatrně zastoupeny)



**F23 Akutní a přechodné poruchy s bludy** (Charakteristické rychlým nástupem, spouštěčem bývá akutní stres, stav je proměnlivý- mění se z hodiny na hodinu. Rovněž jsou sem řazeny poruchy, které mají stabilní průběh, vyskytují se však poprvé v životě postiženého a nelze tak určit, zda e rozvinou do schizofrenie)

**F23.0 Akutní polymorfní psychotická porucha bez příznaků schizofrenie**

**F23.1 Akutní polymorfní psychotická porucha s příznaky schizofrenie**

**F23.2 Akutní schiziformní psychotická porucha**

**F23.3 Jiné akutní psychotické poruchy, převážně s bludy**

**F24 Indukovaná psychotická porucha** (Jedná se o poruchu s bludy, které jsou sdíleny dvěma nebo více osobami současně. Jedna trpí skutečnou bludovou poruchou a ostatním je tento blud pouze indikován. Při separaci dochází ke spontánnímu vyléčení (remisi) u osoby, která byla bludu indukována, zatím co u nositele zůstává. Blud může být indikován pouze u osob s poměrně intenzivní emoční vazbou)

**F25 Schizoafektivní poruchy** (Jsou to poruchy, kde by měly být rovnocenně zastoupeny projevy afektivní i schizofrenní poruchy, žádný by neměl výrazněji převažovat. Pacienti, u kterých se pravidelně objevují schizoafektivní poruchy se obvykle plně uzdraví. Pouze výjimečně se u nich objeví následky.

**F25.0 Schizoafektivní porucha, manický typ** (porucha, kde jsou přítomny schizofrenní i manické projevy)

**F25.1 Schizoafektivní porucha, depresivní typ** (porucha, kde jsou přítomny schizofrenní i depresivní projevy)

**F25.2 Schizoafektivní porucha, smíšený typ** (porucha, kde jsou přítomny schizofrenní i smíšené projevy poruchy nálady) (Kliment, 2013: 30-32)

### *3.1.2 Jak a lidmi s klienty se schizofrenií schizofrenními poruchami a poruchami s bludy komunikovat*

Jak uvádí ve své knize Mentzos terapeuti by se měli snažit názorně a obrazně (bez použití abstraktních výrazů), tak aby to odpovídalo úrovni pacienta, pojmenovat a popsat, co se momentálně děje, ale také realisticky a optimisticky integrovat děj v jeho ještě zachované funkcionalitě (pojmenovat ve všech, i hrubě psychotických způsobech prožívání/chování

pozitivní aspekt). Předpokládá, že jestli je terapeut ochoten se prospěšným a pozitivním způsobem setkat s pacientem, pomáhá mu psychodynamický model pochopit těžkosti pacientova protipřenosu<sup>1</sup>, kontrolovat je a dokonce jich užít k prohloubení vztahu. (Mentzos, 2005:51-52)

Je samozřejmé, že sociální pracovníci nebudou nikterak suplovat roli psychologů-terapeutů nebo dokonce psychiatrů při práci s klientem s duševním onemocněním. Nicméně mi tento výčet přišel velmi vhodný, jelikož pojímá velké množství informací o tom, jak jednat, či nejednat s psychotickými pacienty.

Kliment uvádí, že terapie klienta s duševním onemocněním by měla být v prvotní fázi individuální, klient by měl být motivován ke spolupráci a provázen samotnou léčbou (těžiště léčení schizofrenie je podávání psychofarmak). Z dosahu klienta by měly být odstraněny stresory. Po zvládnutí prvotních příznaků, potřebuje klient podporu v oblastech bydlení, hospodaření s penězi, zapojování do sociálních vztahů. Zprvu bývá tato pomoc direktivní a strukturovaná se zájmem, aby se klient emancipoval. Nezbytnou součástí je podle něj i rodinná terapie, která by mohla klientově rodině napomoci vytvářet adaptivní potenciál, který je vinou onemocnění u klienta nápadně snížený. (Kliment 2013:29)

Pokud spojíme oba tyto názory na přístup k osobám s duševním onemocněním, vznikne nám jednak praktické uchopení z pohledu sociální práce, které nabízí Kliment a zároveň nadhled nad tím, jak máme s klientem po dobu spolupráce komunikovat s ohledem na jeho duševní onemocnění, které popisuje Mentzos.

Probstová a Peč na tuto problematiku pohlíží velmi podobně. Uvádí, že je důležité, aby sociální pracovník byl obeznámen s účinky a vedlejšími účinky léků (v tomto případě antipsychotik I. A II. Generace), jelikož bývají s klientem v častém kontaktu a tudíž by mohli v rámci spolupráce upozornit lékaře na některé negativní projevy medikace, které si klienti ani nemusejí uvědomovat, nebo je sdělovat. Antipsychotika je důležité brát i několik let po odeznění akutních příznaků (z profylaktických důvodů), avšak 30-50% klientů léky přestává

---

<sup>1</sup> Protipřenos neboli countertransference znamená „vztah terapeuta k pacientovi a přenášení neuvědomovaných očekávání terapeuta na pacienta“ (Hartl, Hartlová, 2000:460)

užívat i proti radě lékaře a může dojít k relapsu. Z těchto důvodů se někdy podávají depotní formy antipsychotik, které se aplikují do žil, a jejich účinek trvá 2-4 týdny. Je vhodné, aby byl sociální pracovník zapojen do podpory uživatele v medikaci, vede s nimi rozhovory o účincích léků (o jejich přínosech i negativech) a dává pozor, zda klient pravidelně léky užívá nebo jestli dochází na stanovené injekční aplikace. Psychosociálního hlediska je důležité, aby byl navázán kvalitní psychoterapeutický vztah, v tomto období je důležitá podpora a psychoedukace, nebo některé kognitivně-behaviorální přístupy zaměřené na některé příznaky onemocnění nebo přístup otevřeného dialogu se zapojením rodiny. (Probstová, Peč, 2014: 54)

Dále také Probstová a Peč uvádějí zásady rozhovoru s klienty se schizofrenií, schizotypálními poruchami a poruchami s bludy.

- Pokud klient se schizofrenií obtížně zvládá rozptýlenou pozornost, či rozvolněné myšlenkové procesy spojené se zvýšenou úzkostí, tak pracovník při zahájení rozhovorná užívat takzvaného orientování. To v praxi znamená, že klienta seznamuje s účelem rozhovoru, tématem, délkou jeho trvání, rolí účastníků a jeho postupem, a to proto, aby vytvořil vnější sdílenou strukturu a snížil tak jeho úzkost.
- Pokud je klient během rozhovoru zabíhavý a odchyluje se od tématu, pak je úkolem pracovníka vrátit rozhovor zpět k hlavnímu tématu. Někdy může pomoci i shrnutí toho, co již bylo řečeno.
- Při rozhovoru by pracovník měl využívat co nejvíce otevřených otázek a co nejméně uzavřených. Zcela by se měl vyvarovat otázek sugestivních.
- Důležité jsou také projevy porozumění a empatie, které pomáhají utvářet upevňovat vztah. Představují slovní formulaci toho, co klient cítí nebo co si myslí (například „*Asi to muselo být velké zklamání ztratit zaměstnání, o které jste velmi stál*“ (Probstová, Peč, 2014: 61)).
- Zraněné sebevědomí klientů se dá posilovat pozitivními komentáři. Jejich sebe vědomí bývá často poničeno zvnitřněnou stigmatizací, pocity bezvýchodnosti, zranitelnosti a vlastní neschopnosti. Obsah těchto komentářů musí být vždy pravdivý.
- Pracovník musí vždy respektovat klientův pohled, i když se mu zdá nesprávný nebo neproduktivní. Pohled klienta může být někdy ovlivněn psychotickými příznaky nebo popřením vlastních překážek a nedostatků. Proto by měl pracovník uznat i tento pohled a opatrně klienta konfrontovat s reálnými nutnými překážkami k dosažení jeho cíle.

- Klienti mají někdy potíže s rozhodováním se, ale i těchto situacích, se musí pracovníci snažit udílení rad co nejvíce vyhnout. Jednak se efekt poskytnutí rady nemusí dostavit, ale také může dojít k tendenci obviti toho, kdo radu poskytl. V neposlední řadě také přijetím rady ztrácí klient svou autonomii a tím i možnost zvýšit své sebehodnocení, že našel řešení sám. (Na žádost o radu lze reagovat například větou „*Sám nevím, co bych na vašem místě dělal.*“ (Probstová, Peč, 2014: 62)) (Probstová, Peč, 2014: 60-62)

Dle výsledků výzkumu uvedených v časopise Sociální práce, provedeném Procházkovou (2009) by poskytování více kulturních, duchovních a uměleckých aktivit v rámci sociálních služeb mohlo klientům se schizofrenií pomoci lépe vyjadřovat své emoce, komunikovat se svým okolím a tím navazovat a upevňovat vztahy. A dále by prostřednictvím umění mohlo dojít k přiblížení těchto lidí k majoritní společnosti a redukovat tak stigmatizaci, se kterou se tyto lidé musejí neustále potýkat. (Procházková, 2009: 115)

Kliment je názoru, že by v počátcích měla být spolupráce s takovým klientem strukturovaná, direktivní, ale zároveň bychom ho měli podporovat a motivovat k léčbě. Dále uvádí, že je vhodné zapojovat do dění klientovu rodinu a v některých případech může být vhodná i rodinná terapie. Toto stanovisko zaujímá také Probstová a Peč (Probstová, Peč, 2014:54-55), kteří se domnívají, že velmi nápomocné je i využití otevřeného dialogu se zapojením rodiny. Dále se zmiňují o nezbytnosti znalostí pracovníka v oblasti klientovi farmakoterapie. Opět jsem názoru, že nejlepší přístup ke klientovi vznikne spojením všech zmíněných autorů, jelikož se každý z nich soustředil na jednu část z celku klientova života. Jsem názoru, že výše uvedené zásady rozhovoru s klienty se schizofrenií, schizotypálními poruchami a poruchami s bludy podle Probstové a Peče (2014) jsou velmi přínosné, ale i velmi prakticky využitelné dále mne velmi zaujal výzkum Jánské, který přináší nový pohled na sociální práci s klienty se schizofrenií.

### **3.2.1.1 Komunikace v rámci poradenství s klienty s bludy**

Hausner uvádí, že má-li pacient bludy, máme se k nim stavět neutrálně, není vhodné mu říkat, že v ně nevěříme, ani mu říkat, že v ně věříme. (Hausner, 1969: 92)

Mentzos nedoporučuje používat přílišné racionalizování pacientových bludů. Rozumové uklidňování a konejšení pacienta, které se odvolává na zdravý rozum a snaží se pacienta přesvědčovat logickou argumentací a sugescí částečně i s manipulací. Neměli bychom sice ani pacientovi bludy schvalovat a přebírat, ale měli bychom s nimi pracovat nepřímou a neměli bychom tyto pacientovy výtvořiny zanedbávat, jelikož od nás očekává, že s nimi budeme zabývat. Je důležité, abychom mu dali najevo, že spatřujeme jejich souvislost s jeho emocionálními těžkostmi. Tento přístup pokládá za nesprávný, jelikož oslabuje již tak slabé pacientovo já a dává mu pocit nesvéprávného dítěte, které je odbyto radami a výzvami. Druhým problémem tohoto přístupu je paradoxní základní struktura u psychodynamiky schizofrenika, který spatřuje svoji záchranu a existenci v tom, že není schopen existovat. „*Vy jste pozemský špicl a chtěl byste mě přivést zpět na Zem. Ale já raději zůstanu zde, kde právě jsem.*“ (Mentzos, 2005:53) Dále je podle něj důležité dávat pozor na otevřené a empatické pojmenování přítomnosti tady a teď. Dalším nevhodným přístupem je neomezená mateřská péče ze strany terapeuta. Dnes jsme přesvědčeni, že pacienti nemohou být léčeni jen láskou a také ne uspokojením infantilních přání. Nesmíme však zapomenout, že psychotický pacient potřebuje mnohem více konkrétního „holdingu“ (emocionální péče- Winnicot, 1965 podle Mentzos) a podpory. (Mentzos, 2005:54)

Pokud půjde o rozhovor s klientem, přijde mi velmi přínosné držet se výše uvedených rad Mentzose. Budeme v této záležitosti udržovat neutrální postoj, pouze můžeme podotknout, že jsme názoru, že jeho bludy mají co dočinění s jeho emocionálními těžkostmi. S klientem dále nedoporučuje jednat s neomezenou „mateřskou“ láskou a naše pomoc by měla být spíše konkrétního charakteru.

### **3.2.1.2 Komunikace v rámci poradenství s klienty a halucinacemi**

Pacienti také mohou své halucinace popírat, proto je vhodné všimnout si také jejich vnějšího projevu. Jelikož se u osoby s halucinacemi mohou projevit naslouchací postoje, dialog s neexistujícím hlasem nebo ochranné prostředky proti halucinacím (upravené helmy, kovové pláty a podobně). (Orel, 2012: 68)

O halucinatorním chování mluví i Bankovská Motlová a Španiel, a říkají, že si je třeba všimnout si chování pacienta. Pokud má halucinace, může se objevit například zakrývání uší, nebo

neodpovídání na otázky, zahleděnost do sebe, přitom jde vidět, že pozorně poslouchá hlasy v jeho hlavě. (Bankovská Motlová, Španie, 2017:18)

Má-li pacient halucinace, zaujměte k nim podobné stanovisko jako k bludům. Všimněte si taktně a nenápadně jeho chování, ale nikdy ne tak, aby měl pocit, že je omezován. Nezapomínejte, že pod vlivem rozkazujících halucinací by se pacient mohly zabít nebo zranit někoho jiného. Tyto impulsy přicházejí z pravidla nečekaně. Snažte se ho zaměstnat a odstraňujte dráždivé smyslové podněty, které by tvorbu halucinací mohly podporovat. (Hausner, 1969: 92)

### **3.3 Komunikace v rámci poradenství s klienty s afektivními poruchami**

#### **3.3.1 Afektivní poruchy (F30-F39)**

*„Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, chování i somatické funkce. Jejím důsledkem jsou adaptační potíže a sociální selhávání.“ (Vágnerová, 2014: 351)*

Afektivní poruchy patří mezi časté a potenciálně nebezpečné, odrážejí se ve všech aspektech lidského bytí. Projevují se v chování i prožívání, ovlivňují racionalitu, motivaci, výkonnost, pozornost, motoriku, vztahovost a další fyzické a psychické funkce. (Orel a kol., 2012: 125)

#### ***Druhy afektivních poruch***

##### ***Mánie – Manická fáze F30***

*„Základním příznakem mánie (manické epizody) je porucha nálady. Typická je nálada povznesená, podrážděná nebo expanzivní. Nálada je pro daného jedince abnormní, trvá minimálně týden“ (Látalová, 2010: 21)*

Pacienti trpící mánií si často zadělávají na potíže v budoucnu, jelikož dělají ukvapená a nepromyšlená rozhodnutí (ekonomické transakce, nákupy či prodeje) a často hazardují, přeceňují své síly a riskují (velkolepě plánují, nadměrně utrácejí, zadlužují se). Mívají také

sklon ke zvýšené konzumaci alkoholu, tabáku nebo jiných psychoaktivních látek. Mánie je vážný psychický stav, který se většinou neobejde bez hospitalizace. (Látalová, 2010: 22)

Může se vyskytovat mania simplex, nemocný má pocit blaženosti, je veselý, spokojený, ale nehybně leží, sám se nenají, nemá potřebu se najíst, nic nedělá. Může se také vyskytovat Mania agitans, projevuje se tím, že je nemocný podrážděný, klinický obraz nemoci je bouřlivý, výrazný je neklid, agitovanost, až agresivita. Jindy je zase postižený popudlivý, svárlivý a rezonantní. Při myšlenkovém trysku někdy není schopen vyjádřit své vlastní myšlenky. Tento druh mánie se nazývá mania resonans. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010:234)

Mánie je typická patologicky zvýšenou náladou, která je nadměrně dobrá, plná neadekvátní euforie. Nálada může být také podrážděná a zlostná, této náladě se říká rezonantní. V chování u mánie dominuje výstřednost, odbržděnost, zvýšená tendence k navazování kontaktů a známostí, člověk v mánii je vstřícný, přehnaně dobrosrdečný, přátelský. Svými projevy (časté telefonování nebo návštěvy v jakoukoliv denní i noční dobu) však obtěžuje své okolí. Projevuje se taky zvýšené myšlenkové tempo, velká činorodost (začíná spoustu činností, ale nedokončí je), mnoho nápadů (ale nedokáže je nedotáhnout je dokonce, protože přicházejí stále další). V hovoru je časté střídání témat, snadné rozptýlení a změny zaměření pozornosti. Klesá potřeba spánku někdy až na 1-2 hodiny denně, aniž by dotyčný trpěl únavou nebo cítil potřebu spánku. (Orel a kol., 2012: 126)

Dle MKN-10 rozlišujeme v rámci jedné manické ataky (F30)

- Hypománie (F30.0)
- Mánie bez psychotických příznaků (F30.1)
- Mánie s psychotickými příznaky (F30.2) (Orel a kol., 2016: 179)

Hypománie je povznesená nebo také podrážděná nálada, která se odlišuje od normy postiženého a trvá alespoň čtyři dny. Pro splnění kritérií hypománie je nutné, aby postižený měl alespoň tři z následujících symptomů: zvýšená aktivita a motorický neklid, hovornost, roztržitost (obtížná koncentrace), snížená potřeba spánku, zvýšená sexuální energie, mírné zvýšení utrácení peněz, nadměrná familiárnost (zvýšená sociabilita). Epizoda nesplňuje kritéria pro manickou epizodu, bipolární afektivní poruchu, cyklotymii a není způsobena užitím psychoaktivních látek ani organickou duševní poruchou. Hypománie je lehčím

předstupněm mánie- setkat se s ním můžeme při rozvoji a při odeznívání mánie. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010: 232- 233)

### ***Bipolárně afektivní porucha F31***

Tato porucha byla dříve nazývána Maniodepresivní poruchou a z jejího názvu přímo vyplývá průběh onemocnění, ve kterém se střídají epizody mánie (většinou pak hypománie) a deprese. Deprese bývají výraznější a především častější. Fáze se neobjevují v poměru jedna na jednu, ale většinou se objevuje více depresivních epizod ku jedné manické a pak zase jedna ku jedné. Vývoj dalších střídání nemusí být možné odhadnout (Novák, Lásková, 2016: 82)

### ***Deprese- Depresivní fáze F32***

Deprese se projevuje především změnou nálady, způsobem uvažování, poklesem energie a aktivity, odlišným způsobem uvažování. Patologická depresivní nálada neodpovídá životní situaci nemocného, nebývá vázaná na konkrétní události, respektive její intenzita a délka trvání nejsou přiměřené dané zátěži. U nemocného často nejsou emoční reakce standardní a bývají nepochopitelně a podivně lhostejní i k významnému dění. V krajním případě může dojít ke vzniku afektivního stuporu, který se projevuje ztrátou schopnosti emočního prožívání. Subjektivně je afektivní stupor prožíván jako pocit prázdnoty. (Vágnerová, 2014: 357)

### ***Periodická (rekurentní) deprese F33***

Tato nemoc je charakterizována depresivními epizodami, které se objevují v rozestupu alespoň dvou měsíců. Nikdy nedochází k mániím nebo hypomániím a epizody nejsou zapříčiněny požitím psychoaktivních látek nebo organickou psychickou poruchou. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010: 237)

- Periodická depresivní porucha, současná epizoda lehká (F33.0)
  - Bez somatických příznaků (F33.00)
  - Se somatickými příznaky (F33.01)
- Periodická depresivní porucha, současná epizoda středně těžká (F33.1)
  - Bez somatických příznaků (F33.10)
  - Se somatickými příznaky (F33.11)



- Periodická depresivní porucha, současná epizoda těžká bez psychotických symptomů (F33.2)
- Periodická depresivní porucha, současná epizoda těžká s psychotickými příznaky (F33.3)
- Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi (F33.4)
- Jiná periodická depresivní porucha (F33.8)
- Periodická depresivní porucha nespecifikovaná (F33.9) (Orel, 2016: 183-184)

### ***Cyklotymie F34.0***

Střídají se období nestabilní nálady, které trvá alespoň dva roky a zahrnuje jak periody depresivní, tak hypomanické, ale žádná z depresivních nebo hypomanických epizod by neměla splňovat kritéria pro mánií nebo depresi (vyjma hypomanií mírnou depresi). Tato porucha může přecházet v bipolárně afektivní poruchu. Začátek mívá ve středním věku a rozvíjí se pozvolna. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010: 238-239)

### ***Dystymie F34.1***

Člověk s dystymií působí zasmušile, zádumčivě, je spíše introvert a pesimista, vyhovuje mu rutina, je zvýšeně sebekritický, neúspěch ho deptá, ale úspěch mu energii nedodá (jako by ho snad ani neprožíval). Není nemocný v pravém slova smyslu. Jde o velmi mírnou, ale chronickou depresi, přesněji o trvalý pokles nálady do mírného minusu. Zhruba polovina těchto lidí přichází k praktickému lékaři se zvýšenou únavou, bolestí zad, menším zájmem o sex. Tito lidé následně bývají léčeni na spoustu jiných nemocí, ne však na dystymií. (Novák, Lásková, 2016:83-84)

Dalšími afektivními poruchami, kterými se však kvůli rozsahu práce nebudu dále zabírat, jsou:

- Jiné trvalé afektivní poruchy F34.8
- Trvalá afektivní porucha nespecifikovaná F34.9
- Jiné afektivní poruchy F38
- Nespecifikovaná afektivní porucha F39

### ***3.3.2 Jak a lidmi s klienty afektivními poruchami komunikovat***

*„U afektivních poruch je důležité, aby všichni zúčastnění byli informováni a angažovaně se na léčbě podíleli“.* (Malá podle Malá, Pavlovský, 2002: 65)

Jak Malá také uvádí, je nutné dohlížet, zda berou léky. Při neklidu je nutný speciální psychologický přístup (nenechat se vyprovokovat k protiakcím). (Malá podle Malá, Pavlovský, 2002: 39)

Afektivní poruchy jsou léčitelné, i když může dojít k obnovení chorobného procesu nebo mohou přetrvávat reziduální symptomy. Léčba musí být komplexní a zahrnovat jak farmakoterapii, tak i psychoterapii a socioterapii. Za určitých okolností ambulantní léčba nestačí a musí dojít i k hospitalizaci (to platí zejména u mánie a těžké deprese, kde hrozí suicidální chování). Je vhodná párová, rodinná, individuální i skupinová terapie, jelikož každý z těchto druhů má své výhody. Z hlediska socioterapie je důležitá součást resocializace pracovní uplatnění (především pro pacienty s reziduálními symptomy). Návrat na pracoviště nemusí být vždy vhodný a proto jej třeba hledat i jiné formy uplatnění a aktivizace nemocného. (Vágnerová, 2014: 374)

U afektivních poruch má význam i psychoterapie, která by měla nemocného dovést ke kritickému náhledu na jeho onemocnění (Musil a kol., 2006: 107)

Probstová a Peč uvádějí, že léčba osoby s afektivní poruchou je důležitá ve všech třech úrovních

- biologické (farmakoterapie, a v těžších případech i hospitalizace)
- psychologické (Psychoterapie a zejména navázání dobrého vztahu s člověkem s mánií je důležité nejen kvůli profylaxi recidiv, ale také i pro dlouhodobější změnu jeho chování. V prvních fázích pomáhá překonat pocity viny, studu, strachu z recidivy a později pomáhá se změnou prožívání smutku, ztrát, možností vztahovosti, ale také se
- změnou ideálu sebe sama. Důležitý je individuální přístup)
- sociální (Práce s rodinou je velmi důležitá součást léčby včetně profylaxe recidiv. Pocit stability a jistoty je pro lidi trpící mánií velmi důležitý. Navíc vztahy v rodinách mohou být komplikované a nezřídka rodinní příslušníci trpí obdobnými potížemi. Sociální pracovník je tak často tlačěn do role soudce a rozhodčího. Důležitá je v procesu psychoedukace, a to jak pacienta, tak jeho rodiny. Sociální pracovním

přináší širší pohled na příčiny onemocnění, jeho kontext a dopady, jelikož není soustředěn na symptomy onemocnění a jejich kontrolu) (Probstová, Peč, 2014:73)

Jak uvádějí výše autoři, velmi důležitá je léčba (Vágnerová, 2014:374) a informovanost klienta (Malá podle Malá, Pavlovský, 2002: 65). Dále je nutné, aby klient docházel na psychoterapii, při které se pracuje na jeho kritickém nadhledu nad onemocněním, jelikož zejména v manických fázích klienti často ztrácí motivaci k léčbě, jelikož jsou přesvědčeni o tom, že jí není třeba, protože se cítí skvěle (Orel a kol., 2016: 178-179).

Dle mého názoru však nejlépe pojmenovává specifika práce s tímto klientem Probstová a Peč, jelikož pojímají všechny zmíněné oblasti (biologickou, psychologickou, sociální) a zdůrazňují důležitost rodiny, jako klientova zázemí, které je schopno pomáhat při profylaxi recidiv. (Probstová, Peč, 2014:73) Zároveň pokud tento názor doplníme o názor Vágnerové, která ještě navíc přidává důležitost resocializace, práce nebo jiné alternativní formy uplatnění (Vágnerová, 2014: 374), vznikne nám komplexnější přístup, který pokrývá víc rovin klientova života a tím lépe reaguje na jeho situaci.

### ***3.3.2.1 Komunikace v rámci poradenství s klienty s manickými projevy***

Pokud je pacient hodně veselý, až manický, nedávejte najevo, že vás jeho chování baví, může být skutečně zábavný, ale za chvíli vás svou bouřlivou činností unaví, jelikož jí nebudete stačit. Nemocný toho využije a přejde do napadání. Vytýká chyby a přispívá k hádkám, nakonec se stává nesnesitelným. Nepovažujte přechod do mánie za zlepšení, pokud mu předcházela deprese. (Hausner, 1969:93)

Podle Orla spolupracovat s člověkem s mánií může být těžké nebo nemožné, jelikož dotyčný má pocit, že nemá potřebu se léčit. V případě mánie je hospitalizace na psychiatrii zcela vhodná a dle zákona je mánií splněna podmínka umožňující nedobrovolnou hospitalizaci i proti vůli dotyčného a bez jeho souhlasu. V některých případech však musí být člověk s mánií doslova odvezen (policií, ochrankou a podobně). (Orel a kol., 2016: 178-179)

Zásady komunikace s člověkem s mánií jak je definuje Probstová a Peč podle Vzdělávacího programu MATRA III: Komunitní psychiatrie v praxi 2005.

- Aktivní pomoc při udržování hranice (stanovení času, frekvence, ohraničení témat)
- Vytváříme klidné a příjemné prostředí, které má zmírnit napětí. Nesnažíme se přizpůsobit klientovu tempu. Klientovi klidné prostředí a vnitřní trysk umožní se alespoň na chvíli zachytit a často se pak ukáže, že klient je na útěku před nepříjemnými pocity plynoucí ze situací, které je pak klidnější schopen popsat.
- Když je to nutné v rozhovoru pojmenováváme a konfrontujeme klienta s dopady popření vnější reality.
- Pokud je klient na tolik manický, že překračuje osobní hranice, tak klidným konfrontací nevyvolávajícím způsobem jasně říkáme „ne“.
- Nepodléháme svodu hrát „hru na veselost“. Nepřecházíme do odlehčeného vtipkování nebo laškování.
- Nepřekřikujeme se. Pokud nám manický klient skočí do řeči, necháme ho domluvit a pak se přihlásíme o slovo. (vzdělávací program MATRA III: Komunitní psychiatrie v praxi 2005 podle Probstová, Peč, 2014:75)

Jak je zřetelné, všichni autoři se shodují, že je nevhodné nechat se strhnout klientovou manickou náladou.

### ***3.3.2.2 Komunikace v rámci poradenství s klienty s depresivními projevy***

Deprese je většinou dlouhodobá záležitost, proto neslibujte rychlou úzdravu, Člověk se depresí se stahuje, straní se, vyhýbá se jiným lidem, často se až úplně izoluje a může odmítat nabízenou pomoc. Může se projevovat i zanedbáváním péče o sebe, ztrácí energii a motivaci. (Orel, 2012: 130)

Netvrďte depresivnímu klientovi, že mu nic není, nedávejte mu rady: „aby se sebral“, „cvičil svou vůli“, „vykašlal se na to“ a podobně. Radíte mu většinou to, co už sám ví, ale není toho schopen. Depresivní pacienti často umí své potíže skrývat, a v nestřeženém momentě se mohou pokusit o sebevraždu. (Hausner, 1969:93)

Zásady komunikace s člověkem, který trpí depresí podle Probstové a Peče.

- Trpělivost a dostatek času. Při rozhovoru dát najevo podporu a zájem o účast klienta na rozhovoru

- Větší aktivita. Při rozhovoru být aktivní, pokud se pokusíme být pasivní, abychom klienta motivovali ke komunikaci, pak to bude kontraproduktivní. Klient jen bude považovat mlčení za svoji neschopnost a bude ještě více depresivní
- Srozumitelnost. Hovoříme s klientem klidně a pokud možno srozumitelně a přehledně. Ověřujeme si, zda klient rozuměl, případně svá slova zopakujeme. Nemluvíme s ním však jako s malým dítětem.
- Podpora a pochopení. V rozhovoru klientovi nevymlouváme obtíže a bezvýchodnost, ale snažíme se vyjádřit pochopení a zároveň si udržet zacílení na řešení situace. Povzbuzujeme ho, aby vydržel. Popíšeme další postup krok po kroku.
- Stejná vzdálenost od agrese i idealizace. Čím větší idealizace, tím větší znehodnocení. Klient si idealizací podporuje snížené sebevědomí.
- Přijetí zpomaleného vnímání času. Lidé s depresí často pláčou, a proto je třeba počkat, avšak čím je deprese hluší, tím méně lidé pláčou. (Probstová, Peč, 2014: 87-88)

Jak je patrné i v této kapitole dominuje Probstová a peč detailním výčtem jak postupovat při komunikaci s klientem. V oblasti komunikace s lidmi je vždy důležité umět vhodně reagovat a být flexibilní, avšak hlavně novým pracovníkům, tento strukturovaný přístup může velmi pomoci. Při komunikaci s depresivním klientem se všichni shodují na tom, že je nevhodné dávat plané naděje, nebo pacienty nevhodně povzbuzovat (Hausner).

## 4 Shrnutí

V této části práce pouze stručně shrnu témata, kterým jsem se věnovala a východiska, která v průběhu práce vplynula.

Jako první jsem se zabývala kapitolou o klientech s duševním onemocněním, kde se prolínala dvě základní témata. Prvním byla role klienta s duševním onemocněním. V této podkapitole jsem rozebrala různé pohledy na to, jaká je role klienta s takovým onemocněním a přístupy, jak s tímto problémem pracovat. Další, co jsem v první kapitole zpracovávala, byl klient s problémovým chováním. Samozřejmě, že netvrdím, že každý klient s duševním onemocněním je automaticky problémový, nicméně mi přišlo vhodné rozpracovat i tento aspekt, který je jistě přítomný ve všech cílových skupinách nejen v této. Věnovala jsem se tomu, jak jednotliví autoři vnímají problémové chování a jaké přístupy práce s těmito klienty přinášejí.

V druhé kapitole jsem se zabývala tématem vedení poradenského rozhovoru s klientem s duševním onemocněním, které nebylo pro mou práci úplně stěžejní, ale byla potřeba jej uchopit, abych s ním mohla pracovat v další kapitole. Spíše než teoretickými názory na toto téma jsem se zabírala praktickými radami, které autoři v této oblasti přinášejí. Tématy této kapitoly byly poradenství, první kontakt s klientem a poradenský rozhovor.

Třetí kapitola byla stěžejní a zabývala se komunikací v rámci poradenského rozhovoru s jednotlivými typy klientů dle projevů jejich onemocnění. Rozpracovávala jsem zde nejdříve onemocnění jako taková, poté jak s klienty s tímto druhem onemocnění pracovat a později jsem si onemocnění ještě rozdělila na jednotlivé projevy a popsala jsem i ty. Tento postup jsem zvolila proto, aby bylo jasné jak reagovat a komunikovat s klientem, který má zrovna aktuálně dominantní jeden projev, například mánií. Tento projev se může vyskytovat i u jiných onemocnění než jen u afektivních poruch a proto jsem vybrala nejvýznamnější projevy (halucinace, bludy, mánie a deprese) a popsala je i zvlášť.

Dle mého názoru, se danou tematikou zabírá málo literatury a je složité se dopátrat, kam pro návody, jak s těmito klienty zaměřit, jelikož je to téma dotýkající se několika oborů.

## Závěr

Cílem mé práce bylo zjistit specifika vedení poradenského rozhovoru s klientem s duševním onemocněním. Především jsem se zajímala o to, jakým způsobem s daným klientem komunikovat vzhledem k projevům jeho onemocnění. V průběhu práce jsem nejdříve přiblížila kdo to je klient s duševním onemocněním, a jaká jsou jeho specifika, dále jsem se zabývala kapitolou poradenství, a v třetí kapitole jsem zjistila jak vhodně komunikovat je jednotlivými klienty, dle jejich onemocnění a jeho projevů. Konkrétně jsem uvedla jak vhodně komunikovat s klienty se schizofrenií, schizofrenními poruchami a poruchami s bludy, a s klienty s afektivními poruchami. Projevy těchto nemocí, kterými jsem se zabývala, byly halucinace, bludy, mánie a deprese. Tyto projevy jsem pojala i zvlášť nejen v rámci skupiny onemocnění, jelikož některá onemocnění mohou kombinovat více projevů najednou.

Práce tedy poskytuje přehled dostupné literatury v této oblasti a názory na způsoby komunikace s těmito klienty. Mimo to by se práce dala využít pro další výzkum. Do budoucna bych považovala za velmi přínosné, kdyby se tímto tématem někdo zaobíral i pro další diagnózy, a mohl tak dokončit ucelený přehled nároků kladených na sociální pracovníky pracující s touto velmi různorodou cílovou skupinou.

Pro svou bakalářskou práci jsem využila metodu kompilace a zkoumala jsem jak je tato oblast uchopená v literatuře. V této oblasti je dle mého názoru nedostatečné množství literatury. Jediná literatura, která reflektovala jednak teoretické uchopení tématu, jako například psychiatrické diagnózy a způsoby terapie a zároveň se věnovala i praktickému návodu jak komunikovat s těmito klienty byla Probstová a Peč s knihou Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly.

## Bibliografický seznam

1. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. Schizofrenie Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. Století. Vyd. 3. Přepřacované a doplněné. Praha: Mladá fronta a. s., 2017, 157s. ISBN 978-80-204-4287-1.
2. DRYDEN, Windy. Poradenství. Vyd. 1 Praha: Portál, 2008, 120 s. Přeloženo z angličtiny ISBN 978-80-7376-371-0
3. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6
4. EMERSON, Eric. Problémové chování u lidí s mentální retardací. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 168 s. ISBN 978-80-7376-390-1
5. GABURA, Ján a PRUŽIŇSKÁ Jana. Poradenský proces. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, 147s. ISBN 80-85850-10-9
6. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 776 s. ISBN 80-7178-303-X
7. HAUSNER, Milan. Duševně nemocný mezi námi. Vyd. 2. Přepřacované. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1969, 152 s.
8. HUTYROVÁ, Miluše. Komunikace jako základ poradenské praxe. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 91 s. ISBN 978-80-244-3696-7
9. JÁNSKÁ, Vlasta (2010). Moc jazyka a jeho používání pomáhajícími pracovníky v kontextu duševní nemoci. *Sociální práce/Sociální práca*, č. 4, s. 85-93.



10. JŮN, Hynek. Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 144 s. ISBN 978-80-7367-590-5
11. KLIMENT, Pavel. Psychopatologie pro sociální pracovníky: Studijní text pro kombinované studium/Pavel Kliment. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 81 s. ISBN 978-80-244-3594-7.
12. KLIMENT, Pavel. Speciální psychopatologie. Studijní texty pro distanční studium. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002, 88s. ISBN 80-244-0556-3
13. LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární Afektivní porucha. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 256s. ISBN 978-80-247-3125-4
14. MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ, ČADKOVÁ-SVEJKOVSKÁ Michaela, HRONCOVÁ Marie, CHYTIL Oldřich, LAŠTOVICA Marek...Pavel KNAPP. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 176 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5
15. MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 144 s. ISBN 80-7178-700-0
16. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ, Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
17. MATOUŠEK Oldřich, Roman BALÁŽ, Martin BEDNÁŘ, Jaroslava BICKOVÁ-EISERTOVÁ, Tereza BRUMOVSKÁ, Ludmila ČÍRTKOVÁ...Josef ZITA. Encyklopedie sociální práce. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 576 s. ISBN 978-80-262-0366-7
18. MIKULAŠTÍK, Milan. Komunikační dovednosti v praxi. Vyd. 2. Doplněné a přepracované. Praha: Grada, 2010, 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6

19. MUSIL, Jiří, Irena STROSSOVÁ, Ludmila BARTŮŠKOVÁ-STAJNEROVÁ, Eva THOMASOVÁ, Květoslava ČANAKLISOVÁ, Vladimír ŠŤASTNÝ, Marcela MUSILOVÁ. *Klinická psychologie a psychiatrie*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 205 s.
20. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualizované. Praha: Portál, 2011, 176 s. ISBN 978-80-737-908-8.
21. NOVÁK, Tomáš, Hana LÁSKOVÁ. *Peklo v duši: deprese a mánie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2016, 144 s. ISBN 978-80-247-5851-0
22. NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vyd. 2., upravené. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2010, 239 s. ISBN 978-80-86723-85-3
23. MENTZOS, Stavros. *Dynamika duševní nemoci; (z německého originálu přeložil Jan Lorenc)*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 128 s. ISBN 80-7178-992-5
24. OREL, Miroslav, Věra FACOVÁ, Miroslav HŘEMAN, Martin KALÁB, Pavel KORANDA, Jiří ŠIMONEK. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9
25. OREL, Miroslav, Věra FACOVÁ, Miroslav HEŘMAN, Pavel KORANDA, Jiří ŠIMONEK, Lenka VOLKOVÁ PALÁTOVÁ. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Vyd. 2. Aktualizované a doplněné. Praha: Grada, 2016, 344 s. ISBN 978-80-247-5516-8
26. PROBSTOVÁ Václava, Ondřej PEČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 248 s. ISBN 97880-262-0731-3
27. PROCHÁZKOVÁ Eva (2009), *Rozvoj potenciálu klientů se schizofrenií prostřednictvím sociální práce*. *Časopis Sociální práce/Sociální práca*, č. 4, s. 111-116

28. SVOBODA, Jan. Poradenský dialog. Vyd. 1. Praha: Triton, 2012, 127 s. ISBN 978-80-7387-590-9
29. ÚLEHLA, Ivan. Umění pomáhat. Vyd. 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, 128 s. ISBN 80-86429-36-9
30. VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5
31. VYBÍRAL, Zbyněk. Psychologie lidské komunikace. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 320 s. ISBN 80-7178-998-4