

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra sociální pedagogiky

# **Saturace základních vývojových potřeb u lidí s psychickým onemocněním**

Diplomová práce

Autor: Bc. Tereza Pouznarová  
Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální pedagogika  
Vedoucí práce: Mgr. Gabriela Slaninová, Ph.D.  
Oponent práce: PaedDr. Monika Žumárová, Ph.D.



## Zadání diplomové práce

<b>Autor:</b>	<b>Tereza Pouznarová</b>
Studium:	P15K0318
Studijní program:	N7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální pedagogika
<b>Název diplomové práce:</b>	<b>Saturace základních vývojových potřeb u lidí s psychickým onemocněním</b>
Název diplomové práce AJ:	Basic Developmental Needs Saturation of people with mental illness

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Diplomová práce bude zaměřena na problematiku naplňování základních vývojových potřeb lidí s psychickými potížemi. Zvláštní zřetel zde bude věnován sociálnímu pedagogovi jakožto pracovníkovi či dobrovolníkovi v této oblasti přímé práce s klientem. Cílem diplomové práce bude na základě odborných pramenů popsat a analyzovat téma základních vývojových potřeb v kontextu psychického onemocnění a ve výzkumném šetření zjistit zkušenosti pracovníků organizace Péče o duševní zdraví s naplňováním základních vývojových potřeb jejich klientů. Zvolen bude kvalitativní výzkumný design, metodou sběru dat bude polostrukturované interview, data budou analyzována za využití zakotvené teorie.

SMOLÍK, Petr. Duševní a behaviorální poruchy. 1. vyd. Praha: MAXDORF s.r.o., 1996. 246 s. ISBN 80-85800-33-0 Šířínek, Jan. PBSP. In: Pbsp.cz [online]. 17.5.2014 [cit. 2015-11-13]. Dostupné z: <http://www.pbsp.cz/texty/txtsir1.htm> NHS Choices. Causes of schizophrenia . In: Nhs.uk [online]. 1.10.2014 [cit. 2015-11-13]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/Conditions/Schizophrenia/Pages/Causes.aspx>

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky,  
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Gabriela Slaninová, Ph.D.

Oponent: PaedDr. Monika Žumárová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 6.11.2014

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

.....

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že diplomová práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum: .....

Podpis studenta: .....

## **Anotace**

POUZNAROVÁ, Tereza. *Saturace základních vývojových potřeb u lidí s psychickým onemocněním*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2019. 89 s. Diplomová práce.

Diplomová práce je zaměřena na problematiku naplňování základních vývojových potřeb lidí s psychickými potížemi. Zvláštní zřetel je zde věnován sociálnímu pedagogovi jakožto pracovníkovi či dobrovolníkovi v této oblasti přímé práce s klientem. Cílem diplomové práce je na základě odborných pramenů popsat a analyzovat téma základních vývojových potřeb v kontextu psychického onemocnění a ve výzkumném šetření zjistit zkušenosti pracovníků organizace Péče o duševní zdraví s naplňováním základních vývojových potřeb jejich klientů. Zvolen je kvalitativní výzkumný design, metodou sběru dat je polostrukturované interview, data jsou analyzována za využití zakotvené teorie.

### **Klíčová slova**

psychické onemocnění, saturace, základní vývojové potřeby, uspokojování, koncept PBSP, dobrovolnictví

## **Annotation**

POUZNAROVÁ, Tereza. *Saturation of basic developmental needs in people with mental illness*. Hradec Králové: Faculty of education, University of Hradec Králové, 2019. 89 pp. Diploma Thesis.

The diploma thesis is focus on the issue of satisfying the basic evolutionary needs of people with mental difficulties. It is primarily focus on a social educator as a worker or volunteer in the area of direct work with clients. The main aim of the diploma thesis is to describe and to analyse the topic of basic evolutionary needs within the context of mental diseases. The research is investigate the experience of workers of particular organisation – Péče o duševní zdraví (Mental health care) with satisfying the basic evolutionary needs of their clients. The qualitative research is use and the data is collect by semi-structured interview and the data is analysed by using the anchored theory.

## **Key words**

mental illness, saturation, basic evolutionary needs, satisfaction, the PBSP concept, volunteering

## Obsah

<b>Úvod</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Stav poznání a teoretický background</b> .....	<b>4</b>
<b>2 Psychická onemocnění v kontextu zdraví</b> .....	<b>7</b>
2.1 Obecné příčiny psychického onemocnění.....	8
2.2 Schizofrenie se zřetelem k intervenci do života jedince samotného i jeho blízkých.....	12
2.2.1 Multifaktoriální etiologie .....	13
2.2.2 Od polarit pozitivní vs. negativní ke kognitivním a afektivním symptomům.....	15
2.3 Afektivní poruchy nálady.....	17
2.3.1 Multifaktoriální příčiny nemoci .....	17
2.3.2 Střídání manické a depresivní fáze jako projev nemoci.....	18
2.4 Prognóza duševního onemocnění.....	19
2.5 Terapie - způsob léčby duševních nemocí .....	22
<b>3 Téma základních vývojových potřeb</b> .....	<b>26</b>
3.1 Základní vývojové potřeby dle vybraných autorů .....	29
3.2 Koncept vývojových potřeb PBSP .....	35
<b>4 Organizace Péče o duševní zdraví</b> .....	<b>46</b>
<b>5 Sociální pedagog jakožto dobrovolník v přímé práci s klientem</b> .....	<b>48</b>
5.1 Dobrovolník v organizaci.....	51
<b>6 Výzkumné šetření</b> .....	<b>54</b>
6.1 Cíl výzkumu, výzkumný předpoklad, výzkumný problém a výzkumné otázky .....	54
6.2 Výzkumná strategie, metoda sběru dat a analýzy dat .....	55
6.3 Charakteristika výzkumného vzorku a etická rovina výzkumu .....	56
6.4 Interpretace a analýza výzkumného šetření .....	58
6.5 Diskuze výsledků .....	78
<b>Závěr</b> .....	<b>83</b>
<b>Seznam použité literatury</b> .....	<b>85</b>
<b>Příloha A</b> .....	<b>1</b>

## Úvod

Uspokojování základních potřeb patří mezi nejdůležitější aspekty vývoje člověka. Opomenutí či zanedbání vývojových potřeb, případně intruzivní zacházení, může znamenat výrazné narušení osobnosti, což s sebou přináší problémy znesnadňující budoucí život jedince. Každý má při vstupu do života určitá instinktivní očekávání, přání a touhy, které chce během života naplnit. Skrývá v sobě otázky, na něž potřebuje ve společnosti najít odpověď. V případě, že na tyto potřeby není adekvátně reagováno, existuje riziko, že dojde k modifikaci osobnosti směrem ke vzniku psychických obtíží, případně je toto spolu s dalšími faktory základem pro rozvoj psychických poruch a onemocnění. Neexistující reakce na individuální očekávání člověka omezuje především v realizaci a způsobu života.

Lebedová (In: Šamánková, 2011) uvádí, že nenaplnění lidských potřeb může vyústit ve stres, zátěž, pocit frustrace či deprivace nebo v depresi. Jednotlivé neuspokojené potřeby mnohdy vedou k marnému hledání sebe sama, pocitům bezmoci a samoty. Jak hovoří E. T. Higgins ve své teorii diskrepancí v sebepojetí, konflikty či nesoudržnosti v rámci vztahů k vlastní osobě mohou způsobovat emoční problémy. „*V případě souladu mezi sebepojetím a osobními celoživotními standardy nastávají pozitivní emoce, naopak diskrepance má za následek přítomnost negativních emocí. Rozpory mezi jednotlivými oblastmi Já vedou k absenci pozitivního smýšlení o sobě samém, což je spjato s větší náchylností k depresivním emocím (nespokojenost, úzkost, rozpaky, pocity viny aj.)*“ (Higgins, 1991 cit. dle Blatný a kol., 2010, s. 131). Na důležitost psychosociálního vývoje také poukazuje Erik Erikson, který vypracoval Osm věků člověka, jimiž by měl projít každý z nás. Člověk si během interakce s okolním prostředím osvojuje různé zkušenosti, kladné i záporné, jež zásadně ovlivňují průchod dalšími životními stádii. Veškeré problémy a starosti z předchozích životních fází si jedinec přenáší do další životní etapy, což může zásadně ovlivnit celý jeho život. Vyrovnat se s takovou skutečností je velice komplikované a náročné, o to víc je situace obtížnější, pokud se absence naplnění základních vývojových potřeb týká lidí s psychickým onemocněním.

Volba tohoto tématu pro mne byla zcela jasná, jelikož mi je problematika duševního onemocnění velmi blízká. V organizaci Péče o duševní zdraví jsem byla



tři roky dobrovolnicí a nyní zde pracuji jako sociální pracovníce. Zmiňovaný zapsaný spolek pomáhá duševně nemocným lidem zapojit se co nejlépe do běžné společnosti a žít samostatný život dle vlastní volby. Zde jsem byla jako dobrovolník zapojena do programu „Asistované přátelství“, v rámci kterého probíhala komunikace s klienty s duševním onemocněním. Na základě této aktivity jsem měla možnost spolupracovat s lidmi, kteří potřebují pomoc a podporu v jejich tíživé životní situaci. S klienty je nezbytné mít vytvořený blízký vztah založený především na porozumění, pochopení a důvěře. Během jednotlivých schůzek jsem se tak stala součástí jejich problémů a starostí, zároveň s nimi však prožívala chvílky radosti a štěstí.

V souvislosti s výše zmíněným si kladu následující otázky: Jaké mají sociální pracovníci organizace Péče o duševní zdraví zkušenosti s naplňováním základních vývojových potřeb u klientů? Jaké změny proběhly v saturaci vývojových potřeb klientů v období před vstupem do zařízení a nyní, když do zařízení pravidelně docházejí? Jak změny v uspokojování vývojových potřeb klientů vnímají pracovníci střediska?

Cílem diplomové práce je na základě odborných pramenů popsat a analyzovat téma základních vývojových potřeb v kontextu psychického onemocnění a ve výzkumném šetření zjistit zkušenosti pracovníků organizace Péče o duševní zdraví s naplňováním základních vývojových potřeb jejich klientů.

Před realizací výzkumného šetření byl stanoven výzkumný předpoklad, že respondenti budou u lidí s psychickým onemocněním shledávat výrazný deficit v uspokojování základních vývojových potřeb a zároveň na profesionální úrovni a v přítomném čase budou schopni nabízet saturaci těchto potřeb tak, aby v oblasti rozvoje životního způsobu jedince byly minimalizovány rozdíly mezi ním a společenskými podmínkami. Výzkumným problémem je uspokojování základních vývojových potřeb duševně nemocných. V souladu s cílem práce byla zvolena hlavní výzkumná otázka: Jaké jsou zkušenosti pracovníků Péče o duševní zdraví s naplňováním základních vývojových potřeb u jejich klientů?

Jak jsem již zmiňovala, pokud člověk nenaplní své základní vývojové potřeby, může to pro budoucí život jedince znamenat závažný problém, který osobnost člověka velmi poznamená. Jestliže se v takové situaci ocitne člověk psychicky

nemocný, je tím spíše zapotřebí odborné pomoci. Takovou podporu může nabídnout široká škála neziskových organizací zaměřených na duševně nemocné. V souvislosti s mou zkušeností s dobrovolnictvím bude pozornost věnována sociálnímu pedagogovi, konkrétně dobrovolníkovi v rámci přímé práce s klientem. Má diplomová práce může být přínosem zejména pro sociální pedagogy a sociální pracovníky nebo pro lidi, kteří chtějí pomáhat ostatním a stanou se, stejně jako já, dobrovolníkem. Psychicky nemocní jsou svými duševními problémy v lecčem omezováni a hendikepováni. Velmi často se ocitají na okraji společnosti a běžnému životu se zcela vymykají. Někteří z nich nejsou schopni zcela běžných každodenních návyků a činností, což má destruktivní následky na jejich osobnost. V takových případech je nezbytný zásah odborných pracovníků, kteří mohou jednotlivcům poskytnout správnou pomoc a podporu. Spousta organizací zabývajících se tématem duševně nemocných tak úspěšně pomáhá navést lidi s psychickým onemocněním na správnou cestu za samostatným a plnohodnotným životem v naší společnosti. V rámci svého působení využívají mj. sociálně-pedagogických metod, jimiž na konkrétní jedince nepůsobí přímo, ale prostřednictvím prostředí, které je obklopuje. Organizace se tak skrze vytváření specifických podmínek snaží o pozitivní usměrňování a rozvoj osobnosti psychicky nemocných.

Práce má kvalitativní výzkumný design a metodou sběru dat je polostrukturované interview se sociálními pracovníky organizace Péče o duševní zdraví. Analýza dat je inspirována zakotvenou teorií.

Diplomová práce má charakter teoreticko-empirický a je zaměřena na problematiku naplňování základních vývojových potřeb lidí s psychickými potížemi. Zvláštní zřetel je zde věnován sociálnímu pedagogovi jakožto pracovníkovi či dobrovolníkovi v této oblasti přímé práce s klientem.

# 1 Stav poznání a teoretický background

Odborníci poukazují na nárůst počtu duševních nemocí, které se stávají významnou celospolečenskou zátěží. Problematika duševního zdraví tak bývá často označována jako fenomén 20. století, přičemž se odhaduje, že duševním onemocněním trpí 1-2 % českého obyvatelstva. Kebza (2015) pak uvádí, že v celosvětovém měřítku se duševní poruchy vyskytují u téměř 12 % světové populace, tj. přibližně u 450 miliónů lidí. Pro potřeby naší práce chápeme člověka s psychickým onemocněním jako osobnost, jejíž duševní zdraví není v harmonické rovnováze a neumožňuje jí využívat své schopnosti v souladu s hodnotami dané společnosti, přičemž jsou narušené její základní kognitivní a sociální dovednosti, tj. schopnost rozpoznat, vyjádřit a modulovat vlastní emoce, jakož i vcítit se do ostatních, schopnost vyrovnat se s nepříznivými životními událostmi a fungovat v sociálních rolích. Světová zdravotnická organizace upřesňuje, že zdraví je stav úplné pohody společenské, duševní a tělesné, nikoli jen nepřítomnost nemoci nebo poruchy. Rozumí se jím stav osobní pohody, ve které jedinec uplatňuje své schopnosti, je s to vyrovnávat se s běžnými stresy v životě, může užitečně a produktivně pracovat a je schopen přispívat ke své komunitě. (Höschl, 2015)

Na základě dostupných statistických dat lze konstatovat, že výskyt duševních onemocnění v populaci stále narůstá. Duševní poruchy lze zařadit mezi nejčastější důvody pro pracovní neschopnost, předčasný odchod do důchodu a invaliditu. Stres, nezdravý životní styl, málo odpočinku, vyčerpávající pracovní tempo, zpřetrhání sociálních kontaktů - to jsou jen některé faktory provázející každodenní život umocňující zvýšený výskyt duševních problémů. (ÚVN, © 2019) Duševní nemoci vedou k častým pracovním omezením, sociálnímu selhávání, hospitalizacím a následně k invaliditě. Duševní porucha jedince má významný negativní ekonomický a psychologický vliv, který je zátěží pro celou rodinu i společnost. (Malá a Pavlovský, 2002, s. 10) Roční výskyt duševních poruch v České republice je zjištěn u více než 1,5 milionu osob. Předpokládá se, že u dalších 1,5 milionu osob není psychická porucha vůbec rozpoznána.

Jsme v souladu s Mahrovou (2008, s. 28), která popisuje, že duševně nemocný člověk se potýká s potížemi v oblasti psychických funkcí, což má za následek jeho

nedostatečné fungování v přirozeném prostředí. Co je ale zcela zřejmé, je fakt, že život s psychickou nemocí představuje pro postižené velkou zátěž a mnohá omezení. Vágnerová (2000, s. 19) pak poukazuje na spoluutváření osobnosti prostřednictvím prostředí, ve kterém jedinec žije a uvádí, že aby v něm mohl člověk spokojeně existovat, musí se mu přizpůsobit a akceptovat jeho podmínky, či je změnit, aby dostatečně vyhovovalo jeho potřebám. Problematika nedostatečné saturace potřeb je tak ve vzájemné korelaci s prostředím, které velmi často samotné jedince omezuje, stigmatizuje a znesnadňuje tím dosažení potřebného uspokojení. Z tohoto důvodu pak nastupují zdravotnické či sociální služby, které se snaží potíže nemocného zmírnit, či zcela eliminovat. Vlivem duševního onemocnění dochází k oslabení osobnosti, které se promítá do různých oblastí jedincova života a rovněž zasahuje do fungování v jeho přirozeném prostředí. Nemoc ovlivňuje nejen okolí postiženého, ale také jeho rodinu a osoby, které jsou s ním v bezprostředním kontaktu. U každého má nemoc zcela nepředvídatelný charakter a dopad na jejich individuální život nelze předpokládat.

Jak poukazuje Pessoa (Pessoa, Boyden-Pessoa a Vrtbovská, 2009, s. 60), možnost být šťastný je člověku zcela přirozená a každý je prostřednictvím uspokojování svých potřeb veden k tomu, aby takového štěstí dosáhl. Pokud potřeby nejsou adekvátně saturovány, nevytrácejí se, ale ovlivňují a narušují každodenní život jedince, jeho vnímání a chování, což má za následek trvalý či dlouhodobý pocit nedostatku a trápení, které může zapříčinit závažné deficity ve vývoji osobnosti.

V rámci tématu sociálního pedagoga jakožto dobrovolníka při přímé práci s klientem jsem se nechala inspirovat autory Probstovou a Pěčem (2014), kteří popisují, že sociální faktory a prostředí, ve kterém jedinec žije, zásadně ovlivňují vznik, průběh a vyústění duševních poruch. Dále uvádějí, že pomoc sociálního pedagoga nespočívá pouze a jen v poskytování pomoci skrze přímé intervence, ale také v rámci podpory nedostatečně rozvinutých kapacit zvládat běžné životní nároky vlastními silami. K popisu kapitoly také přispěly mé vlastní zkušenosti dobrovolníka.

Ústřední téma práce představují psychická onemocnění, přičemž jsem konkrétněji přiblížila onemocnění typu schizofrenie a afektivní poruchy nálady. Vzhledem k tomu, že se výzkumné šetření zabývá saturací potřeb klientů organizace Péče o duševní zdraví, zaměřila jsem se na takové diagnózy, se kterými organizace

pracuje nejčastěji a jejichž diagnostické vymezení naplňuje indikaci pro přijetí do služeb. Ve vztahu k cíli práce jsou ve středu zájmu lidé s duševním onemocněním jakožto klienti služby sociální rehabilitace organizace Péče o duševní zdraví v Hradci Králové a jejich saturování základních vývojových potřeb. Zde čerpám informace především z Vágnerové (2004, s. 24), která charakterizuje normální i odchylný duševní vývoj člověka jako proces změn v psychických vlastnostech a v integraci osobnosti determinovaný rozvojem vrozených dispozic v interakci s působením prostředí. Stěžejním tématem práce je koncept vývojových potřeb u lidí s psychickým onemocněním, kdy budu vycházet z definice Trachtové (1999, s. 10), která ji vysvětluje následovně: „Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce.“

Na téma základních vývojových potřeb budu nahlížet skrze koncept vývojových potřeb dle Alberta Pessa a Diane Boyden-Pessa. Autoři jsou přesvědčení, že prvotní a zcela zásadní životně důležitou potřebou je „dospět“ ve zralého a šťastného člověka, což má za předpoklad naplnění pěti základních potřeb ve správný čas, správným způsobem a těmi správnými lidmi. (Pesso, Boyden-Pesso, a Vrtbovská, 2009, s. 60) V rámci výzkumného šetření mě zajímá, jak nahlíží sociální pracovníci organizace Péče o duševní zdraví na uspokojování základních vývojových potřeb u svých klientů. Soustředím se především na změny v saturaci potřeb klientů před jejich vstupem do služeb a během pravidelného docházení do zařízení.

## 2 Psychická onemocnění v kontextu zdraví

*Neboť lidská duše sama o sobě je vesmírem.*

*Stejně – jako vesmír – i ona skrývá nejedno tajemství,*

*a leckdy se zdráhá je odkrýt...*

*I ona obsahuje život i smrt,*

*žhnoucí slunce i ledové končiny,*

*barvy, světla i temnotu,*

*plnost i nicotu,*

*chaos i systém a řád...*

*A možná – stejně jako vesmír –*

*je pro nás lidská duše nekonečná...*

*M.O.*

Vzhledem k charakteristice této kapitoly je nutné definovat pojem **zdraví**. Dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation – WHO) *je zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody*. V případě, že hovoříme o psychickém zdraví, je snaha vymezit jej o mnoho obtížnější. Hranice mezi duševním zdravím a patologií je v některých oblastech velmi nejednoznačná. Právě z takových důvodů užíváme diagnostické systémy a klasifikace, které definují a do jisté míry usnadňují rozlišení „zdravého“ a „nemocného“. Zdravé jedince můžeme sledovat, podporovat, ale není nutné zahájit léčbu. Naopak u nemocných je potřeba pozorovat vývoj stavu, zjistit přesnou diagnózu a poté nastavit adekvátní léčebný proces. (Orel a kol., 2012, s. 27)

Vzhledem ke stěžejnímu tématu diplomové práce považuji za nezbytné vysvětlit pojem duševní zdraví. „Duševní zdraví je pojem, jehož obsah vyjadřuje stav osobní pohody, v němž může člověk naplnit a uplatnit své individuální schopnosti, dokáže přiměřeně zvládat každodenní životní zátěž a stres, může produktivně a úspěšně pracovat a rozvíjet vzájemně obohacující vztahy s druhými lidmi.“ (Kebza, 2013)

Duševní zdraví představuje dobrý stav celé osobnosti. Člověk s kvalitním duševním zdravím umí přijímat a zpracovávat informace okolo sebe, dokáže logicky přemýšlet, „bojovat“ s problémy, být v životě aktivní a přizpůsobovat se novým situacím. Je schopen interakce s ostatními, je emočně stabilní, ovládá vlastní city, přičemž dovede odpočívat a uvolnit se. (ÚVN, © 2019)

Duševní zdraví tedy neznamena pouze nepřítomnost duševní poruchy. V roce 2005 byla na Evropské ministerské konferenci WHO zabývající se problematikou duševního zdraví přijata Evropská deklarace duševního zdraví (Mental Health Declaration for Europe), v jejímž úvodu je konstatováno, že:

- není zdraví (celkového) bez zdraví psychického
- duševní zdraví je nejvýznamnějším předpokladem všeho lidského, sociálního a ekonomického a mělo by tak být součástí veřejných oblastí jako jsou např. lidská práva, sociální péče, vzdělání a zaměstnanost. (Mental Health Declaration for Europe, 2015)

Diplomová práce se věnuje saturaci základních vývojových potřeb u klientů organizace Péče o duševní zdraví, z.s., proto se podrobněji zaměřím na psychická onemocnění naplňující cílovou skupinu dané organizace, tj. schizofrenie a afektivní poruchy nálady.

## **2.1 Obecné příčiny psychického onemocnění**

Určení původu vzniku duševních onemocnění u člověka je velmi komplikované. U mnoha z psychických poruch je příčina rozvoje stále neznámá. I přesto, že podstatu jakékoliv nemoci nelze zcela jasně definovat, je zřejmé, že její vznik ovlivňuje mnoho faktorů spojených s lidským bytím. V takovém případě je třeba zohlednit stránku jak biologickou (tělesnou), psychickou (duševní), sociální (vztahovou) i spirituální (duchovní), tak čas a prostor dotyčného jedince i okolnosti současné kultury, doby a společnosti. Všechny zmíněné oblasti jsou ve vzájemné interakci a jakákoliv změna v jedné z nich vyvolává reakce v ostatních rovinách.

Lidský život se formuje na základě vrozených dispozic – tj. těch, se kterými přicházíme na svět, a faktorů působících po narození – vliv prostředí (rodina, škola), vliv okolností a událostí (traumatizující zážitky) a vlastního konání (alkohol, drogy

aj.). Život ovlivňuje, jak již bylo zmíněno, mnoho faktorů. Jak uvádí ve své knize Miroslav Orel (2012, s. 28), jejich fungování si lze představit jako tzv. „hrozen faktorů“, které na sebe vzájemně působí a reagují. Zdravé „bobule“ hroznu jsou pro systém podpůrné, jiné „nemocné“ bobule mohou být nebezpečné a „nakazit“ celý systém. Záleží vždy na řadě okolností, do jaké míry bude hrozen poškozen.

**Geneticky podmíněné dispozice** jsou sledovány u mnohých psychických poruch. Dle dosavadních poznatků genetiky lze jasně prokázat, že individuální odlišnosti mezi jedinci jsou způsobeny rozdílností jejich genů. Genetické informace „předurčují“, jakou povahu můžeme mít. Mohou také ovlivňovat směr našeho života, tj. zážitky a osoby, které vyhledáváme, což nás formuje do konkrétních situací a prostředí, které nás spoluutvářejí. Zcela jedinečný genetický základ způsobuje odlišné reakce, neopakovatelné emoce, vnímání, myšlenky, které utvářejí individuální osobnost člověka.

Předpoklad neboli dispozice pro rozvoj fyziologických i psychických onemocnění vzniká spolupůsobením většího počtu genů – tzn. působením genetického základu osobnosti a prostředím, ve kterém se jedinec vyskytuje (vždy jde o podněty, situace a události, které život konkrétnímu jedinci přináší). Vliv genů a prostředí je vzájemný – vnější okolí působí na genové vnímání a genové vnímání reaguje na vnější prostředí. (Orel a kol., 2012, s. 27)

Za další příčinu psychických poruch lze označit také **exogenní faktory chemického** (léky, alkohol, jedy, toxiny), **fyzikálního** (úraz hlavy s poraněním mozku aj.) nebo **biologického** (paraziti, infekce) původu. Důležitý pro rozvoj onemocnění je také čas a doba působícího faktoru. Ve vývoji jedince existují tzv. kritická období, kdy mohou zmiňované negativní faktory výrazněji ovlivnit jeho psychické funkce a mozek. Lidský organismus je v takových obdobích mnohem citlivější k negativním vlivům. Zpravidla platí, že čím dříve dojde ve vývoji k negativnímu poškození, tím bývá závažnější.

**Endogenní faktory** ovlivňující rozvoj duševní nemoci lze rozdělit na primární (mozkové nádory, degenerace mozkové tkáně atd.) a sekundární (metabolické, systémové onemocnění mozkové tkáně aj.).



Lidské tělo je v průběhu života vystavováno velké zátěži. Kombinací endogenních a exogenních faktorů vzniká zranitelnost, která v případě nezvládnuté zátěže přechází v onemocnění. Situace napomáhající ke vzniku nemoci se nazývá spouštěč. Spouštěč může představovat seskupení vleklých náročných událostí, rovněž může jít o nenadálý podnět psychosociální či biologické povahy. Podněty biologického charakteru spíše upozorňují na začátek psychické poruchy, než aby byly příčinou vzniku. (Höschl, 1997, str. 15)

**Zásadně se na rozvoji, udržování i léčbě psychických onemocnění podílí psychosociální faktory.** Hanuš a kol. (1997) popisují, že právě psychosociální vlivy, zvláště v období dětství a dospívání mohou mít zásadní vliv na genetickou predispozici k duševním poruchám. Sociální činitele mohou být dle některých psychodynamických směrů (např. psychoanalýza) považovány za primární pro vznik a vývoj onemocnění v těle. Mezi psychosociální faktory lze zařadit prostředí rodiny, školy, práce a partnerské prostředí. Vlivy sociálního prostředí lze registrovat v celém průběhu a léčbě psychického onemocnění, tj.

1. při **rozvoji zranitelnosti** k psychickému onemocnění (výchova, traumatizující zážitky aj.)
2. v událostech **předcházejících vzniku** psychického onemocnění (náročné životní situace, fungování sociálních vztahů v životě jedince)
3. jako **přímý spouštěč** psychického onemocnění (traumatické prožitky, sociální konflikt, změna a nové role v životě, ztráta osoby blízké či ztráta jistoty, zázemí)
4. jako **faktor ovlivňující průběh** psychického onemocnění (podpora či odmítnutí v rodině, emoce rodiny a nejbližšího okolí, tzv. nálepkování a stigmatizace)
5. jako **faktor participující na léčbě** psychického onemocnění (psychoterapie, socioterapeutické aktivity – kluby, terapeutická komunita, rodinná terapie a edukace rodiny, psychosociální rehabilitace – přímá práce, chráněné dílny).

(Höschl, 1997, str. 15-17)

## **1. Sociální faktory související s rozvojem zranitelnosti k psychickému onemocnění**

Rozvoj duševní poruchy významně ovlivňuje rodina a sociální prostředí v dětství. Nelze však stanovit, že jedincovo chování v dospělosti odráží jeho prožitky v dětství. Příčina duševního onemocnění má mnohem složitější souvislosti. Pro správný duševní vývoj dospělého člověka je nutné, aby v období jeho dětství byly naplněny určité potřeby – potřeba bezpečí, lásky, zajištění základních biologických potřeb a uspokojivý fyzický vztah s dospělým, který povětšinou zajišťuje zejména matka. Citová deprivace v dětství může zapříčinit abnormálnosti v osobnosti dospělého jedince. Nelze opomenout ani důležitost výchovy dítěte, která má přispívat k jeho rozumovému vyspívání. Výchova rodičů by měla být vždy důsledná, avšak přiměřená. Na formování osobnosti dítěte se významně podílí také škola, která může představovat prostředí zraňující, nýbrž také prostředí stabilní a posilující jeho správný vývoj.

## **2. Sociální faktory jako události předcházející vzniku psychického onemocnění**

Je zřejmé, že sociální situace v životě člověka se zásadně podílí na rozvoji, závažnosti a průběhu psychického onemocnění. Stresující životní události jako je např. ztráta blízké osoby, rozchod s partnerem, změna či ztráta zaměstnání, odchod dětí z rodiny apod. velmi často předcházejí vzniku psychické poruchy. Nejčastěji je rozvoj duševního onemocnění pozvolný, nevzniká bezprostředně po prožité situaci. Neznamená však, že samotná náročná životní situace vyvolává duševní poruchu. Propuknutí psychického onemocnění závisí na několika již zmiňovaných faktorech. Psychicky odolný, stabilní člověk s pevnou podpůrnou sítí nejbližších osob překonává takovou situaci bez narušení psychické rovnováhy.

## **3. Sociální faktor jako přímý spouštěč psychického onemocnění**

Významný vliv na vznik většiny duševních poruch mají sociální činitelé, objevující se zejména v primárních skupinách spojených intenzivními psychosociálními vztahy (tj. rodina, škola, pracoviště). Nejčastějším původcem

vzniku jsou rodinné a partnerské konflikty, ztráta blízké osoby, ekonomické problémy, změna či ztráta rolí v životě aj.

#### **4. Sociální faktory ovlivňující průběh psychického onemocnění**

Průběh onemocnění záleží z velké části na celkovém přístupu rodiny a nejbližšího okolí. Stěžejní je, zda je postižený jedinec svými blízkými přijímán, či odmítán. Rodiny, které duševně nemocného neakceptují, výrazně zhoršují šance nemocného na zotavení, současně tak zvyšují množství relapsů (opětovné objevení příznaků nemoci, návrat příznaků nemoci). Velikost a kvalita podpůrné sociální sítě se tedy výrazně podílí na průběhu léčby.

#### **5. Sociální faktory participující na léčbě psychického onemocnění**

Sociální faktory využívající se k léčbě a prevenci psychického onemocnění lze souhrnně nazývat socioterapie. Socioterapií se tedy rozumí snaha o zlepšení sociálních dovedností a vztahů nemocného jedince. (Höschl, 1997, str. 15-18)

## **2.2 Schizofrenie se zřetelem k intervenci do života jedince samotného i jeho blízkých**

Schizofrenie je jednou z nejzávažnějších duševních nemocí, patřící mezi psychotická onemocnění, tzv. psychózy<sup>1</sup>. Původ slova schizofrenie vychází z řeckého *schizein* – rozštěp a *phren* – mysl. Onemocnění se projevuje zhruba u jednoho procenta populace, což je každý stý člověk. Pro schizofrenii je charakteristické narušení mnoha duševních funkcí – myšlení, vnímání, poruchy emotivity, pozornosti, paměti, vůle, motoriky aj. Proces myšlení, cítění a smyslů člověka již netvoří souvislý celek, který by dokázal jedince správně směřovat. K rozvoji schizofrenie nejčastěji dochází mezi 15. a 45. rokem života bez ohledu na pohlaví. Schizofrenie většinou provází nemocného po celý život, jedná se o tzv. chronický stav a výrazně zasahuje do života nejen těch lidí, kteří jí trpí, ale i do života příbuzných a přátel.

---

<sup>1</sup> Psychóza – závažné duševní onemocnění spojené se ztrátou kontaktu s realitou

## **Typy schizofrenie**

**Paranoidní** – je nejčastějším druhem onemocnění a projevuje se trvalými bludy spojenými se sluchovými halucinacemi a poruchami vnímání. Nejtypičtější bludy jsou bludy kontrolovanosti, ovlivňování a pronásledování.

**Hebefrenní** – poměrně vzácný typ schizofrenie, projevuje se u lidí v mladším věku, zhruba do 20 let. Jedná se o typ nemoci spojený s proměnlivými bludy a halucinacemi, s nepředvídatelným chováním, manýrismem. Nálada bývá nepřiměřeně plochá, myšlení dezorganizované, řeč inkoherentní. Je zde velká tendence k sociální izolaci.

**Katatonní** – typ schizofrenie charakterizovaný narušením psychomotoriky – hyperkineze, stupor či povelový automatismus a negativismus (jedinec se přestává hýbat či zůstává strnulý v určité poloze » vzpřímená ruka až několik dní). Objevují se i epizody zuřivého neklidu.

**Nediferencovaná** - neodpovídá žádnému konkrétnímu typu, je to spíše kombinace různých forem schizofrenie a nelze určit, která převažuje.

**Reziduální** - chronické stadium nemoci spojené s dlouhodobými symptomy a poruchami (chudá řeč, snížená aktivita, snížená péče o vlastní osobu aj.).

**Postschizofrenní deprese** – dozvuk schizofrenního onemocnění objevující se jako deprese. Přetrvávají některé příznaky nemoci, ale nejsou již v popředí.

**Simplexní** – vzniká kolem 15. roku života a způsobuje úpadek celkového projevu člověka. Dochází k podivnostem v chování, neschopnosti vyhovět společenským normám. (Smolík, 1997)

### **2.2.1 Multifaktoriální etiologie**

Schizofrenní onemocnění je charakterizováno mnohými příznaky, které lze spatřit především ve změnách chování a jednání jedinců. Jasná příčina nemoci není dosud známá, v posledních letech se však čím dál častěji hovoří o modelu multifaktoriální podmíněnosti, kdy na vznik onemocnění působí vzájemně se ovlivňující genetické, biologické faktory a faktory prostředí. Skutečnost, že dosud nebyl objeven jednotný kauzální faktor, potvrzuje i Smolík (1997), který poukazuje

na biologickou vulnerabilitu, tj. zranitelnost člověka, u kterého došlo ke vzniku schizofrenie. Porucha by v tom případě mohla být vyvolána existující zátěží. Zátěž může být biologická, genetická, psychosociální nebo způsobená zevním prostředím. K propuknutí nemoci je třeba dvou předpokladů - vulnerability (zranitelnost, dispozice) a spouštěče, tj. situace, kdy si jedinec není schopen poradit a propuká u něho schizofrenie. Čím je zranitelnost pro vznik schizofrenie větší, tím méně je zapotřebí stresu pro její vyvolání. Zranitelnost lze snižovat pomocí osobních protektivních faktorů (schopnost překonávat překážky, zdravé sebevědomí a uvědomění si svého já) či faktorů prostředí (soudržnost rodiny, rodinné a sociální zázemí, existence přátel). (Pěč, Probstová, 2014, s. 48)

Existuje řada hypotéz z oblasti biochemie mozku, které se snaží etiologii schizofrenie vysvětlit. Jedna z příčin vzniku nemoci je spojována s nadbytkem chemické látky dopamin. K přenosu informací mezi mozkovými buňkami slouží právě látka dopamin, její zvýšené množství v mozku způsobuje obtížné zpracování informací a neschopnost určit důležitost jednotlivých zpráv. Jak uvádí Pěč a Probstová (2014, s. 44), novější teorie ale ukazují, že dopamin je podřízený aktivitě jiného nervového přenašeče – glutamátu, jehož přílišná aktivita či pasivita způsobuje v mozkových strukturách nefunkční propojení. Další ovlivňující faktor představuje také dědičnost. Pokud nemocí trpí oba rodiče, pravděpodobnost onemocnění u dítěte je přes 40 %. Jistý podíl na vzniku schizofrenie mají komplikace v těhotenství, např. podvýživa matky v prvním semestru, nízká hmotnost dítěte nebo porodní komplikace.

Jak již bylo zmíněno, příčina nemoci je ovlivněna mnohými faktory, neméně důležitým je faktor sociální a faktor prostředí. Pěč a Probstová (2014, s. 47) dokládají na základě pozorovatelských studií raných vazeb mezi dětmi a matkami, že klíčovou úlohou je pro vznik onemocnění souhra mezi vrozenými potřebami dítěte a reaktivitou matky již v prvním měsíci života. Jde o období, ve kterém si dítě vytváří vědomí o sobě samém, vnímá svou celistvost ohraničenou vlastním tělem, dochází k tvorbě prvních pocitů a zkušeností. Splnutí matky a dítěte v podobě emočního přijetí je nezbytné pro vytvoření stabilních hranic sebe i okolního světa. A právě jedinec, který je později zranitelný k vývoji schizofrenie, nemá tyto hranice pevně zakotveny, neumí adekvátně zpracovávat pocity zlosti a není schopen udržet emoční

stabilitu v úzkostných či stresových situacích. Mezi nejčastější psychologické spouštěče schizofrenie patří stresující životní události (úmrtí, ztráta zaměstnání, rozvod, fyzické, sexuální, emocionální nebo rasové násilí). Tyto zkušenosti nezpůsobují schizofrenii jako takovou, ale mohou být vyvolávajícím faktorem pro její vznik. Někteří v sobě nesou schizofrenní vzorce, ale nikdy se u nich schizofrenie nerozvine, protože nepřišel onen spouštěč, který by nemoc vyvolal nebo se takový spouštěč objevil, ale jedinec jej za pomoci svých protektivních faktorů dokázal překonat.

Dalším nebezpečným spouštěčem mohou být drogy, jelikož jejich užívání zvyšuje riziko propuknutí schizofrenního onemocnění nebo podobné nemoci. Požití kokainu, konopí, LSD nebo amfetaminů může vést ke vzniku psychózy a u lidí zotavujících se z předchozí epizody může způsobovat opakovanou recidivu. Studie prokázaly, že mládež do 15 let užívající konopí pravidelně, a to zejména "skunk" a další silnější formy drogy, je až čtyřikrát náchylnější k rozvoji schizofrenie. (NHS Choices, 2014)

### **2.2.2 Od polarit pozitivní vs. negativní ke kognitivním a afektivním symptomům**

Symptom neboli příznak je projev nemoci, který lze rozeznat v pacientově chování či na základě jeho subjektivního prožitku. Příznaky schizofrenie mohou být specifické, tj. charakteristické, rozhodující pro stanovení diagnózy, ale také nespecifické, které se vyskytují u celé řady poruch. (Höschl, 1997, str. 38)

Symptomy schizofrenie lze rozdělit do 4 skupin: psychotické symptomy (**pozitivní symptomy**), poruchy iniciativy a motivace doprovázené sociálním stažením (**negativní symptomy**), poruchy poznávacích funkcí – především paměti, pozornosti a exekutivních funkcí (**kognitivní symptomy**) a symptomy depresivní či manické (**afektivní symptomy**).

- **Pozitivní symptomy**

Jedním z typických příznaků schizofrenie je tzv. *ozvučování myšlenek, vkládání nebo jejich odnímání a vysílání myšlenek*. Dotyčný může mít pocit, že je jeho myšlení ovládáno skrze vkládání myšlenek jiných lidí. Nepříjemné může být

rovněž odnímání myšlenek, kdy je jedinec přesvědčen, že jeho hlava je jako kniha, v níž si všichni kolem mohou přečíst veškeré jeho pocity a myšlenky. Další v pořadí jsou **bludy neboli mylná přesvědčení**. Bludy patří mezi velmi časté příznaky nemoci, hovoří se o výskytu až u 90 % nemocných. (Bankovská Motlová, Španiel, 2013, s. 14-15) Bludné představy jsou natolik silné, že je nelze nemocnému vyvrátit. Často se vyvíjejí na základě vztahovačnosti – pocitu zvýšené pozornosti ze strany okolí (lidé v autobuse jej sledují, povídají si o něm, telefon je odposloucháván atd.). Stav doprovází značná úzkost, kterou si jedinec často racionalizuje na základě dalších myšlenek (např. sleduje mne policie, protože jsem se v minulosti provinil). Člověk se zcela logicky cítí být ohrožený, což se projevuje i v jeho chování. Bludné představy bývají často neuspořádané, proměnlivé, bizarní, leckdy popírající veškerou logiku. (Pěč a Probstová, 2014, s. 49-51)

Další pozitivní příznak představují **halucinace - poruchy vnímání**, tj. vjemy bez jasného zevního podnětu. Existují různé typy halucinací – např. zrakové (objekty, scény), čichové či chuťové (pocit otráveného jídla), taktilní (svědění, pálení) a sluchové halucinace patří mezi ty nejčastější, nazývající se též „hlasy“. Obsah hlasů je většinou velmi nepříjemný, hlasy často komentují jedincovo počínání nebo mu konkrétní chování přikazují, což vede ke zcela nekontrolovatelnému jednání spojeného s rizikem sebevraždy a násilí.

- **Negativní a afektivní symptomy**

Mezi nejčastější projevy co se negativních příznaků týče, patří především emoční plochost, chudost řeči, snížený zájem o veškeré aktivity a ztráta vůle a iniciativy. Nemocní se často cítí prázdní, znečitlivělí, mají problém identifikovat v sobě jakékoliv pocity a vyjádřit je okolí. Dá se hovořit o ochuzení citového prožívání. Lidé se schizofrenií prožívají stavy, kdy si připadají neschopní, jsou apatičtí, bez energie a zájmu o cokoli. Mnohdy jsou takové příznaky mylně zaměňovány za lenost, nemocnému ale chybí vůle a odhodlání, jde o tzv. abulii. Pokud se k takovému stavu přidá anhedonie, tj. depresivní nálada, nemocný se ocitá ve zcela bezvýchodné a náročné životní situaci, která může vyústit až v suicidální jednání. (Bankovská Motlová, Španiel, 2013, s. 19-20)

- **Kognitivní symptomy**

Jako další projevy schizofrenie můžeme označit poruchy poznávacích funkcí, konkrétně poruchy paměti, pozornosti, myšlení apod. Myšlení nemocných může být zcela nelogické, zmatené. Např. pacient, který odpovídal na otázku, kdo je jeho terapeut: „*Můj terapeut se jmenuje Šípek. Šípek je keř šípkový růžový.*“ (Koukolík, Motlová, 2004, str. 25). Ve svém projevu mohou používat nesouvisející slova postrádající gramatické vazby. Nazýváme je „slovní salát“. Kognitivní deficit může výrazně ovlivňovat mezilidské vztahy, psychóza narušuje schopnost pochopit interakce mezi lidmi a poškozuje komunikační dovednosti lidí se schizofrenií. S poruchami myšlení souvisí také problematika náhledu na nemoc. V rámci nedostatečného náhledu často dochází k neuvědomění si nemoci, jejích následků a potřebnosti léčby, což komplikuje navázání vědomé spolupráce, ať už s pracovníkem, lékařem či terapeutem za cílem nastavení vhodné pomoci. (Pěč a Probstová, 2014, s. 49-51)

## **2.3 Afektivní poruchy nálady**

Jako afektivní poruchy nálady označujeme chorobné poruchy nálady, tj. poruchy mánie a deprese. Každý člověk občas zažívá kolísání nálady, kdy se radost, energie a chuť do života střídá se smutkem, nechutí a pasivitou k jakékoli činnosti. Porucha může být unipolární – tj. pouze manická anebo pouze depresivní. U bipolární poruchy se obě nálady vzájemně kombinují. Afektivní poruchy představují závažné emocionální výkyvy, které můžou mít na postiženého a celé jeho okolí zcela vážné dopady. Onemocnění propuká většinou do 30. roku života, může však přijít v kterémkoliv období života. Vyskytuje se přibližně u 1-3 % populace, častěji u žen.

### **2.3.1 Multifaktoriální příčiny nemoci**

Dle Vágnerové (2004) je příčinou vzniku dědičně podmíněná dispozice ke změnám v centrální nervové soustavě. Leckdy je předpoklad k onemocnění natolik silný, že není třeba hledat příčiny v exogenních vlivech. Pěč a Probstová (2014) zase uvádějí, že příčiny vzniku slabé a střední formy afektivních poruch souvisí



s psychickými a sociálními faktory, ovlivněny genetikou jsou dle jejich výkladu až ty formy těžšího charakteru. Spouštěče nemoci mohou být zjevné, spojené s prožitou událostí, traumatem, nadměrným stresem či ztrátou v životě. U řady poruch však vyvolávající moment nelze rozpoznat, pak hovoříme o multifaktoriálním vlivu, tj. o vlivu biologických, psychologických a sociálních faktorů. Rozvoj nemoci může být ovlivněn také tělesným a duševním stavem jedince, oslabený organismus snadněji podlehne nemoci (zvláště pokud k ní má dispozice).

### **2.3.2 Střídání manické a depresivní fáze jako projev nemoci**

Jak bylo uvedeno, afektivní chování se vyznačuje kolísáním nálady a střídáním stavů mánie a deprese. Každá z těchto fází má své typické příznaky, které se odrážejí ve všech oblastech životní dráhy člověka, a tak znesnadňují jedinci jeho běžné fungování.

#### **Manická fáze**

Základním rysem manické fáze je nadnesená až euforická nálada spojená s hyperaktivitou a nadměrným sebevědomím. K rozjařené náladě se přidávají další příznaky jako je zrychlená řeč, extrémní familiárnost, absence potřeby spánku, roztržitá pozornost a přehnaný optimismus přecházející do neschopnosti řádně vyhodnotit danou situaci. Pozitivní emoční nastavení ovlivňuje další chování a prožívání nemocného. Přehnaný optimismus jedince má za následek vidinu dokonalé budoucnosti – vše se povede, nic nebude problém, dokážu všechno. Dotyčný má tak obraz reálného světa zcela zkreslený a nedokáže své činy objektivně posoudit a vyhodnotit případná rizika, což souvisí s nekontrolovatelným až riskantním jednáním, např. v podobě nadměrného utrácení, uzavírání podezřelých obchodů apod. Lidé v mánii mají často problém se sebehodnocením, neuznávají své chyby, z případných problémů viní ostatní. Mánie působí i na duševní a fyzickou aktivitu, která je celkově zrychlená, přehnaná. Pokud se stavy mánie kombinují s depresivními stavy, hovoříme o bipolární poruše.

## **Depresivní fáze**

Hlavním příznakem depresivní poruchy je melancholická smutná nálada spojená se ztrátou zájmu a potěšení ze všech obvyklých činností. Člověk v depresi přestává zcela reagovat na vnější i vnitřní podněty a dostává se do stavů utlumenosti a abnormální pasivity. Depresi velmi často provázejí i další fyzické a psychické příznaky, jako je narušená chuť k jídlu, změna tělesné hmotnosti, porucha spánku, pocity bezcennosti, bezmoci a ztráta smyslu života. Vyplývající zoufalství pak mnohdy vyústí v sebevražedné myšlenky či suicidální tendence. Deprese není spjata pouze se smutkem, ale odráží se i v tělesných projevech - vnitřní tenze, bolest svalů, zažívací problémy a extrémní únava, která se může projevit až několikadenním setrváním v posteli či ignorováním hygienických návyků. Depresivní fáze vede k zjevné deformaci v prožívání, chování a myšlení. Nemocný ztrácí schopnost prožívat radost, jeho životní naladění je pesimistické, jak k sobě tak i k okolnímu světu. Stejně jako u mánie se deprese promítá i do postoje k budoucnosti, která představuje neexistující naději na zlepšení, samé bolesti a trápení.

## **2.4 Prognóza duševního onemocnění**

Zcela nepochybně závisí prognóza duševního onemocnění do jisté míry na správné diagnostice a včasné léčbě. Zanedbání v podobě pozdního zahájení léčebného procesu, ignorování varovných příznaků či vynechání léků s sebou přináší značná rizika.

### **Bipolární afektivní porucha**

Nemoc u každého probíhá zcela individuálně, u někoho se epizody opakují častěji, čímž se stává léčba obtížnější, u někoho je střídání epizod střídmější. Pakliže bipolární afektivní porucha nastoupí v pozdějším věku jedince, průběh a prognóza onemocnění je o to nepříznivější. Výskyt nemoci v pozdním věku člověka je spojen s vyšším počtem manických epizod, s delší reakcí na léčbu a s pomalu odeznívajícími symptomy. Lidé se závažným duševním onemocněním mají dle zjištění vyšší mortalitu napříč věkovými skupinami, například starší lidé s bipolárním onemocněním mají střední délku dožití kratší o 5 - 7 let ve srovnání s běžnou populací. (Látalová, 2012) Hypomanické nebo manické epizody se dle Smolíka

(1997) objevují v 60 - 70% případů, následně po depresivní epizodě, či ji předcházejí. Intervaly mezi epizodami se zkracují s postupným věkem. Prognóza onemocnění je ve většině případů příznivá. U většiny pacientů léčících se s bipolární poruchou se objevuje epizoda v průběhu 2-4 let. Střídající se cyklus mánie s depresí může trvat od několika hodin po dobu několika měsíců či let. (Smolík, 1997)

Jak již bylo zmíněno, důležité je včasné odhalení nemoci. Mezi rizika zapříčiněná pozdní léčbou patří zejména nebezpečí v oblasti zdravotní a zvýšená sebevražednost, která je vyšší právě v počáteční fázi nemoci. Jeden z pěti nemocných trpících bipolární poruchou spáchá v jejím průběhu sebevraždu. V 50 % případech se pak nemocní uchylují ke zvýšené konzumaci alkoholu a nadměrnému užívání léků, což mnohdy přerůstá v závislost a v problémy s ní spojené. U bipolární afektivní poruchy nelze nezmínit riziko chronifikace nemoci, kdy se v krajně nepříznivém případě dotyčný příznaků nemoci již nikdy nezbaví. (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, © 2017)

Prognóza u afektivních poruch může být v mnoha případech relativně příznivá, u dlouhodobě probíhajícího bipolárního onemocnění však hrozí významná rizika a omezení. Socioekonomické dopady bývají často tragické, a to nejen pro samotného jedince, ale i pro jeho nejbližší okolí – dluhy, zprerhané vztahy, komplikace spojené s drogami a alkoholem, netolerance okolí apod. Tito lidé potřebují velmi často následnou pomoc v podobě sociální rehabilitace, sociálního poradenství či další pomoc zaměřenou na konkrétní problém.

### **Schizofrenie**

Nemocní se schizofrenií nejčastěji prožívají opakující se psychotické epizody<sup>2</sup> (tzv. ataky) nebo mají dlouhodobé psychotické příznaky. Zhruba třetina nemocných je schopna se po několika schizofrenních atakách opět zařadit do běžného života, kdy nemoc sama ustoupí. U další třetiny nemocných se psychotické epizody střídají s remisemi, tj. obdobím zcela bez příznaků. Ne všichni však nemoc dokážou překonat, někteří jsou nuceni přejít do invalidního důchodu. Poslední třetina se ani přes absolvovanou léčbu nezbaví psychotických příznaků, nemocní nejsou schopni samostatného života a musejí být odkázáni na pomoc rodiny, zdravotnického zařízení

---

<sup>2</sup> Akutní fáze onemocnění, kdy se vyskytují psychotické příznaky

či sociálních služeb. Češková (2007, s. 22) uvádí, že jednu epizodu bez dalších následků prodělá zhruba 22 % nemocných, několik epizod bez postižení či s minimálním postižením pak 35 %, postižení po první epizodě s následným zhoršením nemoci a bez možného návratu k normálnímu životu se týká 8 %, několik atak se zvyšujícím se postižením bez možného návratu k normě prodělá 35 % nemocných. Prognózu je nutné brát v úvahu ve dvou dimenzích – přetrvávající symptomy a úroveň sociálního fungování. Dosavadní zjištění ukazují, že jedinec může relativně dobře sociálně fungovat i přes přetrvávající symptomy nemoci.

### **Příznivé prognostické faktory**

S příznivou prognózou a nadějí na remisi jsou spojeny následující faktory:

- Akutní začátek se zřetelnými okolnostmi
- Dobrá sociální a pracovní anamnéza ještě před vznikem onemocnění
- Začátek nemoci v pozdějším věku
- Jsou přítomny poruchy nálady (zejm. deprese)
- Převažují pozitivní příznaky onemocnění
- Život v manželství či alespoň stabilní partnerský vztah
- Dobré sociální fungování před onemocněním
- Lepší socioekonomické zázemí (Smolík, 1997)

### **Nepříznivé prognostické faktory**

K faktorům pro nepříznivou prognózu nemoci patří:

- Nízký věk v začátku onemocnění
- Nenápadný, pozvolný začátek, nepřítomnost spouštěčů
- Život bez partnera, špatné sociální zázemí
- Špatná sociální a pracovní anamnéza před nemocí
- Schizofrenie v rodinné anamnéze
- Dezorganizovaný nebo nediferencovaný typ schizofrenie
- Oploštělá emotivita
- Převaha negativních příznaků
- Abúzus drog

- Život v dysfunkční rodině (Smolík, 1997)

Z hlediska prognostiky bývá citováno tzv. „pravidlo třetin“, kdy třetina pacientů vede běžný život, třetina trpí určitými příznaky nemoci, ale je schopna fungovat ve společnosti a poslední třetina má trvalé zřetelné postižení a vyžaduje častou hospitalizaci. (Smolík, 1997) Je dokázáno, že lidé duševně nemocní umírají častěji na somatická onemocnění než psychicky zdraví lidé. Konkrétně lidé se schizofrenií mají o 50 % vyšší riziko úmrtnosti na tělesná onemocnění a o 20 % kratší délku života. (Češková, 2007)

## 2.5 Terapie - způsob léčby duševních nemocí

Jak již bylo zmíněno, příčiny vzniku duševních onemocnění jsou multifaktoriální, což znamená, že se na jejich rozvoji podílí řada vzájemně ovlivňujících se faktorů. Tomu musí adekvátně odpovídat léčebné postupy a vytvářet tak komplexní provázaný celek. Z hlediska psychosociálního představuje jeden ze způsobů léčby psychoterapie využívající jako metodu pomoci různé psychologické prostředky, a to zejména rozhovor, přičemž způsob jeho vedení a cíle jsou do značné míry ovlivněny druhem psychoterapeutického směru. Psychoterapie poskytuje klientovi bezpečný prostor pro sdílení svých tělesných, psychických i sociálních problémů, čímž dochází k pocitu uvolnění, což má samo o sobě jistou hojivou funkci.

Léčba je velmi náročným životním procesem, který může být efektivní až za předpokladu, že jedinec sám takovou skutečnost přijímá a je schopen věřit v její úspěch. Höschl (1997, s. 102) popisuje, co potřebuje nemocný od počátku léčby:

1. Orientaci v situaci, vysvětlení neznámých věcí
2. Pomoc při přijetí situace
3. Pomoc při uvolnění a zeslabení záporných emocí (strach, úzkost, smutek, bezmoc)
4. Vytvořit naději na vyléčení a stále ji podporovat
5. Podpora a přijetí – pocit, že není sám proti svým problémům
6. Trpělivé vyslechnutí lékařem, projev akceptace, úcty, pochopení
7. Snižit eventuální pocity viny

8. Otevřené rozhovory o onemocnění, průběhu, osobní historii
9. Plán léčby a vysvětlení jejího postupu
10. Přiměřené informace o hlavních a vedlejších účincích léků
11. Stanovení krátkodobých cílů přiměřených pacientovým možnostem
12. Možnost aktivně spolupracovat, spolupodílet se na léčbě
13. Průběžné udržování kontaktu, sdělování informací, strategie léčby
14. Ocenění a pochvalu snahy o spolupráci.

Současné koncepce psychoterapeutických směrů lze rozdělit do tří základních směrů: **dynamický, kognitivně-behaviorální a zkušenostní**. **Dynamický** orientované školy chápou nemoc či problémy jedince jako důsledek minulých zkušeností, vyplývajících zejména z období dětství. Pracují s náhledem a s pochopením souvislostí mezi současným problémem a minulými událostmi. **Kognitivně-behaviorální** školy pracují s psychickým onemocněním jako s druhem naučeného chování. Léčba spočívá v učení se více adaptivním strategiím a odučování se dosavadnímu chování. **Zkušenostní** směry kladou důraz na zážitek přijetí a bezpečí - předpokládají, že vytvoření správných podmínek pro nalezení vlastní cesty překoná jedince problémy. I přes odlišnost jednotlivých přístupů, mají všechny směry podobné základní rysy:

*a) Psychoterapeutický vztah*

Psychoterapeutický vztah vzniká mezi pacientem a terapeutem již od prvního setkání, formuje se po celý proces léčby a představuje nejvýznamnější činitel psychoterapeutického procesu. Jak zmiňuje Martin a kol. (In Pěč, Probstová, 2014, s. 57), kvalita terapeutického vztahu může být pro práci přínosnější než samotný rehabilitační postup. Fungující psychoterapeutický vztah je založen na základních předpokladech jak ze strany pacienta (tj. důvěra v terapeutovy schopnosti a morálku, motivace k léčbě a ke spolupráci), tak ze strany terapeuta (pochopení a přijetí pacienta a úcta k němu).

### ***b) Prostředí psychoterapie***

Základem vztahu je vytvoření bezpečného a uvolněného prostředí s důrazem na opravdovost, empatii a přijetí pacienta. Je to zázemí, kde se pacient může zcela odreagovat, či se systematicky učit novým věcem.

### ***c) Racionální výklad***

Důležité pro efektivní spolupráci je vytvoření uceleného pojetí o zdraví a nemoci a pomoci tak pacientovi pochopit jeho potíže.

### ***d) Metodický postup***

Metodický postup je ovlivněn konkrétním terapeutickým směrem, kdy se stanoví cíle a postupné kroky, kterými se ho dosáhne. Höschl (1997, s. 104)

## **Individuální psychoterapie**

Individuální psychoterapie je charakterizována interakcí ve vztahu lékař – pacient, přičemž vyvolává atmosféru podobnou „zpovědi“. Délka psychoterapie je stanovena na základě problému pacienta. Strategie léčby pak záleží na zvoleném psychoterapeutickém směru daného terapeuta. Terapeut pomáhá pacientovi změnit postoj k nezměnitelným skutečnostem, aby se s nimi mohl lépe vyrovnat a v konečném stádiu je akceptovat. Měnitelné okolnosti se pacient učí změnit. Dlouhodobá psychoterapie může trvat i několik let, kdy dochází k proměně osobnosti člověka a ke změně jeho přístupu k životu.

## **Rodinná terapie**

Rodinná terapie je založena na předpokladu, že individuální porucha jedince úzce souvisí s dynamikou celého rodinného systému. Pro úspěšné řešení problému je nezbytné zapojit do „léčebného procesu“ všechny členy rodiny. Bližší poznání nemocného probíhá skrze interakce v rodině, kdy terapeut mění formu komunikace jejích členů, hranice mezi jednotlivými příbuznými a tím terapeuticky působí na veškeré její fungování. Práce s rodinou bývá velmi často účinná právě z důvodu, že jde o celistvé zapojení zásadního ovlivňujícího faktoru nemoci, tj. prostředí rodiny. I přes velkou úspěšnost je zájem o rodinnou terapii stále malý, odhaduje se asi u 1/4

rodin nemocných. Rodinná terapie chápe patologii člena rodiny jako patologii celé rodiny, tzn. změna jednoho prvku v systému zásadně ovlivňuje ostatní prvky a narušuje tak dosavadní soulad a harmonii. Terapeut se snaží pochopit fungování rodinného systému, zajímá se o role a pozice jednotlivých členů, o styl jednání a komunikaci v rodině, přičemž se jej snaží cílenými zásahy změnit. Rodinné vztahy představují důležité činitele ovlivňující vznik, průběh i léčbu nemoci. (Höschl, 1997)

### **Skupinová terapie**

Metoda skupinové terapie se využívá jak ambulantní formou, tak v rámci denních stacionářů či během pobytu v nemocnici. Terapie se zúčastňuje většinou 8 - 12 osob, přičemž je vedena psychoterapeutem. Skupinové terapie vnáší do dění dynamiku prostřednictvím navyklého způsobu chování jejích členů – někdo se umí více prosazovat, jiný je zamlklý a ostýchavý, další se snadněji podrobí či automaticky přebere „nadvládu“. Tato dynamika skupiny je terapeuty velmi využívána právě proto, že lidé mají tendenci chovat se ve skupině jako v běžných životních situacích. Matoušek (1999, s. 97) pak uvádí účinné faktory při skupinové terapii – příslušnost ke skupině lidí, kteří mají stejný problém, možnost pomáhat druhým, možnost zpracovat konstruktivně minulé zážitky, možnost aktivně se učit novým druhům chování, příležitost k vytvoření nové naděje. Cílem terapie je rozpoznat souvislosti mezi chováním jedince, jeho problémy a nemocí a za pomoci celé skupiny tyto vzorce měnit.

### **Arteterapie**

Arteterapie pracuje s projekcí zážitku do výtvarného projevu s důrazem na obsah, výraz a emoční doprovod. Arteterapie se opírá o výtvarné projevy jako o hlavní léčebný prostředek. Nejde u ní o vytvoření dokonalého díla, ale o proces tvorby. Při arteterapii se pracuje s různými nástroji – temperové barvy, pastelky, modelovací hmota aj., úkolem je vyjádřit svůj postoj či představu k určitému tématu. Zda někdo umí kreslit či ne, v tomto případě nerozhoduje, v rámci arteterapie jde především o vyjádření svých pocitů a emocí, k vyjádření svých myšlenek, úvah a postojů. Během výtvarného projevu dochází k mimovolnímu uvolňování vědomých i nevědomých pocitů. Arteterapie je vhodná pro takové klienty, kteří se nesnadno vyjadřují, což



jsou právě lidé trpící psychózami, děti a dospívající či lidé mentálně hendikepovaní. Jak zmiňuje Matoušek (1999, s. 41) „... možnost výtvarného vyjádření je nerizikovou příležitostí k odvedení a zpracování emocí, jež by v jiném prostředí a při jiném způsobu vyjádření klientovi mohly způsobit nepříjemnosti.“ Konečné výtvary podněcují k cenným interpretacím, významnému interpersonálnímu náhledu a mnohdy vedou k uvolnění a zcela „bezpečnému“ otevření se světu a okolí.

Terapeutické působení představuje jednu z možností léčby duševních nemocí a současně přispívá k částečné saturaci potřeb klientů. V následující kapitole se proto blíže zaměřím na téma základních vývojových potřeb, přiblížím důležitost jejich naplňování a popíši důsledky vyplývající z nedostatečného uspokojení.

### 3 Téma základních vývojových potřeb

V celé práci se velmi často zmiňuje slovo potřeba, proto je nutné jej náležitě vysvětlit. **Potřeba** je pociťovaný nedostatek něčeho nezbytného, důležitého. Pokud není potřeba naplněna, nastává pocit neuspokojení, tedy **frustrace**, při dlouhodobém nenaplnění dochází k **deprivaci**.

Jak definuje Šamánková (2011, s. 12) : „*Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu – homeostázy. Potřeby jsou nutné, užitečné, velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života.*“

„*Přítomnost nějaké potřeby se projeví nejprve jistou pohotovostí organismu, popřípadě při její „aktivaci“ celkovým neusměrněným neklidem nebo napětím, jež je jakousi pružinou k jednání, které má zajistit uspokojení. Najde-li se cíl, který slibuje uspokojení potřeby sám o sobě nebo jako prostředek k dosažení konečného cíle, zaměřuje se napětí k tomuto cíli, jednání organismu ztrácí svou rozptýlenost a usměrňuje se. Dosáhne-li organismus konečného cíle, je potřeba nasycena a dojde opět k rovnováze. Je-li však ukojení potřeb trvale nedostačující, dochází*

*k „vyhladovění“ organismu a rovnováha se ustavuje na nižší hladině.” (Langmeier a Matějček, 2011, s. 23)*

Potřeba je výrazně spjata s okolním světem a je vázána vždy k něčemu v prostředí. V průběhu života se lidské potřeby mění, vyvíjejí se s ohledem na jeho kvalitu a kvantitu. Každý člověk je individualita a své potřeby naplňuje a vyjadřuje zcela odlišným způsobem, a to žádoucím či nežádoucím. Za zcela žádoucí naplňování potřeb lze považovat ty, které nikomu neublíží, jsou v souladu se socio-kulturními hodnotami a uspokojují se v mezích zákona. V opačných případech se pak jedná o nežádoucí způsob uspokojování potřeb. (Trachtová, 1999, s. 10)

Vágnerová (2000, s. 26) poukazuje na fakt, že úroveň psychického vývoje jedince ovlivňuje zaměření a preferovaný způsob uspokojování základních potřeb. V průběhu života mají potřeby svůj specifický význam a s ohledem na aktuální psychický vývoj jedince vyžadují i odlišný způsob uspokojení. Pokud jednotlivá potřeba není dostatečně saturována, může být po zapojení obranných mechanismů uspokojena jiným způsobem než je obvyklý (např. dítě, které citově strádá, se přejídá aj.).

Nemožnost dosažení potřeby se označuje pojmem „**frustrace**“. Vágnerová jej označuje jako situaci, kdy je člověku znemožněno naplnit své potřeby, související s nečekanou ztrátou naděje na její uspokojení. Frustrace vyvolává zklamání a podněcuje k vyrovnání této nepříznivé bilance. (Vágnerová, 2004, s. 48) Langmeier a Matějček (2011, s. 24) frustraci popisují jako nemožnost uspokojit aktivovanou potřebu pro nějakou překážku nebo obstrukci, jako zablokování cesty k cíli. I přesto, že frustrace představuje velkou zátěž, může být do určité míry i žádoucí, protože stimuluje člověka k hledání nových řešení a rozvoji jeho schopností.

Pro zdravý vývoj osobnosti člověka je nezbytné, aby byly jeho životní potřeby naplňovány. Pokud dlouhodobě nenastává pocit uspokojení, dochází k narušení rovnováhy organismu a dochází k **deprivaci**. Marie Vágnerová (2004, s. 36) hovoří o stavu, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických i psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu. Deprivace představuje jeden z nejzávažnějších druhů zátěže a může výrazně ovlivnit psychiku člověka. Do jaké míry bude vývoj člověka narušen, záleží především na období, kdy k deprivaci došlo. Vágnerová hovoří o období zvýšené

zranitelnosti k určitému typu deprivace (např. dítě v raném věku je mnohem citlivější k citové deprivaci než v pozdějším období). Dlouhodobá deprivace může mít za následek výrazné narušení psychického vývoje člověka, vedoucí k nestabilnímu rozvoji osobnosti nebo ke vzniku psychických poruch.

### **Druhy deprivace**

- **Deprivace biologických potřeb** (nedostatek jídla, pití, spánku aj.)
  - Ohrožení tělesného i duševního zdraví jedince
  - Může vést k závažnému poškození až ke smrti poškozeného
  
- **Senzorická deprivace**
  - Nedostatek smyslových podnětů – především u lidí se smyslovým postižením (zrakové, sluchové atd.)
  
- **Kognitivní deprivace**
  - Výchovné a výukové zanedbávání, nedostatek v oblasti učení, kdy se jedinec nemůže rozvíjet žádoucím způsobem
  
- **Citová deprivace**
  - Absence stabilního a spolehlivého vztahu (např. s matkou)
  - Citové strádání u dítěte výrazně ovlivňuje jeho celkový vývoj a jeho chování v dospělosti
  
- **Sociální deprivace**
  - Omezení mezilidských vztahů (Vágnerová, 2004, s. 37)

### 3.1 Základní vývojové potřeby dle vybraných autorů

V této kapitole jsem se soustředila na takové autory, kteří definují uspokojování základních vývojových potřeb a zároveň poukazují na souvislost saturace potřeb s jednotlivými vývojovými etapami jedince. Koncept potřeb PBSP považují za syntézu hierarchicky a vývojově uspořádaných potřeb, byť ve zcela svébytném pojednání.

Lidské potřeby jsou úzce spjaty s existencí života. Naplnění základních vývojových potřeb ve správnou dobu, vhodným způsobem a za pomoci těch správných lidí je zásadní pro zdravý vývoj člověka a formování zralé osobnosti. Uspokojování základních potřeb provází člověka již od dětství a i přesto, že se jednotliví autoři v definici základních vývojových potřeb liší, všichni apelují na důležitost jejich saturace. Potřeby dítěte se v různých fázích života mění, existuje však několik základních trvalých potřeb, které musí být zcela naplněny, aby nebyl vývoj jedince narušen. Míra neuspokojení základních potřeb mnohdy bývá přímo úměrná míře narušení celkového stavu a vývoje dítěte. Dítě již od narození potřebuje cítit jistotu, lásku a bezpečí. Rodí se do světa pro něj zcela neznámého, cizího a potřebuje zde mít někoho, kdo mu bude průvodcem, ochráncem a oporou. Období dětství je pro vývoj osobnosti zcela zásadní, dítě je k veškerým podnětům velmi citlivé a vnímavé a vše naučené se promítá do jeho chování v dospělém věku. Pokud dítěti není dopřáno lásky a jeho potřeby nejsou naplňovány, dochází k narušení jeho zdravého vývoje, z čehož mohou vznikat různé psychické odchylky. V následujících kapitolách si přiblížíme pohledy na vývojové potřeby prostřednictvím výkladů jednotlivých autorů.

- **Vývojové potřeby dle Abrahama Maslowa**

Americký psycholog Abraham Harold Maslow definoval 5 základních lidských potřeb, které seřadil hierarchicky podle důležitosti od těch nejdůležitějších po nejméně důležité. Potřeby uspořádal do tvaru pyramidy, protože se domníval, že přesně takto jsou provázané – každá potřeba stojí na druhé a k projevu „vyšších“ potřeb je nutné uspokojit potřeby „nižší“. Teprve pokud máme uspokojeny základní (fyziologické) potřeby, obracíme se k uspokojování potřeb vyšších, tj. potřeby, které

Maslow označuje jako nedostatkové. Pocit nedostatečného uspokojení na nižší úrovni brání postupovat výš. Jsou-li naše potřeby alespoň částečně uspokojeny, dochází automaticky k přechodu na vyšší úroveň. Základ pyramidy tvoří *fyziologické potřeby* (jídlo, pití, spánek, sex aj.), které Maslow označuje jako potřeby nutné k přežití člověka. Nejsilnější motivací je potřeba přežití, která nutně závisí na fyzickém zdraví. Tyto potřeby jsou nejdůležitější a zcela neodvratně musí být uspokojeny, má-li být zachován lidský život. Další potřeby jsou aktivovány až po dostatečném zabezpečení potřeb základních. Ve chvíli, kdy jsou uspokojeny naše fyziologické potřeby, začnou narůstat *potřeby bezpečí a jistoty v životě*. Chceme žít život bez strachu a úzkosti, mít v někoho/v něco důvěru, cítit se bezpečně, mít jistoty v zaměstnání, rodině, zdraví. Abraham Maslow ve své knize Teorie lidské motivace hovoří o neuróze, konkrétně obsedantně kompulzivní poruše, která úzce souvisí s nedostatečným pocitem bezpečí v životě. Lidé trpící OCD se zoufale snaží uspořádat a stabilizovat svět tak, aby nikdy nedošlo k neznámé a neočekávané situaci. Každá nová událost a změna znamená nebezpečí právě z důvodu nepředvídatelnosti a nemožnosti ovlivnit další způsob vývoje. (Green, 2000)

Jsou-li naplněny první dvě potřeby, přirozeně směřujeme k *touze po citovém naplnění*. Potřebujeme mít pocit sounáležitosti, pocit, že někam patříme, jsme zde přijímáni a podporováni. Chceme být milováni a milovat. *Společenské potřeby* lze naplnit prostřednictvím přátelství, intimního a partnerského života, rodiny a kontaktu se společenským prostředím. Neuspokojení této úrovně potřeb může výrazně ovlivnit duševní zdraví jedince (deprese, úzkosti, sociální fobie). Další potřebou je *potřeba (sebe)úcty, respektu a uznání*. Chceme být v životě přijímáni a oceňováni, uznáváni, chceme být užiteční a dosahovat úspěchů. Uspokojení těchto potřeb vede k důvěře v sebe sama. Nejdůležitější je, aby se člověk sám vnitřně přijal a dokázal si nejprve vážít sebe sama. Nesrovnalosti v této rovině mohou vést k pocitům méněcennosti, závislosti a ke ztrátě sebeúcty. Na vrcholu pomyslné pyramidy stojí nejvyšší potřeba – *potřeba seberealizace*. Tato potřeba souvisí s růstem osobnosti a s lidskou snahou realizovat svoje schopnosti, záměry, cíle. Jde o „touhu člověka být víc a víc než je, být vším, čím je člověk schopen se stát“. (Franče, 2010) Jasný vznik těchto potřeb spočívá na předchozím uspokojování potřeb fyziologických, bezpečnostních, potřeb

lásky a potěšení. Růstové potřeby souvisí s dlouhodobou životní motivací a hodnotovou orientací, kdy platí pravidlo, že samotná cesta může být cíl – dlouhodobé hledání smyslu života může být do jisté míry frustrující a nepříjemné, na druhou stranu může být efektivním motivačním faktorem a hnacím motorem lidského odhodlání.

### **Maslowova definice seberealizovaného člověka:**

- přijímá okolnosti života (včetně sebe sama) namísto toho, aby je odmítal nebo se jim vyhýbal
- je spontánní v tvorbě svých myšlenek a činů
- je tvořivý
- zajímá se o řešení problémů, často i o řešení problémů jiných lidí, řešení těchto problémů hraje v jejich životě často klíčovou roli
- cítí blízkost jiných lidí a všeobecně si váží života
- má vnitřní etiku, která je nezávislá na vnější autoritě
- posuzuje jiné lidi bez předsudků, způsobem, který je možné považovat za objektivní. (Franče, 2010)

- **Vývojové potřeby dle Zdeňka Matějčka**

Český autor Zdeněk Matějček hovoří nejen o důležitosti saturace základních fyziologických potřeb, poukazuje také na potřeby **psychické**, které musí být pro vývoj duševně zdravé a zdatné osobnosti náležitě a v pravý čas uspokojeny.

Matějček člení základní psychické potřeby do 5 skupin:

1. **Potřeba určitého množství, kvality a proměnlivosti vnějších podnětů** » umožňuje naladění se organismu na žádoucí úroveň aktivity v životě. Tato potřeba souvisí s rozvojem osobnosti v procesu učení. Nedostatek podnětů z okolí může vést k zamezení či opoždění vývoje jedince.

2. **Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech – tzn. „smysluplného světa“** » naplněním této potřeby se vnější podněty stávají zkušenostmi, poznatky a pracovními strategiemi. Neuspokojením potřeby by docházelo k chaotickému zcela náhodnému vnímání světa bez jakékoliv možnosti učit se, poznávat. Jde tedy o základ umožňující proces učení.
3. **Potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů, tj. vztahů k osobám prvotních vychovatelů** » uspokojení přináší dítěti pocit životní jistoty a představuje podmínku k vývoji žádoucí vnitřní struktury osobnosti.
4. **Potřeba identity – potřeba společenského uplatnění a hodnoty ve společnosti** » z naplnění této potřeby vychází zdravé uvědomění si vlastní identity. Vědomí vlastního já je nezbytným předpokladem pro osvojení si společenských rolí a hodnotných cílů při cestě životem.
5. **Potřeba otevřené budoucnosti / životní perspektivy** » naplnění dává lidskému životu časové rozpětí a udržuje a podněcuje jeho aktivitu.

Zmiňované potřeby nejsou vázané pouze na dětský věk, ale provázejí nás prakticky po celý život. Místem, kde by mělo výhradně docházet k jejich saturaci, je však prostředí rodiny. (Matějček, 2015)

- **Vývojové potřeby dle Erika Eriksona**

Mezi stěžejní teorie zabývající se výkladem duševního vývoje jedince patří zcela určitě tzv. Osm věků člověka Erika Eriksona, který zajímavě popsal hlavní síly, podílející se na formování osobnosti již od počátku života. Erik Erikson rozdělil strukturu vývoje osobnosti do osmi stádií provázející člověka po celý jeho život až do stáří, z nichž každé obsahuje dva protichůdné konfliktní póly. Aby jedinec mohl postoupit do dalšího stádia vývoje, musí být konflikt v dané rovině alespoň přiměřeně vyřešen. Jeho vyřešení člověka vnitřně posiluje a uschopňuje ho čelit zátěži v dalším vývojovém stádiu. V případě neřešení či úniku od daného konfliktu

dochází k oslabení jedincova ega<sup>3</sup> a stagnaci jeho duševního vývoje. Napravení takové situace spočívá v návratu do minulosti, konkrétně do doby, kdy došlo k negativnímu vyřešení konfliktu a přijetí efektivnějšího způsobu řešení. Každé stadium Erikson staví na vyřešení předchozích psychosociálních konfliktů. Erikson upozorňuje, stejně jako Maslow, na vzájemnou návaznost jednotlivých potřeb, kdy je nutné k projevu „vyšších“ potřeb naplnit potřeby předchozí, tedy „nižší“ úrovně. (Drapela, 2003, s. 65-68) Řešení konfliktů v jednotlivých fázích udává směr duševního vývoje jedince, ovlivňuje jeho vnímání světa, jeho jednání a zranitelnost vůči prostředí.

### **1. Důvěra proti základní nedůvěře**

První rok života dítěte je úzce spjat s důvěrou v život a svět jako takový. V tomto stádiu si dítě vytváří důvěru k matce, která pomáhá dítěti překonávat prožívané nejistoty. Stálost a kvalita mateřské péče zahrnující pocity lásky, bezpečí a jistoty, umožňuje dítěti pocit, že život je, i přes přechodná trápení, hezký. Stěžejní prvek tvoří kvalitní mateřský vztah kombinující citlivou péči o individualitu dítěte a zpevňování jeho vnitřní hodnoty. Nedostatek důvěry a naděje u dítěte vede v dospělosti k přetrvávajícímu pocitu nedostatečného uspokojení svých potřeb a ke strachu z okolí. V případě naplnění potřeby dochází k tvorbě sebedůvěry a osvojení si účinných způsobů chování dítěte. Erikson hovoří o stadiu naděje – základní lidské síle, podmínce pro přežití.

### **2. Autonomie proti zahanbení a pochybnosti**

Druhý rok dítěte pojímá o osvojení si sebedůvěry, rozvoji volných vlastností a schopnosti samostatně se (správně) rozhodovat. Jádrovým konfliktem je zde vztah dítěte s rodiči, konkrétně rozpor mezi autonomií dítěte a vnější kontrolou. V ideálním případě by měla panovat mezi těmito skutečnostmi rovnováha upevňující v dítěti samostatnost, nezávislost, schopnost věřit svým dovednostem. Jestliže je pocit autonomie a sebevlády u dítěte popírán, dítě si do dalšího života nese pocity méněcennosti a nedůvěru ve své schopnosti.

---

<sup>3</sup> Ego - vědomá mysl odpovědná za trvalou identitu člověka a jeho chování - uvažování, cítění, rozhodování, snažení (Jung in Drapela, 2003, s. 36)



### **3. Iniciativa proti vině**

Ve třetím až pátém roce života se utváří zodpovědnost dítěte za své činy. Proces probíhá v rámci rodiny skrze přijímání vlastní iniciativy či viny za svá konání. Dítě je zcela přirozeně zvědavé, touží objevovat, chce činit rozhodnutí a na rodičích je, aby jej v takových situacích podporovali, zároveň však stanovili jasné limity a hranice. Úspěšné vyřešení konfliktu vede k vývoji zdravé cílevědomosti, neúspěch naopak podněcuje pocity sebeobviňování a odevzdanosti.

### **4. Snaživost proti méněcennosti**

Ve čtvrtém stádiu si dítě osvojuje dovednosti, snaží se aktivně zapojit a využívat nástroje hmotného světa. Rozvoj kompetencí a sebedůvěry nastává v případě podpory a ocenění rodiny a v úspěšném dosahování cílů dítěte. Zažité neúspěchy mají za následky pocity nedostačivosti, neschopnosti či méněcennosti.

### **5. Identita proti izolaci**

Zmiňované stádium se týká dospívání, utváří osobní identitu a sjednocuje veškeré dosavadní přesvědčení o sobě samém. Dospívající se v adolescenci seznamují se zcela novými skutečnostmi – objevují nové životní role, řeší smysl svého života, hledají své pravé já. Zvládnutí takového konfliktu umožňuje vytvářet smysluplné vztahy k sobě i druhým osobám. Nevyřešení konfliktu vede ke ztrátě sebedůvěry, nejasném vnímání sebe sama a k narušeným vazbám s druhými lidmi.

### **6. Intimita proti izolaci**

Raná dospělost spočívá v navázání důvěrného citového vztahu s druhým člověkem a sdílení společného života. Úspěšné zvládnutí tohoto stádia tkví v odhalení své identity – vzdát se záruk bezpečí, ukázat se zranitelným, citlivým. Nebyl-li dosavadní vývoj úspěšný, člověk není schopen navázat plnohodnotný důvěrný vztah a směřuje ke společenské izolaci. Zásadní problém tkví v tom, že člověk se druhému neumí zcela otevřít, odhalit svou pravou tvář, bojí se podstoupit riziko utrpení v podobě případného zklamání.

## **7. Generativita proti stagnaci**

Ve stadiu zralé dospělosti lidé přispívají, napomáhají druhým ve společnosti. Úkolem je vytvářet hodnoty v životě, ať už v podobě tvorby potomstva, hmotných statků, tvůrčích myšlenek či poskytnutí péče vlastním dětem a rodině. Člověk v dospělosti má být produktivní, překračovat svůj egoismus a dávat životu dynamiku a možnost růstu. Neúspěšný vývoj vyvolává naopak pocity nesmyslnosti, marnosti, stagnace.

## **8. Integrita ego proti zoufalství**

Poslední období stáří pojednává o jistotě a smysluplnosti dosavadního konání člověka. Smysl konečného života existuje pouze ve vztazích, které nás přesahují. Nejdůležitější je v tomto případě přijetí konce života, spokojenost se svou dosavadní snahou a výsledky, zkrátka přijetí života takového jaký je a jaký byl. Nezvládnutí vývojového období spočívá v pocitu promarněného života a následnou zoufalostí z nemožnosti nápravy. Erikson klade důraz na vývojové změny v průběhu celého životního cyklu člověka se zvláštním zřetelem na smysl a dosažení vlastní identity. (Drapela, 2003, s. 68-70)

Jak kvalitně byly saturovány základní vývojové potřeby již od raného vývoje člověka, významně determinuje jeho zranitelnost vůči stresovým a zátěžovým situacím. Míra uspokojení v předchozích životních fázích vede jak ke zdravým, tak nezdravým rysům osobnosti, které mohou mít za následek i propuknutí psychického onemocnění. Člověk s nedostatečně saturovanými základními potřebami je mnohem náchylnější a citlivější vůči okolním událostem, což se zásadně odráží na jeho schopnosti obstát ve světě. Etiologie psychického onemocnění má různý charakter, je však zřejmé, že k propuknutí nemoci dochází právě za zvýšené vulnerability, která může být zapříčiněna nedostatečným uspokojováním základních potřeb během jedincova života.

## **3.2 Koncept vývojových potřeb PBSP**

V následující kapitole si přiblížíme vznik metody PBSP a následně si podrobněji přiblížíme koncept vývojových potřeb dle PBSP, na jehož základech je založeno empirické šetření této práce. Za vznikem metody Psychomotor Therapy

(PBSP) stojí manželé a tanečníci Albert Pessa a Diane Boyden-Pesso. První zárodky terapeutické metody vznikaly právě při tanci, kdy se pokusili své pocity vyjadřovat skrze pohyby a zvuky. Manželé se přesvědčili o tom, že pohybová a emocionální improvizace způsobuje znovuprožití a rozpomenutí se na již dlouho uschované děsivé prožitky. Pessovi brali na vědomí, že zážitky z dětství zásadně ovlivňují chování v pozdějším věku, přičemž přišli na způsob, jak je promítnout na povrch. Metoda PBSP léčí minulé emocionální deficity pomocí unikátních procesů, které klientům pomáhají identifikovat emocionální nedostatky a vytvářet „nové vzpomínky“. Tyto „nové vzpomínky“ poskytují symbolické naplnění základních vývojových potřeb místa, sycení, podpory, bezpečí a limitů. (PBSP, ©2018)

Za rok vzniku PBSP se považuje rok 1961, o několik let později již nově vyvinuté techniky použil Albert Pessa na psychiatrických pacientech, u nichž bylo dosaženo výrazného zlepšení zdravotního stavu. Postupem času manželé psychoterapeutickou metodu dále propracovávali a dnes je PBSP celosvětově známým psychoterapeutickým přístupem. (Pesso, Boyden Pessa a Vrtbovská, 2009, s. 21-25)

Jak již bylo uvedeno, dítě se do života rodí zcela bezbranné s očekáváním, že jeho vývojové potřeby budou adekvátně naplňovány milovanou osobou a jeho život protkájí pocity štěstí a spokojenosti. Pokud je tomu tak již od jeho narození a jedinci se po celou dobu vývoje dostává potřebné lásky, péče a opory, nese si do dalšího života velmi důležité pocity uspokojení a rovnováhy. Optimální podmínky vývoje dítěte jsou tedy založeny na kvalitní vazbě mezi dítětem a nejbližší osobou, nejlépe matkou, umocněného bezpečným a silným poutem. Pessa (2003) uvádí, že dítě vstupuje do světa s geneticky vrozenou „šablonou“, která jej předurčuje instinktivně rozpoznat a vhodně reagovat na rodinu a ostatní podněty. Dítě má tak již od narození, byť v základní formě, uvnitř sebe zakotvenou schopnost a připravenost plnit rozmanité familiární a relační role (jako je např. matka, otec, strýc, teta apod.). V případě, že během vývoje saturování takových potřeb není realizováno, může docházet, za přítomnosti vnějších i vnitřních faktorů a okolností, k poškození správného vývoje mozku s následkem poruchy v duševní oblasti, v závažnějším případě až k psychiatrickému onemocnění. Metoda PBSP pohlíží na lidskou bytost

nadějeplně a optimisticky, přičemž zdůrazňuje, že blažené žití znamená šanci žít spokojený život v tomto nedokonalém světě.

Pesso (2003) dále doplňuje, že výrazný determinant představuje osobní historie člověka, konkrétně to, co se dělo před jeho narozením. Vše působící před a během jeho početí předurčuje jeho bezprostřední přítomnost a vývoj optimální budoucnosti.

(Šamánková, 2011, s. 43) Definuje 4 základní předpoklady pro dosažení žádoucího stavu v životě – *štěstí, uspokojení, spojení s ostatními a smysl života*. Opačný nežádoucí stav lze popsat jako pravý opak – *neštěstí/zoufalství, frustrace/nedostatek, izolace/osamělost, marnost*. V jaké rovině se během svého života pohybujeme, ovlivňuje především fakt, zda péče našich rodičů a nejbližších naplnila naše potřeby, či zda naše dětství bylo poznamenáno traumatickými zážitky, strachy a bolestmi. Albert Pesso a Diane Boyden-Pesso zároveň hovoří o 2 energiích nezbytných pro přežití, a to energii tvořit a energii ničit. Energie tvořit zahrnuje především tvorbu něčeho nového, účelného, důležitého pro život. Energie ničit, tj. agresivita, představuje schopnost vlastní obrany, odolnosti vůči nebezpečí a stresovým událostem. Tyto protichůdné energie představují hybné síly veškerých lidských aktivit, přičemž je na rodičích či pečovateli, aby dítě vybavili schopností zmiňované síly znát a regulovat. V případě, že byl vývoj jedince úspěšný, jsou takové síly dostatečně modulovány a adekvátně využívány pro naplnění šťastného života, v případě nedostatečného rozvoje může docházet až k patologickým projevům chování. „*V případech závažných vývojových poruch má trauma vztahový charakter, mnohonásobné trauma attachmentu<sup>4</sup> produkuje chronickou dysregulaci na úrovni centrální vzrušivosti, produkuje deficit na tělesné i duševní úrovni.*“ (Schore, 2007 cit. dle Pesso, Boyden Pesso a Vrtbovská, 2009, s. 40)

---

<sup>4</sup> Attachment – vazba, úzký vztah, přilnutí

Jak definovali manželé Pessovi, každý člověk má mít v životě možnost prožívat štěstí, být spokojený, ve spojení s ostatními a žít smysluplně. Aby člověk takový život prožil, je zapotřebí splnění určitých předpokladů v podobě pěti základních vývojových potřeb:

- 1. Potřeba místa**
- 2. Potřeba sycení**
- 3. Potřeba podpory**
- 4. Potřeba ochrany**
- 5. Potřeba limitů (mezí)**

Za předpokladu, že saturace potřeb nebyla realizována dostatečně dobře, těmi správnými lidmi a po dostatečně dlouhou dobu, dochází k deficitům ve vývoji osobnosti jedince. Nenaplněné potřeby se vzájemně kombinují a mohou nastat v různém věku člověka. Pokud dojde k saturaci potřeb alespoň zčásti, jedinec má uloženy menší, méně významné deficity. Pokud však chybí podstatné prvky naplnění, dotyčný se snaží najít jiné cesty k jejich naplnění – obrací se k náhradním zdrojům (vazba na věci, zvířata, hudbu či víru), obrací se sám k sobě, kdy se stává naplňovatelem svých určitých potřeb, sám sobě se stává rodičem aj. Zde lze opět konstatovat, že vliv sociálního prostředí (nejen) v dětství předurčuje naše působení v dospělosti.

PBSP pojednává o tom, že každý jedinec je již od narození vybaven určitým očekáváním. Očekáváním, které ve světě potřebuje bytostně nalézt. „*Lidský jedinec je sám o sobě aktivní a od okolí očekává, že na jeho aktivitu bude adekvátně reagovat. Trochu jinými slovy lze říci, že na akci očekává uspokojivou reakci, na otázku právě takovou odpověď, na pohyb žádoucí protipohyb. Součástí jeho genetické výbavy jsou tedy jakási ideální očekávání či ideální vnitřní obrazy toho, co ve světě potřebuje najít. Nachází-li to, může se zdárně vyvíjet, realizovat, co je mu dáno, a mít pocit, že život má smysl. Nenachází-li, zůstávají v něm očekávání frustrovaná. V životě se pak ztrácí, má pocity bezmoci, frustrace a nesmyslnosti.*“ (Širínek 2009 cit. dle Šamánkové 2011, s. 44) Pessu a Boyden-Pessu označili konkrétně 5 základních očekávání s důrazem na jejich uspokojení ve správný čas,

vhodným způsobem a správnými lidmi. Pokud je během života na naše potřeby vhodně reagováno a dostáváme, to co potřebujeme, můžeme se plně rozvinout v tělesně i duševně zdravého jedince.

Pro PBSP je velmi důležité, že k naplnění potřeb dochází v interakci s ostatními a na třech vývojových úrovních:

1. **Doslovné**
2. **Symbolické**
3. **Dosažení autonomie**

U **doslovného naplnění potřeb** jde o materiální a fyzickou charakteristiku. Základní potřeby musí být naplněny doslova, a to rodiči, či jinými pečujícími osobami, kteří dítě:

- počnou nebo přivedou na svět s láskou
- sytí a krmí jej
- chovají a nosí jej
- dávají mu správné hranice (meze). (Pesso, Boyden Pesso a Vrtbovská, 2009)

Na **symbolické úrovni naplňování potřeb** rodiče nebo pečovatelé dávají dítěti:

- místo ve svém srdci, myslí
- sytí jeho sebedůvěru
- podporují ho ve snaze
- ochraňují ho
- definují limity a hranice. (Pesso, Boyden Pesso a Vrtbovská, 2009)

**Dosažení autonomie** pak znamená stav, kdy se dítě naučí, jak naplňovat a uspokojovat své potřeby samostatně. Ztotožní se s péčí rodičů, čímž má:

- místo ve svém těle a své myslí
- sytí se samo skrze aktivity a snahy
- podporuje se
- ochraňuje se

- dává si samo určité hranice a umí žít v limitech. (Pesso, Boyden Pesso a Vrtbovská, 2009)

Zásadní roli v životě člověka tedy představují vztahy, zejména vztahy s rodiči. (Širínek, 2017) Pesso pak vysvětluje potřebu vztahů na základě počátku vzniku života následovně: *„Prvotní lidskou zkušenost s interakcí je spojení vajíčka a spermie, druhou pak uhníždění oplodněného vajíčka v děložní stěně... Chci tím poukázat na takto hluboké kořeny lidské vztahovosti, vše psychologické má kořeny ve fyziologii, vše abstraktní v konkrétním... Podobně jako oplodněné vajíčko by nepřežilo samotné, tak potřebují lidské bytosti – především během časného vývoje - vztahy...“* (Pesso 2009 cit dle. Šamánkové 2011, s. 44)

Než se člověk stane zcela samostatným, musí nasbírat dostatečné množství zkušeností právě ze vztahových interakcí s rodiči či jinými blízkými pečujícími osobami. Tyto konkrétní prožitky si pak musí vnitřně osvojit a vhodně je využít v lidské společnosti. Pokud ovšem takové zkušenosti neposkytuje domácí prostředí, dotýčný zcela intuitivně hledá východisko u náhradních zdrojů. To sice postačí pro přežití, avšak nepřinese adekvátní pocit uspokojení, smysluplnosti a štěstí. Po dostatečném naplnění potřeb pak vědomě či nevědomě touží po celý život, avšak v interakci s nesprávnými lidmi, v nesprávném čase a na nesprávném místě. Každý má tedy svá slabá a silná místa a jinou schopnost zvládat zátěžové situace. U někoho se mohou deficity v naplnění základních vývojových potřeb projevovat ve zvládání a způsobech každodenního fungování, u jiného se pak vyskytnou v náročné situaci v souvislosti s danou potřebou. Pokud taková potřeba nebyla v minulosti dostatečně uspokojena a její naplnění adekvátně zvnitřněno, může dojít až ke vzniku osobní krize. Jistou zátěžovou situací může představovat také hospitalizace člověka, jejíž zvládání je determinováno mírou naplnění základních vývojových potřeb. (Šamánková, 2011, s. 41-45)

Mezi 5 zmiňovaných vývojových potřeb patří potřeba místa, sycení, podpory, bezpečí a limitu.

### **1. Potřeba místa**

Naplnění potřeby je úzce spjato především s prenatálním obdobím, obdobím porodu a asi půl roku po narození dítěte. Pokud má člověk dobře saturovanou potřebu místa, nalézá své místo v životě, mezi lidmi, cítí se zakořeněný. Cítí se být „doma“, „na správném místě“, „ve správném čase“. Potřeba místa má v životě zásadní význam, její saturace probíhá na doslovné úrovni již v raném vývoji dítěte, a to v těle matky. Matčina děloha dítěti poskytuje zkušenost oddělenosti, zároveň však silného spojení a provázanosti. Po narození se potřeba místa uspokojuje symbolicky nejen v náruči rodičů, ale také v jejich myslích, kdy se buduje pevný, nejen mateřský, vztah naplněný láskou a porozuměním. Dítě potřebuje cítit, že je milováno. Pessoa uvádí, že abychom měli místo ve své mysli sami pro sebe, musíme nejprve existovat jako představa v mysli někoho jiného. (In: Šamánková, 2011) Postupem času se potřeba „někam patřit“ váže na okolí jedincova života. Člověk potřebuje být okolním světem, ať už v podobě přátel, spolužáků, kolegů, přijímaný a milovaný, musí se cítit součástí světa a mít zde své platné místo. Na autonomní úrovni dochází v rámci saturace k přijetí vlastního já, nalezení svého místa ve společnosti a osvojení si životních rolí.

Nenaplnění této potřeby v lidech vzbuzuje pocity zoufalosti, nezakotvenosti. Nenalezení uspokojení v této oblasti činí lidi nedůvěřivými, nejen vůči okolí a světu jako takovému, nýbrž vzbuzuje nedůvěru i v sebe sama. (Pessoa, Boyden Pessoa a Vrtbovská, 2009) Lidé s psychickým onemocněním se velmi často potýkají se stigmatizací a odmítáním společnosti, což vede k jejich sociální izolaci od běžného světa a uzavírání se do sebe. V mnoha případech jsou nemocní zavrženi i samotnou rodinou a tak důležitou potřebu jako je domov ztrácejí. Lucká (In Šamánková 2011) pak zmiňuje, že pocit nevítanosti a nepřijetí ve světě (zakořeněné přesvědčení, že „tady pro mě není místo“) může být zapříčiněno odlišností danou postižením, zjevem či menšinovým původem. Deficit v naplnění místa se může v různé intenzitě projevit vykořeněností, neusazeností a neklidem či cestováním z místa na místo. Tací lidé pak



cestu k naplnění potřeby zcela logicky hledají jinde ve světě, obrací se třeba k mimozemským hodnotám či k Bohu.

Pesso (In: Šamánková 2011) popisuje situace v prenatalním období, které mohou vést k narušení pocitu dobrého místa ve světě:

- Těhotenství v náročném a těžkém prostředí – války, sociální nepokoje, živelné katastrofy
- Nekompletní uhnízdění vajíčka v děloze
- Násilí v domácím prostředí
- Matčina deprese nebo její neochota mít dítě
- Anatomicky malá děloha
- Předčasný porod s následným umístěním novorozence do inkubátoru
- Opuštění novorozence matkou nebo její závažné onemocnění znemožňující péči o novorozence atd.

## **2. Potřeba sycení**

Potřeba sycení znamená především péči a výživu a začíná již v prvopočátcích života dítěte prostřednictvím pupeční šňůry. Po narození dítě saje mléko, v nejlepším případě od své matky, je konejšeno, hlazeno a zahrnuto láskou. Míní se tím však nejen sycení jídlem a pitím v rámci uspokojení fyziologických potřeb, ale také sycení na doslovné úrovni skrze vytváření podnětného prostředí a předávání lásky, něžnosti, dovedností, pozorností a zážitků. Člověk potřebuje být naplněn také po emocionální stránce. To, jakým způsobem se dítě naučí přijímat péči, je směrodatné pro tvorbu interakcí v dalším vývoji. Autonomní úroveň umožňuje sycení sebe sama i svého okolí za předpokladu pocitu naplnění a potřebnosti. Neuspokojení této potřeby vede k pocitům marnosti, zbytečnosti, pocitům prázdnoty a nedostatku, který nelze ničím zaplnit. (Pesso, Boyden Pesso a Vrtbovská, 2009)

Jak uvádí Šamánková (2011) není v našich geografických podmínkách, ve většině případů, problém nasytit potomka potravinami, nýbrž poskytnout mu dostatek lásky a pozornosti. Malé dítě se již od narození učí rozlišovat pocity hladu a touhu po něčem jiném, což souvisí i se správným rozpoznáním svých tělesných signálů – bolest břicha, hlavy může znamenat nejen hlad nebo onemocnění, ale také

strach či nervozitu, a tedy touhu po ochraně, blízkosti, lásce. Jestliže o nás bylo v dětství dostatečně postaráno, pocítujeme v dospělosti sytost a naplnění a dokážeme sami nacházet vyživující vztahy, zájmy, informace aj. Lidé, jejichž potřeby v dětství nebyly saturovány, mohou v dospělosti trpět přetrvávajícími pocity vnitřní prázdnoty, nudy či vyhledávat toxické uspokojení. Řadíme sem různé druhy závislosti, ale také poruch příjmu potravy, závislosti na práci či vztazích.

### **3. Potřeba podpory**

Dítě je podporováno již od samotného početí, podporu v prenatálním období poskytuje dítěti opět děloha a plodová voda v ní. Po narození je dítě zcela bezmocné, bezbranné, proto je zapotřebí náruč rodičů, která je v doslovné podobě zaměřena na překonávání zemské přitažlivosti. Pomoc tkví v podpoře celého těla dítěte - nošení, držení, houpání aj. Jakmile se začíná učit chodit, rodiče mu pomáhají, zvedají ho a mírní jeho pády. V pozdějším věku podpora rodičů přechází do symbolické roviny, ta souvisí s posilováním schopností a dovedností dítěte, s poskytováním opory při překonávání překážek a těžkých chvílích, v podporování a povzbuzování v jeho snažení a rozvoji. Stálá podpora využitá ve vhodné míře pak vede k rozvíjení samostatnosti dítěte, k jeho růstu a rozvoji. Šamánková (2011) poukazuje na důležitost nalézt správný poměr mezi závislostí a samostatností s ohledem na věk a schopnosti dítěte. Přílišný tlak na samostatnost vede k prožitku nedostatečné podpory, dítě se tak naučí podporu od okolí neočekávat a následně ani nepožadovat. Přehnané bránění v pohybu a aktivitách a vytváření závislosti vyústí uje v neschopnost dítěte „postavit se na vlastní nohy“. V rámci autonomie pak člověk dokáže sám řešit své problémy, zná své limity, učí se být odolným vůči případným stresům, je sociálně zralý. Dospělý s dobře saturovanou podporou v dětství, si umí v případě potřeby pomoc sám zajistit a umí ji přijmout i od samotného okolí. Tito lidé pak lépe odolávají zátěži a jsou schopni oporu nalézat také sami v sobě. Při nedostatečném naplnění potřeby vznikají pocity nedůvěry v sebe, ve své schopnosti, pocity méněcennosti, neschopnosti, slabosti. Takový člověk má tendence k podceňování se a k předčasnému vzdávání se „bez boje“. Že je potřeba podpory důležitá v průběhu celého životního cyklu člověka, dokazuje i fakt, že spousta lidí s psychickým onemocněním se s nemocí vyrovnává jen velmi těžko a průběh léčby

je o to efektivnější, když jsou kolem nemocného funkční rodinné vazby a kvalitní podpůrná síť. (Pesso, Boyden Pesso a Vrtbovská, 2009)

#### **4. Potřeba ochrany (bezpečí)**

Potřeba ochrany představuje potřebu pomyslného štítu proti nebezpečí. V prenatálním období je plod chráněn dělohou, po narození dítě ochraňují rodiče, a to doslova svou náručí, svým tělem. Proti vnějším silám je novorozené dítě zcela zranitelné a křehké, proto je nutné chránit jej osobami blízkými před možným nebezpečím, násilím a agresí. Potřeba bezpečí reaguje na naši zranitelnost a bezmoc. V dětství je jednou z úloh rodičů poskytnout dítěti pevnou a pružnou ochranu, naučit děti bezpečně rozeznat nebezpečné a bezpečné a umět žít aktivně bez přehnaného pocitu ohrožení. Rodiče musí své dítě učit vážit míru rizika a v případě ohrožení se umět i bránit. Na symbolické úrovni je pak dítě chráněno před emocionální zátěží nebo přílišnou stimulací (informace, média aj.) Život jako takový je pak obecně chráněn lidskými a dětskými právy. Pakliže jsou rodiče příliš úzkostní a své dítě přehnaně opatrují, dítě nemá možnost poznat, co jej čeká za „zdi domova“. Děti v tzv. „zlaté kleci“ dokážou velmi obtížně rozeznat bezpečné od nebezpečného a dle výchovy mohou předpokládat, že svět okolo je zcela bezpečný, tak jako tomu bylo doma, či naopak, že svět je nebezpečné místo, kterému je třeba se vyhýbat a stranit. (Šamánková, 2011)

Pokud je míra ochrany v dětství správně satureována, dítě a později i dospělý se umí přiměřeně chránit a s případným rizikem si poradit. Dosažení autonomie tedy představuje schopnost rozpoznat nebezpečí, umět se mu vyhnout či se před ním obrnit a překonat jej. Jestliže dítě není chráněno dostatečně, existuje riziko, že se začne chránit proti okolí svými vlastními silami. K extrémnímu narušení pak dochází u zneužívaných nebo jinak traumatizovaných dětí, kde předpokládání pečovatelé, buď v rámci ochrany před násilníkem selhali, nebo byli sami zneuživateli. Takové děti mají v budoucnu problém se před nebezpečím chránit a dokonce možnost ohrožení rozpoznat. V dospělosti to může vést k opakovanému navazování destruktivních ohrožujících vztahů, či k neustálému vstupování do riskantních situací a nebezpečných míst. (Šamánková, 2011) Nedostatek ochrany v životě člověka vede k pocitům bezmoci a přecitlivělosti, přehnanému strachu a úzkosti, velké otevřenosti

ke zraňujícím situacím spojené s vysokou naivitou a neschopností odhalit včas rizikové události.

## 5. Potřeba mezí (limitů)

Nasycení této potřeby dává životu tak důležitý řád a smysl. Jako lidé se rodíme a umíráme, neexistujeme najednou ve více tělech, z čehož plyne, že máme potřebu být vymezováni v prostoru a v čase mezemi naší existence. V prenatalním období je opět děloha tím, co plod limituje prostorem a časem. Novorozenci pak poskytují limity rodiče, či pečovatelé, kteří saturují jeho základní životní potřeby. Prostřednictvím opakovaného kontaktu s druhými získává dítě zkušenost s tím, že trápení není neomezené, že má také svůj konec a potřeby jsou uspokojitelné. V další vývojové fázi je nutné, aby byly limitovány jeho pudové síly a energie, konkrétně sexualita a agresivita, jež jsou součástí každé živé bytosti. Dítě potřebuje jasně vědět, že rodiče vítají jeho zvědavost a sílu, zároveň jsou ve výchově pevní a jasní a přiměřeně reagují na dětské projevy sexuality. Limity musí být adekvátně pružné, aby dítě mohlo zažívat, že svět kolem se dá ovlivnit, současně dostatečně pevné pro jasné uvědomění hranic.

Pesso zmiňuje, že lidský život je provázen 2 hnacími silami - silou tvořit a ničit, kterými se přímo podílíme na utváření vnějšího světa. Dítě se tak prostřednictvím zkušeností a interakcí s nejbližšími učí přijímat, že tyto síly nejsou nekontrolovatelné a nekonečné, nýbrž vše má svou míru a hranice. Správní a milující rodiče uspokojují základní vývojové potřeby dítěte v těch správných mezích a hraničích jeho bezmezné chuti a požadavky. Zásadním pro lidský vývoj je také schopnost přijímat a zvládat agresi s porozuměním a respektem, jakožto ventil napětí či tenze. Zde je zapotřebí, aby vztek a zuřivost dítěte byly jasně omezeny a nebylo jim dovoleno dosáhnout destrukce či ubližování. Rodiče by měli správně reagovat i na projevy lásky a sexuální chování. Zmiňovaná vyjádření jsou vítána a přijímána, ale také jasně ohraničena. S uspokojením potřeby limitů, člověk získává pocit jasných hranic a mezí svého chování, dochází k jasnému rozpoznání, kdo jsem a nejsem, jaký mám vliv a kde už začíná vliv druhých. Láskyplně limitované dítě se v dospělosti neobává ztráty kontroly, dovede se prosadit, aniž by přitom zraňovalo druhé. (Pesso, Boyden Pesso a Vrtbovská, 2009)

Nedostatečná saturace této potřeby způsobuje pocity všemocnosti, bezhraničnosti, bezohlednosti k druhým. Člověk bez limitů se ve svém myšlení stává jediným a na nikom jiném mu nezáleží. Na straně druhé může docházet k nekontrolovatelnému vzteku, násilí, promiskuity, což lze vnímat jako hledání doslovných limitů. Výbuchy bezmezní energie se mohou odvracet i proti vlastní osobě v podobě sebenávisti, autodestruktivně a sebevražedných sklonů. Lucká a Koblíková (In: Šamánková, 2011) doplňují, že závažná nemoc může vyústit v přesvědčení, že „to nikdy neskončí“, že dotyčnému „není pomoci“. Vnější projevem takových pocitů pak může být deprese, rezignace nebo bezmocný vztek.

Jak zmiňuje Perquin (1996), na mnoho psychologických problémů lze nahlížet jako na různé podoby sebelimitování. Můžeme k nim přistupovat jako k neschopnosti zdravě vyjádřit a regulovat agresi. Hovoříme o rozmanité škále obsedantně kompulzivních poruch, somatizací, úzkostí, depresí nebo sebedestruktivních činností.

## **4 Organizace Péče o duševní zdraví**

Vzhledem k povaze diplomové práce zabývající se lidmi s duševním onemocněním a charakteru empirického šetření, kdy se dotazují na zkušenosti pracovníků organizace Péče o duševní zdraví, považuji za nezbytné stručně popsat a definovat vznik, poslání a náplň organizace. Zapsaný spolek Péče o duševní zdraví je nezisková, nestátní a politicky nezávislá organizace, která pomáhá duševně nemocným lidem, především lidem se schizofrenií a s bipolární poruchou. Spolek byl založen v roce 1995 díky Antonínu Šimkovi, který se zasloužil o úspěch ve výběrovém řízení na zavedení poskytovatelů regionální komunitní péče. Hlavním důvodem vzniku bylo přesvědčení, že lidé s duševní nemocí by neměli být společností odmítáni a izolováni. Posláním organizace je především pomáhat dlouhodobě duševně nemocným, aby mohli žít co nejsamostatněji a spokojeně dle své volby. Organizace se snaží o zapojení jedinců do života, pomáhá řešit nemocným jejich sociální problémy a učí je praktickým dovednostem, které jsou potřeba k běžnému životu. Mezi další cíle spolku patří pomoc duševně nemocným

smysluplně využívat svůj volný čas, aby nebyli osamělí a oddělení od společnosti, naučit nemocné, jak se chovat v krizových situacích a zprostředkovat jim mezilidské kontakty. Důležitá je také pomoc jedinci dosáhnout osobních cílů v oblasti práce, vztahů, vzdělání, bydlení a volného času. Cílovou skupinu tvoří dospělí od 18 let s duševním onemocněním, kteří splňují indikaci služeb a souhlasí s pravidly daného zařízení. Organizace poskytuje ambulantní a terénní služby, kdy dochází přímo „za klientem“ do jeho přirozeného prostředí. V současné době funguje v Královéhradeckém a Pardubickém kraji celkem 7 středisek pracujících formou psychosociální rehabilitace a case managementu a středisko Výměník, jehož cílem je rozvíjet pracovní a sociální dovednosti zdravotně hendikepovaných.

Středisko Péče o duševní zdraví v Hradci Králové funguje multidisciplinárně, sestává z 9 sociálních pracovníků, peer konzultanta a dvou zdravotních sester. Peer neboli „kolega se zkušeností“ je člověk, který má sám zkušenost s psychiatrickou diagnózou. Jeho hlavním pracovním nástrojem je onemocnění samotné, přičemž klienty provází duševní nemocí a dodává jim naději v plnohodnotný život. Jeho osobní příběh a prožitky tak vnáší mezi klienty zcela autentický přístup, což pro mnohé z nich znamená motivaci a víru na cestě k zotavení. Necelý půlrok patří mezi pracovní tým organizace také dvě zdravotní sestry, které dávají naší práci zcela nový rozměr v podobě propojení sociální a zdravotnické složky. Sestry se zaměřují na pomoc klientovi v oblasti fyzického a psychického zdraví a zajišťují potřebné zdravotnické úkony.

Pro spolupráci s konkrétním klientem je určen vždy jeden tzv. klíčový pracovník, který klientovi pomáhá pracovat na dosažení požadovaného cíle neboli zakázky. Pro organizaci je velmi důležitá hodnota týmové spolupráce. Množství náročných problémů a případů, které se vyskytnou, lze řešit ve spolupráci s ostatními členy týmu mnohem rychleji a efektivněji. I přesto, že má každý klient „svého“ klíčového pracovníka, probíhá pravidelné sdílení klientů s ostatními, jelikož součinnost lidí různých charakterů a schopností napomáhá k usnadnění spolupráce a případné možné zastupitelnosti u klienta. V neposlední řadě zajišťuje středisko fungování čtyř tréninkových bytů poskytující prostor k osvojení si návyků a dovedností v rámci samostatného bydlení.

Organizace Péče o duševní zdraví se také snaží vzdělávat a seznamovat veřejnost s problematikou duševních nemocí. V rámci osvěty společnosti organizace každoročně pořádá Týdny pro duševní zdraví, jejichž cílem je snaha o zlepšení postojů a vztahů ostatních k duševně nemocným. I přesto, že stigmatizace v posledních letech díky dosavadní osvětové činnosti klesá, stále se ve velké míře objevuje netolerance k psychicky nemocným. Mnoho lidí totiž duševně hendikepované nepřijímá a odsuzuje, což má za příčinu další těžkosti v jejich životech, mnohdy vedoucí až k samotné hospitalizaci či sociálnímu vyloučení. Týdny pro duševní zdraví umožňují veřejnosti přiblížit život duševně nemocných a napomáhá ke zlepšení vzájemných vztahů. Duševně nemocné se zase snaží informovat o možných zdrojích pomoci a o postupech zvládnání své nemoci.

V rámci reformy psychiatrické péče se organizace Péče o duševní zdraví v průběhu roku 2019 přetransformuje na Centrum duševního zdraví, které bude poskytovat lidem s duševním onemocněním mnohem komplexnější péči, a to přímo v jejich přirozeném prostředí. V souvislosti se vznikem center se tím rozšíří o psychologa a psychiatra, jejichž zapojení znamená obrovský pokrok v poskytování péče a podpory duševně nemocným. Centra mají napomáhat efektivnímu řešení krizových situací a zamezit tak následné hospitalizaci jedince. Takový pokrok může představovat i nový začátek života pro dosud dlouhodobě hospitalizované lidi s duševní nemocí.

## **5 Sociální pedagog jakožto dobrovolník v přímé práci s klientem**

Tématu dobrovolnictví se ve své práci věnuji především proto, že jsem sama byla po dobu tří let dobrovolníkem v organizaci Péče o duševní zdraví, kde jsem nasbírala cenné zkušenosti determinující můj další profesní vývoj k práci s cílovou skupinou duševně nemocných. V dobrovolnictví lze spatřit významné podobnosti s činností sociálního pedagoga a vzhledem k jejich úzké spojitosti je nezbytné zmíněné pojmy konkrétně definovat. Zaměřím se na vymezení pojmů jako je dobrovolnictví a jeho význam, role dobrovolníka a sociálního pedagoga. Dále

přiblížím dobrovolnictví v kontextu práce sociálního pedagoga a podělím se o své dobrovolnické zkušenosti v organizaci Péče o duševní zdraví.

Dobrovolnictví je tvořené ze dvou slov – dobro a vůle, což již předznamenává, že jde o činnost konanou z dobré vůle. Dobrovolnictví je velmi rozmanitá a různorodá činnost a každý z nás si jistým způsobem dokáže tento termín vysvětlit. Každý autor však dobrovolnictví chápe odlišně, což svědčí o šíři a rozmanitosti tohoto fenoménu. Jednotná definice pro dobrovolnictví není tedy zcela ujasněna. Zakladatelé Národního dobrovolnického centra Hestia – Jiří Tošner a Olga Sozanská ve své knize *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*, vysvětlují dobrovolnictví následovně: „*Dobrovolnictví není obět, ale přirozený projev občanské zralosti. Přináší konkrétní pomoc tomu, kdo ji potřebuje, ale zároveň poskytuje dobrovolníkovi pocit smysluplnosti, je zdrojem nových zkušeností a dovedností a obohacím v mezilidských vztazích.*“ (2002, s. 18)

Všeobecná deklarace o dobrovolnictví charakterizuje dobrovolnictví jako: „... *základní stavební prvek občanské společnosti. Uskutečňuje nejvznešenější aspirace lidstva - touhu po míru, svobodě, příležitostech, bezpečí a spravedlnosti pro všechny.*“ (Všeobecná deklarace o dobrovolnictví, 2001)

I Dekker a Halman (2003, s. 1-3) poukazují na rozdílnost vysvětlení dobrovolnictví, nicméně každá z definic je dle jejich názoru založená na třech nebo čtyřech stěžejních znacích - dobrovolnictví je neplacené, nepovinné, ve prospěch druhých a většinou se koná v organizovaném kontextu.

Wilson a Musick (1997, s. 700 - 701) se domnívají, že dobrovolnictví jakožto formální pomoc je spíše veřejná a organizovaná záležitost. Zatímco neformální pomoc v podobě péče o přátele a blízké obsahuje prvky závazku a povinnosti. Dobrovolnictví je tedy záležitostí svobodné volby.

Z odlišného úhlu vnímá dobrovolnictví Giddens (2001), který jej chápe jako práci bez nároku na mzdu, která není vykonávána jako ekonomická nutnost, a tedy není jen pro obživu ani pro zajištění života potomků. Zmiňuje práci v domácnosti, která většinou není finančně dotována, ale nejedná se o činnost dobrovolnickou. Z již zmíněných definic tedy vyplývá, že dobrovolnictví je svobodně zvolená prosociální



činnost, tedy činnost ve prospěch společnosti, pomáhající druhým lidem, kteří nejsou příbuzní, bez nároku na odměnu.

Vzhledem k tomu, že dobrovolnictví je zcela logicky podmíněno lidským faktorem, definuji také aktéra samotné dobrovolnické činnosti – dobrovolníka.

**Dobrovolník** je člověk, který poskytuje svůj čas, energii, vědomosti a schopnosti ve prospěch ostatních lidí či společnosti bez nároku na odměnu. *„Může jít o pomoc konkrétnímu člověku či organizaci, která pomoc potřebným poskytuje - např. organizaci zaměřené sociálně, zdravotně, ekologicky či kulturně. Dobrovolníkem se může stát v podstatě kdokoliv, protože takřka každý umí něco, co může poskytnout ostatním.“* (Novotný a Stará, 2002)

Dobrovolník je ten, kdo dostatečně věří ve své schopnosti změnit věci, se kterými není spokojený. Jde o člověka, který dokáže udělat ten jednoduchý, ale zásadní krok a obětovat svůj volný čas a energii ve prospěch druhých lidí. Dobrovolníkem se může stát v podstatě kdokoliv, protože každý z nás umí něco, co může nabídnout okolí. Dobrovolník dává část svého času, energie i schopností ve prospěch činnosti, která je časově i obsahově vymezena, a za kterou nedostává finanční odměnu. Důvodů, proč se lidé stávají dobrovolníky, je spousta – tím hlavním bývá potřeba pomoci druhému člověku. Dobrovolnická činnost může přinášet pocit užitečnosti, nové zkušenosti, kontakty, nové dovednosti či přátelství.

Vzhledem ke spojitosti role dobrovolníka a sociálního pedagoga je nutné vymezit roli sociálního pedagoga. Samotná profese sociálního pedagoga není nijak konkrétně časově či místně charakterizována. Pole působnosti sociálního pedagoga je velice široké. Lze jej charakterizovat činností v oblasti integrační a v oblasti rozvojové. Integrační činnost je přímou pomocí osobám v krizových situacích, osoby potřebné odborné pomoci. Můžeme je též označit jako tzv. klienty. Rozvojová činnost má za úkol zajistit optimální a žádoucí rozvoj jedince a jeho osobnosti v žádoucím směru vytvoření zdravého životního stylu. (Kraus, Poláčková, 2001, s. 18)

Klíma (1993) definuje profesi sociálního pedagoga následovně: *„Jedná se o specializovaného odborníka vybaveného teoreticky, prakticky a kompetenčně pro záměrné působení na osoby a sociální skupiny především tam, kde životní způsob,*

*životní praxe těchto jednotlivců či sociálních skupin se vyznačuje destruktivním či nekreativním způsobem uspokojování potřeb a utváření vlastní identity.*“ (in Kraus; Poláčková, 2001, s. 19) Sociální pedagogika jako disciplína se pak podle Krause (2001, s. 12) zaměřuje na „... *problémy patologického charakteru, marginálních skupin, částí populace ohrožených ve svém rozvoji a potencionálně deviantně jednajících, ale především na celou populaci ve smyslu vytváření souladu mezi jejich potřebami jedince a společnosti, na utváření optimálního způsobu života v dané společnosti.*“ Stěžejní tedy je, že se zabývá potřebami všech jedinců, každý člověk je tedy potenciálním objektem sociální pedagogiky. Jak bylo uvedeno v předchozích kapitolách, vytvoření důvěry k ostatním je u lidí s duševním onemocněním velmi komplikované, proto je zásadní pro efektivní práci navázání kvalitního vztahu mezi klientem a sociálním pedagogem. Sociální pedagog by měl posilovat veškeré klientovy nedostatečné návyky s cílem, aby je klient zvládal postupně sám bez vnější pomoci a převzal odpovědnost za svůj život. Sociální pedagog neposkytuje pomoc pouze pravidelnými schůzkami, nýbrž zapojuje do podpůrné sítě zdroje kolem klienta (rodina, přátelé, doktoři aj.). Sociální pedagog by měl být ve vztahu k člověku vždy autentický a otevřený, na druhé straně by si však měl zachovat profesionální přístup a ctít úkol, na kterém oba společně pracují. (Pěč a Probstová, 2014, s. 49-51)

## **5.1 Dobrovolník v organizaci**

Lidé s duševním onemocněním se mnohdy stávají sociálně izolovanými. Kontakty s blízkými velmi často ztrácejí během své psychiatrické hospitalizace a nejsou schopni je po jejich návratu domů obnovit či navázat přátelství nová. Jedním z možných řešení jejich situace je právě program asistovaného přátelství v organizaci Péče o duševní zdraví, tj. „párování“ dobrovolníků s klienty při společných činnostech běžného života, kterého jsem byla po dobu tří let součástí.

Cílem programu asistovaného přátelství je především prolomit sociální izolaci jedince a rozšířit jeho sociální síť. Dobrovolník prostřednictvím trávení volného času intenzivně působí na přirozené prostředí okolo klienta a napomáhá tak vytvářet klientovi vhodné životní podmínky k optimálnímu a žádoucímu rozvoji. Kraus a Poláčková (2001, s. 21) potvrzují, že škála pracovních činností sociálního pedagoga je velmi různorodá a originální. Může se jednat o záměrné výchovné působení

v podobě různých aktivit nabízených klientům, ale také působení ve formě kooperace s ostatními odborníky. Nejedná se pouze o výchovu samotnou, ale také o pomoc a spolupráci s nejbližším prostředím jedince. Jednou z podmínek kvalitně prováděné sociálně pedagogické činnosti je aktivní utváření zdravých interpersonálních vztahů mezi osobou sociálního pedagoga a klienta.

Sociální faktory a prostředí, ve kterém jedinec žije, zásadně ovlivňují vznik, průběh a vyústění duševních poruch. Zejména u lidí s dlouhodobým duševním onemocněním jsou sociální aspekty rozhodující v dalším vývoji nemoci. Ve středu zájmu jsou především prostředí a podmínky (ekonomické, kulturní, společenské), které člověka směřují a ovlivňují. Stejně tak důležitá je interakce člověka s prostředím a adaptace na něj či fungování v něm a problémy z toho vyplývající. (Probstová a Pěč, 2014, s. 17-21) V průběhu navazování vztahu mezi klientem a dobrovolníkem je zcela zásadní vytvoření důvěry, teprve později je na jejím základu možné budovat přátelství. Na počátku je obvykle aktivnější dobrovolník, což by se v průběhu programu mělo měnit v aktivní zapojení klienta – vzájemné plánování společných činností aj. Pravidelná setkávání by měla klientovi i dobrovolníkovi přinášet uspokojení ze společně stráveného času. Navázané přátelství tak vnáší do života klientů podporu, ale také správnou motivaci, tzv. „vítr v zádech“. Dobrovolník může v životě klientů představovat průvodce, který reaguje na jedincovy potřeby a za pomoci vybudované důvěry, sdílení, reciprocity a partnerství se snaží klienta co nejvíce zapojit do běžného života, vytvořit optimální podmínky pro jeho zdravý rozvoj a pomoci mu být součástí společenského prostředí.

Kraus v knize *Základy sociální pedagogiky* (2008, s. 133 - 140) zdůrazňuje, že pomoc je s dobrovolnictvím úzce spjata, neboť ji chápe jako: „... *aktivní účast při řešení konkrétní životní situace, a to s konkrétním cílem, který vyplývá z daného ohrožení nebo nouze. Je to soubor činností, kterými se snažíme kompenzovat odhalené nedostatky, tj. aktivizovat člověka a pomáhat mu zajistit sociální a psychickou stabilitu a sociální nezávislost, tedy zkvalitnit jeho život.*“ (Kraus, 2008, s. 135) Danou definici vnímám z hlediska dobrovolnictví jako velice výstižnou, neboť aktivizace klienta a zkvalitnění jeho života patří mezi hlavní cíle, které má dobrovolník svojí činností u klienta dosáhnout. V rámci dobrovolnictví dochází k utváření blízkého důvěrného vztahu, který doplňuje odbornou sociální, zdravotní

péči či saturuje potřebu vztahů a emoční podpory, která u klientů zcela chybí nebo je nedostatečná. Dobrovolnictví naplňuje základní paradigmatu sociální pedagogiky, kdy jako činnost probíhá ve prospěch společnosti a pro společnost, zejména pak pro lidi v nepříznivé sociální situaci. I přesto, že dobrovolníci nemusí mít odbornou způsobilost, jejich vliv na život klientů a samotnou kvalitu jejich života může být znatelný. Dá se tak říci, že dobrovolníci do jisté míry využívají klasických výchovných metod vycházející právě ze sociální pedagogiky. Každý dobrovolník musí zcela přirozeně počítat s tím, že během programu, v kterém se realizuje, se seznamuje s životním příběhem klienta. Dobrovolnictví je podmíněno dodržováním určitých pravidel, respektováním náplně a cíle dobrovolnického programu, přičemž je ukotveno vzájemnými dohodami. I přesto, že dobrovolnictví má své určité hranice, zcela přirozeně z pravidelného setkávání může vzniknout pouto důvěry, kdy klientovi dobrovolník napomáhá s řešením situací, ve kterých neví „jak dál“. Samozřejmě, že dobrovolník by měl umět v takových chvílích reagovat, případně pak vědět koho požádat o radu. Prostřednictvím dobrovolnické činnosti na sebe klient a dobrovolník vzájemně působí a dochází tak k výchově, vzdělávání a kultivaci obou stran. Vliv takového působení na rozvoj a jednání klienta je dle mého názoru značný. Za předpokladu, že je podstata dobrovolnictví na obou stranách správně zakotvena, jsou pak dopady na fungování klientů velmi pozitivní.

Mě osobně dobrovolnická činnost jen utvrdila v přesvědčení, že mít kolem sebe podporu, důvěřovat a cítit sounáležitost je životně důležité a potřebné pro nalezení smyslu a motivace v životě. Klienti, se kterými jsem spolupracovala, byli vděční za pouhou možnost „být s někým“, děkovali za projevený zájem o jejich osobu, přijetí a společné sdílení zážitků a trápení. Vnímala jsem, jak moc pro klienty znamená vědomí bezpečného prostoru, kde je jim v případě potřeby podaná pomocná ruka a kde mohou být sami sebou. Během mé dobrovolnické činnosti jsem poznala, jak zásadní je umět pracovat s lidskou zranitelností a citlivostí, zároveň jak je klíčové probouzet a posilovat lidské silné stránky a vnitřní schopnosti. Dobrovolnictví mne vnitřně velmi posílilo a zpevnilo dosud nastavené životní hodnoty. Nespočet zkušeností, které jsem díky programu získala, mne tak navedly na současnou cestu přímé práce s lidmi s duševním onemocněním.

## 6 Výzkumné šetření

Duševní onemocnění má zásadní dopad na veškeré oblasti jedinceva života a výrazně komplikuje jeho fungování v přirozeném prostředí. Nemoc neovlivňuje nejen osobnost postiženého, nýbrž zasahuje i lidi v jeho okolí. U každého má onemocnění zcela jiný dopad a průběh, vývoj nemoci je individuální a mnohdy nepředvídatelný. Obstát v životě a být spokojený je už samo o sobě velmi náročné, o to je pak složitější nalézt v životě harmonii a štěstí, pakliže dotyčný trpí duševní nemocí. Z již zmiňovaného lze tedy předpokládat, že jedinci, kteří mají osobní zkušenost s duševním onemocněním, zažívají spíše deficitní saturaci potřeby místa, bezpečí, sycení, podpory a limitů. Vycházím z toho, že nemocní se do sociální služby dostali na základě nepříznivé životní situace související s neschopností uspokojovat své základní životní potřeby. Nemožnost saturace potřeb pak zásadně determinuje osobnost jedince, jeho vztah k sobě samému a k okolí, ale také má vliv na celkový přístup k životu a k budoucnosti jako naději a motivaci mít se lépe.

### 6.1 Cíl výzkumu, výzkumný předpoklad, výzkumný problém a výzkumné otázky

Cílem diplomové práce je zjistit zkušenosti pracovníků organizace Péče o duševní zdraví s naplňováním základních vývojových potřeb jejich klientů. Výchozím konceptem potřeb jsou základní vývojové potřeby dle Alberta Pessa a Diane Boyden-Pessa. Předpokládá se, že pracovníci organizace Péče o duševní zdraví budou u svých klientů, lidí s duševním onemocněním, zaznamenávat významné deficity v uspokojování základních vývojových potřeb a zároveň budou v rámci přímé práce schopni tyto potřeby uspokojovat do takové míry, aby byl jedinec přiblížen plnohodnotnému životu. Dle vývojových potřeb PBSP je důležité základní vývojové potřeby naplnit právě z důvodu šťastného a smysluplného života jedince. Naplnění potřeb probíhá prostřednictvím třech úrovní – od doslovné přes symbolickou až k autonomní úrovni, kdy by si měl člověk své potřeby být schopen uspokojovat sám. Sociální pracovník, ale také dobrovolník se u svých klientů setkává s tím, že jejich potřeby nejsou dostatečně saturovány, což vede k nespokojenému životu osobnosti. Jak definovali manželé Pessovi, každý člověk má mít v životě

možnost prožívat štěstí, být spokojený, ve spojení s ostatními a žít smysluplně. Aby člověk takový život prožil, je zapotřebí splnění určitých předpokladů v podobě pěti základních vývojových potřeb. Za předpokladu, že saturace potřeb nebyla realizována dostatečně dobře, těmi správnými lidmi a po dostatečně dlouhou dobu, dochází k deficitům ve vývoji osobnosti jedince. (Boyden Pessa, Pessa a Vrtbovská, 2009)

Jako výzkumný problém bylo stanoveno uspokojování základních vývojových potřeb duševně nemocných. **Hlavní výzkumná otázka zní: Jaké jsou zkušenosti pracovníků Péče o duševní zdraví s naplňováním základních vývojových potřeb u jejich klientů?** Pozornost bude věnována změnám v saturaci potřeb klientů v období před vstupem do služby a v současnosti, kdy klienti do zařízení pravidelně docházejí. HVO sytí následující dílčí výzkumné otázky, které korespondují s konceptem vývojových potřeb dle PBSP :

**DVO1:** S jakým naplněním/deficity vstupovali klienti do služby?

**DVO2:** Jaký je současný stav naplnění či deficitů základních potřeb u klientů?

**DVO3:** Jak k naplnění potřeb přispívají pracovníci služby?

## **6.2 Výzkumná strategie, metoda sběru dat a analýzy dat**

Pro výzkum této diplomové práce byl zvolen kvalitativní přístup. Zvolený typ šetření byl vzhledem k cíli práce vyhodnocen jako nejefektivnější. Hendl (2008) uvádí: „*Hlavním úkolem kvalitativního výzkumu je objasnit, jak se lidé v daném prostředí a situaci dobírají pochopení toho, co se děje, proč jednají určitým způsobem a jak organizují své každodenní aktivity a interakce.*“ Následně dodává, že kvalitní výzkumník konstruuje obraz získávající kontury až v průběhu sběru a poznávání jeho částí. Výzkumník pak ve svém hledání významů a snaze pochopit aktuální dění vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal.

*„Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či*

*nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní reality využívá kvalitativních metod.*“ Miovský (2006, s. 18)

Z definice vyplývá, že kvalitativní přístup nenahlíží na věci povrchně, ale zaměřuje se na hloubku vnímání a prožívání dotazovaných. S ohledem na cíl mé práce považuji za nejpřínosnější podrobné zkoumání autentických výpovědí respondentů založených na jejich individuálních zkušenostech s danou problematikou.

Hendl (2008, s. 45) popisuje kvalitativní výzkum jako: „... *proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“

Kvalitativní výzkum bude analyzován za využití zakotvené teorie. Zakotvená teorie obsahuje dle Švaříčka a Šed'ové (2007) sadu induktivních postupů za účelem vést kvalitativní výzkum zaměřený na vytvoření teorie. Vznikající teorie se zaměřuje především na sociální procesy formující lidskou interakci, kdy je procesualita a dynamický popis dění zcela zásadní. Zakotvená teorie poukazuje na změny podmínek determinující jednání nebo interakce vedoucí ke změně reakcí aktérů. Přehled literatury je prováděn až ve chvíli, kdy výzkumníci pátrají po vysvětlení svých nálezů a porovnávají je s nálezy jiných.

Informace od sociálních pracovníků slouží k reflexi jejich zkušeností s naplňováním vývojových potřeb u duševně nemocných, které získávají v přímé práci s klienty. Ke sběru dat bylo zvoleno polostrukturované interview, tj. částečně řízený rozhovor s cílem získat potřebné informace. Miovský (2006, s. 156) jej označuje jako rozhovor, který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie.

### **6.3 Charakteristika výzkumného vzorku a etická rovina výzkumu**

Výzkumný vzorek tvořili sociální pracovníci organizace Péče o duševní zdraví. V procesu přímé práce s duševně nemocnými klienty se snaží v rámci poskytování sociální služby alespoň zčásti uspokojovat základní vývojové potřeby svých klientů – snaží se jim zajistit dobré, bezpečné místo v životě dle možností

klienta, podporují je v cestě za spokojenějším samostatnějším životem, sytí je informacemi (např. edukace o onemocnění), ale také umožňují být v kontaktu se společenským prostředím – navazovat vztahy, mít vlastní zájmy. Vymezuji klientovi hranice a jeho limity důležité pro reálný náhled na svoje schopnosti a dovednosti. V neposlední řadě pak klientům zajišťují bezpečný důvěrný vztah vhodný pro sdílení klientových problémů a trápení. Partnerský vztah mezi klientem a pracovníkem umožňuje blíže poznat klientovu osobnost a jeho potřeby. Na základě poznání klienta lze stanovit možnou pomoc a nastavit vhodné kroky k její realizaci. Vzhledem k cíli práce byla stanovena kritéria jak pro výběr respondentů interpretující své zkušenosti s naplňováním potřeb svých klientů, tak pro výběr klientů, u kterých bude saturace potřeb pozorována.

#### **Kritéria výběru respondentů:**

- v době konání rozhovorů mají všichni respondenti alespoň roční praxi v přímé práci s lidmi s duševním onemocněním
- jejich odpovědi budou skutečnou reflexí jejich dosavadní praxe a zkušeností
- pracují v přímé práci s lidmi s duševním onemocněním
- mají dokončené vzdělání humanitního směru

#### **Kritéria výběru klientů, u kterých je saturace potřeb zjišťována:**

- klient by měl být ve spolupráci s organizací alespoň 1 rok pro rozsáhlejší znalost jeho přání, potřeb a celkového způsobu života
- pracovník musí vždy hovořit o takovém klientovi, u kterého je sám klíčovým pracovníkem a má s ním tak navázaný blízký důvěrný vztah

Jiná kritéria z důvodu nízkého počtu možných respondentů nebyla stanovena. Výslednými respondenty bylo celkem sedm žen a jeden muž ve věkovém rozpětí 24 - 37 let.

Realizace rozhovorů probíhala na místech, které si zvolili sami jednotliví respondenti. Jejich výběru jsem se přizpůsobila a respektovala jejich přání. Vždy se jednalo o klidné, nerušené prostředí, ve kterém se respondenti uvolnili a cítili se dobře. Dodržení etiky výzkumu s respondenty proběhlo na základně ústní domluvy.



V rámci zajištění soukromí pracovníků a klientů, o nichž bylo při rozhovorech mluveno, jsme se dohodli, že veškeré rozhovory budou v anonymní formě a jednotliví dotazovaní budou identifikováni kódy a čísly. Při získávání rozhovorů jsem se řídila zásadou mlčenlivosti a o mém výzkumu s nikým jiným nehovořila. Dotazovaní mi umožnili nahrávání rozhovoru za účelem přesnějšího přepisu. Vzhledem k citlivosti tématu jsme se však domluvili, že doslovné přepisy rozhovorů nebudou součástí příloh práce. Pro účely výzkumu jsou v práci využity důležité části rozhovoru, u kterých však nelze spatřit spojitosti s konkrétními příběhy klientů.

## **6.4 Interpretace a analýza výzkumného šetření**

V této kapitole se věnuji vlastní interpretaci rozhovorů, kdy jsem zjišťovala zkušenosti pracovníků organizace Péče o duševní zdraví s naplňováním základních vývojových potřeb jejich klientů. Z rozhovorů vzešlé kategorie budou představeny a okomentovány dle stanovených dílčích výzkumných otázek, které sytí hlavní výzkumnou otázku.

Téma potřeb jsem analyzovala za pomoci konceptu vývojových potřeb PBSP – tj. potřeba místa, bezpečí, sycení, podpory a hranic. Pracovníci organizace pomáhají klientům k plnohodnotnému zařazení se do společnosti, kterému mnohdy brání nedostatečné uspokojení základních vývojových potřeb. Pomoc klientovi tkví právě v rozpoznání toho, co mu chybí a v nalezení řešení, jak toho společnými silami dosáhnout a pomoci člověku nalézt lepší místo v životě.

### **DVO1: S jakým naplněním/deficity vstupovali klienti do služby?**

#### **Kategorie číslo 1: Nevyhovující zázemí**

##### **Kódy:**

- je tam klientka navíc
- neměla žádný prostor, soukromí
- neměla žádné „doma“
- neměla tu svoje věci
- byl hospitalizovaný
- jí tady nic nepatří

- neměl se kam vrátit
- bydlela v bytě u své matky
- cítila, že překáží
- nemohla se vrátit do svého bytu
- nic jí nepatří
- klient bydlel na ubytovně
- necítil se tady dobře

Aby člověk mohl dostatečně uspokojovat své potřeby, je třeba prostoru, kde k takovému procesu bude docházet. Z rozhovorů s pracovníky vzešel zásadní deficit potřeby místa, se kterým klienti do služby často vstupovali. R3 zmiňuje, že klienta zkontaktoval v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod, kde byl klient na sociální hospitalizaci a neměl žádné místo, kam by se po propuštění mohl vrátit, konkrétně zmiňuje: *„Klient se z hospitalizace neměl kam vrátit. Chtěl začít normálně žít, ale nevěděl kde takové místo najít. Na hospitalizaci to pro něj bylo hodně těžký, když neměl žádnou vidinu domova.“* R2 a R4 se shodují, že jejich klientky sice měly místo k žití, ale necítily se tu dobře. Oběma přišlo, že zde překáží, jsou nepřijímané, neměly žádné soukromí. R2 doslova popisuje: *„Klientka bydlela u bratra, kde jí ale bylo pořád připomínáno, že je tu pouze dočasně a že jí tady nic nepatří.“* Zásadní deficit zázemí potvrzuje i R6, jehož klient bydlel na ubytovně, kde se ale vůbec necítil dobře, což upřesňuje následovně: *„Necítil se tam dobře, bál se, aby mu třeba něco neukradli nebo mu neublížili.“* Velká část klientů přicházejících do našich služeb žije v pro ně nevyhovujícím prostředí, které právě za naší pomoci chtějí nějakým způsobem změnit či upravit k jejich spokojenosti. Jelikož kontaktujeme lidi s duševním onemocněním také v psychiatrických léčebnách, je v takovém prostředí saturace jejich potřeb významně omezena a dlouhodobé nedostatečné uspokojení může vyústit až v deprivaci.

## **Kategorie číslo 2: Potíže se zvládnutím nemoci**

### **Kódy:**

- nebral psychiatrickou medikaci
- pokus vzít si život

- nevědomost o průběhu nemoci
- zapomínal na kontroly u psychiatra
- měl ochromující úzkosti
- nechut' a apatie ke všemu
- nevěděla si rady, když jí dohnala deprese
- měl intenzivní hlasy, v hlavě chaos a zmatek
- nevycházela kvůli strachu vůbec ven
- neuměla pracovat se svou úzkostí
- byl hodně rezignovaný, nemotivovaný

Obstát v životě představuje pro psychicky nemocné výraznou zátěž, obzvlášť v případě, že své onemocnění dostatečně neznají a neumí s ním pracovat. Jestliže pak okolo jedince neexistuje dostatečná opora, je schopnost vyrovnat se s nemocí o to komplikovanější. Někteří respondenti potvrzují, že jejich klienti se při vstupu do služeb se svou nemocí teprve sžívali, neuměli si s ní příliš poradit a nenacházeli místo, kde by potřebnou pomoc dostali. Kategorie Potíže se zvládáním nemoci tak výrazně souvisí s deficitem podpory u klientů. R1 popisuje: „*Klient byl svou nemocí hodně ochromený, často ho zužovaly strašné úzkosti, kvůli kterým mi i několikrát musel zrušit schůzku.*“ R5 mluví o klientce, která se vlivem onemocnění nebyla schopná starat o sebe ani domácnost. R6 přibližuje klienta v aktivní fázi onemocnění: „*... kdy měl intenzivní hlasy a nevěděl, jestli jde o realitu nebo ne. Měl v hlavě, jak často popisoval, velký chaos a zmatek a nevěděl, jak si s tím poradit.*“ Zvládat nemoc bylo obtížné i pro klienta, o kterém hovořil R6, jež sděluje, že klient byl svou nemocí mnohokrát paralyzovaný a neschopen jakékoliv aktivity. R8 je ve shodě s R6 a dodává: „*Klientka neuměla pracovat se svou úzkostí, a když se jí zhoršil zdravotní stav, nebyla schopná vůbec ničeho - nechodila na nákup, nebrala léky, jenom ležela.*“ Práce s nemocí je v průběhu každé spolupráce velmi důležitá, protože je součástí osobnosti každého jedince. Někteří klienti vstupovali do služeb již s několikaletou zkušeností s nemocí a její projevy tak do jisté míry znali a dokázali o nich mluvit. Na druhou stranu spousta, zejména mladých lidí, do kontaktu se službou přišlo v „čerstvém stádiu nemoci“, kdy onemocnění zasáhlo jejich životy zcela náhle a nečekaně a sami neznali její další prognózu. Z odpovědí je zcela patrné, že klienti

pociťovali výrazný nedostatek podpory právě v oblasti zvládnání nemoci. Scházela jim nejen samotná edukace a ukotvení v projevech a průběhu onemocnění, ale také kvalitní podpurná síť zmírňující pády související s jeho nečekaným vývojem.

### **Kategorie číslo 3: Pocit vykořeněnosti**

#### **Kódy:**

- cítil se být na všechno sám
- okolím nepřijímaný
- pokus vzít si život
- připadala si, že ji nikdo nebere
- vůbec mu nerozumí
- nedokáže pochopit
- okolí ho odsuzuje
- chovali se jinak
- osočuje ho, že je líný a nechce se mu
- chovali se k ní špatně
- vyčleňovali ji
- oni si myslí, že nic neumí a nezvládne
- myslí si, že si vymýšlí

Kategorie **Pocit vykořeněnosti** představuje absenci pochopení společnosti k člověku s duševním onemocněním. Je spjatý s nedostatečně naplněnou potřebou místa, kdy v prostředí domova nedochází k tak nezbytnému přijetí a porozumění. Úzce souvisí se stigmatizací duševně nemocných lidí, které okolí mnohokrát nepřijímá a odsuzuje. R1, R2, R4 a R8 se shodují, že jejich klienti reflektovali při vstupu do služeb, že se cítí často osamocení a bez porozumění druhých lidí. R1 popisuje: „Klient říkal, že se cítí v životě na všechno sám, i přesto, že má manželku. Že často mu manželka vůbec nerozumí, osočuje ho, že je líný a jen se mu nechce.“ R8 doplňuje, že jeho klientka se několikrát setkala s odsuzujícím přístupem okolí: „Klientka několikrát zažila, že se k ní kvůli onemocnění lidé chovali špatně nebo ji vyčleňovali.“ Šamánková (2011) zmiňuje, že deficit potřeby místa se projevuje

s různou intenzitou v každodenním životě, je přítomen v prožitích a pocitech nepatřičnosti a špatného kontaktu s pozemským světem.

#### **Kategorie číslo 4: Nízké sebevědomí**

##### **Kódy:**

- sama se hodně podceňoval
- nevěřila si
- podřizovala se
- připadala si na nic
- myslela si, že je neschopná
- neuměl čelit překážkám
- se nedokázal nikomu vymezit
- nedokázala se ozvat
- silné stránky sama nevěděla
- neuměla říct, co chce
- strach projevit se
- neuměla přiznat, že se jí něco nelíbí
- se bál jakkoli projevit svůj názor
- ve všem se podřizovala
- velký strach z toho, co si o ni myslí druzí lidé
- považovala se za špatnou
- příliš se nevyjadřovala

Aby člověk mohl být v životě spokojený, musí být spokojený především sám se sebou. Vnitřní sebedůvěra je totiž důležitá složka osobnosti, která určuje, jak se člověk hodnotí a do jaké míry věří ve svou schopnost obstát v životních situacích. Úroveň sebedůvěry výrazně ovlivňuje všechny oblasti lidského života. V rozhovorech byl zaznamenán výrazný deficit podpory u klientů korelující s nízkým sebevědomím. R1, R2, R7 a R8 jednotně reflektují, že jejich klienti měli při vstupu do služeb velký problém se sebevědomím a báli se projevit své potřeby a přání. R2 sděluje: *„Když k nám klientka přišla a řešili jsme její problémy, bylo hned zřejmé, že si vůbec nevěří. Když předtím bydlela se svým přítelem, ve všem se mu*

*podřizovala a na to, co chce ona sama, vůbec nemyslela. Z toho se dostávala do větších a větších úzkostí.“ R8 dodává: „Ptala jsem se i na její silné stránky a klientka sama nevěděla, co říct... Sama se hodně podceňovala, nevěřila si.“ Na významnost vlastní individuality poukazuje také Vrtbovská (2009) : „Rozvinutí jedinečnosti nemá charakter funkce nutné k přežití, ale je významně spojené s možností zažívat v životě naplnění a štěstí, a to zejména v pozdějších fázích života, kdy biologické a rodičovské funkce ustupují do pozadí. Lidé se začínají tázat po smyslu svého života, po tom, co bylo jejich úkolem. Pokud v nich nebyla od dětství rozvíjena a kultivována hodnota a funkce vlastní jedinečnosti, budou trpět soutěživostí a žárlivostí nebo ztrátou pocitu svého vlastního významu.“ Křivohlavý (2009 s, 77) uvádí, že hodnocení sebe samého může mít výrazný vliv na způsob zvládnání těžkostí. Dále zmiňuje, že podstatně se na tvorbě sebevědomí podílí vztah rodičů k dítěti a posléze i vztah sociálního okolí, které nás nějakým způsobem vnímá a hodnotí. Skutečnost, že přístup nejbližších podstatně determinuje vědomí vlastní hodnoty člověka, potvrzuje i fakt, že u klientů trpících velmi nízkým sebevědomím neexistovala podpora žádná či byla zásadně nevyhovující.*

#### **Kategorie číslo 5: Žádné nebo ohrožující vztahy**

##### **Kódy:**

- neměl kolem sebe skoro žádné přátele
- nestýkala se skoro s žádnými kamarády
- byla sociálně izolovaná
- sociální kontakty měl, ale nebyly bezpečné
- nevěděl, kde by mohl složit své trápení
- byla na všechno sama
- podporu měl pouze ze strany matky
- vztahy s rodinou byly komplikované
- podpora matky pouze v omezené míře
- nevídal se s nikým
- neměl kamarády ani rodinu

Člověk je tvor sociální a potřeba sociálních kontaktů a interakcí je tak lidské bytosti zcela vlastní a přirozená. Všichni toužíme mít vedle sebe někoho, kdo nám bude oporou, s kým budeme moci sdílet hezké chvíle či naopak trápení. V odpovědích pracovníků se objevovala kategorie **Žádné nebo ohrožující vztahy**, která je spjatá s podpůrnou sítí okolo jedince. V kategorii lze spatřit, že klienti měli při vstupu do služeb deficit všech vývojových potřeb – tj. místa, sycení, podpory, bezpečí a limitů. Je důležité mít se v případě problémů na koho obrátit, vědět o bezpečném útočišti a prostoru pro povzbuzení, ocenění, motivaci, sdílení. V kategorii lze spatřit deficit intruzí všech základních vývojových potřeb, které nebyly dostatečně saturovány. Respondenti uvedli, že klienti zažívali výrazný deficit v oblasti sociálních kontaktů a podpory okolí. R3 zmiňuje, že klient sice podporu rodiny měl, ale pouze do jisté míry, jelikož se s rodinnými příslušníky vídal málo. S podporou a oceněním se klient příliš nesetkával. Neměl ho kdo podržet a povzbudit, když mu nebylo dobře. R7 doplňuje: *„Klient měl podporu jenom od svojí matky, vztahy s rodinou byly totiž velmi komplikované. Když pak potřeboval pomoci, většinou zašel právě za matkou, ale to se časem ukazovalo jako nedostatečné. Klientovi chyběla opora ve vrstevnicích, hledal podobné naladění a vidění světa.“* R2 pak zmiňuje: *„Klient se nevídal s nikým, protože neměl žádné kamarády ani rodinu. Často hovořil o tom, že se cítí sám.“* Navzdory tomu R6 uvádí, že klient, o kterém mluvil, sice nějaké známé měl, ale nebyly to bezpečné vztahy a způsobovaly klientovi spíše samé starosti a úzkosti.

### **Kategorie číslo 6: Problém s využitím volného času**

#### **Kódy:**

- měl nenaplněný volný čas
- nechodila ven
- nevěděl jak a kde „zabít“ nudu
- neměl se z čeho těšit
- zdržovala se spíše doma
- byl doma a nic nedělal
- nechut' ke všemu
- život byl stereotypní

- žádné koníčky
- byla jenom doma
- nic ho nebavilo
- neměl se pro co nadchnout
- nemohl se nikde odreagovat
- z ničeho se netěšil
- stereotypní život

Aby člověk mohl pociťovat ve svém životě radost, měl by jej naplňovat aktivitami, které mají smysl. Zažívat nudu a prázdnotu může mnohdy vést k mimořádným neočekávatelným reakcím či k pocitům úzkosti. Žádný režim a nevyužitý volný čas se ukazují jako jedna z příčin zhoršující zdravotní stav klientů. Z kategorie vyplývá, že klienti měli deficit potřeby podpory, sycení a limitů.

Vhodně využívat svůj volný čas představuje klíčový faktor přispívající ke zkvalitnění jejich života. Z odpovědí bylo zaznamenáno, že klienti mají výrazný deficit potřeby podpory a limitů shrnutý pod kategorií **Problém s využitím volného času**. Respondent č. 6 sděluje: „Klient nevěděl, jak a kde „zabít“ nudu. Proto byl často doma a nic nedělal, neměl se z čeho těšit.“ Respondent č. 7 vysvětluje: „Klient měl obrovskou nechuť ke všemu. Dny trávil jen u televize, jeho život byl stereotypní, neměl žádné koníčky.“

## **DVO2: Jaký je současný stav naplnění či deficitů základních potřeb u klientů?**

### **Kategorie číslo 1: Vhodnější prostředí k životu**

#### **Kódy:**

- začal bydlet
- měl svůj pokoj
- svoje soukromí
- prostor pro sebe
- nastěhoval si sem svoje věci
- může se sem vrátit
- má klid



- zdokonaluje se v péči o domácnost
- byt si vyzdobuje dekoracemi
- má soukromí
- je si tu svým „pánem“
- cítí se tu bezpečně
- je jí tu dobře
- snaží se udržovat pořádek

V odpovědích respondentů byla zaznamenána kategorie **Vhodnější prostředí k životu**, kdy došlo během spolupráce k částečnému uspokojení potřeby místa u klientů. R2, R3 a R6 shodně popisují, že jejich klienti během spolupráce našli nové místo k žití, kde může mnohem snadněji docházet k saturaci potřeb. R5 pak sděluje, že klientka se o své dosavadní místo k bydlení začala lépe starat a stávající prostředí více „zútulňovat“. R2 a R3 mají u svých klientů zkušenost se saturací potřeby místa, kdy klientům poskytli zcela nový prostor pro život v tréninkových bytech organizace. R3 konkrétně sděluje: *„Klient dostal příležitost bydlet v našem tréninkovém bytě, po dlouhý době měl svůj vlastní pokoj, svoje soukromí, svůj prostor pro sebe a mohl začít nový život. To mu psychiatrická léčebna dát nemohla.“* R6 pak popisuje spolupráci s klientem, kdy se podařilo nalézt vhodnější podmínky bydlení v menším útulném bytě, kde se klient cítí bezpečněji a jistěji navzdory ubytovně, ve které bydlel doposud.

## **Kategorie číslo 2: Více sociálních kontaktů**

### **Kódy:**

- navazuje nové kamarádské vztahy
- seznamuje se s novými lidmi
- navazuje nová přátelství
- chodí mezi lidmi
- tráví více času ve společnosti
- našla si nový kamarádky
- není sama
- může se svěřit

- může s ním zajít ven
- má kolem sebe víc přátel
- pomáhají jí, když potřebuje
- má kolem sebe dobré lidi
- obklopena lidmi, kteří ji mají rádi
- zlepšily se vztahy s rodinou

V rozhovorech se čteně objevovala kategorie **Více sociálních kontaktů** reflektující částečné naplnění potřeb klientů v oblasti všech vývojových potřeb - tj. naplnění potřeby místa, sycení, podpory, bezpečí a limitů. Respondenti se shodují, že během spolupráce došlo u klientů k navázání nových bezpečných sociálních kontaktů. R7 vysvětluje: *„Klient začal více chodit mezi lidi, navazuje nová přátelství a je rád, že má kolem sebe někoho, komu se může svěřit nebo s ním zajít jen tak ven na pokec.“* R8 dodává: *„Klientka si našla nová kamarádky, které jí pomáhají, když potřebuje.“* Vlivem pravidelných schůzek se klient dostává do častějších sociálních interakcí, což ho vnitřně zpevňuje a zoceluje při dalším kontaktu s druhými. V rámci naší podpory se snažíme klienty posilovat a dodávat jim sebevědomí, aby tak byli schopni navazovat přátelství i ve svém přirozeném prostředí. Ke zpevnění sociálních interakcí také přispívá socioterapeutická skupina v naší organizaci vytvářející bezpečný prostor pro sdílení. U klientů trpících silnými sociálními úzkostmi využíváme různé podpůrné metody v podobě nácviků dovedností, doprovodů apod.

### **Kategorie číslo 3: Aktivnější trávení volného času**

#### **Kódy:**

- snaží se být aktivnější
- dělá si radost
- zúčastňuje se akcí
- plánuje si výlety
- zúčastňuje se různých činností
- organizuje si svůj čas
- přišel na to, co ho baví
- chce poznávat věci

- její přístup je víc aktivní
- není doma
- začala chodit do centra
- navštěvuje akce ve městě
- má koníčky
- pravidelné denní aktivity
- má zájmy
- nenudí se
- rozvíjí se
- začala chodit na procházky

Z rozhovorů vyplynulo, že v průběhu docházení do služeb začali klienti za efektivní spolupráce s podpůrnou sítí okolo nich lépe využívat svůj volný čas, což odráží jisté naplnění potřeb podpory, sycení a limitů u klientů. Během spolupráce byli klienti navázáni na takové zdroje, kde lze bezpečně trávit volný čas a vlivem posílení sebevědomí a poskytnutí potřebné opory se pak odhodlali aktivity opakovaně absolvovat a pochopit vliv aktivního přístupu k životu na jejich fyzickou i psychickou spokojenost. R2 sděluje: *„Klientka začala chodit do centra, kam jsme ji nejdřív doprovodili. První návštěvu zvládla skvěle a od té doby sem chodí pravidelně a zúčastňuje se volnočasových programů. Celkově je její přístup ke všemu víc aktivní.“* R7 zmiňuje, jak jeho klient lépe pracuje s volným časem: *„Vytvářeli jsme s klientem i plány, co by na každý den mohl dělat, aby měl nějakou inspiraci. Sám si teď organizuje svůj čas, přišel na to, co ho baví a chce poznávat další věci.“*

#### **Kategorie číslo 4: Snaha pracovat s nemocí**

##### **Kódy:**

- podílí se na své léčbě
- chodí k psychiatrovi pravidelně
- termíny si hlídá
- konzultuje svůj zdravotní stav
- chce, abych ho tam doprovázela
- řešíme, jak se cítí

- zdravotní stav se mnou probírá
- vytvořili jsme krizový plán
- baví se o svých hlasech
- dokáže si říct o pomoc
- popisuje, co cítí
- umí líp rozpoznat, když to nezvládá
- aktivně s ním pracujeme (s krizovým plánem)

Práce s nemocí představuje zásadní prvek spolupráce s klientem, jelikož je součástí celistvé osobnosti a ovlivňuje veškeré oblasti fungování. Během docházení do služeb se u některých klientů postoj k nemoci zcela změnil, což dokazuje, že u klientů došlo k dostatečnější saturaci potřeby podpory v oblasti jejich onemocnění. Klienti často hovoří o tom, že pro ně vytváříme bezpečné místo pro sdílení svých vnitřních pocitů spojených s projevy nemoci. R7 odpovídá: *„Klient chodí k psychiatrovi pravidelně, termíny si hlídá. Na základě větší důvěry chce, abych ho tam doprovázela a doplňovala ho. Svůj zdravotní stav se mnou probírá, říká, co ho trápí, baví se se mnou bez ostychu i o projevech svého onemocnění.“* R4 sděluje, že klientka vlivem spolupráce umí lépe pracovat se svým onemocněním: *„S klientkou už jsme společně pár relapsů zažili a vyhodnotili jsme, jaké jsou spouštěče a jak to zhoršení vypadá. Na základě toho jsme pak vytvořili krizový plán a aktivně s ním pracujeme. Klientka sama umí líp rozpoznat, když už to sama nezvládá a otevřeně o tom mluví.“* Svěřit se a odhalit tak své trápení, které má mnohdy velmi bizarní obsah, je pro klienty velmi ulevující a znamená další posun v léčbě onemocnění. Součástí spolupráce je i práce s tzv. krizovým plánem, ve kterém jsou jasně popsány indicie k rozpoznání zhoršení zdravotního stavu klienta a jednotlivé kroky k jeho řešení. Plán slouží jako tzv. „manuál“ předcházející dekompenzacím klienta a učí jej lépe pracovat s projevy svojí nemoci.

#### **Kategorie číslo 5: Lepší znalost zdrojů pomoci**

##### **Kódy:**

- je navázaný
- ví, kam se obrátit

- je dobře „zasít'ovaný“
- je v kontaktu s ostatními
- udržuje pravidelný kontakt s podpůrnou sítí
- ví o místech, kde jí pomohou
- ví, kde pomoc najít
- co nejdříve jít do nemocnice
- umí si říct o podporu

V odpovědích byla nalezena kategorie **Lepší znalost zdrojů pomoci** reflektující podpůrnou síť okolo klienta. Z kategorie vyplývá, že se klienti během spolupráce naučili lépe využívat možnosti podpory okolo sebe a jejich potřeba podpory tak mohla být lépe uspokojována. Kategorie představuje schopnost klientů lépe využívat možnosti podpory okolo sebe. Reflektuje dovednost klientů říci si o pomoc a vědět, na koho se v případě problémů obrátit. R7 sděluje: *„Klient je navázaný na spoustu kontaktů a ví, kam se obrátit, když bude potřebovat s něčím pomoci. Je dobře zasít'ovaný“*. Také R2 vidí situaci stejně: *„Klientka ví o místech, kde jí pomohou. Ví, kde pomoc vyhledat a najít.“* V rámci spolupráce se snažíme klienta navazovat na jiné, nejlépe přirozené, zdroje pomoci. Cílem je vždy nalezení vhodné podpory i v jeho přirozeném okolí a posílení schopností klienta potřebných k nacházení opory svépomocí.

### **Kategorie číslo 6: Uvědomění vlastní hodnoty**

#### **Kódy:**

- mluví o svých potřebách
- říká, co se mu líbí a nelíbí
- učí se samostatně rozhodovat
- nebojí se říct
- dokáže říct o pomoc
- sděluje, když se cítí ohrožený
- učí se asertivně jednat
- cítí se jistější
- mluví o tom, co se povedlo

- má na situace větší náhled
- je víc zodpovědný
- uvědomuje si možná rizika
- když něco nevyhovuje, řekne to
- mluví o svých obavách
- udělá si radost
- komunikuje otevřeně
- zrcadlí svoje pocity
- přemýšlí nad svým jednáním
- zná více své limity a potřeby

Kategorie **Uvědomění vlastní hodnoty** zrcadlí posílení osobnosti klientů v podobě objevení jejich vnitřních silných stránek. Jde o zvýšení jejich sebedůvěry, kdy začínají více věřit ve vlastní schopnosti a lépe smýšlejí o sobě samých. Kategorie ukazuje, že u klientů během docházení do služeb byla uspokojována potřeba podpory a limitů, což přispělo k lepšímu vnímání vlastní důležitosti, svých kvalit a vlastních potřeb. To lze spatřit v situacích, kdy se klienti chovají asertivněji a otevřeně hovoří o svých pocitech. R1 popisuje: „*Klient mluví čím dál víc o svých potřebách a o tom, co se mu líbí a nelíbí. Pracuju na tom, aby říkal svůj názor a nebál se sám rozhodnout. Důležité je, aby se uměl i pochválit a ocenit.*“ R7 je ve shodě a doplňuje: „*Klient se teď cítí jistější, mluví i o tom, co se mu třeba povedlo. Má na některý situace i větší náhled a řekla bych, že je i víc zodpovědný...Že si uvědomuje možná rizika.*“

### **DVO3: Jak k naplnění potřeb klientů přispívají pracovníci služby?**

#### **Kategorie číslo 1: Podporující a respektující přístup**

##### **Kódy:**

- naslouchám mu
- motivuji k překonávání překážek
- jsem ji oporou
- nesoudíme

- oceňuji ji
- nemoralizujeme
- respektuju, co si přeje
- jeho rozhodnutí akceptuju
- ctím jeho zájem a přání
- není na problémy sama
- pomohla jsem ji překonat strach z neznámého
- doprovodím klientku, když potřebuje
- snažím se ji povzbudit
- pomoci ji „vstát“
- bojujeme společně
- jsem tady
- provázím ji problémy
- snažíme se vymyslet jiný a lepší způsob

Opora v životě člověka představuje zásadní protektivní faktor moderující vliv nepříznivých životních událostí na psychickou pohodu a zdraví člověka. Je proto samozřejmostí, že spolupráci s klientem doprovází podporující přístup pracovníků. Přímá práce je založena na respektu a úctě k druhému člověku, kdy centrem zájmu je vždy sám klient a jeho přání. Z kategorie lze zjistit, že pracovníci přispívají k uspokojování základních vývojových potřeb klientů skrze saturaci potřeb podpory, bezpečí a limitů. Respondenti souhlasně uvádějí, že součástí jejich práce je i podpora klientů. R5 konkrétně zmiňuje: *„Pokud nastane u klientky nějaký propad nebo se něco nepovede, snažím se ji povzbudit a pomoci ji vstát. Jsem tady, když je potřeba.“* R3 dodává, že pro klientku je důležité vědomí, že na problémy není sama a má se na koho obrátit. R7 hovoří o úctě, kterou má ke klientovi: *„Klienta nesoudím za to, co dělá nebo jak se rozhodne. Vždycky se snažím respektovat to, co si přeje. Můžu mu dát třeba zpětnou vazbu a říct, jaká rizika toto přinese, ale jeho rozhodnutí akceptuju.“*

## Kategorie číslo 2: Pomoc při zvládnání nemoci

### Kódy:

- monitoruju zdravotní stav klienta
- ptám se, jak se cítí a co prožívá
- vyjednáваме o léčbě s psychiatrickou
- pracujeme s tím, jak má zvládat projevy nemoci
- spolupracujeme s doktorem
- doprovázím k lékaři
- bavíme se o zvládacích mechanismech
- chodím s ním na kontroly k psychiatrovi
- pracujeme s krizovým plánem
- je edukován o svém onemocnění
- bavím se s ním o tom, co prožívá
- pracujeme s náhledem na jeho nemoc a příznaky

Žít s psychickým onemocněním není jednoduché, jelikož nemoc neovlivňuje pouze zdravotní stav, nýbrž se promítá do každodenního fungování jedince. Charakteristika onemocnění vypovídá o tom, že pro zajištění komplexní pomoci je nutná spolupráce se zdravotnickou složkou, tj. psychiatry a ostatními pečujícími osobami. U mnoha klientů propuká nemoc zcela nečekaně, což v nich vyvolává pocity zmatenosti, chaosu. Klienti své nemoci zpočátku nerozumí, nechápou, co se uvnitř nich děje, schopnost zvládat její příznaky je tak pro řadu z nich velmi náročná. Kategorie **Pomoc při zvládnání nemoci** ukazuje, že pracovníci napomáhají klientům v saturaci potřeby podpory právě skrze pomoc v oblasti duševního zdraví. Dostatečné znalosti přispívají ke snadnějšímu pochopení klienta, což vede k efektivnější spolupráci. To, že je pro klienta práce s nemocí obtížná, potvrzuje také R1: „*Součástí našich schůzek s klientem je i monitoring jeho zdravotního stavu, kdy se ho ptám, jak se cítí a co prožívá.*“ Efektivní základnu k řešení případných relapsů dotváří i vybudovaná důvěra mezi klíčovým pracovníkem. Stává se tak čím dál častěji, že se zúčastňujeme schůzky s psychiatrem společně s klientem, kde reflektuje zdravotní stav klienta úhlem našeho pohledu, což napomáhá dokreslit psychiatrovi celkový obraz situace. R7 pak poukazuje na to, jak spolupráce s psychiatrem může



být přínosná: „*Pravidelně s klientem chodím na kontroly k psychiatrovi. Psychiatr se ptá i na naši spolupráci, jak pokračujeme, co se třeba změnilo.*“ Klienty podporuje v oblasti onemocnění také náš kolega peer konzultant, který svým příběhem a zkušenostmi s psychiatrickou diagnózou vnáší do jejich života autentický pohled a naději na zotavení.

Šamánková (2011, s. 39) uvádí, že nezbytnou součástí saturování a naplňování potřeb nemocných je právě správná informovanost o nemoci, která může napomáhat k jisté kontrole nad jejím průběhem. Seznámení se s procesem léčby a s účinky léků pak přispívá k lepšímu snášení nemoci.

### **Kategorie číslo 3: Aktivizace**

#### **Kódy:**

- snažím se ho zapojovat do společenského dění
- plánujeme, jak bude trávit volné dny
- seznamuju ho s místy, kam se může chodit bavit
- společná procházka
- doprovázím klienta
- informuju ho o tom, co se děje v okolí
- motivuji ji k aktivitě
- plánujeme, jak bude trávit volné dny
- zprostředkovávám kontakt
- děláme společné akce pro klienty
- máme socioterapeutickou skupinu

Smysluplná náplň volného času jisto jistě přispívá ke zlepšení kvality života člověka a ke stabilizaci zdravotního stavu. Klienti se často ocitají v nepříznivé životní situaci, kdy je pro ně nereálné svůj volný čas trávit tak, jak by si opravdu přáli. Žádný režim během dne, nejistota a dezorganizace pak výrazně ovlivňuje zdravotní stav jedince a ještě více ho uzavírá před okolním světem. Z kategorie **Aktivizace** vyplývá, že pracovníci přispívají k uspokojování potřeb podpory a limitů. Pracovníci se snaží během spolupráce s klienty plánovat, organizovat a zapojovat do společenského dění. Mnohdy se stává, že klienti nevědí, jaké činnosti by jim jejich

okolí mohlo nabídnout. Pakliže klienti mají přehled o volnočasových aktivitách ve městě, může představovat pomyslnou bariéru strach a nejistota z neznámého. Vědomí křehkostí a zranitelností jednotlivých klientů je pak doprovází na místa, která by klienti rádi navštívili, avšak je jim to z nějakého důvodu znemožněno. R6 popisuje: *„Zároveň se snažím klienta zapojovat do společenského dění. Na různé akce ho v případě potřeby i doprovázím, například do posilovny nebo do knihovny. Je to pro něj důležité, protože sám by se neznámého prostředí bál.“* Zásadní vliv struktury volného času na zdraví potvrzuje i R4: *„S klientkou plánujeme, jak bude trávit volné dny. Je důležitý, aby se nenudila a pozornost věnovala nějaké smysluplné činnosti.“* Jako přínosné se také ukázalo pravidelné pořádání společných akcí v rámci práce s klienty, kdy vytváříme snadnější propojení mezi prostředím a lidmi navzájem. R1 pak dodává, že s klientem chodí i na procházky, konkrétně sděluje: *„Společná procházka je skvělý aktivizační nástroj, kdy zjišťuji, jak se klientovi daří a zároveň aktivně tráví svůj volný čas.“*

#### **Kategorie číslo 4: Pomoc v oblasti bydlení a péče o stávající prostředí**

##### **Kódy:**

- hledali jsme, kam by se mohl vrátit
- našli jsme místo, kde začal bydlet
- pomohli jsme dát její zázemí do pořádku
- mohl se přestěhovat
- děláme nácviky praktických činností v domácnosti

Jak již bylo zmíněno, někteří klienti vstupující do služeb nemají kde žít, a proto zůstávají na sociálních hospitalizacích v nemocnicích, bydlí v azylových domech nebo přežívají na ulici. Díky vlastnictví čtyř tréninkových bytů pomáhá organizace potřebným klientům poskytnout vhodné zázemí a prostor k životu. Kategorie **Pomoc v oblasti bydlení a péče o stávající prostředí** ukazuje, že pracovníci saturují potřeby klientů v rámci místa. Zkušenost se zprostředkováním bydlení pro svého klienta má také R3: *„Klient po propuštění z nemocnice bydlel v tréninkovém bytě, byl rád, že má kam jít a možnost učit se žít.“* Těm klientům, kteří mají své bydlení, pak můžeme pomáhat v činnostech zahrnující fungování

v domácnosti a vést je tak k větší samostatnosti a k vytváření vyhovujícího a naplňujícího zázemí. R5 potvrzuje: „*Za spolupráce rodiny jsme pomohli klientce dát její zázemí do pořádku, což urychlilo její propuštění z léčebny.*“

### **Kategorie číslo 5: Prostor pro bezpečné sdílení**

#### **Kódy:**

- je informován o mlčenlivosti pracovníků
- ví komu a co můžeme s jeho svolením říct
- jsme vázání mlčenlivostí
- nemůžeme o tom mluvit s nikým jiným
- jsem k němu vždy otevřená
- jedním vždy na rovinu a partnersky
- vždy jsem pro ni zcela transparentní
- nic nedělám za jejími zády
- informace „přerámovávám“ do jeho jazyka tak, aby všemu rozuměl
- budujeme vzájemnou důvěru
- dávám zpětnou vazbu
- vysvětluju svoje jednání
- ptám se, jak mu spolupráce vyhovuje a co je třeba změnit
- scházíme se na místech, kde se on sám cítí dobře a bezpečně
- může být sám sebou
- netlačím na ni a nechávám ji prostor
- může se mi svěřit se svými problémy

Kategorie **Prostor pro bezpečné sdílení** zahrnuje kódy vztahující se k transparentnímu jednání s klientem, kdy je pracovní vztah každého pracovníka a klienta založen na vzájemné důvěře. Z této kategorie vyplývá, že pracovníci organizace pomáhají saturovat vývojové potřeby klientů skrze poskytování podpory a bezpečí. R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7 a R8 uvádí, že je pro jejich klienty důležité vědomí, že se nám mohou svěřit s čímkoliv. Bezpečné prostředí také tkví v citlivé otevřenosti směrem ke klientům, což potvrzuje i R7: „*Jsem k němu vždy otevřená, jedním s ním na rovinu a zcela partnersky.*“ R5 hovoří také o zásadním stavebním

prvku každé spolupráce, tj. důvěře, kdy popisuje, že si s klientem budují vzájemnou důvěru a informuje klienta o mlčenlivosti, ale také o případech, kdy to neplatí (ohrožení života klienta či druhých). R6 je v souladu a sděluje: *„Klientovi dávám zpětnou vazbu, vysvětluju svoje jednání. Je důležité, aby klient jasně věděl, co se děje a proč. Zároveň se ho doptávám, jak se cítí, jak mu spolupráce vyhovuje, co je třeba změnit.“*

### **Kategorie číslo 6: Hledání silných stránek a zplnomocňování**

#### **Kódy:**

- hledáme kl. silné stránky
- posiluji kl. v jejích schopnostech
- snažím se pracovat s jeho sebevědomím
- ukazujeme si, co se povedlo
- pracujeme s nadějí u klienta
- hledám jeho silné stránky a na těch se snažím “stavět“
- pomáhám klientce vidět její vlastní zdroje a schopnosti
- podporuji v pozitivních a zdravých změnách
- chci vědět, co si klient myslí
- nechávám ho rozhodovat
- podporuji ho, ale nedělám to za něj

Kategorie **Hledání silných stránek a zplnomocňování** souvisí s objevováním naděje a schopností u klientů a s posilováním dovedností potřebných k jejich samostatnosti. Jde především o to pomáhat klientovi nalézt a uplatňovat svoje kompetence v běžném životě, čemuž předchází podpora jeho sebevědomí a posílení naděje v lepší budoucnost a k vyřešení zdánlivě neznámých problémů. Kategorie reflektuje, že pracovníci přispívají k saturaci potřeb klientů v rámci naplňování potřeb podpory a limitů. R5 dodává: *„Pracuju s pozitivní motivací, hledáme její silný stránky a posiluju klientku v jejích schopnostech, třeba nějakým nácvikem.“* R7 souhlasí, že posilování schopností klientů je zásadní: *„Cílem je, aby se klient osamostatnil a dokázal pak věci zvládat sám. Snažím se ho v konkrétních věcech podporovat, pomáhat mu.“* Šamánková (2011, s. 40) hovoří o důležitosti ponechání

autonomie nemocnému člověku. Autonomie je dle ní nutná k zachování schopnosti vést samostatně svůj život dle vlastních pravidel. Jde o zachování identity pacienta, akceptaci toho, kým je a kým být chce a respektu k jeho přáním, názorům a zkušenostem.

## **6.5 Diskuze výsledků**

Z výsledků je patrné, že klienti při vstupu do služeb měli podstatný problém s uspokojováním všech základních vývojových potřeb. Na začátku spolupráce byly zaznamenány výrazné deficity negativně ovlivňující kvalitu jejich dosavadního života. Z odpovědí respondentů vzešlo, že na začátku spolupráce se službou pociťovali klienti následující deficity:

- **Nevyhovující zázemí**
- **Potíže se zvládnutím nemoci**
- **Pocit vykořeněnosti**
- **Nízké sebevědomí**
- **Žádné nebo ohrožující vztahy**
- **Problém s využitím volného času**

Klienti vstupovali do služeb právě z důvodu pociťování určitého nedostatku, který chtěli za pomoci zařízení v co největší míře eliminovat. I přesto, že klienti byli schopni saturovat své potřeby alespoň částečně, v některých oblastech nedocházelo k dostatečné spokojenosti. Z výsledků byly zjištěny deficity reflektující nedostatečné naplnění všech vývojových potřeb (tj. potřeba sycení, bezpečí, podpory a limitů), nejčastěji se však v rámci vzniklých kategorií objevovala chybějící potřeba podpory a potřeba místa. Někteří klienti postrádali naplnění v oblasti potřeby místa, jelikož jejich zázemí pro ně nebylo vhodné, ať už z důvodu minimálního soukromí nebo kvůli ohrožujícímu prostředí. Jiní pak dle slov respondentů neměli možnost žádného prostoru k bydlení, jelikož byli na sociálních hospitalizacích a neměli se kam vrátit. Z analýzy je patrné, že se klientům zásadně nedostávalo potřeby podpory, což se projevovalo v jejich celkovém selhávání. Konkrétně byla spatřena nevyhovující podpora v oblasti jejich onemocnění, kdy neměli potřebné množství informací

a nevěděli, jak s jeho projevy pracovat. Vzhledem k tomu, že psychické onemocnění představuje zásadní prvek determinující míru funkčnosti člověka, je podpora v této oblasti zcela nepostradatelná. Dle odpovědí respondentů se klienti potýkali také s pocity vykořeněnosti, osamění, nepřijetí, což se projevilo na úrovni jejich sebevědomí, které při vstupu do služeb bylo minimální. Spousta klientů si nevěřila, podceňovala se a bála se projevit. Vlivem nedostatečné sebejistoty byl u klientů zaznamenán problém s navazováním sociálních vztahů, tudíž v začátcích spolupráce mělo jen pár klientů nějaké bezpečné vazby. V neposlední řadě se pak u klientů projevoval problém s trávením volného času, přičemž klientům scházely smysluplné aktivity během dne vnášející radost a režim do jejich života.

Současný stav naplnění potřeb klientů vykazuje zlepšení uspokojení ve všech jejich vývojových potřebách. Z toho lze usoudit, že během pravidelného setkávání klientů s pracovníky dochází na profesionální úrovni k saturaci potřeb alespoň do takové míry, která přispívá k pozitivnímu rozvoji a zkvalitnění životního způsobu jedinců, k jejich lepšímu zapojení se do společnosti a k minimalizaci rozdílů mezi nimi a sociálními podmínkami. Z analýzy výsledků vyplývá, že došlo ke kladným změnám v těchto kategoriích:

- **Vhodnější prostředí k životu**
- **Více sociálních kontaktů**
- **Aktivnější trávení volného času**
- **Snaha pracovat s nemocí**
- **Lepší znalost zdrojů pomoci**
- **Uvědomění vlastní hodnoty**

Respondenti sdělovali, že klienti zaznamenávají v době soustavné spolupráce naplnění v oblasti potřeby místa, kdy někteří z nich našli zcela nový prostor k bydlení, či se podařilo vytvořit přijatelnější podmínky pro život ve stávajícím prostředí. Došlo také k žádoucímu vývoji v poli interakce s druhými lidmi. Klienti dle respondentů navazují během docházení do zařízení nové známosti a přátelství, přičemž se prostřednictvím pravidelných schůzek s pracovníky dostávají do stálého

sociálního kontaktu. Z analýzy odpovědí lze konstatovat, že klienti v současné době umí lépe pracovat se svým volným časem, jsou více motivovaní a odhodlaní být v životě aktivní, mít své zájmy a koníčky. Dále jsou také seznámeni s místy, kde k aktivizačním činnostem může bezpečně docházet. Je patrné, že v rámci dlouhodobé spolupráce s klienty u některých z nich došlo k zásadnímu posunu v přístupu k onemocnění. Vlivem dodání potřebné opory v podobě profesionální pomoci a srozumitelné edukace o nemoci mluví klienti o příznacích a projevech otevřeněji a snaží se s nimi více pracovat, to má eminentní dopad na celkový způsob života. Pomoc orientovat se klientům v jejich onemocnění se totiž výrazně podílí na jejich schopnosti lépe uspokojovat základní vývojové potřeby.

Respondenti též reflektují, že v současné době má většina klientů širší znalost zdrojů pomoci, což znamená, že v případě potřeby, ví kam se obrátit. Z tvrzení vyplývá, že někteří klienti mají rozsáhlejší povědomí o tom, jaké možnosti nabízí jejich okolí a jsou schopnější podpůrnou síť okolo sebe využít. Z výpovědí respondentů můžeme usoudit, že proběhly příznivé změny i v oblasti sebevědomí klientů, jelikož současný stav naplnění potřeb vypovídá o tom, že si již více uvědomují své vlastní kvality a dovednosti. Ukazuje se, že sebevědomí klientů je klíčovým faktorem ovlivňujícím jejich životní počínání. Větší sebejistota u některých z nich napomohla k žádoucí saturaci ostatních vývojových potřeb. Vzhledem k tomu, že se jednotlivé potřeby vzájemně prolínají, uspokojení jedné potřeby nelze saturovat bez naplnění druhé, o čemž vypovídá i skutečnost, že pokroky v saturaci určité potřeby se promítají do pozitivní změny v potřebě další. Ze stanovených kategorií je patrné, že zásadní potřebou v životě klientů je potřeba dostatečné podpory, která je během pravidelné spolupráce klientů s pracovníky saturována a její existence zásadně participuje na žádoucí saturaci ostatních vývojových potřeb. Důležité je zmínit skutečnost, že spolupráce je založena na společné práci obou subjektů a její úspěšný či neúspěšný vývoj má v rukou zejména klient sám. Lze tedy tvrdit, že klienti jsou přirozeně schopni autonomně alespoň do jisté míry naplňovat své potřeby, je však nutné jim být v tomto procesu průvodcem a oporou.

K saturaci základních potřeb u klientů přispívají během přímé práce také sami pracovníci organizace, kdy z výsledků vzešlo, že jim jsou nápomocni v následujících oblastech:

- **Podporující a respektující přístup**
- **Pomoc při zvládání nemoci**
- **Aktivizace**
- **Pomoc v oblasti bydlení a péče o stávající prostředí**
- **Prostor pro bezpečné sdílení**
- **Hledání silných stránek a zplnomocňování**

Respondenti nejčastěji reflektovali, že klientům napomáhá k saturaci potřeb zejména jejich samotný postoj ke klientům. Opora a respekt, které jsou nedílným prvkem každé spolupráce, jim poskytují důležitý pocit přijetí a pochopení. Z odpovědí dále vzešlo, že podpora je klientům dodávána i v rámci zdraví v podobě pomoci při zvládání jejich duševního onemocnění. Tato opora se jeví jako velmi zásadní právě z důvodu, že nemoc zasahuje do všech sfér lidského života a je tak klíčovým determinantem určujícím další vývoj jedince. Dalším činitelem, ovlivňujícím pozitivní rozvoj klientů, je aktivizace, kdy se pracovníci snaží klienty motivovat k jakékoliv smysluplné činnosti, a to nejen za pomoci povzbuzení a podpory, ale i prostřednictvím doprovodů a společného trávení času na jednotlivých aktivitách. Přítomnost osoby, které klienti důvěřují, napomáhá klientům lépe zvládnout obavy a nejistoty z pro ně neznámého, leckdy stresujícího, prostředí a vede tak k posilování jedince v kontaktu se společností.

Pracovníci participují na saturaci potřeb klientů také prostřednictvím pomoci při hledání nového bydlení a úkonů s tím spojených. Klientům, mající své zázemí, pak pomáhají zlepšovat a přetvářet životní podmínky na co nejpříjemnější. Dotazovaní opakovaně uváděli, jak je pro klienty podstatné bezpečí, zahrnující sdílení jejich trápení, problémů a pocitů. To je spjato především s možností poskytovat klientům prostor, kde mohou být sami sebou a bez obav se svěřit, ale také s jasným a srozumitelným jazykem pracovníka směrem ke klientovi. Být v jednání s klientem vždy transparentní a předávat informace tak, aby je klient pochopil a dostatečně jim porozuměl, představuje stěžejní bod každé spolupráce. Pracovníci



přispívají k saturaci potřeb klientů také pomocí hledání silných stránek klienta a uplatňování dovedností s cílem zvýšení autonomie jich samotných. Pěč a Probstová (2014) uvádějí, že přístup k duševně nemocným, konkrétně k lidem se schizofrenií, by měl podporovat jejich nedostatečně rozvinuté kompetence vypořádat se s běžnými životními nároky svépomocí. Záměrem je, aby klient zvládal každodenní a životní úkoly vlastními silami a převzal sám zodpovědnost za svůj život. Pracovníci klienty rehabilitují k co největší samostatnosti a snaží se objevit jejich silné stránky a rozvinout dostupné kapacity, což výrazně přispívá k posílení jejich sebejistoty.

Z diskuze výsledků vyplývá, že pracovníci organizace během souvislé spolupráce přispívají k saturaci potřeb svých klientů především v oblasti podpory, kdy klienty provází v náročných životních situacích spojených nejen s jejich onemocněním. Zároveň klientům poskytují respektující a bezpečné prostředí s profesionálním stylem práce a za využití odborných metod je rehabilitují k saturaci potřeb svépomocí.

## Závěr

Práce definovala problematiku duševních onemocnění, přičemž se zaměřila na etiologii, průběh a prognózu nemocí. Dále stručně popsala důležitost naplňování vývojových potřeb z pohledu jednotlivých autorů, kdy poukazuje na významnost jejich naplňování již od raného věku dítěte. Práce se podrobněji věnuje konceptu základních vývojových potřeb dle Alberta Pessa a Diane Boyden-Pessa (zakladatelé PBSP), který posloužil jako základ pro výzkumné šetření. Z teorie PBSP vyplývá, že předpokladem pro šťastný a spokojený život je naplnění potřeby místa, sycení, podpory, bezpečí a limitů. Jestliže saturace potřeb není žádoucí, může dojít k narušení psychického vývoje, v konečném důsledku až ke vzniku duševních problémů. Existence psychického onemocnění výrazně znesnadňuje schopnost vývojové potřeby dostatečně naplňovat, což vede k celkovému selhávání v běžných životních situacích.

Diplomová práce zjišťovala zkušenosti pracovníků organizace Péče o duševní zdraví s naplňováním potřeb svých klientů, kdy výsledky reflektují, že organizace, pomáhající lidem trpícím duševním onemocněním, výrazně přispívá k uspokojování potřeb svých klientů a v rámci soustavné spolupráce dochází k pozitivnímu rozvoji jedinců a k jejich osamostatňování se. Ukazuje se, že klienti při vstupu do služby vykazovali v rámci saturace základních vývojových potřeb výrazné deficity, které byly na základě profesionálního přístupu pracovníků minimalizovány, a během společné práce dochází k příznivým změnám ve vývoji jedinců přispívající ke zkvalitnění jejich života. Bylo zjištěno, že duševně nemocní pociťují nedostatky v naplnění všech základních vývojových potřeb, kdy jim tyto deficity podstatně znesnadňují a komplikují způsob zvládnání obtížnějších i méně náročných úkolů v životě. Nejvýraznější deficit u klientů byl spatřen v oblasti potřeby podpory, přičemž je poukazováno na fakt, že právě míra opory, přijetí a pochopení se zásadně podílí na způsobilosti naplňovat své další potřeby vlastními silami a příznivě ovlivňuje zvládnání projevů onemocnění determinující veškeré ostatní sféry fungování. Dosud zaznamenané výsledky jistě nelze zobecnit na veškerou populaci lidí s duševním onemocněním, jelikož zkušenosti se saturací byly zjišťovány

metodou kvalitativního šetření a založeny na výpovědích jednotlivých respondentů, které mohou být zcela subjektivního charakteru.

Problematika duševních onemocnění se jeví jako velmi relevantní se zásadním dopadem na kvalitu života člověka. Bariéry v naplňování jednotlivých potřeb však vytváří nejenom onemocnění samotné, kdy jsou projevy nemoci pro mnohé obtížně rozpoznatelné a zvladatelné, ale také prostředí, ve kterém člověk žije a společnost, která jej obklopuje. Vhodně formovat prostředí okolo klienta se organizace nesnaží pouze pomocí přímé práce s klienty, nýbrž také prostřednictvím dobrovolnického programu, který se zaměřuje na aktivní trávení volného času a podílí se tak na zlepšení životních podmínek jedince. Dobrovolnictví lze tedy chápat jako podpůrný nástroj ovlivněný prvky sociální pedagogiky napomáhající lidem v nepříznivých životních situacích s cílem formovat osobnost jedince a jeho okolí pozitivním způsobem.

Je důležité zmínit, že uspokojování základních vývojových potřeb je klíčovým faktorem pro pozitivní rozvoj osobnosti a míra naplnění předurčuje jeho životní směřování a vývoj. Pakliže jsou v saturaci potřeb přítomny překážky v podobě výskytu nemoci, je podstatné, že současnost se takovými skutečnostmi zabývá a snaží se nejen za pomoci existence neziskových organizací těmto lidem pomáhat.

Tímto považuji cíl práce, kdy jsem analyzovala základní vývojové potřeby v souvislosti s duševním onemocněním a popsala zkušenosti pracovníků s naplňováním potřeb klientů, za splněný.

## Seznam použité literatury

### Monografie

1. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2993-3.
2. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 8072622773.
3. BLATNÝ, Marek. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 9788024734347.
4. ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-114-1.
5. DRAPELA, Victor J. *Přehled teorií osobnosti*. 4. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071787663.
6. GIDDENS, A. *Třetí cesta: obnova sociální demokracie*. Praha, Mladá fronta. 2001. 149 str. ISBN 80-204-0906-8.
7. HANUŠ, Herbert. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 8071843822.
8. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
9. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vydání. Praha: Academia, 2015. ISBN 80-200-1307-5
10. KEBZA, Vladimír. *Chování člověka v krizových situacích*. Vydání třetí. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, Provozně ekonomická fakulta, 2015, 142 s. ISBN 978-80-213-2591-3.
11. KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0643-9.
12. KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. ISBN 8073150042

13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
14. LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5.
15. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
16. MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
17. MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíc potřebují*. Vyd. 7. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0853-2.
18. MATOUŠEK, Oldřich. *Potřebujete psychoterapii?: [o duševním zdraví, jeho poruchách a možnostech psychoterapeutické pomoci]*. 2., rozš. a upr. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-314-5.
19. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 8024713624.
20. NOVOTNÝ, Michal a Ivana STARÁ. *Dobrovolníci v nemocnicích: metodický manuál pro zdravotnická a sociální zařízení*. Vyd. 2. dopl. Praha: Hestia, 2002. ISBN 8023886975.
21. OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.
22. PESSO, Albert, Diane BOYDEN-PESSO a Petra VRTBOVSKÁ. *Úvod do Pessa Boyden System Psychomotor: PBSP jako terapeutický systém v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu*. Praha: Sdružení SCAN, 2009. ISBN 80-86620-15-8.
23. PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026207313.
24. *Psychiatrie: učebnice pro vyšší zdravotnické školy*. Praha: Scientia Medica, 1997. Učebnice pro vyšší zdravotnické školy. ISBN 80-85526-64-6.
25. SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie : diagnostika*. 2. rev. vyd. Praha: Maxdorf, 1997. ISBN 80-85912-18-x.

26. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7
27. ŠVAŘÍČEK, Roman. ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha. Portál 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
28. TOŠNER, Jiří a Olga SOZANSKÁ. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7367-178-6.
29. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 1999. ISBN 978-80-7013-553-2.
30. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 978-80-262-0225-7.
31. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 8071783080.

### Internetové zdroje

1. FRANČE, Vojtěch. 2010. Abraham Maslow – Pyramida potřeb. In: *Grafologie a psychologie* [online]. [cit. 2017-11-27] Dostupné z: <http://ografologii.blogspot.cz/2008/04/abraham-maslow-pyramida-potreb.html>
2. HÖSCHL C.: Editorial. *Psychiatrie*, 19; 2015, 2:67. In: *Cyril Höschl - Director of psychiatric center* [online]. 2015 [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: <http://www.hoschl.cz/?text=5309&lang=cz>
3. KEBZA, Vladimír. *Světový den duševního zdraví 2013* [online]. 2013 [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/psycho/2013/Svetovy\\_den\\_dusevniho\\_zdravi\\_2013.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/psycho/2013/Svetovy_den_dusevniho_zdravi_2013.pdf)
4. LÁTALOVÁ, Klára. 2012. Bipolární afektivní porucha v různém věku. In: *Postgraduální medicína* [online]. 2.1. [cit. 2018-01-30]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/bipolarni-afektivni-porucha-v-ruznem-veku-462921>

5. *Mental Health Declaration for Europe: Evropská ministerská konference WHO Psychické zdraví* [online]. 2005 [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/psycho/Evropska\\_deklarace.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/psycho/Evropska_deklarace.pdf)
6. PERQUIN, M. D, Lowijs. *Omnipotence a limity v PBSP: Vodítka pro struktury s limity. Česká asociace Pesso Boyden psychomotorické psychoterapie* [online]. 1996 [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: [http://www.pbsp.cz/texty/perquin\\_omnipotence.pdf](http://www.pbsp.cz/texty/perquin_omnipotence.pdf)
7. SIŘÍNEK, Jan. 2017. PBSP – úvodní text určený zájemcům o metodu. In: *Pbsp.cz* [online]. [cit. 2018-11-27] Dostupné z: <http://www.pbsp.cz/metoda.htm>
8. *Všeobecná deklaráce o dobrovolnictví* [online]. 2017 [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/vseobecna-deklarace-o-dobrovolnictvi>

### Zahraniční příspěvky

1. DEKKER, Paul a Loek HALMAN. *Volunteering and Values* [online]. 2003. [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/227004799\\_Volunteering\\_and\\_Val\\_ues\\_an\\_introduction](https://www.researchgate.net/publication/227004799_Volunteering_and_Val_ues_an_introduction)
2. GREEN, Christopher, 2000. A theory of human motivation. In: *Classics in the History of Psychology* [online] . [cit. 2019-02-10] Dostupné z: <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>
3. NHS Choices. Causes of schizophrenia . In: *Nhs.uk* [online]. 1.10.2014 [cit. 2018-11-13]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/Conditions/Schizophrenia/Pages/Causes.aspx>
4. PBSP. *About PBSP* [online]. 2018 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://pbsp.com/>
5. PESSO, A. (2003). Holes in roles : Article by Albert Pesso for the Workshop holes in Roles. [online]. 2003 [cit. 2017-02-28]. Dostupné z: <https://pbsp.com/about/holes-inroles/>
6. WILSON, John a Marc MUSICK. *Who Cares? Toward an Integrated Theory of Volunteer work* [online]. 700-701 [cit. 2019-02-01]. Dostupné z:

<http://www.asanet.org/sites/default/files/savvy/images/members/docs/pdf/featured/wilson.pdf>

### **Závěrečné práce**

1. SKUČKOVÁ, Martina. *Koncept základních vývojových potřeb dle Pessa a Boyden-Pessa a jeho realizace v práci krizového pracovníka*. Hradec Králové, 2017. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta
2. ZICHOVÁ, Eva. *Dlouhodobé dobrovolnictví v nemocnici u pracujících dobrovolníků v kontextu životního příběhu*. Brno, 2017. Diplomová práce. Masarykova univerzita Brno, Filosofická fakulta, Ústav pedagogických věd.



# Příloha A

## Struktura rozhovoru

1. Jak vypadalo klientovo místo v životě, když Vás navštívil?
2. Co pro Vašeho klienta znamená dobré místo?
3. Jak pečujete o to, aby měl klient v životě dobré místo? / Jak klientovi pomáháte naplnit potřebu dobrého místa?
4. Jaké vnímáte rozdíly v saturaci potřeb dobrého místa klienta před jeho vstupem do služeb a nyní během užívání služby?
5. Jak se klient nyní stará/jak pečuje o své místo?
6. Jak saturovanou potřebu bezpečí měl klient, když Vás navštívil? / Do jaké míry měl saturovanou potřebu bezpečí?
7. Co pro klienta znamená bezpečí?
8. Jak pomáhá služba klientovi saturovat potřebu bezpečí v životě? / Jak je postaráno o bezpečí klienta?
9. Jaké vnímáte rozdíly v saturaci potřeb bezpečí klienta před jeho vstupem do služeb a nyní během užívání služby?
10. Jak se klient nyní stará/jak pečuje o své bezpečí?
11. Jak byl klient sycen, když Vás navštívil? / Do jaké míry byl sycen?
12. Co pro klienta znamená být sycen?
13. Jak je saturována klientova potřeba sycení? / Jakým způsobem je postaráno o sycení klienta?
14. Jaké vnímáte rozdíly v saturaci potřeb sycení klienta před jeho vstupem do služeb a nyní během užívání služby?
15. Jak se klient sytí nyní?
16. Jakou měl klient podporu, když Vás navštívil?
17. Co pro klienta znamená podpora?
18. Jak pomáháte klientovi saturovat potřebu podpory v životě? / Jak klienta podporujete?
19. Jaké vnímáte rozdíly v saturaci potřeb podpory klienta před jeho vstupem do služeb a nyní během užívání služby?

20. Jak se klient nyní stará/jak pečuje o svou podporu?
21. Jak byl klient limitován, když Vás navštívil? / Do jaké míry byl limitován?
22. Jak vnímá klient potřebu limitů?
23. Jak pomáháte klientovi saturovat potřebu limitů? Jak je limitován?
24. Jaké vnímáte rozdíly v saturaci potřeb limitů klienta před vstupem do služeb a během užívání služby?
25. Jak se klient limituje nyní?