

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Písemná práce k magisterské zkoušce

Když tělo řekne víc než slovo

Netradiční přístup k péči o diabetiky

Bc. Iveta Krčová

Studijní program:

Sociální politika a sociální práce

Studijní obor:

***Sociální práce se zaměřením
na komunikaci a aplikovanou
psychoterapii***

Praha, 2008

Vedoucí práce

prof. PhDr. Anna Hogenová, Csc.

*„Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k magisterské zkoušce vypracovala samostatně a
cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.“*

Datum: 23. 4. 2007

Podpis:

Poděkování

Ráda bych velmi poděkovala paní prof.PhDr. Anně Hogenové, Csc. za osobní přístup, konzultace, cenné rady a profesionální vedení mé diplomové práce. Také ji děkuji za fenomenologické osvětlení úseku filosofie a upozornění na důležitost tázání pro bytí člověka.

Děkuji MUDr. Olze Dostálové, CSc., za konkrétní a vyčerpávající rady z oboru medicíny a výukové bloky *Zdraví a nemoc*.

Děkuji také panu PhDr. Jiřímu Růžičkovi, Ph.D., za odborné, demokratické vedení naší školy, možnost studia na této škole a výukové bloky *Péče o duši*.

Děkuji Mgr. Jakubu Zlámanému a Bc. Janu Sobotkovi za vedení naší třídní komunity a podněty k zamyšlení spojené se supervizí.

Děkuji všem vyučujícím, s nimiž jsem měla tu čest se setkat a být přítomna na jejich přednáškách.

Děkuji také paní Darje Vávrové za pomoc při řešení administrativních náležitostí spojených se studiem a ukončením studijních povinností.

Děkuji manželovi i dvěma synům za trpělivost.

OBSAH

Úvod.....	8
1 Kořeny péče o člověka	
1.1 Historický pohled na lidské tělo.....	10
1.1.1 Karteziánský dualismus.....	11
1.1.2 Fenomenologické pojetí těla a tělesnosti.....	14
1.2 Kalokagáthia.....	16
1.3 Kalokagáthia 21.století.....	17
2 Pohled člověka na vlastní tělo	
2.1 Tělo v pohybu.....	19
2.2 Tělesné schéma dle Merleau-Pontyho.....	20
2.3 Tělesné schéma, psychosomatika a sebepojetí tělesně postiženého.....	22
2.4 Jak může nemoc ovlivnit pohled na sebe, na svět.....	25
3 Diabetes mellitus – Úplavice cukrová	
3.1 Historické zmínky o diabetu.....	28
3.2 Co je diabetes.....	30
3.2.1 Diabetes mellitus 1.typu.....	32
3.2.2 Diabetes mellitus 2. typu.....	33
3.2.3 Komplikace diabetu a psychosomatika.....	34
3.2.3.1 Diabetická retinopatie.....	37
3.2.3.2 Diabetická nefropatie	
3.2.3.3 Diabetická makroangiopatie.....	38
3.2.3.4 Diabetická neuropatie	
3.2.3.5 Syndrom diabetické nohy /“fantomův úd“/.....	39
3.3 Psychologické aspekty vyrovnávání se s diabetem při pobytu v nemocnici.....	43

3.3.1 Člověk a chronické onemocnění.....	44
3.3.2 Důsledky pro život.....	45
3.3.3 Hledání cest k přijetí života s nemocí.....	46

4 Úloha sociální práce u lidí trpících cukrovkou

4.1 Několik obecných poznámek o sociální práci.....	48
4.1.1 Sociální práce v jiných ekonomicky vyspělých zemích	
4.1.2 Sociální práce v naší zemi.....	50
4.1.3 Odborná zařízení pro diabetiky.....	51
4.1.4 Co poskytuje diabetikům stát	
4.1.5 Neziskové organizace.....	52
4.2 Sociální služby	
4.2.1 Psychosociální a poradenská pomoc (vhodná pro nemocné diabetem)..	53
4.2.2 Doporučení pro poradenského terapeuta.....	55
4.2.3 Práce s úzkostí, krizí, depresí.....	57
4.2.4 Práce se závislostí na druhém.....	59

5 Sociální pracovníce jako most v komunikaci

5.1 Způsoby komunikace.....	62
5.2 Komunikace sociální pracovníce se zdravotně znevýhodněným.....	64
5.3 Komunikace sociální pracovníce s lékařem	
5.4 Komunikace sociální pracovníce se zdravotními sestrami.....	65
5.5 Komunikace sociální pracovníce s rodinou.....	65
5.6 Komunikace sociální pracovníce s dobrovolníky.....	66
5.7 Komunikace sociální pracovníce s úřady.....	67

6 Existenciální analýza a logoterapie jako jedna z nabídek poradenské pomoci

6.1 Různá pojetí existenciální analýzy.....	69
---	----

6.2 Přitakání.....	71
6.2.1 Ano ke světu	
6.2.2 Ano k životu.....	72
6.2.3 Ano k sobě	
6.2.4 Chtít smysl.....	73
6.3 Motivace klienta k hledání vlastních cest k životu.....	74
Závěr.....	76
Literatura.....	78

ÚVOD

Téma mé diplomové práce nese název „Když tělo řekne víc než slovo“ s podtitulem Netradiční přístup k péči o diabetiky. Název jsem zvolila po té, co jsem po ukončení studia denního bakalářského programu na Pražské vysoké škole psychosociálních studií začala pracovat jako psychosociální pracovnice v nemocnici v Praze. Motivovala mě také vzájemná spolupráce s pacienty s diagnózou diabetes mellitus, kteří služeb poradny využívají nejčastěji. V praxi si uvědomuji důležitost komplexní péče o klienta, pacienta, při níž by měl být hlavní důraz kladen na rovnováhu - na jedné straně aktivit duševních, duchovních a tělesných a na druhé straně zajišťování péče lékařské, rehabilitační a ergoterapeutické. Tento komplexní přístup má člověku umožnit, nebo usnadnit soběstačný, nezávislý a aktivní život co nejdéle.

Po celou dobu studia jsem mimo jiné, jako jeden z mnoha předmětů navštěvovala přednášky našich předních filosofů paní prof. Peškové a paní prof. Hogenové. V jednom z hlavních témat „Péči o duši“ jsem se postupně seznamovala s tím, jak i jinak se dá nahlížet na tělo člověka. Nacházela jsem rozdíly pohledů na tělo jako „Soma“, „Sarx“ a „Pexis“. Postupně se dualistický, karteziánský pohled některých z nás měnil a tělo jsme začali chápat jako fenomén, jako tělo oduševnělé. Dostat se k podstatě člověka, a tedy uchopit určitým způsobem i fenomén těla, nám umožňuje fenomenologie. Poznatky jsem čerpala z literatury, přednášek psychologie, sociologie, krizové intervence, patopsychologie, speciální psychoterapie, kulturní antropologie, zdraví a nemoc, komunikace, sociální politiky a dalších.

Ve své práci jsem také využila poznatků z tříleté praxe v Denním centru určeném seniorům Židovské obce v Praze, připomínala si zkušenosti ze sebezkušenostního výcviku. Závěrečnou práci jsem rozdělila do 6 hlavních okruhů. Každý po svém se nějakým způsobem dotýká klienta /pacienta/, jeho „dasein“, jeho moci i ne-moci se svobodně na své životní cestě pohybovat. V první části, „**Kořeny péče o člověka**“ na problematiku pobytu člověka zde a nyní pohlížím z historického hlediska. Druhá část, „**Pohled člověka na vlastní tělo**“, se pokusí objasnit různost pohledů člověka na sebe a své tělesnění. Třetí část mé práce je zaměřena na přiblížení problematiky diagnózy „**Diabetes mellitus**“ a komplikace, které sebou toto onemocnění člověku přináší. Čtvrtá část je věnována **významu sociálních pracovníků**, poraden a budování vztahu s druhým. V páté části se zaměřuji na fenomenologický směr „**Existenciální analýzu**“ jako jednu z možností při budování vztahu

klienta ke světu, k sobě, k druhému. V závěru se podíváme na **hledání vlastních cest** člověka v řešení složitých životních etap, možnost svobodné volby, objevování smyslu života a jeho umění říci svému životu „ANO“.

1 KOŘENY PÉČE O ČLOVĚKA

1.1 Historický pohled na lidské tělo

Podle řeckého básníka Hesióda, který žil na přelomu 8.a 7. století př.n.l., nehrozilo člověku v dávno ztracené Arkádii žádné nebezpečí. POTER k tomu oddává, „...*předkové mohli volně čerpat z přírodního rohu hojnosti,... lev uléhal vedle beránka a všude panoval klid a mír*“¹. Vlivem mírného klimatu neznali naši předkové žádné zlo, nehrozila jim tělesná námaha ani žádné bolesti a choroby. Pak se ale vše změnilo.

Po spáchání prvotního hříchu, jak se píše v knize Genesis, se bolest i smrt, které byly v rajské zahradě něčím neznámým, staly pravidlem. Staří Řekové epidemie a jiné zdravotní problémy připisovali otevření Pandořiny skříňky. Čím více lidí obývalo zeměkouli, tím více se začali objevovat různí paraziti, mikroorganismy a patogeny, které jim začaly škodit. Archeologové a paleontologové ve svých objevech dokazují, že naše předky již sužovaly různé malformace, artrózy, následky po úrazech, které byly projevy nedokonalého ošetření. Objevily se mikroorganismy, jako bakterie, viry, a prvoci. Ti se rozmnožovali v organismu hostitele a způsobovali vážná onemocnění. Řada různých chorob se zrodila z těsné blízkosti člověka a zvířete. Pozůstatkem dobytčího moru jsou například spalničky, vepří a drůbež předali lidstvu své chřipky, od koní získal člověk rýmy a nachlazení. Nemoc, ne-moc či invalidita ovlivňovala život celé skupiny a znemožňovala jí rychlý přesun z místa na místo. Skupina pak volila ze dvou možností. O nemocného pečovala jako o dítě, nemocný byl krmen, ošetřován a opatrován, nebo byl nemocný skupinou opuštěn, v jiných případech ze skupiny vyhoštěn. Významnou roli v té době hrály léčitelské rituály, které byly „věcí veřejnou“ a ne soukromou². Šamani z kmene Bororo, jsou například přesvědčeni, že „...*hluboko uvnitř lidské osobnosti je prázdná jeskyně, postupně anektovaná (zabraná) zrcadlenými obrazy vnějšího sociálního světa*“³.

¹ POTER, R. *Největší dobrodiní lidstva*. Praha: Prostor, 2001, s.31.

² POTER, R. *Tamtéž*, s.49.

³ STYX, P. *O psychiatrii*. Brno: Computer Press, 2003, s.15.

V bohaté míře se využívaly rostliny, stromy a jiné přírodní zdroje, které měly léčivé účinky. Psychology, psychiatry, lékaře nepotřebovali, protože jejich těsné sepětí s přírodou bylo silné. Léčbu zajišťovali šamani, léčitelé, lidé posedlí d'áblem a ti v mnohých případech dokázali za pomoci rituálů a očistných tanců neduhu z člověka i vesnice vyhnat. Pro zachování zdraví bylo nutné porozumět vlastnímu tělu. Bylo to jednoduché i obtížné současně, protože nitro organismu zůstávalo skryto a vycházelo se ze znalostí přirozeného světa a z pochopení běžného domácího života⁴. Postupně se lidský jídelníček i způsob života „obohatili“. Za nový životní styl začal člověk platit daň v podobě obezity, žlučových kamenů, ischemické choroby, hypertenze i diabetu, degenerativního onemocnění kloubů, závislostí a nových chorob jako je AIDS. Ve stále větší míře se začaly objevovat i sociální a psychické problémy.

„Člověk je výrazně sociální bytost. K uspokojování svých potřeb je spjat s ostatními lidmi“⁵. Prostřednictvím vztahů se člověk začleňuje do určitého lidského společenství. Člověk se hodnotí, vnímá a pozoruje očima společnosti, ve které se pohybuje. Při neplnění norem, které společnost stanovuje, prožívá pocity úzkosti, ohrožení, jež se projevují na biologické, psychické i sociální úrovni. „*Dualismus ducha a těla tu byl několik tisíc let před Descartesem a nepřímo odráží odcizení těla jako zdroje znečištění, nemoci a špatných tužeb*“⁶. Chtěl-li si člověk zachovat zdraví, musel se začít znovu učit rozumět svému tělu a pohybu na cestě životem. Život je pojímán jako plynoucí řeka, jako pohyb na cestě. Člověk si posléze uvědomil, že propojenost nebe se zemí je mu umožněno prostřednictvím řeči. Vždyť „...lidská řeč může až do nebe ...až do transcendence...“⁷.

1.1.1 Karteziánský dualismus

Dualismus těla a duše se projevil již v základních náznacích u PLATÓNA (427-347 př.n.l.), který se jako první snažil dokázat nesmrtelnost duše. Jeho dualismus tedy spočívá v dualismu „mezi duchem a hmotou, mezi duchovní duší a hmotným tělem člověka“⁸. „Pro Platóna je látka (hylé) spíše příležitostí pro jevy a úzce souvisí s prostorem. S tím je spojeno nízké ocenění tělesnosti, což je častý antický problém, umocněný také vlivem

⁴ POTER, R. *Největší dobrodiní lidstva*. Praha: Prostor, 2001, s.56-57.

⁵ STYX, P. *O psychiatrii*. Brno: Computer Press, 2003, s.11.

⁶ SCHERMER, V., L. *Duch a duše*. Praha: Triton, 2007, s.65.

⁷ HOGENOVÁ, A. *Hygiensis a iatreusis a „ne-moci“ se pohybovat na životní cestě*. Katedra OV a filosofie, UK PedF Praha. http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_6/konference_606.htm, s.1.

⁸ CORETH, E. *Co je člověk?*. Praha: Zvon, 1994, s.23.

„orfické“ myšlenky, že tělesné zrození je pádem duše z oblasti božské“⁹. Platónský dualismus se pokusil překonat ARISTOTELÉS (384-322 př.n.l.), který upozorňoval na bytostnou souvislost těla a duše. Duši považuje za formu těla, za formující princip života. Látka /hýlé/ přijímá formu /morfé/, a vytvářejí tak společně jediný celek, jedinečnou osobu¹⁰. Pro rané křesťanství je určující učení Aurelia AUGUSTINA (354-430), který vycházel z Platóna. Tělo a duši považoval za samostatné substance vzájemně na sebe působící. Vrcholný středověk je ovlivněn učením Tomáše AKVINSKÉHO (1225-1274) vycházejícího z Aristotela. Vyzdvihoval rozum jako prostředek pro svobodné rozhodování člověka.

„Když malému a spíše domácímu založenému Descartesovi táhlo na dvacet let, okusil společenský život v pařížských kasinech. Znudil ho však a pustil se raději do osamělého studia matematiky a filosofie“¹¹.

Vznik racionalistické filosofie se datuje k „filosofickému prozření“ René Descartese (lat. Cartesius, 1596 – 1650), který ve svých třidvaceti letech dospěl k tomu, že by nemusel brát v úvahu různé názory „klasiků“ a že by mohl k filosofickým jistotám dospět přísnou matematickou logikou. Pochybování se stalo jeho náplní života a skutečnost – *myslím, tedy jsem* – se mu zdála tak jistá a evidentní, ...“že jakékoli přemrštěné pochybnosti skeptiků by s ní nemohly otřást“¹². Pochyboval o všech úvahách, o kterých byl dříve přesvědčen. Svými úvahami tak obnovuje dřívější dualismus těla a mysli. Oddělil od sebe substance duchovní /res cogitans = myslící vědomí/ a materiální /res extensa = rozprostraněný svět těles/, které fungují dle něj nezávisle na sobě a vůči sobě stojí i v určitém (v absolutním) protikladu. Právě tento absolutní protiklad mezi substancí myslící a rozprostraněnou vytvořil ten dualismus, jenž se stal v ontologii a v gnozeologii tak osudným pro celý novověk. Názorem, že „já“ je věcí, či substancí, jejímž základem, či podstatou je pouze myslet a která k existenci nepotřebuje hmotu, tedy tělo, ovlivnil řadu svých následovníků. Tvrdil, že ego, mysl a duše díky níž je tím, čím je, je zcela odlišná od těla¹³. Za „životní energii“ považoval tekutinu, která naplňuje mozkové komory. Problém, ale nalézal ve spojení nehmotné duše s hmotným tělem. Karteziánský dualismus za spojovací článek hmotného těla a nehmotné duše považoval Boha (occasionalismus, od occasio – příležitost). „*Bůh pečuje o to, aby všechno, co se*

⁹ KRATOCHVÍL, Z. *Filosofie živé přírody*. Praha: Herman, 1994, s.81.

¹⁰ ARISTOTELES. *O duši*. Praha: Kosmas, 2000. s.51

¹¹ HUNT, M. *Dějiny psychologie*. Praha: Portál, 2000. s.69.

¹² HUNT, M. Tamtéž, s.70.

¹³ HUNT, M. Tamtéž, s. 71-74.

odehraje v jedné oblasti, provázelo příslušné dění i ve druhé“¹⁴. Bohu také připisoval důležitost prvního impulsu, který je potřebný pro pohyb. Toto množství pohybu dané Bohem zůstává dle jeho slov stejné. Jeho dualismus postupně ovládl představivost mnoha lidí a byl přijímán jako samozřejmost. SCHERMER upozorňuje na to, že, „...*dualismus myslí a těla vyplývá z chybného ztotožňování duševní aktivity a existence*“¹⁵.

Descartesovo dílo mělo významný dějinný vliv. Považuje se za otce moderní filosofie. Tím, že přijal nové tendence a pochopil ducha doby, ve které žil, umožnil vzniknout nové, originální filosofii. Přírodověda se dodnes drží jeho zásad. „*Všechny vědy spojené dohromady nejsou nic jiného, než rozum lidský, pořád stejný, pořád jeden...*“¹⁶. Položil základy tzv. psychofyzického problému, přesněji psychofyzického dualismu, někdy nazvaného psychofyzický paralelismus, zabýval se otázkou vztahu tělesné a psychické stránky člověka. Učení se stalo základem „materialismu“ a „idealismu“. Racionalismus tak postupně ovládl novodobé myšlení.

Descartes měl a má i mnoho odpůrců, kteří nesouhlasí s jeho předmětným pohledem. „*Objekt je vržen před nás, jeví se nám, ukazuje se nám jako kus na cestě...Předmětem se stal Bůh, život, svět*“¹⁷. Oponenti Descartova díla upozorňují na to, že samotné měření o věci nic neřekne. Měření se může provádět do nekonečna. Stále budeme zjišťovat, že je co objevovat. Při úvahách je třeba také hovořit o neskrytosti věci, která je měřením nezjistitelná. Postupně člověk přichází na to, že noze, myšlení fungující ve skrytosti, ovlivňovala pohled na svět pouze vědeckými očima. Myšlení „*more geometrico*“ ovládlo většinu vědeckého myšlení. Jen pozvolna je přijímán názor, že neskrytost se nemůže stát předmětem vmeteným před naše pozorování, že požadavek „*clare et distincte*“ redukuje všechny věci na objekty a tím značně omezuje kořatost našeho uvažování. „*Měření jako fenomén se měřit nedá*“¹⁸, říká ve své knize „*K filosofii výkonu*“ HOGENOVÁ. Pouhé a oddělené měření, vážení, dávání formy, kontury a hranic nás ochuzují o bohatost smyslového vnímání. Neumožňují procítění a splynutí s problémem, s bytím v situaci. Zabraňuje otevřenosti vůči světu, neumožní proniknutí světla do tohoto světa. Připomíná tunelové vidění člověka, který se ocitl v krizi. Takové vidění pak u některých může vést až k nemoci, ke ztrátě kontaktu se sebou samým,

¹⁴ HUNT, M. Tamtéž, s.74.

¹⁵ SCHERMER, V., E. *Duch a duše*. Praha: Triton, 2007, s.64.

¹⁶ RÁDL, E. *Dějiny filosofie II*. Praha: Votobia, 1999, s.100.

¹⁷ HOGENOVÁ, A. *K filosofii výkonu*. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. s.49.

¹⁸ HOGENOVÁ, A. Tamtéž, s.50.

k uzavřenosti vůči světu. K nevhodné „Péči o duši“. Descartesův model karteziánského dualismu mysli a těla popřel a částečně odmítl Freud, který popsal lidské podvědomí. FREUD (1856-1939) a jeho dílo vedlo k rozvoji uvědomování si významu emocí. O rehabilitaci tělesnosti se pokusil i Fridrich NIETZSCHE (1844-1900). Jeho poznámky o nadčlověku obdařeném silou a zdravím, však zneužil nešťastným způsobem nacismus. V dnešní postmoderní době se znovu objevily myšlenky o důležitosti duchovní a morální stránky člověka.

1.1.2 Fenomenologické pojetí těla a tělesnosti

Významné místo v moderní filosofii zaujímá fenomenologie, tzn. filosofie podstaty. Jejím zakladatelem je jeden z nevlivnějších filosofů 20. století, Edmund HUSSERL (1859-1938), žák filosofa a matematika Bernarda BOLZANA (1781-1847). Ten Husserlovi vnukl myšlenku, že logika není závislá na psychologii, že logické zákony existují nezávisle na čase a prostoru, jsou to vědy o sobě. A právě fenomenologie je na tyto ideální podstaty zaměřena¹⁹. Husserl tvrdil, že pravda je absolutní a nemůžeme ji učinit závislou na myslícím tvoru. Významným kritikem Husserlova transcendentálního exkurzu, byl Martin HEIDEGGER (1889-1974). BLECHA vyzdvihuje zásluhu fenomenologie, která vrátila do filosofie konkrétní věci v jejich souvztažnosti a smysl pro ně²⁰. Významný český filosof PATOČKA (1907-1977) podotýká: „*Fenomenologie nemůže být metafyzikou, ale kritikou všech metafyzik, všech fixujících se soustav*“²¹.

Pojem „fenomén“ (z řec. *phainomenon, jev*) „... to co se jeví, co se ukazuje, v širším smyslu vše, co se vyskytuje“²². Fenomény jsou jevy, v nichž sami sebe vnímáme, prožíváme.

„Fenomenologie“ – (z řec. *phainomenon, nauka o jevech*)²³.

„Zu den Sachen selbst!“ / K věci samé/, je nedůležitější věta a základní axiom celé Husserlovy fenomenologie²⁴. Podstatou je zde pochopení rozdílnosti rozvrhu světa pohledem dítěte a dospělého. Každý si rozvrhuje svět díky nozím sobě vlastním. Toto ukazuje na

¹⁹ STÖRING, H. *Malé dějiny filosofie*. Praha: Zvon, 1991. s.38-39

²⁰ BLECHA, I. *Proměny fenomenologie*. Jihlava: Triton, 2007. s.45

²¹ PATOČKA, J. *Úvod do fenomenologické filosofie*. Praha: Oikoymenh, 2003, s.23.

²² *Filosofický slovník*. Olomouc: Nakl. Olomouc, 2002, s.119.

²³ *Filosofický slovník*. Tamtéž.

²⁴ HOGENOVÁ, A. *První Aproximace k fenomenologické metodě*. Studijní materiál pro distanční studia. Praha: PVŠPS, 2006.

jinakost /alteritas/ a originalitu, jedinečnost a neopakovatelnost každého z nás. Ukazuje ale zároveň na složitost v dorozumívání a komunikaci. Umění naladění se na noze druhého, umění pohledu na situaci pohledem druhého je významný terapeutický počin. Úzkostné lpění na našich zaběhnutých zkušenostech nám neumožňuje vhled a pochopení pocitů druhého, zkoumání prožívání prožívaného. Vede ke karteziánskému pohledu na druhého, k pohledu „more geometrico“. Podmínkou a základem fenomenologického myšlení je tedy naše připravenost na styk s čistým fenoménem, podstatou. K tomu je třeba provést transcendentální epoché - tedy podívat se na svět jakoby poprvé, jako malé dítě, ale s využitím všech dosavadních zkušeností života, studia, kulturnosti apod. Ale i toto je třeba uzávorkovat a jakoby odložit stranou. Jak se tedy dostat k podstatě problému? Odpověď nalezneme nejen u Husserla, ale i u Heideggera „*Tázání je zbožnost myšlení*“²⁵. Tázání je daleko důležitější, než odpovídání. Umění kladení otázek, vylad'ování se je umění proniknutí do podstaty problémů našich klientů, či pacientů. Je to odkrývání existence prostoru, ve které člověk pobývá. Vylad'ování znamená udělání si jasno o své situaci, kterou jsem si ne zvolil, do čeho jsem „vržen“.

Být součástí celku světa se nedá naučit. Na to musí každý člověk přijít sám. Je to jeho transcendentní způsob bytí. Zrovna tak nemůžete ne-mocného naučit žít se svoji ne-mocí. Můžeme mu být nápomocni na této složité cestě hledání. Směr a světlo na této své životní cestě si musí nalézt sám. Pokud tak neučiníme, budeme se chovat jako praví karteziáni, kteří jen chtějí, aby se člověk zařadil do nějakých jimi určených hranic. Ale přirozeností člověka je tyto hranice porušovat, rozpouštět. Přirozeností ne-mocného, je snaha o to, býti mocným. Tento „mocný“ člověk, se pak lépe vypořádá s informacemi o „nedokonalosti“ svého těla, o odlišnosti oproti průměru, o své jinakosti. I ne-mocný člověk se pak může cítit výjimečný právě svým „dasein“. Může zjistit, že jeho nemoc je jen jeho, že on jí může ovlivnit ze všech nejvíce. K tomu je třeba porozumění. Porozumění napomáhá řeč. Heidegger řeč pojímá nejen jako mluvu, ale jako celou artikulaci porozumění odehrávající se v běžném každodenním fungování. Porozumění situaci říkáme smysl. „*Řeč artikuluje smysl.*“ K úkonu řeči patří nejenom vyslovení se, ale i mlčení a slyšení²⁶.

Po tomto malém vhledu do podstaty fenomenologie se při pohledu na tělo a tělesnění již díváme na tělo nejen jako na *Soma* – tvar těla, *Sarx* – vnitřek těla pod kůží, ale tělo

²⁵ HOGENOVÁ, A. Tamtéž, s.73.

²⁶ PATOČKA, J. *Úvod do fenomenologické filosofie*. Praha: Oikoyomenh, 2003, s.120-122.

přijímáme jako *Pexis* – tělo oduševnělé²⁷. Tělo již nesledujeme pouze jako mnozí lékaři či učitelé tělocviku jako něco, co má okraje (*margo*), ale jako tělo, které je nepředmětné, svobodné, má duši, tvar, krásu, velikost, jako tělo skrz které každou chvíli tělesně, komunikujeme, jsme²⁸. Naše tělo nám tím, že „háže kotvu do teď“, ukazuje tok času. Umožňuje nám současné propojení motoriky a pohybu, myšlení a řeči, propojení současnosti, s minulostí a budoucností. Umožňuje nám realizovat se v řeči. „*To souvisí s Heideggerovým pojetím jazyka, které mělo bezprostřední vliv na vznik moderní hermeneutiky*“²⁹. Umožňuje nám život, bytí ve světě, ne ve smyslu přežívání, ale ve smyslu svobodné, zodpovědné existence. Tento způsob existence se opakovaně přibližuje řeckému pojetí univerzální krásy – *kalokagathia*.

1.2 Kalokagathia

Mýtických představ o člověku existovalo mnoho již od počátku. První filosofické představy nám poskytli již tzv.přírodní filosofové v antickém Řecku. Smyslová rozkoš (v řečtině *hédonismus*) vyzdvihovala nad rozum tělesné blaho, požitkářství, pud a vášeň. Blaženost, *eudaimonismus* (v řečtině *eudaimonia*), naopak za nejvyšší cíl považoval duševní blaho jedince, tzn.uspokojení ze světské slávy, radost z poznání, umělecké prožitky apod. Harmonii tělesné krásy a ctnostného ducha Řekové označovali termínem *kalokagathia*.

Kalos (krásný), **kai** (a), **agathos** (dobrý)

Kalos krásné tělo, **gathie** nádherná duše a mezi tím je **arété** – harmonie.

Kalokagathia je správná míra, která drží celý řecký svět³⁰. Řekové tímto výrazem označovali univerzální krásu. Jedná se o slovní spojení slov dobrý a krásný. Věřili, že krása těla se snoubí s velikostí ducha moudrostí. Obě tyto vlastnosti stavěli na roveň, aby společně utvářely harmonický fungující celek. Co není zároveň dobré, nemůže být krásné a naopak.

Ideál *kalokagathia* pochází z helénistického Řecku, z doby vzniku Olympijských her (8.st.př.n.l.). Řekové vlastnili sportovního ducha. Vedle atletů na hrách soutěžili i řečníci,

²⁷ HOGENOVÁ, A. *Fenomenologie a tělesnění*. c2008.

www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2004_4/hogenova.htm.

²⁸ HOGENOVÁ, A. *Fenomenologie a tělesnění*. www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2004_4/hogenova.htm

²⁹ BLECHA, I. *Proměny fenomenologie*. Praha: Triton, 2007, s.234.

³⁰ <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/kalokagathia>, <http://cs.wikipedia.org/wiki/Kalokagathie>

básníci, filosofové a další umělci. Při posuzování výkonu atletů, jim nešlo pouze o samotný výkon, rychlost a sílu, ale také o estetický dojem, férovost a morální dokonalost. Samozřejmostí byl respekt k protivníkovi. V průběhu Olympijských her byl vyhlášen „Božský mír“ (ekecheiria), příměří ozbrojených konfliktů.

KAUCKÁ poukazuje na úpadek Olympijských her, který nastal po ovládnutí Řecka Římany (146 pr. n. l.) a souvisel s tehdy rozmáchajícím se křesťanstvím, které hry označilo za pohanské. Friedrich NIETZSCHE (1844-1900) pohled Kalokagathia označil za „apollinský“ (podle boha Apolóna). Postavil proti němu pohled „dionýský“, označující jako vášnivý, temný. K takovému to pohledu měli blízko romantici³¹.

1.3 Kalokagathia 21.století

BAUMAN naznačuje, že moderní tělo, tělo dělnicko vojenské, bylo podrobena přísné disciplíně. Jediné, co se po něm chtělo, byl aktivní a přiměřený výdej energie. To bylo nazváno zdravím. „Ochořením“ byl nazýván stav těla, který nebyl schopen udržovat rytmus diktovaný prostředím³². Kult zdraví, těla a štíhlosti ovládá v posledních dvou desetiletích celou západní společnost. Hledání dokonalé krásy se stalo vyhledávaným zbožím. Módní průmysl, plastičtí chirurgové, farmaceutické závody se předhánějí v reklamách. Psychologové vymýšlejí konstitučně typologické koncepty temperamentu (nejznámější je Kretchmerův), psychiatři jsou vyzýváni k předepisování pilulek. Na člověka se ze všech stran valí „umělý ideál krásy“. Počítačově upravené modelky na fotografiích mají uměle roztažené zorničky, prodloužené nohy, vyretušované nedokonalosti obličeje, který je skován za vrstvou make-upu. Vypadáme, jako bychom opravdu tělo oceňovali. Je tomu ale tak doopravdy? Kolik nás a za jakou cenu takovému ideálu krásy je schopno dostat? Jak rozumíme této řeči těla? Nakonec jen bezmocně mávneme rukou, pomyslíme si něco o tom, že to stejně nemá cenu a frustraci zajíme dobrou sladkou tyčinkou, zmrzlinou. Ani si neuvědomíme, že je to právě ta, kterou jsme před chvílí jen letmo zahlédli v televizi. a že se z nás lehce stávají „tlouštíci“, „anorektici“, nebo „bulimici“. Kam se poděla kalokagathia? Důležité je mít vypracované tělo. To, jakým způsobem se toho dosáhne, již není tak podstatné. O nedostatku psychické pohody, harmonii pohybu pak také nemůže být řeč. HODAŇ k tomu podotýká, že diktování tělesné krásy představuje něco vykonstruovaného „...nevyjadřuje přirozenou krásu člověka

³¹ KAUCKÁ, P. Kalokagathia. *Psychologie Dnes*, červen 2006, roč.12, č.6, s.11-16.

³² BAUMAN, Z. *Úvahy o postmoderní době*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, s.78.

vyzařující z něj jako z celku, nevypovídá nic o člověku jako takovém³³. Tělo během života prochází vývojem, opotřebovává se, ztrácí postupně své tělesné síly, spěje ke smrti. MARTÍNKOVÁ upozorňuje: „*Kalokagatia nemůže vycházet z dualistického pohledu, který předpokládá dvě o sobě existující substance. A tudíž nemůže být pochopena na základě doslovného překladu slova, které ji označuje*“³⁴. Přihlédnout tak musíme i k tomu, že člověk je součástí celku a nikdy neexistuje sám o sobě. Novodobá kalokagatia je tedy celkový přístup k sobě samému, je to komplexní péče a starostlivost o sebe sama, vyplývající z citlivosti ke svým tělesným i duševním potřebám. Je to umění poslouchat sebe sama prostřednictvím vztahů ke druhému, ke světu. Je to umění mít své tělo rád nejen po určitou dobu, ale po celý život. Jak tedy člověk na vlastní tělo nahlíží?

³³ HODAŇ, B. *Úvod do teorie tělesné kultury*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000, s.52.

³⁴ MARTÍNKOVÁ, I. Kalokagátia – harmonie duše a těla nebo harmonie člověka. *Česká kinantropologie*, 2003, s.78.

2 POHLED ČLOVĚKA NA VLASTNÍ TĚLO

2.1 Tělo v pohybu

HOGENOVÁ upozorňuje na to, že „...ve tvaru Michelangelova Davida se skrývá celý životní pohyb tvůrce. Telos (účel), arché (počátek), dynamis (možnosti, hýlé), energia (uskutečňování), entelecheia (vnitřní účel),...jež se vyhmatavá, protože je vyjádřeno toužením, snahou (orekton)...“³⁵

Ve výše vyjádřeném můžeme nalézt pohyb, čas i život sám. A právě čas hraje v našem pobytu zde a nyní důležitou roli. Každý obraz v sobě ukazuje celek malíře v době, kdy ho namaloval. Tak jako odkrýváme kousek po kousku historii obrazu, při práci s klientem odkrýváme jeho pobyt v čase, jeho „dasein“. To činíme i pomocí otázek. To, co je podstatné, se nedá vidět jako předmět. Lidský pohyb je nejsložitější, potřebuje „být ve světě“. Nejedná se pouze o pohyb mechanický, svalový, nebo psychologický, či psychofyzický, ale patří sem i pohyb, který udržuje lidskou soudržnost³⁶. Člověk na své životní cestě směřuje k nějakému cíli. Rozumět lidskému pohybu znamená pochopit život. HOGENOVÁ na Patočkově díle ukazuje, jak pohyb objektivizaci vzdoruje. Jak se rozdělí na pozemský a nebeský, na pravidelný a nepravidelný³⁷. Člověk současnosti si svůj pohyb mnohdy překládá jako honbu, ale o této honbě neví. Je to honba za činy jako závod se sebou, časem, druhými, světem. Důsledkem je pak u některých agrese, regrese, nemoci. Jsou to způsoby obrany, kterými se chrání člověk před strachem, před tím, čeho se bojí. Mezi strachy člověka patří také obava z jeho konečnosti, smrti. Může to být i upozornění, že se má na cestě zastavit, někdy se i vrátit a pokusit se odpovědět na otázku, kterou nám život položil. Neznamena to ale, že má zůstat v nečinnosti. „Dlouhá chvíle vzniká tam, kde člověk ztratil důvěru ve svou samostatnou tvořivost“³⁸. Původní časová blízkost se proměnila na blízkost prostorovou³⁹. Dnešní postmoderní společnost znovu začíná objevovat monoteistické chápání tělesnosti. Vrací se ke své duchovní a sociální dimenzi. Člověk se brání myšlence, že se zánikem těla zanikne i jeho „já“. Znovu se učí být součástí přírody, znovunalézá a klade si otázky, zajímá se o to, zda-li

³⁵ HOGENOVÁ, A. *Rozumění a úloha objektu*. www.czp.cuni.cz/filv/phprs/view.php.

³⁶ HOGENOVÁ, A. *Pohyb a tělo*. Praha: Karolinum, 2000. s.6.

³⁷ HOGENOVÁ, A. Tamtéž, s.15.

³⁸ HOGENOVÁ, A. *K problematice logu*. www.sweb.cz/sffp/archiv/hoganova4.htm, s.4.

³⁹ HOGENOVÁ, A. Tamtéž, s.5.

má duši nebo zda-li je duše součástí těla. Přemýšlí o svém těle. Znovu se učí vyladění se na své bytí i bytí druhých, vnímání a porozumění, nalézá světlo na konci tunelu. K lidské existenci a k rozjasňování lidského životního pohybu přispěl svými myšlenkami i Merleau-Ponty.

2.2 Tělesné schéma dle Merleau-Pontyho

Maurice Merleau-Ponty /1908-1961/, byl francouzský filosof, představitel fenomenologie. „Odmítal transcendentální ego z Husserlovy koncepce a pojímal subjektivitu v její smyslovosti“⁴⁰. Vnímání chápal jako dialog s okolním světem. Upozorňoval na jeho přirozenost. „Bez těla bychom neměli vědomí, které nás propojuje s věcmi, neměli bychom intence, jež nás nesou ke světu, neměli bychom představu univerza“⁴¹. Vnímání chápal jako „neustálé slyšení zvuků, pocíťování dotyků, je plné vůni, je plné reflexí plovoucího charakteru, toto vše je vnímáno jako jediná jednoduchost, jak je to možné?“⁴² Vědomí bral jako aktivní transcendenci. „Vědomí je bytí u věci prostřednictvím těla“⁴³. Tělesné schéma dle něj funguje jako pozadí, na kterém vystávají jednotlivé fenomény jako jednoty v našem vědomí. Pohybová figura, která vyvstane na pozadí tělesného schématu je výrazem současného propojení myšlení a motoriky, a to je dle něj nejdůležitější funkce tělesného schématu. Tělesné schéma si neuvědomujeme jako nějakou předmětnost, neumíme si je představit, proto mluvíme o fenoménu tělesného schématu. Ovšem právě tělesné schéma je tím, co je naprosto nezbytné pro náš život, protože v daném okamžiku děláme mnoho od sebe oddělených funkcí a přes to se pocíťujeme jako jednoduchý výtrysk životní síly, jako ohnisko životního pohybu. Nikde se lépe neukazuje to, že člověk není karteziánským předmětem, jež můžeme analyzovat dle své libovůle, naopak musíme vycházet z tělesnění samého /*Zu den Sachen selbst*/. Merleau-Ponty „**Pexis**“ bere jako tělo, které je nejdůležitějším tělem při učení se novým pohybům. Opět se vrací k důležitosti vyladění se na své tělo, abychom se naučili je poslouchat a pochopili, že má svoji vlastní paměť - „tělesnou paměť“, která je nezávislá na našem chtění. Ponty poukazuje na to, že máme dvě pozadí, či horizonty, které jedno bez druhého nemohou existovat. Vnitřní – tělesné schéma a vnější pozadí toho, co je vnímáno. Vyladěnost tělesného schématu pak vede k pochopení jakéhokoli pohybu – tance, běhu, lyžování..., ale i k možnosti vyladění se na druhého a tím druhému porozumět a tak pečovat o

⁴⁰ *Filosofický slovník*. Olomouc: Nakl. Olomouc, 2002, s.264.

⁴¹ RŮŽIČKA, J. *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton, 2006, s.33.

⁴² HOGENOVÁ, A. *K fenomenologii těla a pohybu*. www.sweb.cz/sffp/archiv/hoganova.htm, s.4.

⁴³ BLECHA, I. *Proměny fenomenologie* Jihlava: Triton, 2007. s.314.

duši. Pomáhá nám pochopit pocity člověka, kterému chybí část končetiny, ale který o ní hovoří a pocity popisuje, jako by ji měl⁴⁴. Pro pohyb je podstatné vyladění se na horizont virtuálních pohybů těla. Je to pohybová zkušenost, která využívá přítomnosti, minulosti i současnosti k tomu, aby si člověk uměl dobře rozvrhnout svět kolem sebe, aby současně propojil motoriku, myšlení, emocionalitu, vůli, aby pochopil, že tělo kůži nekončí. Každý tělový pohyb znamená rozšíření naší vlastní existence. Rozšíření vnímání, lepšího poznávání. Pokud se tato jednota naruší, objeví se nemoc. Dle Merleau-Pontyho se všechno vědění zakládá v horizontech. „*Jednotlivé smysly spolu komunikují přes tělesná schémata...*“⁴⁵. Umožňuje nám to vnímání krajiny celým tělem i pro kartesiána nepochopitelné slyšení barev, vidění zvuků, malování zvuků...Pochopení tělového schématu Merleau-Pontyho, nám pomůže lépe pochopit rozvržení světa schizofrenika, které se od našeho „zdravého“ liší. Umožní nám to pochopení jeho „dasein“. Merleau-Ponty dodává: „*Tělesnost není hmota, není to duch a není to substance. K jejímu označení by bylo třeba starého výrazu „živel“ v tom smyslu, v němž se jej používalo, když byla řeč o vodě, vzduchu, zemi a ohni...Tělesnost je v tomto smyslu „živel“, bytí*“⁴⁶. Vědomí pak považuje ne za myšlení něčeho, ale zkušenost s „já mohu“. Tělo bere jako půdu, na níž se vše ostatní odehrává, ale zároveň předpokládá, že tělo samo sobě uniká. Upozorňuje na důležitost úhlu pohledu a na možnosti, pokud k tomu máme podmínky, tyto úhly pohledu měnit. „Slepou skvrnou“ naší tělesné existence pak nazývá neviditelné místo, které klade meze našemu tělu⁴⁷. Merleau-Ponty často své myšlenky konfrontuje s filosofií Freuda o které říká: „*Fredova filosofie není filosofií těla, nýbrž tělesnosti – Freudovo „ono“, nevědomí – stejně jako „já“ třeba pochopit z tělesnosti*“⁴⁸. Tělesné schéma není žádný předmět, je nepředstavové, je pozadím, na kterém vystávají jednotlivé pohybové figury v současné provázanosti myšlení a motoriky. Není zde ve hře sukcesivita, která je základním souvislostním rámcem ve fyziologii a anatomii lidského těla, ale jde o koexistenci myšlení a motoriky, jde o simultaneitu. A je to právě simultaneita myšlení a motoriky, co nám dělá největší problémy v promýšlení filosofie těla.

Tělesnými schématy se také zabývala Edita STEINOVÁ (1891-1942), která je však nazývala „pocitovými poli“ (Empfindungsfelder). Na každé „já“ nahlíží jako na určitý „nulový bod“ (Nullpunkt). Ten nelze geometricky vsadit do určitého místa v těle. Jsou jako

⁴⁴ BLECHA, I. *Proměny fenomenologie*. Jihlava: Triton, 2007, s.314.

⁴⁵ HOGENOVÁ, A. *K fenomenologii těla a pohybu*. www.sweb.cz/sffp/archiv/hogenova.htm, s.4.

⁴⁶ MERLEAU-PONTY, M. *Viditelné a neviditelné*. Praha: Oikoymenth, 2004, s.142.

⁴⁷ BLECHA, I. *Proměny fenomenologie*. Jihlava: Triton, 2007. s.34-36

⁴⁸ MERLEAU-PONTY, M. *Viditelné a neviditelné*. Praha: Oikoymenth, 2004, s.273.

by umístěny v „pocitových souřadnicích.“ Ovlivňují např.výběr partnera, registrují pocity studu, ve sportu pocity míče, sněhu... Pak je tedy na místě i zamyšlení se nad sebepojetím tělesně postiženého.

2.2 Tělesné schéma, psychosomatika a sebepojetí tělesně postiženého

PATOČKA zdůrazňuje: „*Jako klíčové se ukazuje být tzv. tělesné schéma. Lze je určit jako představu celku světa*“⁴⁹. O tělesném schématu nemůžeme mít bezprostřední předmětné vědění. Je horizontem, poslední viditelností v krajině, kterou většinou ani nevnímáme, protože jsme zaujati jednotlivými body, které jsou v krajině rozmístěny. Stejně je to tak i s tělesným schématem⁵⁰. Tělo je součástí životního pohybu, vykazuje vlastní zákonitost, která není řízena rozumem ve smyslu „ratio“. Vcítění se do druhých nám zpětně pomůže porozumět prožívání a řeči vlastního těla, těla ne-mocného.

HARTL a HARTLOVÁ považují za základ sebepojetí „*vnímání sama sebe; je zde zdůrazněna poznávací složka, na rozdíl od sebeúcty, má hodnotovou i popisnou dimenzi*...“⁵¹. Nemoc do života člověka, ať se jedná o dítě, dospělého, nebo seniora, s sebou přinese řadu nepříjemných omezení. Počátek postižení může být psycho-somatické, může být somato-psychické, psycho-sociální.... U některých lidí se primární příčina nemoci nezjistí nikdy. Proto je důležité „...*nechat se oslovit „řečí těla“*...“⁵². Řečí těla se zde nerozumí pouze sdělovací funkce, ale především způsob zpřítomňování, vztahování se. Omezuje se zde svobodný odstup od věci, který potřebuje prostor a čas pro svobodné rozhodování a jednání člověka. Boss přirovnává psychosomatiku k temnému tělesnému projevu. Ke skryté podobě toho, co se neprojednává a neřeší v podobě řeči, která není osvětlena rozhovorem. Řeč tu zákonitě nemusí být vedena mezi „já – ty“. Jako velmi podstatné vidí zamlčování důležitých záležitostí v rozhovoru „já - já“. RŮŽIČKA poukazuje na onemocnění, která jsou čitelná na povrchu těla – např.lupenka, dermatologická psychosomatika; nemoci, které jsou skrytější – gynekologické, srdeční⁵³. Otázkou jsou nemoci, které komplexně postihují člověka v celém jeho „dasein“. Tyto nemoci jsou viditelné jak na povrchu, tak uvnitř člověka. Mezi takové,

⁴⁹ PATOČKA, J. *Tělo, Společenství, jazyk, svět*. Praha: Oikumene, 1995, s.28.

⁵⁰ RŮŽIČKA, J. *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton, 2006, s.26.

⁵¹ HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s.524.

⁵² RŮŽIČKA, J. *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton, 2006, s.172.

⁵³ ČÁLEK, O. *Skupinová daseinsanalýza*. Praha: Triton, 2005, s.500-501.

bych zařadila „**diabetes mellitus**“. Je možné, že k vystopování prvotní příčiny špatné komunikace těla a tím nalezení původního problému, by pomohla včasná poradenská pomoc, která by klientovi i jeho rodině pomohla převést do slov to skryté, co tělem promlouvá. A jako člověk rád komunikuje, tak i nemoc komunikuje, a proto si k sobě přizve další „aby nebyla sama...“.

Umění terapeuta naslouchat „řeči těla“ je potřebné při komunikaci s člověkem, pacientem, který trpí psychosomatickými problémy. Takovému člověku v jeho existenci byl nějakým způsobem znemožněn otevřený, řečový projev a tato nemožnost začala na okolí promlouvat tělesnými symptomy. Naším úkolem je tato skrytá „slova“ objevit a osvětlit jejich důležitost. Tak jako jsou mnohdy skryty naše bolesti, smutky, tak se v nás skrývají i naše orgány, jejichž prostřednictvím mnohdy komunikujeme se světem. Prostřednictvím těla komunikuje pacient trpící anorexií, bulimií, člověk trpící žaludečními vředy, něco jiného nám sděluje člověk trpící srdeční nedostatečností. Naším úkolem, úkolem terapeuta je osvětlit skryté motivy člověka, který se vzpírá bytostným možnostem své konkrétní jedinečnosti. Jednoduchý karteziánský postup by nám velel, že nemocnému, který nejí, dáme stravu, nemocnému se špatným srdcem dáme nové a lidé budou šťastní, zdraví a mocní. Ale proč tomu tak není, proč tedy v nemocnicích leží sice stabilizovaní, ale stále nemocní nebo vracející se pacienti? Jak vypadá jejich „kvalita života“? Má otázka zní: „Umíme a jsme ochotni klást otázky, jsme ochotni ne-mocnému člověku naslouchat, dívat se, pozorovat, komunikovat spolu navzájem? Jeden druhého se tázat, vzájemně si odpovídat a z odpovědi druhého se znova naučit vyčíst otázku? Stojí nám tato námaha za budování vztahu?“

„Psychosomatika se zabývá vztahy mezi duševnem a tělesnem, které nechápe jako dvě nezávislé oblasti, nýbrž jako dvě spojené nádoby, či jako vzájemně propojené systémy“⁵⁴.

Psychosomatika je velice starý obor. Termín „psychosomatický“ užil poprvé v r.1818 J. Ch. A. Heiroch, který pokládal choroby za důsledky hřešení⁵⁵. Částečně mohl mít pravdu v tom, že člověk hřeší tím, že jde proti sobě. Proti své existenci. Lehce odlišný pohled na psychosomatiku podává ve své knize „Skupinová daseinsanalýza“ ČÁLEK. Upozorňuje na to, že psychosomatika důsledně vychází z původní jednoty lidské bytosti a v ní také zůstává. Termíny „filosomatika“ ani „daseinsomatika“ se neujaly. Daseinsanalýza si činí platnost

⁵⁴ PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře i laiky*. Praha: Triton, 2002, s.11.

⁵⁵ NAKONEČNY, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Akademia, 1997, s.277.

nejen v oblasti psychosomatiky ale usiluje o univerzální platnost v lidském vztahu a jeho chování. Poukazuje na nepříznivý vliv „ducha techniky“⁵⁶.

Stěžejní je pro pacienta, který se vyrovnává s chorobou, ztráta „moci být sám sebou“. Ztráta svobodného rozhodování. Pro duševně a psychosomaticky nemocné je jádrem právě neschopnost se sám rozhodnout. HOGENOVÁ k nemoci dodává, že: „...je vlastně nemožnost uskutečňovat to, pro co jsme vyvoláni. Nemoc maří náš dialog se světem“⁵⁷. Významný je první měsíc nemoci. Pokud se po měsíci člověk cítí stále stejně špatně nebo ještě hůř, je vhodné začít přemýšlet o podpůrné psychoterapeutické léčbě. Nemoc nejsou pouze symptomy, které jsou měřitelné přístroji. Každá nemoc má také svůj příběh. Nemoc vyplývá z konfrontace člověka s jeho životním prostředím. Zahrnuje pojetí nemoci jako součást celého nemocného člověka s jeho životní, rodinou i sociální situací, v karteziánském pohledu lékaře pro tolik oblastí není mnoho místa. ČÁLEK podotýká: „Otázky svobodné volby, rozhodování a tedy rovněž duševního či psychosomatického onemocnění jsou nedílně spojeny s problematikou viny a povinnosti“⁵⁸.

Nemoc nese řadu komplikací. Člověku jsou odebrány počátky. Člověk začíná dělat jen to, co nikoho nepřekvapí, to, co k dané nemoci patří. Fyzické prostředí i omezení volného pohybu na místech, kterým chybí označení, vstupy, zvuková signalizace, pro různě tělesně postižené, svědčí jen o naší necitlivosti k lidem, kteří v některých situacích nejsou tak mocní. Mít oči, ještě neznamená vidět. Mít uši, ještě neznamená slyšet, stejně tak „mít“ nemoc, neznamená poslouchat diktát těch, kteří ji sice nemají, ale „zaručeně vědí, jak se ne-mocný má chovat, co má dělat“. Důležitou po-moc zde mohou poskytnout „oduševnělí“ psychologové, psychoterapeuti, dobrovolníci, asistenti, duchovní. Prostě všichni ti, kteří chtějí co nedůstojnější zapojení nemocného do života. Pokud se nám podaří nemoc i takto nahlédnout, je třeba si položit otázku. Jak může nemoc ovlivnit pohled člověka na sebe, na svět.

⁵⁶ ČÁLEK, O. *Skupinová daseinsanalýza*. Praha: Triton, 2005, s.486-487.

⁵⁷ HOGENOVÁ, A. *Hygiensis a iatreusis a „ne-moci“ se pohybovat na životní cestě*. Katedra OV a filosofie, UK PedF Praha. http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_6/konference_606.htm, s.1.

⁵⁸ ČÁLEK, O. *Skupinová daseinsanalýza*. Praha: Triton, 2005, s.492.

2.4 Jak může nemoc ovlivnit pohled na sebe, na svět

Nejvíce si svého vzhledu všímá člověk především v období puberty. Tato cesta pak jde přes rané dospívání i ranou dospělost. Tělesně postižený člověk se ale začne porovnávat již ve chvíli, kdy začne rozlišovat rozdíly „já“ a „okolí“ nebo „já“ a „ostatní“. Pokud se jedná o malé dítě, první rozdíly si uvědomuje při kontaktu s rodiči. Poznává, že některé věci v mateřské škole mu nejdou tak, jak ostatním. Nezapomeňme, že nemocný člověk má jiné rozvržení světa než zdravý. Postižení vidí překážky, kterých si druzí ani nevšimnou. Někteří se cítí být „jiní, odlišní, znevýhodnění, k ničemu“. Jak jsem již výše uvedla „já“ se spoluutváří skrz „ty“. Sebepojetí se utváří pomocí vztahu jednotlivce a okolního světa. Sebepojetí vychází ze srovnání představy a přání s realitou. Vliv na vlastní sebepojetí má otázka nemocného: „Co jsem mohl ve svém životě změnit, udělat jinak, neudělat?... vždyť jsem se choval jako ostatní, tak proč zrovna já?“ Neuvědomí si, „...že užívá stejných slov, obrátů, jako ostatní, ale rozumí jim odlišně, zkresleně a zavádějícím způsobem“⁵⁹. U tělesně postižených se vyskytuje i větší množství psychických poruch – strachy, úzkosti, deprese, anorexie, ztráta smyslu... Pro terapeuta je významné, jak o sobě a své nemoci klient vypovídá. Výkladem před námi vyvstane plastický obraz toho, jak člověk ve světě pobývá, jaké je jeho tady a teď. Teprve pak lze tázáním navázat na jeho způsob života, porozumění světu, jak si jej vykládá, jak v něm je.

Ke spoluvytváření sebepojetí postiženého člověka významně přispívá i jeho rodina. Záleží, jak novou sociální roli svého člena rodina přijme, či nikoli. Role, které člověk zaujímá, patří k jeho identitě a ovlivňují sebehodnocení. VÁGNEROVÁ poukazuje na vliv působení vnějších faktorů a to především sociálních, které vedou k pozitivnímu rozvoji sebepojetí⁶⁰. Postižený žije v odlišné realitě. Vědomí tělesného handicapu je vždy přítomno v mysli postiženého, jeho identita ztrácí pevné ukotvení a začíná být závislá na tělesné vadě. LA BARE upozorňuje: „Tato zjištění naznačují, že jednání a myšlení nejsou antitezemi, ale jsou vnitřně propojené“⁶¹. Postižení může negativně ovlivňovat tělesné, obličejové, verbální i vokální projevy člověka.

⁵⁹ ČÁLEK, O. *Skupinová daseinsanalýza*. Praha: Triton, 2005, s.223.

⁶⁰ VÁGNEROVÁ, M. aj. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 1999, s.55.

⁶¹ LA BARRE, F. *Jak mluví tělo*. Praha: Triton, 2004, s.144.

Člověk je tvor vztahový a jako takovému jen málo kterému stačí vztažení se pouze k sobě. Pokud z hloubi své duše touží po vztahu, může tak učinit i útekem do nemoci. Člověk trpící diabetem vysílá tolik různých psychosomatických signálů, že je až s podivem, kolik lidí z nás je nezachytí. Nemocní jsou často lidé závislí, lidé, kteří sami se sebou neumějí žít. Nemoc na jedné straně učiní člověka ne-mocným, ale na druhé straně mu dává to, po čem touží. „Moc“- moc být s druhým, nebýt sám. Ve své podstatě pak pacient vezme za vděk zdravotní sestrou, ošetřovatelem, osobním asistentem, nebo terapeutem. On přece komunikaci navázal. Problém nastává tehdy, kdy druhá strana o tento způsob vztahování se nestojí, nebo jej neumí přeformulovat. Výhodu mají lidé, kteří jsou na tuto řeč těla citliví. Není pravidlem, že je třeba složitých školení v nějakém psychoterapeutickém směru. Záslužnou činnost lidem poskytují duchovní, řádové sestry, dobrovolníci, všichni ti, kteří si lidství a člověka váží. V terapii to mohou být z fenomenologie čerpající Bossovi „daseinsanalytici“, nebo Franklovi „existenciální analytici“. Tvůrcem „fenomenologicko-osobní psychoterapie“ je Frankův žák Alfred LÄNGLE. Jeho cílem je pomoci člověku k volnému a svobodnému prožívání, k autentickému zaujímání postojů, k zodpovědnému zacházení se sebou a světem. Vhodné je také psychologické poradenství „logoterapie“, které člověku zpřístupňuje prožitek pocitu vlastní hodnoty, hodnoty svého bytí zde.

V zaměstnání mě nejvíce oslovují lidé s diabetem. Jejich řeč těla hovoří několika jazyky. Oni sami s lidmi okolo sebe těmito jazyky hovoří mnohdy odděleně a sami jim nerozumějí. Nemoc s latinským názvem „diabetes mellitus“ klade spoustu otázek nejen pacientovi samotnému, ale i lidem v jeho okolí. Se spoustou otázek a očekáváními se na nás obrací i samotný člověk, u něhož je stanovena diagnóza této nemoci. Na část z nich neumíme odpovědět ani fenomenologickým ani karteziánským způsobem. Je třeba odložit strach a nutně začít hledat odpovědi nejen ve zkumavkách, krvi, pod mikroskopem, ale v životě diabetiků a v jejich vnímání a rozvrhování světa. Pak nás sice nezarazí to, že se první zmínky o cukrovce vyskytovaly již ve starověkém Egyptě, ale právem se pozastavíme nad tím, že z historických pramenů se o běžném životě lidí, nadměrně vylučujících sladkou moč nic bližšího nedovíme. Nevíme o jejich radostech, starostech, o jejich bytí v jejich vlastním světě. Nevíme, jaká je jejich odpověď své existenci. Víme, že by jejich odpověď měla být „ano, já chci být, chci to vydržet, chci obstát“. Jak poukazuje LÄNGLE: „ *Z doteku bytí roste*

procitování hodnot, ve kterém zůstávají zakotveny kořeny. Je to vnitřní osahávání a procítění těla a světa“⁶².

⁶² LÄNGLE, A. Emoce a existence. *Dialogos*, prosinec 2006, č.4., s.11.

3 DIABETES MELLITUS - ÚPLAVICE CUKROVÁ

3.1 Historické zmínky o diabetu

Tak jako osteoporózou, rachitidou, onemocněním kloubů trpěl člověk již před 20 000 lety př.n.l., je možné, že cukrovka se mohla u člověka vyskytnout již v době prehistorické. První zmínky egyptských lékařů o cukrovce se datují roku 1552 př.n.l., kdy na Ebersově papyrusovém svitku (30 cm vysokém a 20 m dlouhém) bylo uvedeno celkem osm návodů k tomu, jak odstranit moč, když je jí mnoho. Popisovalo se tam, že jde o nemoc vzácnou, neznámou, projevující se velkou žízní, tak že člověk nepřestává pít, přitom stále močí. Tělo hubne, rozpouští se a člověk, když umírá, šíří kolem sebe nepříjemný zápach⁶³. KOPECKÝ zprostředkovává překlad popisu příznaků diabetu z historie: „*Je to vzácná a strašná nemoc, svaly se rozpouštějí do moče, žízeň je naprosto neuhasitelná jakýmkoli množstvím vody, nemocného provázejí hejna neodbytných vos a much, které cítí sladkou vůni, tělo je vychrtlé, vnitřnosti spálené, je tu nutkání na zvracení, nesmírná únava a nakonec smrt*“⁶⁴. Termín „*diabetes*“ ve svých spisech poprvé užívá až ARETAIOS z Kappadokie, který navázal na Hippokratovo učení. HOPPOKRATES si všiml, že nemoc nepostihuje jen zdravé „lesklé“ lidi, ale i lidi, které postihly těžké životní útrapy. Uvádí i novou léčbu „*nemocnému se dává jen málo jíst, jen aby neumřel hladý*“⁶⁵. Spisy římského lékaře Claudia GALENA „*Corpus Galenicum*“ se o diabetu zmiňují pouze zběžně, že jde o nemoc vzácnou. Užívá pro ni výraz „*dipsakos*“ - žíznivka. O pankreatu soudil, že nepatří mezi důležité orgány a že v břiše má vyplnit prostor mezi žaludkem, játry a slezinou.

Obraz cukrovky s podobnými znaky popisují i lékaři z Číny, Indie i arabského světa. Vždy se soustřeďují na barvu a pach moče, na zápach a na bolestivé vředy, kterými pacient trpí. Arabský lékař Ibn Siná zvaný AVICENA (980-1037) udává jako hlavní komplikaci diabetickou sněť, která vede až k amputaci končetiny. Ve středověku byla medicína omezena církví pouze na interní obory. Lékařské vyšetření spočívalo jen ve zkoumání moči čichem,

⁶³ *Dia.info*. www.medatron.cz/d-info/nejnovejsi/043.php.

⁶⁴ KOPECKÝ, A. *Dějiny cukrovky*. Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí, 2 000, s. 15.

⁶⁵ KOPECKÝ, A. Tamtéž.

ochutnáním a intuicí. Chirurgie byla brána jako nepočestné řemeslo a směli ji provozovat pouze lazebníci, felčaři, kati. Počátkem 14.st.byly zakázány i pitvy.

Na počátku 16.st. si švýcarský vědec Theophrastus Bombastus von Hohenheim, který se dle tehdejších zvyklostí přejmenoval na PARACELUS (1493-1541), všiml, že odpařená moč diabetika zanechává více zbytků, než moč nediabetika. Nemoc považoval za celkové onemocnění a prosazoval celostní pohled na člověka, když prohlašoval: „*Lékař nemůže léčit jen tělo a ignorovat osobnost*“⁶⁶. Byly to první náznaky léčby ve smyslu hygieny a ne iatresis, které představovalo „*léčení bez celkové intencionality, zaměřené jen na jednotlivce a měřené komponenty*“⁶⁷.

Jako první Evropan upozornil roku 1674 na sladkou chuť moči diabetika Thomas WILLIS (1621-1673). Název „diabetes“ doplnil o jméno „mellitus“ – latinský výraz pro medový, aby ji tak odlišil od „diabetes insipidus“ /bez chuti/ – žíznivky. Dlouhou dobu se soudilo, že cukrovka je onemocnění ledvin. Až v polovině 19.st. berlínský patolog Rudolf WIRCHOW prohlásil, že se v pankreatu co nejdříve podaří objevit látku, která se vylučuje pro játra. Myšlenku ke studiu podstoupil svému doktorandu Paulovi LANGERHANSOVI. Ten ji popsal a tvarově rozlišil 9 typů pankreatických buněk. Důkladnějšího pozorování, i když karteziánským způsobem, se cukrovce dostává až v 19.st. Stále častěji byla spojována s onemocněním pankreatu, který byl do té doby brán jako nepotřebný orgán. Někteří předpokládali, že pankreas vylučuje látku, která přechází do krve. O štítnou žlázu a játra v souvislosti s cukrovkou se zajímali pouze okrajově, nebo odděleně. K mnohým objevům napomohla také náhoda. Albert EINSTEIN řekl: *Některé věci není možné objasnit logikou, existuje jen intuice a jí pomáhá cit chápání zákonitosti ... intuice je jiskrou všech forem originalnosti, vynalézavosti a duchaplnosti*⁶⁸.

VÍCHA upozorňuje na otce světové diabetologie, kterým je považován Elliot P. JOSLIN (1870-1961). Narodil se v Oxfordu a byl pokládán za největšího znalce diabetu. Spojil tři principy terapie do jednoho celku – dieta, svalová práce, inzulín. Všestranně podporoval výchovu pacientů a jejich zapojení do vlastního léčení. „*Diabetik sám sobě*

⁶⁶ KOPECKÝ, A. *Dějiny cukrovky*. Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí, 2 000, s.22.

⁶⁷ HOGENOVÁ, A. *Hygiens a iatresis a „ne-moci“ se pohybovat na životní cestě*. Katedra OV a filosofie UK PedF Praha. http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_6/konference_606.htm, s.1.

⁶⁸ VÍCHA, T. *Diabetes*. Praha: Marcom, 1996, s.21.

*diabetologem*⁶⁹. Dále Vícha dodává, že E.P.Joslin byl za svého života svědkem největšího objevu – objevu inzulínu. Když vědci získali z pankreatu potřebný extrakt, zjistili, že se jím dá snižovat hladina cukru v krvi. Roku 1921 byl tento extrakt pankreatu pojmenován ISLETIN a posléze přejmenován na INZULIN. Na objevu inzulínu se podíleli především sir. Frederik G.Banting, Charles Best, J.B.Collip, J.J.R.MacLeod. Později Banting a MacLeod získali za tento objev Nobelovu cenu. 11. ledna, více než tři tisíce let od doby, kdy se objevila první zmínka o cukrovce, byl roku 1922 první člověk zachráněn z diabetického kómatu. Chlapci bylo 13 let. Pouhý rok po objevu inzulínu vznikla i 1.diabetická poradna u nás⁷⁰.

V současnosti se inzulín vyrábí třemi způsoby:

1. **plně syntetický**,
2. **polysyntetický** – získaný z vepřových pankreatů, kde se vymění ta aminokyselina, v níž se vepřový inzulín liší od lidského,
3. **biosyntetický** – tímto se zabývá genové inženýrství a zkoumání DNA⁷¹.

Diabetes mellitus je rozpitván. Člověk je rozpitván. Pro hlubší pochopení, je ale třeba nalézt nějaké pojítko, tmel, protože člověka a nemoc nelze sledovat odděleně. Rozumět člověku s nemocí znamená patřičným způsobem se tázat po podstatě nemoci. Je třeba pochopit pacientovo „dasein“, bytné světlo, ve kterém se nám klient ukazuje, naučit se tázat po podstatě nemoci. K tomuto tázání pak patří i otázka: „Co je diabetes?“

3.2 Co je diabetes

Diabetes se v současné době stává závažným světovým problémem. Někteří odborníci frekvenci tohoto onemocnění označují slovem pandemie. Je provázen komplexní poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin. Jedná se o chronické onemocnění, které vede k vysoké morbiditě, invaliditě i mortalitě. Postihuje obě pohlaví bez rozdílu ras, nebo věku. Onemocnění je podmíněno absolutním nedostatkem inzulínu, nebo jeho relativním nedostatkem, při jeho snížené účinnosti⁷². Inzulín ovlivňuje látkovou výměnu, ale zasahuje i

⁶⁹ VÍCHA, T. Tamtéž, s.24-27.

⁷⁰ VÍCHA, T. Tamtéž, s.28.

⁷¹ KOPECKÝ, A. *Dějiny cukrovky*. Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí, 2 000, s.43-44.

⁷² ANDĚL, M. *Diabetes mellitus*. Praha: Galén, 2001, s.3.

do metabolismu tuků. Inzulín je nejvýznamnějším hormonem slinivky břišní. Umožňuje využití glukózy jako energetického zdroje. Důležitý je při obnově tkání a skladování tuku.

ANDĚL uvádí, že slinivka břišní – pankreas, je podlouhlý dvaceti osmi centimetrový, měkký, žláznatý orgán posazený za žaludkem. Pankreas je smíšenou žlázou, má exokrinní část, která produkuje nejúčinnější trávicí šťávu, jednak endokrinní část, která produkuje hormony. V pankreatu zdravého dospělého člověka je asi 1 milion Langerhansových ostrůvků⁷³. *Nejdůležitější buněčné typy každého ostrůvku tvoří buňky B (produkující inzulín), A (glukagon), D (somatostatin) a PP (pankreatický polypeptid)*⁷⁴. Ostrůvky produkují přímo do krve hormon inzulín. Pokud se člověk nají a jeho zažívací systém začne pracovat, stoupne hladina cukru v krvi. Toto zvýšení zaznamenají endokrinní buňky v Langerhansových ostrůvcích a reagují zvýšenou produkcí inzulínu. Ten umožňuje tělesným buňkám pro svoji potřebu přijímat glukózu a tím snižovat hladinu cukru v krvi opět k normálu. Tyto buňky také produkují druhý hormon – glukagon, který má opačnou funkci než inzulín. Je produkován ve chvíli, kdy hladina cukru v krvi klesá. Aby nedošlo k příliš velkému poklesu, zareaguje glukagon a zahajuje opětovné štěpení glykogenu na glukózu. Tato vzájemná harmonie inzulínu a glukagonu udržuje hladinu cukru na úrovni nezbytné pro normální práci celého organismu. Inzulín je vlastně klíč, který odemyká dveře k buňkám, a dovoluje glukóze vstoupit. Pokud klíč chybí, glukóza se stane v krevním proudu jakýmsi bezdomovcem, neumí vstoupit do správných buněk a nechá se volně unášet. To má za následek nadbytek cukru v krvi. Nadbytek glukózy pak přechází do moči a ledviny na toto přetížení reagují tak, že glukózu vyplavují z těla ven – proto je moč sladká. Po čase ale začnou tyto přetrvávající vysoké hladiny glukózy ničit orgány a tkáně včetně krevních cév v celém organismu. Proč, když víme, kde co leží, co jak produkuje, kdy se co snižuje a naopak zvyšuje? Kam se nám zatoulal člověk? Co nám chce sdělit, proč ke komunikaci s námi používá tolik kódovaných signálů? O čem vypovídá obyčejná chuť na sladké, které nemůže mít? Proč sebou cukrovka do života pacienta přináší tolik navazujících onemocnění jako jsou gangrény akrálních částí dolních končetin, poruchy zraku, tedy i ztrátu světla v životě? Proč ženy mohou mít děti pouze výjimečně a za cenu dalších komplikací? Umíme vůbec s pacientem, klientem, člověkem hovořit, odpovídat mu? Tázat se ho? Umíme tedy opravdu hovořit sami se sebou? Umíme se ke stejným otázkám znovu vracet? Přesto myslím, že jsme na dobré cestě, ale nemáme vyhráno. Je dobře, když se lidé z celého světa se zájmem o tuto nemoc semknou a

⁷³ ANDĚL, M. *Diabetes Mellitus*. Praha: Galén, 2001, s.4.

⁷⁴ ANDĚL, M. Tamtéž, s.5.

společně se této nemoci postaví. K tomu slouží i taková setkání jako například v italském Saintvincentu.

„**Saintvincentská deklarace**“ je akční program péče o diabetiky. Deklarace vznikla v roce 1989 v italském Saint Vincentu. Sdružuje odborníky z diabetologie, zástupce organizací diabetiků a ministerstev zdravotnictví z celé Evropy. Ti pod záštitou Světové zdravotnické organizace (SZO) a Mezinárodní diabetologické federace (IDF) tuto deklaraci vytvořili. Hlavní náplní je pomocí vlád a ministerstev jednotlivých států významně zmírnit, nebo snížit počty občanů s diabetem⁷⁵.

V ČR bylo v prosinci 1995 ustanoveno Koordinační centrum pro realizaci Saintvincentské deklarace v ČR. Členy jsou zástupci České diabetologické společnosti, zástupci Ministerstva zdravotnictví ČR, zástupci organizací Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí, Svaz diabetiků ČR, zástupci Sekce diabetologických sester, zástupce parlamentního výboru pro zdravotnictví a sociální politiku Parlamentu ČR. Hlavní cíle Koordinačního centra lze nalézt v knize BAROŠ a PELIKÁNOVÁ „Praktická diabetologie“⁷⁶.

Jak k nám tedy promlouvá člověk s diabetem 1. typu?

3.2.1 Diabetes 1. typu

„*Diabetes mellitus 1. Typu se vyznačuje úplným zničením B-buněk ostrůvků a velmi sníženou, nebo častěji nulovou sekrecí inzulínu*“⁷⁷. Nejvíce se toto onemocnění vyskytuje v severských zemích. Souvisí to se světlem v těchto krajích, s menší možností vzájemných kontaktů s lidmi, s ukryváním se před chladem? Jak si pak vysvětlit, že se diabetes vyskytuje méně ve středně položených a nejméně v jižních zemích?

Mezi hlavní spouštěče se počítá častý výskyt virových infekcí v zimních měsících. V poslední době se také věnuje pozornost některým složkám v potravě /kravské mléko/. Jedinou možnou léčbou 1.diabetu je celoživotní podávání inzulínu a dodržování diety. Je

⁷⁵ BAROŠ, V.; PELIKÁNOVÁ, T. *Praktická diabetologie*. Brno: Maxdorf, 2003, s.453-455.

⁷⁶ BAROŠ, V.; PELIKÁNOVÁ, T. *Tamtéž*, s.459-460.

⁷⁷ ANDĚL, M. *Diabetes Mellitus*. Praha: Galén, 2001, s.38.

označován také jako tzv. inzulindependentní diabetes mellitus /IDDM/⁷⁸. Tento typ diabetu nejčastěji postihuje děti, dospívající a mladé lidi do 35 let. Charakteristický je také dramatický začátek s prudkým úbytkem na váze, velká žízeň, časté močení, únava, opakované infekce, zejména plísňové, špatné hojení ran, bolesti břicha, poruchy vědomí apod. I malé děti o svých útrapách často hovoří svým dětským jazykem. Na ten rodiče mnohdy neslyší. Děti také závažné životní situace berou jako přirozené a proto „normální“. Neví, že by to tak nemělo být, ale tělo to ví. Tělo nesouhlasí, začíná se bránit. Dochází k rozporu. Jak jinak se tento rozpor může projevit než ne-mocí. Nemoc upoutá alespoň na okamžik něčí pozornost, přivolá pro dětství tolik potřebnou péči, starost rodičů. V České republice se ke statistickým účelům využívají data z Českého registru diabetických dětí, který byl založen v roce 1982 na 2.dětské klinice UK 2.LF v Motole. Využívány jsou i poznatky z evropské studie EURODIAB⁷⁹.

3.2.2 Diabetes mellitus 2.typu

Na rozdíl od diabetu 1.typu, který postihuje nejčastěji mladé lidi a stává se součástí jejich života již od dětství, je diabetes 2.typu záležitostí spíše vyššího věku. Skrytými projevy však může nemoc hovořit již delší dobu, nebo je její propuknutí spojeno s nějakým psychickým traumatem, které klienti popisují /smrt dítěte, manžela.../. Co tedy sebou přináší diagnóza diabetes mellitus 2.typu?

Příčinou vzniku je kombinace dědičných vloh a opotřebování výkonnosti buněk Langerhansových ostrůvků často následkem nevhodného životního stylu. Jedná se o chronické onemocnění se sníženou účinností inzulínu ve tkáních. Je nazýván také non-inzulíndependentní diabetes mellitus /NIDDM/⁸⁰. Často dlouhá období až léta probíhá skrytě a zjištění je buď náhodné, nebo jako příčina druhotné komplikace neuropatie, retinopatie, kožních infekcí, paradontózy, postižení ledvin. Pro diagnózu „postačuje“ opakované zjištění hyperglykémie vyšší než 7,0 mmol/l. Tento typ diabetu je nezávislý na podání inzulínu. V České republice tuto formu diabetu má asi 90% diagnostikovaných. Základem správné léčby je dieta, hygiena a dodržování pravidelného denního režimu. „Ó jak jednoduché“ v dnešním uspěchaném čase, kdy člověk pořádně neví, kde je celým člověkem. Kdy si není

⁷⁸ ANDĚL, M. *Diabetes Mellitus*, Praha: Galén, 2001,, s.12, 38.

⁷⁹ BAROŠ, V.; PELIKÁNOVÁ, T. *Praktická diabetologie*. Brno: Maxdorf, 2003.

⁸⁰ ANDĚL, M. *Diabetes Mellitus*. Praha: Galén, 2001, s.55.

vědom své možnosti být celý v čase. Kde nehovoříme o čase měřitelném hodinami, ale tzv. „událostmi“. Jaký vliv na nemoc má tedy stres, strach, bolest?

„Jen mít oči k vidění, jen mít uši k slyšení...“ říká se v jedné dětské básničce. Co tedy znamená nemoc pro člověka? Jen to, že i nemoc musí být viděna. Viděna v tom správném světle, ve kterém se počíná ukazovat, vychází se skrytosti, vychází do své pravdy ve smyslu „Alethea“. Jestliže je světlo příliš slabé, nebo my příliš zaslepení, pak na nás začne nemoc „křičet“, abychom uslyšeli. „Křičí“ svými komplikacemi.

3.2.3. Komplikace diabetu a psychosomatika

Diabetes mellitus postihuje všechny vrstvy obyvatel a každou věkovou skupinu. Jedná se o vážný biologicko-zdravotně-sociální problém. Diabetes je jednou z nejzávažnějších chorob látkové přeměny, protože její komplikace se dotýkají všech oblastí života člověka. Pacienta sledují endokrinologové, kardiologové, neurologové, gastroenterologové, chirurgové, anesteziologové.... Člověk trpící diabetem navštěvuje internistu, gynekologa (ženy), oftalmologa, neurologa, ortopěda, dermatologa.... Jelikož nemoc s sebou přináší i problémy v sociální, vztahové i sexuální oblasti, pacient spolupracuje s psychologem, psychiatrem, sexuologem, psychoterapeutem a sociálním pracovníkem. Nezřídka se pak v naší poradně objeví klient, který na každý den má naplánovanou návštěvu několika odborníků, lékařů, specialistů. Pacientův „pracovní den“ pak vyplňují různá vyšetření a kontroly těchto vyšetření. Nemoc se stala součástí jeho dne, jeho života.

Lidé s diabetem mají často sklon k oblé tělesné stavbě. Analýzy udávají, že velká část pacientů má problémy s výživou. Mnozí klienti se dělí o své zkušenosti, ve kterých popisují psychicky napjaté situace, na které reagují hladem. Může to být spojeno s určitými výchovnými postupy, tradicemi, špatným životním stylem, s napětím, které je „zajídáno – syceno nesprávně“. Podle Amerického fyziologa ANNONA strach a obava u zvířat a lidí zvyšuje hladinu krevního cukru. Předpokládá se, že to souvisí s „nouzovou funkcí organismu“, který při zátěži zahájí obranné procesy a krevní cukr tak má pokrýt zvýšenou spotřebu při útoku, nebo útěku. Při stresu se ostatně také zvýšeně vyplavují kostikosteroidy – hormony kůry nadledvin, které ovlivňují metabolismus sacharidů tak, že se v krevní plasmě objevuje hyperglykémie. U diabetika má emocionální rozrušení a komplikace za následek

zvýšené vylučování cukru močí. Sladké láká hmyz, jak bylo zmíněno výše. Jak ale přilákat druhého člověka, jak k sobě přilákat vztah, život?

V názorech psychoanalytiků, psychosomatiků někdy slyšíme, že diabetik trpí duševním hladem v nejširším slova smyslu /hlad po lásce, uznání, bezpečí.../. Slyšela jsem i názor, že diabetes je stav hladu vystupňovaný do patologické podoby. Částečně by to vysvětlovalo, proč se diabetik pokouší vyřešit duševní potíže zvýšeným příjmem potravy. Jen s takovou odpovědí se nemohu ztotožnit. RATTNER uvádí, že Franz ALEXANDER ve svém Institutu pro psychoanalýzu a psychosomatiku v Chicagu zjistil, že v mnoha případech jde o lidi s infantilním, závislým postojem a mnoha požadavky. Trpěli selháním, protože jejich požadavky podpory a lásky nemohly být uskutečněny následkem toho, že se pohybovali mimo reálné možnosti ve světě dospělých. Diabetes vznikl, když se tato infantilní přání nesplnila⁸¹. Přiznejme si to, že někdy uznávání odborníci berou pacienta a „jeho diabetes“ jako stále stejnou nemoc, pro kterou platí stejná pravidla. Mají k ní a jí postiženému člověku pouze technicko standardizovaný přístup, který nemá počátky a je jen neustálým opakováním se. Je nutné člověka i jeho ne-moc brát jako jedno. Ne, odděleně od sebe. Pokud pacienta oddálíme od jeho nemoci, zabráníme umožnění prožitku ano. „Ano, mohu být i v nemoci“. Učiníme-li z ní nemoc někoho jiného /lékařů, psychologů, sociálních pracovníků/, pak se nedivme, že ji člověk nepřijme, že s ní nedovede žít, že ji chce odložit, že své kompetence chce delegovat na někoho jiného, že pomýšlí na nebytí zde a nyní. Toto neorientování se ve své životní situaci může u diabetika vyvolat zmatek a mohou nastat akutní komplikace diabetu.

Diagnóza cukrovky spočívá především na průkazu hyperglykémie. Je tedy třeba zmínit několik informací o glykémii.

Hyperglykémie je vysoká hladina glukózy nad 11mmol/l a vzniká v důsledku nedostatku inzulínu.

Hypoglykémie je nízká hladina glukózy. Nastává při snížení koncentrace glukózy zpravidla pod 3,3 mmol/l.

⁸¹ RATTNER, J. *Základy holistické léčby*. Praha: Eugenika, 2001, s.14.

BAROŠ, PELIKÁNOVÁ uvádí, že lehkou hypoglykémii člověk dokáže zvládnout sám podáním lehce vstřebatelného cukru. Při těžké je třeba pomoc okolí, jelikož je porušena koordinace, rozhodování a může dojít k úrazu⁸². Při bezvědomí se aplikuje glukagon do svalu.

ANDĚL za velmi ohrožující komplikaci diabetu považuje diabetické kóma. **Diabetická ketoacidóza a hyperglykemické ketoacidotické kóma** jsou komplikace především 1. typu diabetu. Vyvíjejí se v situaci, kdy je akutní absolutní nedostatek inzulínu. To způsobuje dehydrataci organismu. Ztráta tělesných tekutin je v průměru 5 l. U kómatu je typický různý stupeň poruchy vědomí, závrať, oschlé sliznice, z dechu je cítit aceton.⁸³ Nemocný je pohublý, má našedlý nádech v obličejí, je bradypsychický, pohybuje se obtížně a pomalu a jeho organismus se snaží kompenzovat acidózu vnitřního prostředí hlubokým Kussmaulovým dýcháním. U osob, které musí brát substituční léčbu inzulínem, hrozí akutní pokles glykémie se všemi důsledky, jakmile nedodrží předepsaný časový režim aplikace inzulínu a přijímání potravy. Stačí se zpozdit jen o půl hodiny s jídlem po injekci inzulínu a může se projevit hypoglykémie. Nemocný je bledý, objevuje se třes končetin i celého těla, studený pot na čele, závrať, značný hlad a konečně kolaps a bezvědomí. Pokud je nemocný ještě při vědomí, lze mu podat sladký nápoj nebo kostku cukru. za několik minut se jeho stav zlepší. Pokud je v bezvědomí, je nutno ho dopravit do nemocnice, kde dostane infúzi glukózy.

Chronické komplikace diabetu jsou pojmenovány dle části lidského organismu, se kterou souvisí. Postižení sítnice */diabetická retinopatie/*, očních čoček */diabetická katarakta/*, ledvin */diabetická nefropatie/*, nervových vláken, která zajišťují správnou funkci útrobních orgánů */autonomní diabetická neuropatie/*, vláken, která zajišťují vnímání dotyku, bolesti, tlaku, tepla */senzorická diabetická neuropatie/*, postižení srdce a velkých cév */diabetická makroangiopatie/*⁸⁴. O některých komplikacích bych se chtěla rozepsat podrobněji. Pokud se vyskytnou jako komplikace diabetu, významně zasahují do kvality života člověka i jeho okolí. Pohled na svět zatemní diabetická retinopatie.

⁸² BAROŠ, V.; PELIKÁNOVÁ, T. *Praktická diabetologie*. Brno: Maxdorf, 2003. s.194-196.

⁸³ ANDĚL, M. *Diabetes Mellitus*. Praha: Galén, 2001. s.75.

⁸⁴ BAROŠ, V.; PELIKÁNOVÁ, T. *Praktická diabetologie*. Brno: Maxdorf, 2003, s.211-270.

3.2.3.1 Diabetická retinopatie

RYBKKA uvádí, že tato nemoc postihuje cévy sítnice u pacientů s diabetem. V západních zemích je v současnosti nejčastější příčinou slepoty u osob ve věku 20 – 74 let. Riziko oslepnutí je u diabetika 10-20x větší, než u nediabetika⁸⁵. Glaukom, který následně na diabetickou retinopatii navazuje a způsobuje slepotu, představuje pro diabetika z hlediska psychosociálního další obtížně zvládnutelný stav. Člověk, který se naučil se svým onemocněním žít, se ocitá v situaci, kdy si jen obtížně může aplikovat inzulin, provádět selfmonitoring. Oční komplikace způsobuje deprese, bezvýchodnost situace, ztráty smyslu - tmu. Diabetická retinopatie se objevuje u mužů kolem 45 let a u žen o něco později. Lidské oko „do duše okno“, představuje určitý styčný bod mezi vnitřním a vnějším světem člověka. V produktivním věku je nutné poškození zraku předcházet a spoluprací s klientem usilovat o co možná nejdější zachování tohoto smyslu.

3.2.3.2 Diabetická nefropatie

SAUDEK k této komplikaci dodává, že se jedná se o postižení glomerulu ledvin. Glomeruly filtrují krev za vzniku primární moči. V glomerulu se váže glukóza na bílkovinu. To zapříčiní, že do moči začnou z krve ve větším množství pronikat látky, např. bílkoviny, které se v ní běžně nevyskytují, nebo jen v malém množství. Funkce ledvin se zhoršuje a postupně dochází k selhání ledvin. Na vznik diabetické nefropatie, která nebolí a po celou dobu probíhá tiše, mají vliv i dědičné předpoklady. Špatná činnost funkce ledvin může vést k hemodialýze. Při ní je pacient napojen na přístroj. V něm cirkuluje roztok, který očišťuje krev od odpadních látek. Tuto funkci u zdravého člověka zastávají ledviny. Hemodialýza se provádí 2-3x týdně po dobu 3-5 hodin⁸⁶.

Určitým řešením, které může vést až k úplné normalizaci života pacienta, je transplantace. Přesto se v nemocnici máme možnost setkat s počtem lidí, který transplantovaný orgán nepřijmou. Organismus cizí orgán odvrhne, přes předpokládanou imunitní příbuznost jej nepřijme. Jak reaguje tělo na tento vnucený orgán? Aby byla vůbec možnost cizí orgán v těle udržet, jsou nutná imunosupresiva - „léky“, které člověk po

⁸⁵ RYBKKA, J. *Diabetes mellitus-komplikace a přidružená onemocnění*. Praha: Grada, 2007, s.91.

⁸⁶ SAUDEK, F. *Příprava na transplantaci*. Praha: Maxdorf, 2005, s.17.

transplantaci musí brát obvykle až do konce života. Na jedné straně umožní soužití organismu s cizím orgánem, na straně druhé člověka zbavují přirozené imunity.

Další komplikace, se kterou se člověk na životní cestě s diabetem často setkává a je nucen k ní zaujmout postoj, je diabetická makroangiopatie.

3.2.3.3 Diabetická makroangiopatie

VÍCHA ji popisuje tak, že se v podstatě ničím neliší od arterosklerózy nediabetiků. Dle SZO – Světová zdravotnická organizace, v anglické zkratce WHO – World Health Organization, je „*Arteroskleróza kombinací chorobných změn ve vnitřní vrstvě tepen, které jsou způsobeny místním nahromaděním tukových látek, sacharidů, krve a krevních částic. Vazivo a vápník se ukládají do střední vrstvy tepen*“⁸⁷. Rizikovým faktorem může být vysoká hladina krevního cukru, vysoký krevní tlak, zvýšená srážlivost krevních destiček. Bohužel i sám inzulin může způsobovat komplikace tohoto typu. Tablety ani injekce zatím proti arterioskleróze nebyly vynalezeny.

3.2.3.4 Diabetická neuropatie

RYBKA upozorňuje, že diabetickou neuropatii charakterizují příznaky, které mají za následek poruchu funkce periferního nervového systému. Porucha může postihnout somatický periferní nervový systém nebo autonomní nervový systém, který bez naší vůle ovládá srdce, krevní oběh, žaludek, střeva⁸⁸. Dále popisuje příznaky diabetické neuropatie, které jsou pálivé, řezavé bolesti bérců, častěji v klidu, ztráta citlivosti nohou, svalová slabost a zhoršená kloubní pohyblivost. Včasná diagnostika je důležitá pro léčbu syndromu diabetické nohy, Charcotova kloubu, diabetické encefalopatie.... Základem léčby, je kompenzace diabetu a normalizace glykémie⁸⁹. Ale ani kompenzace diabetu nezabrání u některých lidí amputaci. Dle jejich slov se fyzicky ztrácejí z tohoto světa. Už nejsou celí a nemohou se vyrovnat s myšlenkou, že jejich část těla již „nedoroste“ /slovo jednoho pacienta/. Proto brzy po amputaci se objevuje pocit „fantomového údu“, o kterém klienti hovoří. Tento pocit popisuje i MERLEAU-PONTI, když hovoří o tělesných schématech, HOGENOVÁ, když hovoří o

⁸⁷ VÍCHA, T. *Diabetes – minulost, přítomnost, budoucnost*. Praha: 1996, s.113.

⁸⁸ RYBKA, J. *Diabetes mellitus-komplikace a přidružená onemocnění*. Praha: Grada, 2007, s.108.

⁸⁹ RYBKA, J. Tamtéž, s.109-112.

pohybových zkušenostech našeho těla o pohybových návycích, které rozšiřují naši vlastní existenci a možnost našeho lepšího vnímání a lepšího poznávání⁹⁰. Jak tedy nahlížet na fenomén „fantomového údu“?

3.2.3.5 Syndrom diabetické nohy – „fantomový úd“

Chůze po dolních končetinách se stala základem dalšího vývoje člověka. Uvolnění horních končetin, rozvoj lidské ruky, rozvoj řeči umožnil rozvoj člověka v celé jeho kráse. Vzprámená postava ale přinesla zvýšené nároky na dolní končetinu. Lidská noha, která byla přizpůsobena měkkému povrchu půdy, trávě, písku, se během let musela přizpůsobit změně životního stylu i prostředí. Na počátku, měla obuv nohu chránit před zimou a poraněním. Postupně se i obuvi začalo vyjadřovat sociální postavení, trendy diktované módou. V posledních létech se využívají na výrobu obuvi místo kůže různé jiné „levné“ materiály, které se nedovedou přizpůsobit měnícímu se objemu a tvaru nohy. Následkem jsou různá poranění dolních končetin.

Podle Mezinárodního konsensu je syndrom diabetické nohy definován jako postižení tkání nohy (kotník a distálně od něj). JIRKOVSKÁ ve svém článku „Možnosti léčby pacientů se syndromem diabetické nohy“ uvádí, že „*stále není jednoznačně vymezeno, co pojem „syndrom diabetické nohy zahrnuje“*“⁹¹. Jelikož se nejedná o typické bérkové vředy, kožní onemocnění, ekzémy, dostávají se tito pacienti do péče podiatrické ambulance. „Podiatrie“ je věda zabývající se studiem nohy, léčbou a ošetřením zdravých i nemocných nohou. Podiatrická ambulance pečuje o pacienty se syndromem diabetické nohy a osoby se zvýšeným rizikem syndromu diabetické nohy. 5.května 2001 vznikla v Pardubicích „Česká podiatrická společnost“. Jejím společným cílem je komplexní péče o nohu.

Mezi pacienty se syndromem diabetické nohy se řadí pacienti po amputacích na dolních končetinách. Ti často uvádějí různé parestázie v neexistující části dolní končetiny, jako šimrání, škrábání, brnění, teplo, chlad a jiné pocity. Nemusí se vždy jednat pouze o nohu. Tyto šalebné pocity mohou pacienti popisovat i v amputovaných rukou, jazyku, prsu, údu.

⁹⁰ HOGENOVÁ, A. *Fenomenologie těla a tělesnění*. <http://lirtaps.cz/psychosomatika/psomwe20044/hogenova.htm>.

⁹¹ Možnosti léčby pacientů se syndromem diabetické nohy. *Medicína po pomoci*, 2007, roč.8, č.2, s.36.

Lékařská věda připisuje klamné pocity centrálnímu nervovému systému. Všeobecně lze tyto projevy chápat jako poruchy tělesného schématu. Pro tyto klamné pocity se vžil také název „**fantomová bolest**“. Právě fantomová bolest nás přivádí k tělesnému schématu, jež se dá pochopit jen z Husserlovy teorie vnitřního vnímání času, protože jen tak lze si představit tělesné schéma jako pozadí, z něhož vzchází současné prolnutí fyzická a duševna. Tento moment je zásadně protikarteziánským postojem, jenž je v současné medicíně většinou jen a jen zamlčeným základním ontologickým předpokladem, a to přes všechny moderní snahy se tomuto problému vyhnout. V medicíně, tedy karteziánském pohledu na nemoc, se slovo fantom užívá pro vnímání neexistujících částí těla, které si však mozek pamatuje – jsou reprezentovány v našem mozku. Některé z těchto pocitů po amputaci uvádí až 70% lidí, nezávisle na části těla, věku a pohlaví⁹². ROKYTA uvádí, že nejpodstatnějším výsledkem experimentálních studií je, že hlavním následkem amputace tělesné části je korová reorganizace těch míst, kam se amputovaná část projikovala. Studie ukazují, že rozsah korové reorganizace následně po amputaci je velmi úzce vázán na rozsah zkušenosti s fantomovou bolestí končetin. Bolest pahýlu po amputaci úzce souvisí s bolestí fantomovou. Pokud se podaří odstranit pahýlovou bolest, velmi často zmizí i bolest fantomová.

Pohlédneme-li na amputaci a s ní spojené pocity v již „neexistující části těla“ fenomenologicky, končetina je od části těla oddělena fyzicky, ale i nadále zůstává jeho součástí a patří do celku světa člověka. I tato fyzicky nepřítomná část těla může být pretendována do představy a proto může bolet, lechtat, cítit chlad, teplo... To karteziánské nás naučilo oddělování, rozdělování, okamžité zbavení se i z myslí toho, co nemáme v ruce. I podiatrie učí člověka, jak ošetřovat „nohu“, ne sebe celého. „*Každý pohyb, jež konáme, vystupuje z tělesného schématu, které v nás funguje, aniž bychom o něm předmětně věděli. Proto je každý pohybový návyk rozšířením naší existence*“⁹³. Má otázka pak zní: “Tím, že přijdeme o část svého těla, nutně přicházíme i o část své existence? Není proto fantomová bolest určitou obranou před obavou ze ztráty vlastní existence, obavou o bytí zde (dasain), obavou z nebytí, obavou z konečnosti, budoucnosti ze smrti?“ „Z jakého důvodu člověk s protézou usiluje o to, aby „to nikdo nepoznal?“

⁹² ROKYTA, R. *Patofyziologie bolesti s ohledem na klinické souvislosti*. <http://press.avcr.cz/>

⁹³ RŮŽIČKA, J. *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton, 2006, s.36

Onemocnění diabetem, je onemocnění které je nevyléčitelné, mnohdy se špatnou prognózou, sociálním, rodinným, pracovním a jiným znejistěním, ale i ztrátou. Častým stavem, který zneprjemňuje člověku s diabetem život je **nespavost**. Je důsledkem špatné životosprávy, stresu, osobních problémů, ale i poruchy štítné žlázy, noční hypoglykémie, neuropatie, která ruší spánek, způsobuje nepříjemné pocity v nohou. Noc, tma je i čas, ve kterém je místo pro zbystření i jiných smyslů než zraku nebo hmatu. Útěk od běžných starostí dne není v noci tak jednoduchý.

Stav, který výrazně zasahuje do života člověka je **deprese**. Ze studií vyplývá, že diabetici depresí trpí 2x více, než ostatní lidé. Oproti špatné náladě trvá déle, je hlubší, intenzivnější, je provázena řadou tělesných příznaků. Ovlivňuje výkon a běžné fungování. Způsobuje ztrátu zájmů, apatii, úbytek energie, ztrátu sebedůvěry, nechutenství, někdy naopak váhový nárůst. HRACHOVINOVÁ uvádí, že diabetik v depresi méně dbá o svůj režim a to způsobuje kolísání glykémie. V roce 2001 proběhla v 13 státech celosvětová studie DAWN /Diabetes Attitudes, Wishes and Needs – diabetes, přístupy, přání a potřeby/, která se zabývala průzkumem depresí a psychosociálních aspektů péče o diabetiky. Výsledky přinesly zjištění, že péče o pacienty s diabetem zaměřená pouze na lékařské cíle je nedostatečná a poukázala na nutnost zaměřit se na psychosociální oblast péče. U nás tuto problematiku sleduje PhDr. Tamara HRACHOVINOVÁ, CSc.⁹⁴.

Úzkostné poruchy, jsou následkem chronického stresu a přetížení. Lidé se hůře uvolňují, trpí bolestmi hlavy, zad, bušením srdce, tlakem na hrudi, třesem, závratí, nevolností.

Panická porucha je stav, který člověka zpravidla postihuje náhle. Jedná se o prudký záchvat doprovázený silnými tělesnými příznaky.

Mezi mladými dívkami a ženami se objevují **anorexie a bulimie**. Z pohledu lékaře jsou na jedné straně ty, které jedí extrémně málo, na druhé ty, které propadají nekontrolovaným záchvatům „žravosti“. Obě tyto skupiny umí svou poruchu velmi dobře maskovat. KRAUSOVÁ upřesňuje: „*Anorexie a bulimie se u mladých diabetiček vyskytuje častěji než u žen bez diabetu*“⁹⁵. Dále se zmiňuje o tom, že to bude asi důsledek neustálé

⁹⁴HRACHOVINOVÁ, T. *Deprese a diabetes- psychosociální faktory*.

http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_4/konf_abst_hrachovin.htm.

⁹⁵KRAUSOVÁ, Z. *Psychické problémy diabetiků*. Praha: Svaz diabetiků České republiky, 2001, s. 49.

kontroly a omezování se v jídle a tím i deformování stravovacích návyků. „Účinná zbraň“, jak to paní doktorka nazývá, a kterou nediabetičky nemají, je manipulace s inzulínovými dávkami.

Anorexie je slovo řeckého původu. **Orexis** je v Řečtině touha. **An** – je zápor. Tedy záporná touha do světa. Člověk chce žít, existovat, ale mladá děvčata, diabetičky o tento způsob existence nestojí. Nestojí o neustálou kontrolu stravy, okolí, pomůcek, kontrolu toho, jestli je vše tak, jak má být. Objevují se defekty poškození vlastního „já“ ve svých funkcích sebeřízení, sebeohrazení. Jejich hranice jim neustále někdo narušuje. /Krevní odběry, kontroly moči.../ Jejich agrese je namířena směrem dovnitř. Jejich tělo se stalo výlučným objektem, předmětem vůle. SAUDEK uvádí, že jedna pacientka se podělila se svými zkušenostmi, když řekla: „...*Já tehdy žila v neustálém stresu a napětí. Okolo sebe jsem slyšela samé zákazy a příkazy. Obava z každé dietní chybičky (a které dítě ji neudělá), z každé změny a nezvyklé námahy, zvýšené glykémie, z každého deka tělesné hmotnosti navíc byla obrovská*“⁹⁶.

Intence do světa je **órexix**. Órexix je v Řečtině **touha**. Prostřednictvím órexix člověk žije. Pokud je órexix zastavena, zastavení je obsaženo v předponě an. An – orexie. Z hlediska fenomenologického je anorexie problém existence, nikoli přijímání potravy. Všemi proniká intence do světa a původní órexix. Anorexie nechce vyvstávat do světa prostřednictvím pohybové figury. Hlavním motorem se stala vůle. Vůle, která nyní chce vše ovládat. Tělo se stalo předmětem vůle. Jednota pohybových figur majících podobu tělesnou, duševní, ale prakticky jednotnou se změnila. „Jsem tělo“ se změnilo v „mám tělo“. I MERLEAU-PONTY dodává: „...*, anorexie není jen vyhnutí se životu, je vyhnutím se budoucnosti*“⁹⁷.

Klientka mi řekla: „*Pořád jsem přemýšlela nad tím, jak nejrychleji zhubnout. Téměř všechny mé myšlenky se točily kolem toho, jak bych dosáhla vytoužené vychrtlosti – ne štíhlosti, vychrtlosti.*“ Dívka se totiž bála nekonečného přibírání. A tak nastoupila silná vůle. Opět chtěla mít vše pod kontrolou. Pocity, že může kdykoli se svojí redukcí hmotnosti skončit, vzaly za své ve chvíli, kdy se jí podařilo vysněného cíle dosáhnout, ale stále nebyla

⁹⁶ SAUDEK, F. *Příprava na transplantaci*. Praha: Maxdorf, 2005, s.67.

⁹⁷HOGENOVÁ, A. *Fenomenologie těla a tělesnění*. <http://lirtaps.cz/psychosomatika/psomwe2004/5/hogenova.htm>.

spokojena. Její váha nebyla ideální. Vůle stála proti tělu, jedna druhou neposlouchaly a zavedly si svůj vlastní „život v přežívání“. Tato oddělenost těla od duše, tato rozdvojenost člověka ho může přivést až do nemocnice. Jak se tedy člověk vyrovnává s pobytem v nemocnici a je to vůbec možné?

3.3 Psychologické aspekty vyrovnávání se s diabetem při pobytu v nemocnici

Většinou se pacientem člověk nerodí, ale stává. Pokud se jedná o nemoc, která má dobrou prognózu, člověk ji s mírným vynaložením úsilí a podporou blízkých vcelku rychle zvládne. Horší situace nastává v případě, kdy je pacientovi sdělena diagnóza, která během jedné věty člověku přidělí novou roli, roli nechtěnou, roli pacienta s chronickým onemocněním. Hospitalizace nastává převážně z rozhodnutí lékaře a zásadně mění životní podmínky.

KŘIVOHLAVÝ přibližuje význam slova „pacient“, který je odvozen od latinského **pateo, patere** – trpěti – a „**patiens**“ – trpělivý⁹⁸. Má to znamenat, že pacient vždy musí být trpělivý? Diabetes mellitus je celoživotní, nevyléčitelné chronické onemocnění. Nemocného i jeho okolí /rodinné, pracovní, zdravotní/ nutí neustále dodržovat určitá pravidla. Ta nejsou vždy příjemná a často výrazně zasahují do běžného života. Následně tyto skutečnosti vedou u některých pacientů k narušení psychického zdraví. Objevuje se výše zmíněné deprese různé závažnosti, úzkosti, strachy, poruchy přizpůsobení, fobie Zhoršená nálada, nové, cizí nemocniční prostředí, neznámí lidé, nové pachy, denní režim, který je po ránu hektický, ale přes den jednotvárný. Pacient se v nemocnici neubrání spoustě nepříjemných momentů – odběry krve, nepravidelnost v příjmu jídla a tekutin, zavedené drény, kanyly, napojení na monitorovací a podpůrné přístroje, odsávání hlenu z dýchacích cest...Neubrání se ani porovnávání svých potíží s potížemi druhých, porovnávání péče o sebe a péče o druhé, srovnávání počtu infuzí, léků, dokonce částí a délky končetiny po amputacích. Aby člověk mohl být, prochází spoustou život ohrožujících situací. Zde se ukazuje tíže našeho života. To vše vede k narušení celkové pohody pacientů a ovlivňuje v negativním, spolupráci nemocného při léčbě. Je možné říci, že i rodiny, ve kterých někdo onemocní, se mění, ale ne

⁹⁸ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2002. s.17.

vždy „onemocní“. Asi polovina nemocných s diabetem bude někdy v životě operována a tak i hospitalizována. Rizika spojená s operací diabetika jsou větší, než u nediabetika. Některé komplikace diabetu mohou simulovat jiné somatické onemocnění, může se objevit zvýšená vnímavost diabetiků k infekcím a může dojít i k dekompenzaci diabetu. ANDĚL upřesňuje: „*Diabetik by měl být hospitalizován 3 dny před provedením operace*“⁹⁹. Důležité je nabízení pomoci z oblasti poradenství, psychologické, psychiatrické, sociálně - právní, psychoterapeutické i duchovní. Významný vliv na kvalitu života ve zdravotnických zařízeních má také spolupráce nemocnic s Občanskými sdruženími, která zajišťují návštěvy dobrovolníků u lůžka pacientů. Pro pomáhající profese by mělo ale platit, že pacient, klient si o způsobu pomoci rozhoduje sám. Nejistota člověka, pacienta, spočívá často nejen v jeho nejistotě, ale i v nejistotě lidí pohybujících se v jeho okolí. Nemoc se stává chronickou a je nedílnou součástí bytí člověka. Přesto i v tomto případě v sobě člověk může najít „moc“.

3.3.1 Člověk a chronické onemocnění

ANDĚL uvažuje: „*Citový život diabetika má pro jeho nemoc velký význam. ...Nemocní sami udávají, že při citových iritacích potřebují více léků, nebo musejí přísněji dodržovat dietu... A tak vyvstává otázka, zda příčiny diabetu nejsou duševní, to znamená: zda se v případě diabetu nejedná o psychosomatické onemocnění*“¹⁰⁰.

Chronická nemoc zahrnuje velmi široké spektrum vad, poruch a onemocnění. Pacient s chronickou nemocí nezůstává sociálně izolován. Navštěvuje různá zdravotnická zařízení, instituce, úřady, žije se svou rodinou, navštěvuje spolupracovníky. Není možné, abychom v pomáhajících profesích předpokládali, že pacient bude statečný, nebude se poddávat strachu, bude „dobře“ spolupracovat a neustále pracovat na zlepšování svého zdravotního stavu. Chronické onemocnění znamená pro člověka částečnou změnu komunikace se sebou samým a okolím. Akutně nemocný pacient očekává rychlé uzdravení. Chronický pacient s prodlužující se délkou nemoci si začíná klást otázky o kompetenci, odbornosti, správnosti léčby. Při vyslovení diagnózy, která je nevratná, léčitelná pouze částečně, nastává okamžik, kdy je třeba se této nové situaci naučit, později ji přijmout, aby se následná kvalita života pacienta vrátila do „normálu“. Opět se tu dostáváme k tělesnému schématu, které je

⁹⁹ ANDĚL, M. *Diabetes mellitus a další poruchy metabolismu*. Praha: Galén, 2001, s.113.

¹⁰⁰ ANDĚL, M. Tamtéž, s.113.

představou celku světa a které se nedá rozložit na jednotlivosti. Pro nemocného je důležité sebepřijetí. Přijetí sebe takového, jaký jsem. To, co je ve mně krásné, dobré, ale i toho, co se mi na mně nelíbí, s čím bych raději nebyl. Prožívání různých citů, nálad, úzkostí, nejistot, nedůvěry, osamělosti jsou informačními a výstražnými signály, které nás na něco upozorňují. Tyto signály bychom pacienta, klienta měli naučit zachytit, poslechnout a přeformulovat do slov. Tato slova by bylo dobré pak sdělit. Sdílení je jedna z možností pomoci druhým i sobě. Sdílení nám pomáhá přijmout nejistotu života. Pak i chronické onemocnění zmírní důsledky pro život a život udělá člověka mocným.

3.3.2 Důsledky pro život

Chronická nemoc má dopad na celý život člověka. Ať postupuje rychle či pomalu, je-li třeba i terapeuticky ošetřena, má vliv na jeho vědomí, sebeuvědomění, způsob vnímání sebe sama, pochopení světa a jeho místa v něm. Ovlivní sebeúctu, zajišťuje nositeli jinou, nežádoucí identitu. Otrpěse důvěrou, bezpečím, vztahy, hodnotami, rodinou, láskou, sexem, domovem. Vliv má i na jeho zaměstnání. Člověk prožívá úzkost, protože se dotýká vlastní bezmocnosti. Člověk se bojí vycházet do prostředí plného překážek. Nechce být středem pozornosti, neustále závislý na něčí pomoci. Nejdůležitější úlohou člověka je „lidská existence“ /dasein/. Je to způsob, jak jsme ve světě. Toto mají ale lidé trpící diabetem narušeno, zkomplikováno a mnohdy i zakázáno /v důsledku potransplantačních, poamputačních aj. zákroků/. Ocitají se v nové životní situaci. Jsou nuceni si nově rozvrhovat svět. Doposud známé strategie nalezení rovnováhy nefungují, obavy se prohlubují. Mnohdy nastupuje krize. Krize se týká každého z nás, zdravého i nemocného. Je to životní situace, která přesahuje obvyklý repertoár strategií hledání rovnováhy. Pacientka čekající na transplantaci říká, že nejhorší byla krize trvající rok před transplantací. *„Byla jsem téměř na pokraji svých fyzických sil, unavená a neustále vyčerpávaná dlouhými dialýzami“*¹⁰¹.

Z pohledu existenciální analýzy je krize stav, ve kterém situací oslovená osoba hledá a nenachází odpověď. Cílem je uvolnění klienta pro dialog a poskytnutí opory k tomu, aby tento existenciální dialog mohl být obnoven. Podržit člověka, aby se znovu otevřel své subjektivitě, ohrožující situaci a uviděl možnosti jak s ní zacházet. Cílem je otevření se tomu, co je a přijetí toho, co je. K tomu, aby se mohli stát nezávislými, samostatnými, někteří i

¹⁰¹ SAUDEK., F. *Příprava na transplantaci*. Praha: Maxdorf, 2005, s.69.

pracujícími, je třeba ve společnosti vytvořit správné systémové a zákonné podmínky. Proto člověk hledá cesty k přijetí života s nemocí, proto pokud na své cestě ztratí orientaci a chce ji znovu najít, je mu nabídnuta pomoc.

3.3.3 Hledání cest k přijetí života s nemocí

„Dejte mi piluli – a když ne piluli, tak aspoň operaci“¹⁰². S touto větou chodí někteří pacienti k psychiatru HONZÁKOVI. Člověk by rád našel nějaké cestičky jak se zbavit nemoci. Jakmile se začne něco nepříjemně ozývat, dáme průchod svým emocím. Než abychom se jim učili rozumět, raději je přehlušíme něčím jiným, intenzivnějším. I přátelům radíme: „...zapomeň na to, neber si to tak...“ Již před sto léty řekl Freud, že deprese je daň za neodžitý smutek. Člověk s nemocí není porouchaný stroj. Hledáme –li cesty k přijetí života s nemocí, je třeba změna pohledu na vlastní hodnoty. Chceme-li pacientovi ukázat jedinečnost jeho života, na této cestě životem jej necháváme jít k jeho vlastnímu cíli. Pokoušíme se, aby se rozpomenul na počátek své cesty, na její jedinečnost. Ptáme se na to, jak člověk chápe svou cestu, cestu k cíli. Čeho chce dosáhnout, čemu se chce vyhnout. Je dobré, když si člověk ve svém množství tužeb, snah, záměrů a přání udělá „jasno“. Často dostaneme odpověď: „Nemá to smysl“. Na smysl se učíme odpovídat tím, že za svůj život přebíráme odpovědnost. Tato odpověď nemusí být dána slovy, ale může být dána i činy. Odpověďmi na konkrétnosti všedního dne se naplňuje smysl existence. FRANKL podotýká: „*Nenahraditelnost a nezastupitelnost, jedinečnost a jednorázovost spočívá vždy v člověku, v tom, kdo koná, v tom, jak koná, a ne v tom co koná*“¹⁰³. KŘIVOHLAVÝ upřesňuje, že člověk by si měl stanovovat osobní cíle, které vedou k dobrému subjektivnímu stavu¹⁰⁴. Nečekat na to co dostanu od života, ale vytvářet něco pro život.

Pamatujme, že:

- dlouhodobá psychická zátěž, stres, může být jednou z příčin, které mohou vyvolat somatické onemocnění,
- každé, i banální onemocnění je provázeno negativními emocemi,

¹⁰² HONZÁK, R. Dejte mi piluli. *Psychologie Dnes*, 2006, roč.12, č.12, s.8.

¹⁰³ FRANKL, V.E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Arch, 2006, s.115.

¹⁰⁴ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie Dnes*, 2004, roč.10, č.10, s.22.

- strach, napětí, úzkost, v mezilidských situacích vedou k osamocení a sociální izolaci,
- sociální izolace může být příčinou negativních emocí – hněvu, hostility,
- člověk, který žije dlouho sám, opuštěný může mít pocity podobné „sociální smrti“, dříve umírá.
- prostředí, ve kterém člověk žije, přímo nebo zprostředkovaně ovlivňuje jeho zdravotní stav.

Hranice mezi zdravím a nemocí není jednoznačně definovaná. Pohlédneme-li na člověka bio-psycho-sociálně nebo fenomenologicky – tělesně-duchovně-duševně – ani stanovení přesného zdroje nemoci nemusí být jasné. Detektivním způsobem pak hledáme, která ze složek organismu je nejvíce zasažena. Jestli není ohroženo samotné bytí člověka a nemoc tak není jen formou volání o pomoc. Postoj k chorobě se projevuje i na tom, jak pacient přijímá či nepřijímá roli nemocného, jak se s ní identifikuje či nikoliv a jaké způsoby chování to vyvolává. Pokud člověk pomoc odmítne, naší povinností je jeho rozhodnutí přijmout. Někdy po odeznění prvního šoku ze sdělení, se k nám pacient vrátí. Pak my, sociální pracovníci, můžeme pro zkvalitnění klientova života učinit mnoho. Nejedná se pouze o vyřízení invalidního důchodu, nebo způsob jak získat příspěvek na péči, ale mnohdy nejvíce pomáhá to, že k nám člověk přijde „jen tak pobýt“, přijde si popovídat, vypovídat se. Tehdy se ukáže potřebnost naší sociální práce, v těchto chvílích se začíná rodit vztah, začíná spolupráce.

4 ÚLOHA SOC.PRÁCE U OSOB TRPÍCÍCH CUKROVKOU

4.1 Několik obecných poznámek o sociální práci

Sociální práce, je práce poskytována prostřednictvím veřejných služeb. Je financována z veřejných rozpočtů a tak úroveň sociálních služeb poukazuje i na úroveň společnosti ve které je poskytována. V zahraničí se do těchto služeb řadí i tzv.služby humanitní, které vykonávají jak profesionálové, tak i dobrovolníci, kteří poskytují pomoc sociální, vzdělávací, zdravotnickou a administrativní. Jelikož jsou poskytovány lidem znevýhodněným, je prvořadým cílem služeb i pracovníků, zkvalitnění života těchto lidí a jejich udržení nebo opětovné navrácení do širšího společenství.

4.1.1 Sociální práce v jiných ekonomicky vyspělých zemích

Sociální práci jako svébytný obor je možné v rámci euroamerické civilizace sledovat teprve jedno století.

To, co dnes všeobecně nazýváme sociální prací, bylo po dlouhou dobu v Evropě v podstatě doménou křesťanské církve. Ta prohlásila dobročinnost za mravní povinnost věřícího, a za bohulibou zásluhu, která se nedá právně vynutit. „*Důraz na Boží lásku...Ježíš ještě více prohloubil...lásku je jádrem jeho morální teologie...*“¹⁰⁵.

Ve středověku byla jasná hierarchie. Ve feudální společnosti měl každý člověk pevné místo. Vymknutí se sociální roli bylo možné pouze za cenu vyloučení ze společnosti. Člověk byl v této době jen minimálně svobodný. Naproti tomu starý člověk si mohl být většinou jistý, že se o něj jeho rodina alespoň minimálně postará. Hůře na tom byli lidé tělesně či duševně postižení. Postižení bylo interpretováno jako nepřízeň Boha a opravňovalo k vyhnání. Církevní instituce handicapovaným poskytovaly podporu jen na omezenou dobu a stravu připravovaly pouze o svátcích.

¹⁰⁵ MATOUŠEK, O. aj. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001, s.35

Na sklonku 18.st.započalo zesvětš'ování a centralizace. Josefínské reformy vedly ke zrušení mnoha klášterů. V nich vznikaly státem kontrolované špitály, sirotčince, věznice, chudobince, blázince a jiná „specializovaná“ zařízení pro handicapované lidi. Postupně se začaly budovat zvláštní ústavy pro osoby, které potřebovaly pomoc a o které bylo složité pečovat rozptýleně. V ústavěch byla také větší možnost vyškolit alespoň částečně odborný personál, a opatřit různé pomůcky.

V 19.st.vlivem klasicismu, který vyzdvihoval lidskou individualitu, počali někteří lidé z tzv.vyšších vrstev organizovat charitativní aktivity. Většinou to byly ženy. V 19.st. také postupně přebíraly odpovědnost za chudé a handicapované orgány státu, regionu, obce. PORTER na to, že na počátku 19.st.v Paříži vyšel spis Phillipa PINELA – „*Nauka o duševních chorobách jako nedílná součást vnitřního lékařství*“, který měl zásluhu o to, že se k šílencům začalo přistupovat jako k nemocným a počal se tedy uplatňovat i lidštější přístup¹⁰⁶.

Sociální práce vznikala jako samostatná profesní specializace v průmyslových zemích západní Evropy až na konci 19.st. Zpočátku byla sociální pomoc a dávky adresovány jen nejnuznějším a těm, jejichž postavení bylo zcela zoufalé. Na přelomu 19.a 20.st. začaly některé politické strany a nevládní organizace prosazovat zavedení plošných podpor handicapovaným. Jak uvádí MATOUŠEK¹⁰⁷, objevily se první specializované školy sociální práce ve 20.st.v Amsterdamu, New Yorku a Londýně, a to nejprve formou krátkodobých kurzů. Převládající metodou sociální práce byla v té době „**případová práce a práce s rodinou**“. Počátkem 20.st.se objevily první vědecké studie související s chudobou, bídou a nezaměstnaností. Před I.sv.válkou jako další metoda sociální práce se začíná prosazovat „**skupinová a komunitní práce**“, která se především zabývala velkoměstskou chudinou a přistěhovalci. Cílem soc.práce se stalo zlepšování porozumění pro sociální a psychické podmínky, v nichž lidé žijí, a které působily na jejich stav.

Období II.sv.války je charakterizované „zvědečtění“ soc.práce prostřednictvím různých standardů a schémat činností. Objevují se první pokusy o vědecké výzkumy. Charakteristické pro toto období je také přejímání medicínského jazyka. Profesionální sociální práce začíná být ovlivňována pedagogikou a psychologií. Je proklamována potřeba vidět

¹⁰⁶ PORTER, R. *Největší dobrodiní lidstva*. Praha: Prostor, 2001, s.538-540.

¹⁰⁷ MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001.s. 111-113

sociální případ v kontextu osobnostního vývoje, rozebírat vědomou popř. nevědomou motivaci klienta, vlivy, jež na něj působily v minulosti.

V době před první světovou válkou a ani mezi dvěma válkami nebyli ještě diabetici v popředí zájmu jako významná, postižená minorita. Jednak jich bylo podstatně méně, jednak byly jiné, naléhavější starosti týkající se veřejného zájmu, především tuberkulóza jako důsledek válečného strádání a také četné infekční choroby postihující převážně dělnické děti.

Poslední desetiletí 20.st.se označují v Evropě a v USA z hlediska sociálního jako éra lidských práv. Všeobecnou deklaraci lidských práv přijala OSN v roce 1948. 60. léta byla ovlivněna politickými otřesy. Mládež zakouší alternativní životní styly v komunitách, seznamuje se s drogami. V 70.létech nastává boom „**dobrovolnických organizací**“, v 80.létech se šíří hnutí „**svépomocných skupin**“, které se věnují lidem v krizi, dlouhodobě duševně nemocným, závislým na alkoholu, drogách, nezaměstnaným, obětem trestných činů. Opět tedy byla celá řada pro sociální pracovníky naléhavějších starostí.

MATOUŠEK poznamenává, že aktuálními tématy soudobé sociální práce zůstávají témata ženských práv, feminismu, etnických menšin, dětská práva, lidé s odlišnou sexuální orientací. Jedním z hlavních témat jsou i témata rovnosti příležitostí a senioři¹⁰⁸.

4.1.2 Sociální práce v naší zemi

Sociální práce u nás se vztahuje k nově vzniklému státu v r.1918. Na počátku tzv.První republiky byly problémy s potravinami, komplikace byly i s přebudováním průmyslu. „*Základním cílem sociální politiky Československé republiky bylo zlepšit sociální poměry širokých vrstev*“¹⁰⁹. Roku 1921 začaly působit v sociální péči první absolventky Ženské vyšší školy pro sociální péči. Od té doby se sociální péče u nás s většími či menšími úspěchy stala součástí sociální politiky. Financování z charitativních, soukromých i státních zdrojů postupně přecházelo plně na stát. Na péči o diabetiky se však po celou dobu trvání státu mezi dvěma válkami i v době II.sv.války se sociální práce nikterak nezaměřovala.

¹⁰⁸ MATOUŠEK, O.; KOLÁČKOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, s.17

¹⁰⁹ MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 200, s.18-19

4.1.3 Odborná zařízení pro diabetiky

Nelze opomenout se zmínit o tom, že jsme byli jedním z prvních států na světě, který v 60. letech začal zakládat diabetické poradny a během krátké doby fungovaly už ve všech krajích a brzy i okresech. To bylo také důvodem, proč jsme měli poměrně přesný přehled o frekvenci tohoto onemocnění u nás. V době po roce 1960 zde bylo 2,5 % diabetiků, o 30 let později už 5 % a v současnosti se toto číslo blíží 6 %. Také výzkumu diabetu začala být věnována větší pozornost, o to se zasloužil především Státní endokrinologický ústav sídlící v Praze na Národní třídě, jenž vychovával špičkové odborníky a ti po vyškolení zastávali místa přednostů nově zakládaných endokrinologických oddělení. Tato péče je po medicínské stránce u nás na výši už několik desítek let.

V současné době se sociální práce přizpůsobuje svým obsahem nově vznikajícím potřebám státu a financování je rozloženo do různých forem¹¹⁰. V ČR je nyní 114 speciálních oddělení diabetologie. V IKEM probíhá výzkum pro diabetiky 1. typu, kde se zkoušejí na dobrovolnících imunomodulační látky, které působí proti autoimunnímu procesu ve slinivce břišní. Diabetologové jsou sdruženi ve vrcholném odborném orgánu, což je Česká diabetologická společnost Jana Evangelisty Purkyně, která vydává svůj odborný časopis odpovídající světové úrovni a informující o nejnovějších současných trendech v léčbě a péči o diabetiky.

4.1.4 Co poskytuje diabetikům stát

Diabetikům slouží již 15 let moderní firma Medatron, která vyrábí a neustále zdokonaluje inzulinové pumpy, které jsou pro dětské diabetiky *plně hrazeny zdravotní pojišťovnou*.

Diabetem jako onemocněním, které by vzbuzovalo zvláštní pozornost, se současné zákonodárství nezabývá. Rodina s diabetickým dítětem dostává sociální příplatek, rodičovský příplatek a příspěvek na péči.

Nárok na sociální příplatek určuje Zákon č.117/1995 Sb. a vyhláška MPSV č.207/1995 Sb, příloha 1, kap IX, část 1, kde se diabetu týká písmeno b/ a c/, podle něhož je

¹¹⁰ MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001, s.118-153

možno diabetické děti považovat za dlouhodobě zdravotně postižené, a proto se v tom případě upravuje výše sociálního příplatku tak, že se částka životního minima nezaopatřeného dítěte násobí koeficientem 2,67. O dávku se žádá na Úřadu práce. Příspěvek na péči podle Zákona o sociálních službách č.108/2006 Sb. ve znění novel dostane rodič pečující osobně, celodenně a řádně o nezletilé dítě zařazeného do příslušného stupně závislosti podle vyhlášky č.505/2006. O tuto dávku se žádá na obecním úřadě.

4.1.5 Neziskové organizace

Z dobrovolných neziskových organizací, které se zabývají diabetiky, vyvíjí činnost Svaz diabetiků ČR, nadace Život s diabetiky, Občanské sdružení pro aktivní život s diabetem, Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí v ČR založené už v r.1990 a místní Diakluby např. v Havířově. V Praze 10 bylo zřízeno v r.1993 Edukační centrum pro diabetiky zásluhou nadace Život s diabetiky a pod záštitou Suverénního řádu maltézských rytířů, kde se pořádají školení pro rodiče diabetických dětí a také pro sestry. V r.2004 se konala také Konference moderní diabetologie, bylo Mezinárodní setkání mladých diabetiků v Luhačovicích a pořádány Sportovní hry pro diabetiky v Roudnici nad Labem. Také se pořádají prázdninové pobyty pro dětské diabetiky. Na více místech se pořádají kurzy jógy pro diabetiky. Vydává se časopis Diaboli pro diabetiky, vydala se řada drobných populárních publikací, např. povídej mi o inzulínu, Povídej mi o glukometru, Buďme štíhlí při cukrovce, Hypoglykémie, Velká dia-knižka o jídle, Cukrovky se nebojíme atd.

4.2 Sociální služby

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. považuje sociální práci za jeden z nástrojů soustavné a cílené **sociální politiky**. Důležitým prostředkem realizace sociální politiky jsou **sociální služby**. Sociální služby jsou činnosti, kterými má být zajištěna pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci. Tyto služby realizují poskytovatelé sociálních služeb – MPSV, kraje, obce, nestátní organizace, fyzické osoby. Sociální služby pomáhají žít lidem běžným životem. Zaměřují se na zachování co největší kvality a důstojnosti života člověka.

Dle zákona 108/2006 Sb. je cílem sociální pomoci, či sociální terapie, je (pokud je to možné), návrat klienta do jeho původního, přirozeného prostředí. Pomoc spočívá v edukaci

pacienta o nakládání se sebou a s nemocí. Pacient se učí strukturovat čas, cítí se samostatnějším. Cílem je co největší zapojení do činností, které pacient vykonával před nástupem do léčebného zařízení. Těm, kteří nemají možnost se vrátit do svých domovů, je nabízena následná péče v domovech pro seniory nebo rehabilitačních ústavech. Ti, kteří jsou částečně soběstační, mohou přechodnou dobu trávit v domech s pečovatelskou službou. K některým pacientům, kteří potřebují odbornou pomoc zdravotní sestry, je zvána ADP (Agentura domácí péče, která je hrazena ze zdravotního pojištění), nebo Pečovatelská služba, která zajišťuje obědy, obstarává běžné domácí úkony. Tyto služby jsou již za úplatu¹¹¹. Tyto služby mohou v případě potřeby také využívat diabetici, nikoliv jako zvláštní skupina, ale jako ostatní zdravotně znevýhodněné skupiny.

V době počítačů, mohou pacienti využívat také velkého množství odkazů na internetu, bezplatných poraden zaměřených na právo, invaliditu tělesnou, sluchovou, zrakovou. Mohou kontaktovat sociální pracovníky v místě svého trvalého bydliště, nebo zdravotně-sociální pracovníky, které zaměstnávají větší zdravotnická zařízení. Leccos z toho, co se dnes v sociální práci zavádí nebo pro doškolení nabízí, je možno využít pro práci s diabetiky. Tak např. velkou výhodou pro sociální pracovníky je sebezkušenostní výcvik v některém z psychoterapeutických směrů. Výběr je veliký a socio-terapeutovi poskytuje mnoho opěrných bodů pro jeho práci. Terapeut na svých vlastních zkušenostech zažije přijetí, odmítnutí, regresi, útěk, a jiné způsoby chování, které jsou nám lidem společné. Jelikož o nich ví, lépe se mu pracuje s přenosovými a protipřenosovými jevy, které společně s klientem zakouší. Své pracovní postupy má také možnost konzultovat s kolegy v supervizních setkáních, kde se zdokonaluje v citlivém přístupu jednání s klientem. Pracovníci se sebezkušenostním výcvikem mohou nabízet psychosociální poradenskou pomoc.

4.2.1 Psychosociální a poradenská pomoc (vhodná pro nemocné diabetem)

Podmínkou k poskytování psychosociálního a poradenského typu pomoci je absolvování 4-5 letého akreditovaného psychoterapeutického výcviku a splnění podmínky počtu supervizí. Pro každý psychoterapeutický směr je důležitá důvěra, bezpečí, budování vztahu s druhými, hranice. Domnívám se, že pro práci s diabetiky jsou zvláště přínosné

¹¹¹ Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

fenomenologické směry, které dávají hlavní kompetence do rukou klientovi. Daseinsanalýza vychází z rozvrhu světa nemocného člověka a jeho bytí v čase. CONDRAU se zmiňuje o tom, že jde o otázku otevřenosti nebo narušení vztahu člověka se světem v oblastech vztahových, prostorových, tělesných, spolubytí, dějinnosti a smrtelnosti¹¹². Dasein člověka je vždy určován otevřeností světa. Pokud je tento svět člověku uzavřen, člověk zažívá úzkost, depresi, strach. Na nás, pracovnících pomáhajících profesí pak je, abychom tomuto člověku pomohli metodami, které nám jednotlivé směry nabízejí jeho vlastní svět otevřít a projasnit.

Naše rozhodování je řízeno z představy o naší budoucnosti. HEIDEGGER tomu říká rozvrh nebo-li endwurf. Každý člověk rozvrhuje svou přítomnost na základě toho, jak se mu otevírá svět v budoucnosti. Proto je pro Heideggera bytí člověka v čase tak důležité. Rozhodování člověka je tak determinováno v jeho budoucnosti, aniž by si to daný člověk uvědomil. HOGENOVÁ připomíná: „*Výklad člověka jako subjektu skrývá vztah člověka k bytí. Vykládá člověka pouze ve vztahu k objektu, tj. k jsoucnu. Bytí není objekt ani subjekt. A toto pochopit není jednoduché a proto tolik nenávisť k Heideggerově filosofii*“¹¹³. Ještě než klienta uvidíme, ještě než vstoupí do našich dveří, ještě než se s ním setkáme, je tímto pohledem ovlivněn způsob práce a nasměrováno terapeutické úsilí. KRAUSOVÁ proto poukazuje na Franklovu psychoterapii /logoterapii/, terý ji obohatil kromě dimenze fyzické a psychické o dimenzi noetickou, duchovní¹¹⁴.

„*Na konci 5.století př.n.l. zdůrazňoval HIPPOKRATES, že je důležitější vědět „jaký člověk“ nemoc má, než „jakou nemoc“ má*“¹¹⁵.

V péči o klienta je uplatňován holistický – celostní přístup. Součástí psychosociálního přístupu je identifikace vlivů, které pacienta ohrožovaly, nebo ohrožují. Při péči o klienta je nezbytné vycházet z předpokladu, že onemocnění a s ním spojené problémy mají multifokální příčiny – kvalita životního prostředí, životní styl člověka, sociální, biologický, emocionální základ a že každá změna vyžaduje určitou dávku energie, na kterou klient nemusí stačit sám. Výrazných změn proto nesmí být v krátké době mnoho, aby nebyly příčinou přetížení člověka, tím spíše se to týká diabetika, kterého jeho nemoc značně omezuje a nutí ho, aby byl

¹¹² CONDRAU, G. *Daseinsanalytická teorie neuróz a psychoterapie*. Semily: Triton, 1998, s.34.

¹¹³ HOGENOVÁ, A. „*Vhled*“, <http://vhled.cz/Časopis>, 3.6.2007, s.12.

¹¹⁴ KRAUSOVÁ, J. Možnosti a meze EA. *Dialogos*, duben 2005, č.2, s.12-13.

¹¹⁵ MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, s.22.

konzervativní, a setrval v předepsaném, pro sebe nejvhodnějším způsobu života. Poradenská psychoterapeutická pomoc by měla zabezpečit dobré pracovní spojení. Podmínkou spolupráce je vytvoření bezpečného prostředí, zájmu a respektu. Hlavním léčivým prostředkem by se měl stát vztah sám o sobě. Klient má být ten hlavní, který si určuje svoje potřeby, požadavky, cíle. Poradce, nebo psychoterapeut by pak měl posoudit reálnost těchto požadavků a měl by s klientem vytipovat ten nejdůležitější.

Jedním z hlavních nástrojů pracovníků v pomáhajících profesích je umění naslouchat. Naslouchání řeči, mimoslovním sdělení i naslouchání činům. Pacient nám sděluje, co si myslí, co cítí, co prožívá, co mu dělá starosti. Informací je mnoho a naší profesní povinností je udělat částečnou korekci a společně s klientem se zaměřit na vytipování toho nejdůležitějšího tady a teď. Co by nám uniknout nemělo, jsou obavy a strachy, stresy, hrůzy, fobie, noční můry, černé myšlenky, zoufalství deprese, myšlenky na sebevraždu. Sociální pracovníci v nemocnici na tyto emocionální stavy, které jsou často skryté, nebo překryté hlučným nebo kverulantským chováním, sama nepřijde, protože s pacientem není stále. Je proto potřebné, aby zařízení fungovalo jako multidisciplinární tým, kde každý má své kompetence, a kde každý ví, koho v případě potřeby ke konkrétní situaci přizvat. Tento typ spolupráce není jednoduchý, zvláště jedná-li se o velká nemocniční zařízení, která zaměstnávají stovky vzájemně se neznajících zaměstnanců.

4.2.2 Doporučení pro poradenského terapeuta¹¹⁶

Tato doporučení, které formuloval TIMULÁK a která vycházejí z myšlenek ROGERSE, jsou jednou z cest, které mají být nápomocny k tomu, aby se terapeutický vztah stal léčivým vztahem sám o sobě.

a) Terapeutova opravdovost

Rogers doporučuje terapeutovi sledovat i jeho vlastní pocity a prožívání. Měl by být otevřený různým zážitkům, které se v terapii mohou objevit. Měl by si uvědomovat přenosové a protiprenosové reakce. Terapeut by měl být reálnou osobou.

b) Otevřenost vůči klientovu vnitřnímu zážitkovému světu

Oceňovat individualitu klienta, pomoci mu vyjádřit, zpracovat, porozumět, přepracovat a nově uchopit zážitky, těžkosti se kterými klient za terapeutem přijde. Otevřeně ve vztahu

¹¹⁶ TIMULÁK, L. *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru*. Praha: Portál, 2006. s.39-48

pracovat s hranicemi. Otevřenost vůči terapeutovi je u diabetika obzvláště důležitá tím spíše, že je známo, že právě diabetici neradi své těžkosti verbalizují a ani si nechtějí přiznávat.

c) Snaha empatického porozumění klientovi

Empatie terapeuta předpokládá, že terapeut bude citlivě přistupovat k myšlenkám klienta. Empatie pomáhá seberepozumění, pomáhá seberegulovat problematické emoce klienta, umožňuje korektivní emocionální zkušenost.

d) Skutečná snaha být nápomocen

Pomoc klientovi by měl být prvořadý záměr terapeuta. O formách pomoci by měl s klientem hovořit, sdělovat je.

e) Otevřenost změně

S klientem být v takovém vztahu, který počítá s oboustranným obohacováním se.

f) Etická zangažovanost ve vztahu s klientem

Terapeut by se neměl vyhýbat zkoumání etických dilemat v klientově životě. Právě ta mohou mít speciální hodnotu pro duševní zdraví klienta. Tím, že klientovi vyjevím svůj vlastní pohled na etická dilemata, tak ho automaticky neodmítám. Právě otevření a pojmenování etického aspektu nějaké situace nám napomáhá k hlubšímu zkoumání.

g) Reflexe vlastního hodnotového žebříčku a jeho vlivu na průběh terapie

Terapeut by si při své práci měl být vědom svých hodnot, které mají vliv na terapeutický proces. Někteří klienti se pro konkrétního terapeuta rozhodují právě proto, jaké hodnoty vyznává. Terapeut by ale měl mít na paměti, že některý klient jeho hodnoty přebírá. A to je třeba také oslovit, dostat na povrch a osvětlit.

h) Postoj pokory vůči vlastním omezením a vůči pohledu klienta na jejich vzájemnou interakci.

Pokud nastanou v terapeutickém vztahu nějaké problémy, může terapeut zaujmout postoj pokory. Opravdový a kompetentní terapeut si dovede přiznat i své vlastní omyly. Terapeut by si měl uvědomit, že nedokáže být nápomocen každému klientovi. I vlastní terapeutova nedokonalost může mít terapeutické účinky pro klienty – dělat chyby, je přirozené.

i) Snaha o soustředěné reflektování klientových problémů, vztahu ke klientovi a společné terapeutické práce.

Aby terapeut plně pobyl s klientem, aby dostatečně porozuměl jeho situaci, aby se dostal do hloubky, k tomu je potřeba nejen samotná práce ve vztahu, ale i vhodné vedení záznamů ze setkání, využívání nahrávek které by mohly být použity i pro pozdější setkání¹¹⁷.

¹¹⁷ TIMULÁK, L. *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru* Praha: Portál, 2006, s.39-48.

Pokud se nám podaří vybudovat s klientem dobrý vztah, který je založen na spolupráci, kooperaci, vzájemné akceptaci a dodržování společně stanovených pravidel, pak se nemusíme obávat oslovit i ty nejnaternější strachy a úzkosti vedoucí k nepohodě člověka. Můžeme objevovat lásku, tajná přání, můžeme pracovat s přijetím, závislostí, můžeme oslovit také bolest.

4.2.3 Práce s úzkostí, krizí, depresí

Deprese a úzkosti, krize známe všichni. Jsou velice lehce přenosné na druhé osoby a šíří se do okolí. Kazí život, oslabují, berou pevnou půdu pod nohama. U pacientů s diagnózou Diabetes mellitus, jsou přítomny v různých formách takřka vždy. VODÁČKOVÁ chápe krize jako situace, které ohrožují život, jako situace s velkým potenciálem změny, bez kterých by nebylo možné dosáhnout životního posunu, zraní. Krize vedou ke změně regulativních způsobů našeho chování¹¹⁸. Jsou nebezpečím i příležitostmi.

Člověk často předjímá možný nepříznivý vývoj nemoci. Jednou z nejtěživějších skutečností je ztráta životní jistoty, častý pesimistický pohled na svět, odmítání plánování, odmítání budoucnosti, zveličování zdravotních rizik, úzkost a strach z nepříjemných léčebných a diagnostických procedur. V prožívání nemocného i členů rodiny se vyskytuje obava z budoucnosti a to často vede k tomu, že pacienti žijí pouze přítomným okamžikem.

Při práci s depresivními klienty využívám postupů existenciální analýzy. Kořeny deprese leží v poruše základní hodnoty...v prožitku „**je dobře, že jsem**“. BOŽUKOVÁ podotýká: „*Jestliže se člověk nemůže těšit z toho, že je, jestliže je vztah k sobě narušen, nebo jen slabě vytvořen, pak se toto omezení zrcadlí i ve vztahu ke světu*“¹¹⁹. Lidské bytí se odehrává v polaritách napnutých mezi póly být a nebýt, radost a smutek, síla a slabost...Aby člověk uměl tuto polaritu lidské existence unést, uměl s ní žít, potřebuje určitou elasticitu svých tělesných, psychických i duchovních potřeb. U depresivního člověka jako by došlo k narušení této plasticity. Nedaří se mu vykročit do světa. Dialog mezi ním a světem je přerušen. O to tragičtější je, že depresivní člověk vidí barvitý a krásný svět kolem sebe, ví „jak by to mělo být“, ale pro něj je to nedosažitelné, nesnesitelné. Proto se odvrací a více a více se uzavírá.

¹¹⁸ VODÁČKOVÁ, D.aj. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007, s.28-31.

¹¹⁹ BOŽUKOVÁ, J. Je dobře že žiji. *Psychologie Dnes*, prosinec 2003, roč.9, č.12, s.26.

BOŽUKOVÁ dále pokračuje tím, že depresivní pacient má velké potíže s rozhodováním. K terapeutovi přichází s tím, že svému utrpení nerozumí, má problémy ve vztazích, se svými blízkými, provázejí ho pocity viny, selhání. Je přesvědčen, že ničeho není hoden a že jeho hodnota závisí jen na tom, jaký výkon podá. Lásky je hoden jen tehdy, když bude plnit očekávání a požadavky okolí. Protože depresivní pacient jakoby „ochladl“ ve své emocionalitě. Je proto nevyhnutelné, aby terapeut pacientovi poskytl prostor, ve kterém může jen tak být, aniž by byl zatížen plněním nějakého úkolu. V terapii depresivního člověka jsou na místě i dotazy na sebevražedné myšlenky. Pro pacienta tento dotaz bývá zpravidla prvním velkým ulehčením. Počáteční setkání mají za cíl klientovi především ulehčit. Depresivní člověk se neustále přetěžuje, očekává od sebe výkon, musí to zvládnout. V dalších setkáních se pokoušíme zabránit dalšímu vyčerpání klienta, třeba i nabídkou využití pracovní neschopnosti¹²⁰.

Navazujícím krokem terapie je zaměření se na přítomnost. Společně se s klientem díváme na situace, ze kterých by mohl načerpat sílu. Detailně rozebíráme strukturu dne, díváme se na hodnoty, které s využitím co nejmenší síly může ještě uskutečňovat. Hledáme odpovědi, jak si má utvářet den, aby z něho načerpal sílu. Těmito postupy pacient začíná zaujímat k onemocnění postoj.

Vztah navázaný s klientem má být pevný. Je to podmínka k vědomému zacházení s konkrétní situací. Tím, že dáme prostor k procítění úzkosti, k emocionalitě a k prožitku těla, vytváříme u pacienta podmínky k procítění sebe a svého bytí. Tím se člověk přibližuje k tomu, co je, co ho ohrožuje a nalézá sílu v sobě a možná řešení. Vztah terapeut/ klient by měl ukázat klientovi cestu jak žít sám se sebou, s druhými.

MLČÁK připomíná, že ve vztahu pacienta a terapeuta se mohou uplatňovat dva základní modely:¹²¹

Paternalistický model – terapeut zaujímá direktivní roli. Onemocnění je bráno jako biologický fenomén.

Partnerský model – zakládá se na osobním vztahu. Terapeut a pacient vytváří pracovní společenství, založené na dohodě a vzájemné aktivní spolupráci.

¹²⁰ BOŽUKOVÁ, J. Je dobře, že žiji. *Psychologie Dnes*, prosinec 2003, roč.9, č 12, s.26-28.

¹²¹ MLČÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Universitas Ostravensis, 2007, s.55-56.

VYMĚTAL (2003) srovnal tyto dva modely. Srovnání je provedeno v tabulce, jak ji upravil MLČÁK¹²².

Partnerský model	Paternalistický model
Nondirektivita Terapeut méně mluví a méně se prosazuje, vede s pacientem dialog, pacient je aktivní, terapeut jej spíše doprovází.	Direktivita Terapeut více mluví, projevuje se autoritativně, vede s pacientem spíše monolog, je v roli experta.
Emoční blízkost Terapeut projevuje osobní zájem, pacienta nehodnotí, projevuje zájem.	Emoční distance Terapeut je vnitřně neangažován, udržuje si od pacienta odstup a pacienta hodnotí.
Empatie Terapeut se do nemocného vcit'uje, pozorně a aktivně naslouchá.	Chladná racionalita Terapeut se nezajímá o prožívání a vnitřní svět pacienta a drží se objektivitu.
Autenticita terapeuta Terapeut je v projevu sám sebou a je transparentní. Říká, co si myslí a nestylizuje se do žádné role.	Role terapeuta Terapeut vystupuje neosobně a stylizuje se do autoritativní pozice a tradiční role.
Informační bohatost Terapeut průběžně a srozumitelně informuje pacienta a přizpůsobuje mu svůj odborný jazyk.	Informační střídmost Terapeut s pacientem mluví málo, používá odborný jazyk a nerespektuje komunikační možnosti pacienta.

Pomoc nebo ulehčení často u klienta vyvolává závislost. Ta může být nejen na lécích, ale i na blízkých, na lidech pohybujících se v okruhu jeho nemoci.

4.2.3 Práce se závislostí na druhém

Cest ke zkvalitnění života je mnoho, ale pohled diabetika a nepříjemné zkušenosti s nemocí, výkyvy v tělesném i psychickém prožívání vedou často k pesimismu a snížené sebedůvěře. Člověk je ve svém svobodném rozhodování ovlivněn řadou omezení, která mu

¹²² MLČÁK, Z. Tamtéž.

jeho nemoc přináší. Tato omezení u některých pacientů mohou vést až k závislosti. Mním tím závislost v nejširším smyslu: závislost na partnerovi, blízké osobě, ošetřujícím lékaři, zdravotnicích, známých, ale i na alkoholu, lécích. Tak jako chceme sdílet s druhými radost, chceme s nimi sdílet i dny nepohody, nemoci. Pacient, se chce o svoji bolest s někým podělit a někdy si nepřipouští, že podvědomě chce část nemoci předat, odložit. Nevidí smysl ve své nemoci. KŘIVOHLAVÝ cituje Längleho, který se zabývá otázkou smysluplného jednání lidí v jednotlivých životních situacích. Ten zdůrazňoval, „...že otázka smyslu je centrální pro lidský život“¹²³. Paradoxně až plné přijetí nedobrovolného údělu totiž rozšiřuje prostor vnitřní svobody člověka. Cílem je, aby v situacích, ve kterých člověk „člověčí“, se necítil jako všestranně závislé dítě, ale jako „spolupracující expert“ na svůj život. Je dobré, když si pacient zvnitřní pocit vlastní kompetence, když pozná, že největší překážky nám neklade okolí, ale klademe si je my sami. JIRKOVSKÁ pacientovi doporučuje, že by se neměl nechat vmanipulovat do nejrůznějších hazardních akcí, utajování informací o své nemoci, neochotě v dodržování dietních a režimových opatření. Nazývá to projevy neúcty k sobě a ke svým neopomenutelným potřebám, které nepříznivě ovlivní rovinu psychickou, zdravotní i sociální¹²⁴. Za klíčové se při spolupráci s pacientem považuje jeho porozumění situaci. HOGENOVÁ k rozumění sděluje: „Každé roz-umění je rozvrhem (Ent-wurf). Každé rozvržení vyvolává představu rozprostraněnosti a vzházení ukazováním na nějakém pozadí. Vědění je pouhé konstatování bez pozadí.“ Poznání musí být „kata fysin“, dle přirozenosti věci, nikoli dle vůle poznávajícího¹²⁵.

Rozhovor je velmi vhodný terapeutický prostředek. HOGENOVÁ upozorňuje na to, že: „Mluvení je děním smyslu“¹²⁶. V rozhovoru pacient nalézá odpověď na zcela nový stav. Stav člověka, pacienta. Nová situace, nalézání vhodných řešení je odpověď člověka na výzvu života. Při nalézání nových řešení, možností bytí v životě se již člověk tolik neuzavírá, nedává do pohybu tolik obranných mechanismů. Již není tolik narušen dialog já – svět, není tolik ohrožena jeho existence.

Využití techniky „Brána smrti“, kterou používá existenciální analýza a ve které se postupně prolínají tři kroky: konfrontace se strachem, brána smrti a hledání opory, dává kompetence klientovi k převzetí zodpovědnosti za vlastní život. Využívá se především při

¹²³ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada, 2006, s.116 - 117.

¹²⁴ JIRKOVSKÁ, A. *Jak si léčit diabetes*. Praha: 2002, s.58.

¹²⁵ HOGENOVÁ, A. www.vhled.cz/Casopis, 2007, s.9.

¹²⁶ HOGENOVÁ, A. Tamtéž, s.9.

práci se strachem klienta. Vede ho k tomu, aby se uměl podívat na situaci, které se nejvíce bojí, aby ji uměl pojmenovat, sdílet. Člověk poznává a hledá „dno“, kam až může padnout.

Nalézá v sobě sílu k tomu, aby poznal, že:

- 1) strach se stává přiměřeným, reálným
- 2) posiluje se jeho důvěra, schopnost unést životní riziko
- 3) cestou ke strachu se dostává k tomu co je
- 4) přijímá to, co život přináší – hranice bytí, nejistotu života, své hranice

Pokud se mu to podaří, nalézá pevnost vlastní půdy pod nohama, oporu i v tom nejhorším. Tím se mění i klientova potřeba závislosti na okolí. Mění se jeho strach. Postupně se mu rozevívá horizont světa a tím se vytrácejí pocity úzkosti a viny. Rozvrhuje si svoji vlastní existenci, stává se svobodným.

„BRÁNA SMRTI“ - kroky v práci se strachem:



půda propasti = konec děsu

4 SOCIÁLNÍ PRACOVNICE JAKO MOST V KOMUNIKACI

Definicí komunikace je v současné době mnoho. Postupů a strukturovaných návodů najdeme v učebnicích, brožurách, příručkách i seminářích také celou řadu. Komunikace měla původně význam mnohotvárnější. Tradiční definice, že jde o proudění informací z jednoho bodu (ze zdroje) k druhému bodu (k příjemci) jako „přenos nebo vytváření znalostí“¹²⁷ již u mnohých neobstojí. „Nelze nekomunikovat“ nás učili na počátku studia. V karteziánském pojetí komunikace neslyšíme nic o tom, že „tázání je zbožnost myšlení, že *tázání* nemá margo (hranice), nemůžeme je tedy ukázat jako předmět, nezaslechneme v něm, že komunikací člověk pečuje o duši, o polis o kosmos...“. Komunikace se stala descartesovsky měřitelnou.

5.1 Způsoby komunikace

Communicatio původně znamenalo „vespolné účastnění“ a **communicare** činit něco společným, společně něco sdílet. HAUSENBLAS definoval komunikaci jako vzájemný kontakt lidí, kteří se vzájemnými kontakty podílejí na nějaké činnosti¹²⁸. Komunikace je sdílení, emoční nasazení, zaujetí, touha (z řeč.orexis). HOGENOVÁ zdůrazňuje, že je to významné spojování člověka a člověka „...*ve světě prostřednictvím spáry času, ale tato spára není tokem času, ale je přítomněním, je tím, co jest proti čekání*“¹²⁹. Není to slepé přijímání názorů druhých, ale spoluúčast na vytváření něčeho nového. Je to vytváření vztahu. Je to vnášení světla, je to rozjasňování skrytého. Všechny věci kolem nás jsou zahlédnutelné ve světle. „Nelze nekomunikovat,“ nás učili již na počátku studia, jak jsem zmínila výše. Pokud bereme člověka jako bytost, která tělesní v pohybových figurách, jež jsou propojeností našeho myšlení, vůle, motoriky, je složité pochopit karteziánské dělení na verbální a neverbální komunikaci. Komunikace by se dala přirovnat k modelování, tvoření, malování. Lidský život je pohyb. Pohyb v čase. Čas hraje nejdůležitější roli. I komunikace je pohyb. A jako pohyb někdy přizpůsobujeme situaci, tak i komunikace s určitými typy klientů má své „pomůcky“ sloužící porozumění jeden druhému.

¹²⁷ VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005, s.25.

¹²⁸ VYBÍRAL, Z. Tamtéž.

¹²⁹ HOGENOVÁ, A. *K usebírání*. <http://sweb.cz/sffp/archiv/hogenova.4.htm>.

Komunikací se sebou samým můžeme pomoci klientovi osvětlit jeho skryté zákoutí duše. Neslibujeme, že vnášení světla do temných míst bude příjemné, rychlé, jednoduché. Sdílení sebou přináší i úzkost, strach z neznámého, otřesení jistot. Témata úzkosti patří mezi základní témata existence, ve které jde o hledání prostoru, podržení a ochrany pro vlastní „moci být“. Výkon a vůle stejně jako dokonalost se stala cílem života. Vůle je síla, která se ukazuje pouze v účincích. Výkon se stává předmětem zbožňování. Proto tolik ne-mocných lidí. Proto tolik nemocí. Péče o duši není působení správnou metodou. Péčí o duši je umožnění pocitu, že jsem tělem – ne, že mám tělo. Duše je dána prostřednictvím rozhovoru, otevřením se vnějším podnětům. Tím, že pečuji o tělo, pečuji o duši.

Pokud jsem tuto část mé práce nazvala „Sociální pracovnice jako most v komunikaci“, chtěla jsem tím nabídnout svůj pohled na budování vztahu. Budování vztahu k druhým, s druhým. Chtěla jsem poukázat na budování vztahu se sebou prostřednictvím druhého. BAUMAN o člověku říká, že by neměl být pouhým „sběračem požitků“, bytím-pro-jiné toužit pouze po zisku, být tím, který má předem daný smysl, být kontejnerem potenciálních požitků a druhého brát pouze jako dodavatele ne příjemce¹³⁰. Mnoho lidí navštěvujících moji poradnu umí dle svých slov dobře komunikovat s ostatními. Ve své logoporadenské práci využívám metody existenciální analýzy, které se opírají o osobu.

1) Paradoxní intence – využívající humor, schopnost smát se sám sobě, situaci, strachu. Nelze ale uplatňovat u všech.

2) Dereflexe – odpoutává od sebezpozorování, od symptomů. Využívá schopnosti zaměřit se na smysluplné, na něco jiného než jsem jen já. Zabývá se tím, co má přijít jako samo o sobě, jako důsledek.

3) Osobní hledání pozice – vede člověka, osobu k pohledu na to, co mu ještě v situaci zbývá a k tomu svému zaujímat postoj.

Most spojuje. Stejně tak i sociální pracovnice v kontaktu s klientem je významná v tom, že může napomoci ve spojování klienta se sebou samým, s rodinou, personálem, širším sociálním okolím. Pak nastupuje radost, ale i ta může dát životu smysl jen tehdy, jestliže má sama smysl. Již SCHELER ukázal, že radost je intencionální cit – v protikladu k pouhé slasti, kterou počítá k neintencionálním citům, k citovým stavům¹³¹. Lidé spolupracující se zdravotně znevýhodněnými by se na způsob komunikace měli zaměřit.

¹³⁰ BAUMAN, Z. *Úvahy o postmoderní době*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, s.90 - 92.

¹³¹ FRANKL, V.,E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 2006, s.54.

5.2 Komunikace se zdravotně znevýhodněnými

Při komunikaci se zdravotně znevýhodněnými se ať vědomě, či nevědomě dopouštíme řady omylů. Nevhodná formulace může způsobit velkou ránu a narušit, nebo ohrozit pacientův obraz o sobě. Nemocný člověk v sobě prožívá úzkost. Existenciálně-analyticky je úzkost vyrovnání se s otázkou „Mohu být?“. Aby klient nežil v úzkosti, potřebuje cítit pevnou půdu pod nohama. Potřebuje nalézt půdu svého života. Potřebuje zažít, že má prostor, podporu, podržení, že je v bezpečí, že je přijat. Potřebuje zažít, že jeho jinakost je brána jako hodnota, že je hodný zájmu. Klient v nemoci zakouší, že tím nejdůležitějším prostorem, je jeho tělo. Toto je nositelem jeho života, stále mu zůstává a je prostředkem i výrazem jeho samého. Skrze tělo cítí, že je. Klient se pokouší vyladovat se na své vlastní tělo, na sebe. K tomu potřebuje mít dobré podmínky. Tyto podmínky můžeme spolu s klientem ověřovat, hledat, vytvářet a chránit.

19.května 2006 *Národní rada zdravotně postižených ČR* uskutečnila první krok k realizaci projektu „*Šestkrát DESATERO komunikace zdravotnických pracovníků s pacienty se zdravotním postižením.*“ Zdravotně znevýhodnění konkrétně na své nemoci vytyčují deset bodů ke zlepšení komunikace s nimi. Nalezneme zde „Desatero komunikace se sluchovým postižením“, ...zrakovým, ...při doprovodu pacientů se zrakovým postižením,...s pacienty s pohybovým postižením, ...se seniory, ...s pacienty se syndromem demence¹³². Dobrá komunikace otevírá vztahy, rozjasňuje situaci, staví mosty. Diabetici zde nejsou zahrnuti, asi proto, že jejich postižení není běžně rozpoznatelné.

5.3 Komunikace sociální pracovnice s lékařem

Triáda pacient (a jeho rodina), sociální pracovnice, lékař tvoří důležité spojení pro řešení nepříznivé situace pacienta. Je vhodné, když pracovní tým zná navzájem své kompetence, omezení, i hranice, za které již z profesní etiky nejsou ochotni jít. Roztříštěnost jednotlivých požadavků pacienta na více zaměstnanců se tak setká ve společném cíli a to vede k rychlejšímu a kvalitnějšímu řešení zdravotní, sociální i rodinné situace. Vzájemná informovanost a poskytování zpětných vazeb z oblasti sociální, zdravotní i rodinné, pomáhá

¹³² Desatero komunikace s osobami zdravotně postiženými. <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/desatera-nrzp>.

zkvalitnit život klienta pobývajícího v nemocničním zařízení. Komunikace mezi pacientem, lékařem a psychosociálním pracovníkem je zaznamenána v lékařské zprávě a kompetentním osobám je vždy k nahlédnutí. Výhodou je také vzdělání sociálních pracovníků v oboru „Zdraví a nemoc“. Klientovi tak sociální pracovníce ve své poradně může pomoci objasnit některá komplikovaná slova, která si pacient z lékařské zprávy sice přečte, v podstatě jim nerozumí a které mohou být zdrojem častých neopodstatněných obav. Při vzájemném sdílení je nezbytné zachování všech etických, právních zásad a je třeba ctít a respektovat přání klienta, člověka. Po čase pro ně není ani problém na odborné úrovni komunikovat i se zdravotními sestrami.

5.4 Komunikace sociální pracovníce se zdravotními sestrami

Zdravotní sestra, zdravotní bratr, jsou nezbytné osoby, které jsou v kontaktu se sociální pracovníci. Jak upozorňuje TRACHTOVÁ, je charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Sestry by se měly zabývat člověkem jako celkem, jako bio-psycho-sociální bytostí¹³³. Pacient často z obavy aby neobtěžoval, nebo ze studu si o poskytnutí informací neřekne. Zdravotní sestry jsou s pacienty 24 hodin denně a tedy i v noci, kdy na pacienta doléhá ticho, samota, pobyt mimo domov. Sestry bývají oporou ve chvílích smutku, pláče, jsou s pacientem ve chvíli bolesti a drží ho za ruku, i když umírá a nikdo z blízkých u něj není. Výhodou některých zdravotnických zařízení je, když v sociální péči o klienta je možné využití služeb „Zdravotně-sociální poradny“ a „Psycho-sociální poradny“. Psychosociální poradce je absolventem psychoterapeutického výcviku a je tak kompetentní řešit i situace související s traumatem, krizové situace, umí poskytnout krizovou intervenci. Při dlouhodobém pobytu pacienta v nemocnici, může být také tím, kdo pacientovi bude nápomocen s vyrovnáváním se s ne-mocí a jejími následky. Každá pracovníce má své stanovené kompetence a může svým osobitým přístupem přispět ke klientově radosti ze života a být tak mostem i při komunikaci s rodinou.

5.5 Komunikace sociální pracovníce s rodinou

V komunikaci s rodinou, poskytuje informace z oblastí mimořádných sociálních výhod pro pacienta i rodinné příslušníky. Pomocí internetu, brožur, spolupráci s jinými

¹³³ TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelské procesy*. Brno: NCO NZO, 2006, s.9.

zařízeními se hledají cesty ke zkvalitnění života celé rodiny. Kromě toho, také pracuje s psychickými a duševními projevy blízkých, které jsou součástí nemoci, nebo pobytu v nemocničním zařízení. Rodinu seznamujeme s nepříjemnými reakcemi, které mohou být s nemocí spojeny a které se u jejich blízkých mohou objevit. Tyto projevy někdy mohou zkomplikovat vzájemné vztahy s rodinou i blízkými.

Sociální vztahy jsou velmi důležité. Vztahy s rodinou můžeme považovat za lék. Je vždy vykonáno půl práce, pokud je rodina součástí procesu péče o pacienta. Je dobře, když má zájem o ne-moc svého člena rodiny, když se mu pokouší vytvořit podmínky pro zvládnání věcí, které dříve dělal automaticky. KRATOCHVÍL připisuje důležitost sdělování a rozdílu v tom, co člověk sděluje a co chce opravdu sdělit. Je proto žádoucí komunikovat o tom, jak klient i jeho rodina našemu sdělení rozumí¹³⁴. Je dobré, když se komunikací se sociální pracovníci, lékařem, rehabilitačním pracovníkem, OÚ, léčebnami, upřesňují klientovy potřeby. KRATOCHVÍL upozorňuje na potřeby, motivaci, problémy, na podporu silných stránek rodiny. Ve spolupráci s partnery je třeba, aby byla zachována neutralita¹³⁵. Při spolupráci s rodinou se mnohdy nastíní i možnost spolupráce s dobrovolníky.

5.6 Komunikace sociálního pracovníka s dobrovolníky

„Přirozenost žádá, aby člověk pomáhal člověku, ať je to kdokoliv, jen právě proto, že je to člověk.“ Cicero

Dobrovolník je člověk, který bez nároku na odměnu věnuje svůj čas, um a energii ve prospěch jiných lidí. Dobrovolnické organizace a občanská sdružení působí na celém světě. Působí ve školství, domovech pro seniory, zařízeních pro handicapované lidi, v misiích, nepostradatelní jsou v nemocnicích. Pro pacienty, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko představují kontakt s venkovním světem a svými osobitými nápady dobrovolníci přispívají k rozveselení mnohdy jednotvárného života v prostorách nemocnice.

Dobrovolnická práce s klienty staví na třech hlavních pilířích:

- a) orientace na to co je zdravé,
- b) orientace na přítomný okamžik,

¹³⁴ KRATOCHVÍL, S. *Manželská terapie*. Praha: Portál, 2000, s.55-56.

¹³⁵ KRATOCHVÍL, S. *Tamtéž*, s.184.

c) orientace na průběh činnosti, ne na výsledek¹³⁶.

V nemocnicích nemá jejich činnost suplovat práci zdravotního personálu, lékařů, sester, terapeutů, ale tvoří zde vlastní živý organismus, který ve spolupráci se zaměstnanci nemocnice, koordinátorkou pro dobrovolnickou práci přispívají ke zkvalitnění běžného denního života pacientů. Podílí se na zlepšování psychosociálních podmínek pacientů a aktivně dle požadavků a přání s pacienty tráví dobu hospitalizace.

Bezpečí klientů je ošetřeno zákonem č.198/2002 Sb.o dobrovolnické službě, vstupním školením dobrovolníků, které poskytuje vysílací organizace, pojištěním zodpovědnosti za škodu na zdraví a majetku a pravidelnými supervizemi. Dobrovolníci jsou interně proškoleni i organizací, ve které svoje dobrovolnické aktivity poskytují. Výsledky se zpracovávají a společně vyhodnocují na pravidelných setkáních.

5.7 Komunikace sociální pracovníce s úřady

Jednání s institucemi a úřady, zdravotními pojišťovnami, OÚ, celami předběžného zadržení, věznicemi, pohřebními ústavy... představuje pro poradce v sociální oblasti jednu ze stěžejních pracovních náplní. KREBS podotýká: „*Sociální politika je politikou, která se primárně orientuje k člověku, k rozvoji a kultivaci jeho životních podmínek, dispozic, k rozvoji jeho osobnosti a kvality života*“¹³⁷.

Klienti se na zdravotě-sociální a psychosociální poradny v nemocnici obracejí s problémy chudoby, obavami ze sociálního vyloučení, s dotazy důchodového zabezpečení, vyžadují informace o důchodovém pojištění, nemocenském pojištění, státní sociální podpoře, sociální pomoci, zdravotní politiky, rodinné politiky, bytové politiky, vzdělávací politiky. Pracovnice poskytují informace objasňující stupně jejich postižení, informují je o mimořádných výhodách, pomůckách. Ke své práci využívají poznatků „Občanského zákoníku – ÚZ č.569, Sociálního zabezpečení – ÚZ č.617, čtvrtletníků Sociální práce.

¹³⁶Lékořice. Leták dobrovolnického centra. FTN Praha, 2007.

¹³⁷ KREBS, V. aj. *Sociální politika*. Praha: ASPI, 2007, s.17.

5 EXISTENCIÁLNÍ ANALÝZA A LOGOTERAPIE JAKO JEDNA Z NABÍDEK PORADENSKÉ POMOCI

Zakladatel existenciální analýzy a logoterapie Viktor E. FRANKL (1905-1997) poprvé pojmu *logoterapie* použil v roce 1926 pro svoji „třetí vídeňskou školu psychoterapie“. Psychoterapii obohatil o směr, který se pohybuje mimo oidipovský komplex a mimo pocit méněcennosti¹³⁸.

Logos z řečtiny (řeč, slovo, smysl...), **therapeu** (doprovázet, ošetřovat, sloužit) – léčení smyslu, léčení smyslem. Vůdčím motivem logoterapie byla Nietzscheho věta „*Kdo má k životu proč, unese téměř každé jak.*“. Frankl pojímal svoji logoterapii jako psychoterapeutickou metodu zacílenou na tematiku smyslu. Vnesl do ní dimenzi existenciálního naplnění a otázku vyrovnání se se smyslem bytí. ARENDTOVÁ k tomu dodává, že v době, kdy Frankl tvořil základy svého učení, byly pojmy jako osoba, svědomí, schopnost fenomenologického pohledu, naléhání a úkol přítomné chvíle doménou spíše teologie a filosofie. Frankl vycházel a postupně rozpracoval teze mnohých filosofů. Zdrojem mu byly práce Maxe Schelera, S. Kierkegaarda, G.W.F. Hegera, E. Husserla, M. Heideggera, tzn. většinou představitelů existenciální filosofie a fenomenologie¹³⁹. Logoterapie je pojímána jako psychologické poradenství orientované na smysl života. Je určena lidem, kteří nejsou, nebo již nejsou vážně duševně nemocní a nacházejí se ve stavu existenciální nouze, tzn. trpí ztrátou smyslu, orientace ve svém životě (tato ztráta smyslu, orientace je často patrná v nemocnicích). Cílem je *říci svému životu ANO*.

Poprvé FRANKL užil pojem *existenciální analýza*, jako alternativní označení logoterapie v roce 1933¹⁴⁰. Chápal ji jako antropologii a teorii o možnostech a podmínkách plné existence. „*To, čím chtěla být psychoterapie, zvláště psychoanalýza, bylo: světská zpověď; to, čím chce být logoterapie, zvláště existenciální analýza, je: lékařská péče o duši*“¹⁴¹.

¹³⁸ FRANKL, V., E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 2005, s.22.

¹³⁹ ARENDTOVÁ, H. Filosofické kontexty logoterapie a existenciální analýzy. *Dialogos.*, duben 2005, č.2, s.20.

¹⁴⁰ FRANKL, V.E. *Co v mých knihách není*. Brno: Cesta, 1997., s.40-50.

¹⁴¹ FRANKL, V.E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 2005. s.36

Existence: bytí v životě, vycházím, jdu do světa (z lat.existo: vyjít, vystoupit, jevit se, ukázat, stát se vzniknout)

Analýza: z řeckého analyen (rozpárat, vypárat, rozpustit)¹⁴².

6.1 Různá pojetí existenciální analýzy

Existenciální analýza - jak ji pojímá Frankův žák Alfred LÄNGLE (nar.1956) představuje samostatný psychotherapeutický směr – *fenomenologicko osobní psychoterapii* s cílem pomoci člověku k volnému a svobodnému prožívání a autentickému zaujímání postojů, k zodpovědnému zacházení se sebou a světem. Cílem je přivést člověka k tomu, aby byl schopen žít s vnitřním souhlasem ke svému bytí a konání. *“Život nechává na nás, jaký postoj vůči němu zaujmeme“*¹⁴³. V terapii vedeme klienta k tomu, aby žil na motivačním poli „chci“ a ne „musím“. Ve vnitřním souhlasu jsou pak zakomponované vnitřní hodnoty člověka, které dle důležitosti pro něj mají hodnotu zážitkových, postojových a tvůrčích. Hodnota přináší do života emocionalitu, pohyb, chce zaujetí postoje. Život chce dialog. LÄNGLE klade při terapii důraz na zohlednění subjektivního prožívání klienta, na rozhovor, prožívání, na klientovo porozumění situaci¹⁴⁴. KRAUSOVÁ ve svém příspěvku na Logodnech sděluje to, že člověk je tělesný, duševní a duchovní zároveň. Jednota člověka vzniká propojením těchto dimenzí s vlastní dynamikou, které se projevují v podobě motivačních sil. Jako tělesné bytosti jde člověku především o uchování zdraví svého těla. Jako duševní bytosti mu pak jde o uplatnění jeho vitálních sil a pohodu, jde mu o příjemné pocity, odstranění napětí, frustrace. Jako duchovní bytosti, tedy vnitřní osobě, mu jde o smysl, svobodu, hodnoty¹⁴⁵.

Somatická dimenze – ukazuje na člověka jako na bytost tělesnou, které jde o zachování života. Na této rovině člověk prožívá sílu, vitalitu, zdraví, ale i nemoc, nemoc (proč dvakrát?). Pokud člověku jde o přežití na této somatické rovině, pak se vztahuje ke světu prostřednictvím svých potřeb. Zajišťuje nezbytné podmínky pro přežití.

Psychická dimenze – přes emoce rozpoznává, prostřednictvím čeho se ve světě člověk cítí příjemně. Rozpozná i co způsobuje prožitek napětí, nechuti, odporu. Podle Längleho je

¹⁴² Wikipedia, <http://cs.wikipedia.org/wiki/Existence>, <http://cs.wikipedia.org/wiki/Anal%C3%BDza>

¹⁴³ LÄNGLE, A. *Smysluplně žít*. Brno: Cesta, 2002, s.15.

¹⁴⁴ KRAUSOVÁ, D. Možnosti a meze existenciálně-analytické psychoterapie u těžké poruchy afektivity. *Dialogos*, prosinec 2006, č.4, s.11.

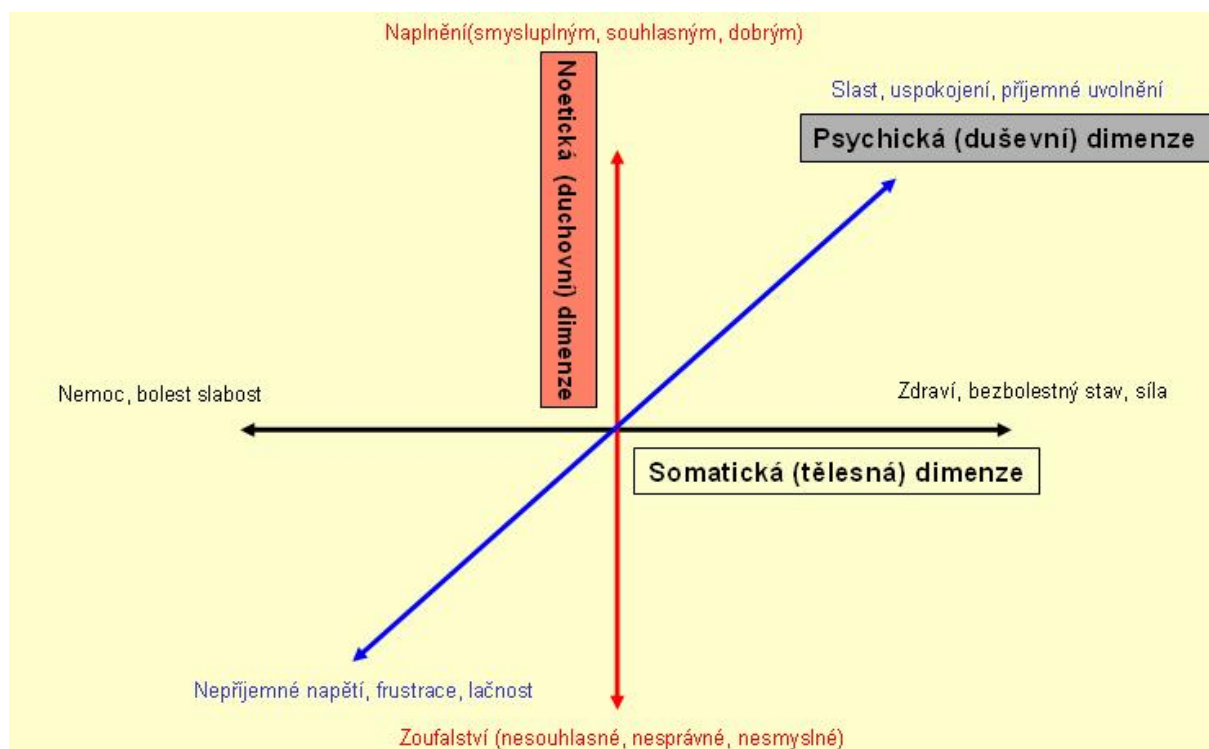
¹⁴⁵ KRAUSOVÁ, D. Možnosti a meze EA. *Dialogos*, duben 2005, č.2, s.13.

psychická dimenze silou směřující a vztahující se k podmínkám vně člověka, ale také silou směřující k vnitřnímu naladění.

Noetická dimenze – dává člověku svobodu, možnost zaujetí postoje. Podle Frankla je to „dimenze specificky lidská“. Tato dimenze dává touhu člověku žít smysluplně a dobře. Pokud je tato touha realizovaná, žije svůj život jako naplněný. Díky noetické dimenzi si člověk může vytvořit odstup sám vůči sobě /„sebeodstup“/, a to mu umožňuje vystupovat a jednat sám vůči sobě.

Somatické a psychické rovině jde především o odstranění nepříjemného, napětí, bolesti a zajištění co nejpříjemnějšího života. Dimenzi noetické jde o to, žít smysluplně a dobře.

Klientova spiritualita a psychoterapie ¹⁴⁶



Z hlediska existenciální analýzy je člověk z podstaty svého bytí v neustálém dialogu se světem. LENGLE připomíná: „Člověk ale není tím, kdo se má života tázat, co smysluplného mu život přinese a jaký smysl má tato situace. Je to život sám, který člověku

¹⁴⁶ BOŽUJKOVÁ, J. Nákres výcvik v EA a LT – osobní poznámka.

klade otázky...“¹⁴⁷. Člověk je tak v neustálém dialogu se světem. Kolem něho vznikají situace, které se mění v podmínky, které jej oslovují a člověk na ně odpovídá. LÄNGLE dodává, že pokud má dojít k existenciálnímu naplnění, je nezbytné, aby člověk viděl nejen situace, ze kterých může svobodně volit, své vnitřní možnosti a důvody, ale potřebuje zde vůbec být, prožívat sám sebe jako hodnotu a prožívat i hodnoty kolem sebe¹⁴⁸.

Aby se terapeutický proces mohl rozvinout je třeba aby terapeut uplatnil **fenomenologický postoj**:

BOŽUKOVÁ vyzdvihuje, že nejdůležitější krok na cestě s klientem je navázání vztahu, klidné a jasné vystupování, které přináší úlevu objasnění toho, co se stalo. Fenomenologický postoj otevřenosti ke klientovi od terapeuta vyžaduje vědomé odsunutí „uzávorkování“ toho, co již terapeut o klientovi ví, snaží se uchopit podstatu. To, co je nezaměnitelné. K tomu je od terapeuta třeba:¹⁴⁹

1. **Ohraničenost výpovědi** (Terapeut mluví o tom, co se mu ukáže. NE: “Ty jsi...ALE: Já tě vnímám...“)
2. **Terapeut musí mít odvahu ke své subjektivitě** (terapeutův prožitek vypovídá o klientově světě)
3. **Sebereflexe, uzávorkování** (sebezkušenost, supervize, schopnost sebedistance)

6.2 Přitakání

Při dialogu s klientem se díváme, v jaké míře se klient vypořádává s důležitými duchovními obsahy jednotlivých existenciálních rovin motivace, které mají povahu potřeby. Na situace se díváme prostřednictvím teorii čtyř základních osobních motivací. K jednotlivým se klient pokouší nalézt odpověď 4 „ANO“¹⁵⁰.

6.2.1 Ano ke světu

První existenciálně - osobní rovina : je rovina ontologická (MOCI BÝT – chci zde být)

¹⁴⁷ LÄNGLE, A. *Smysluplně žít*. Brno: Cesta, 2002, s.51.

¹⁴⁸ LÄNGLE, A. Tamtéž, s.12.

¹⁴⁹ BOŽUKOVÁ, J. *Výcvik v EA a LT – osobní zápis*.

¹⁵⁰ VONDROVÁ, M. *Základy logoterapie a existenciální analýzy. Ročenka Slea*. Praha: Slea, 2005, s.41 - 44.

Pojí se s daností bytí ve světě. Díváme se, kolik máme prostoru pro život. Je tu pro mne dost bezpečí, místa, je tento prostor respektován? Mohu zde vůbec být? – ve světě do kterého jsem se narodil a který je mi předem dán. Člověk potřebuje **důvěru**, **podržení**. Přijetím podmínek tohoto světa získá člověk základ pro své bytí – jistotu že zde může být. Tento základ dává základ pro odvahu, důvěru, naději.

Když tento základ není, člověk v tomto světě pocítuje neklid, nejistotu, úzkosti strach, ohrožení.

6.2.2 Ano k životu

Druhá rovina: je rovina anxiologická (CHTÍT BÝT – chci zde být rád)

Tato rovina se zabývá tím, jak se člověk může přiklonit ke svému bytí-zde. Jak toto bytí-zde může prožívat jako hodnotu. Pouhé bytí oživuje a přináší emocionální kvalitu. Ptáme se, zda prožíváme svůj život jako hodnotu a zda jsou v mém životě hodnoty přítomny. Je to prožitek, který vyvstává z mých prožitků **blízkosti**, prožitků a zkušeností se světem a sílí v pocit: „Je dobře, že jsem, že zde žiji. Mohu zažít blízkost vůči sobě, světu?“

Odklonění se od života vede k prožitku utrpení, tíhy, zátěže, sklíčenosti, nedostatku energie, deprese.

6.2.3 Ano k sobě

Třetí osobně existenciální rovina - je rovina etická (SMĚT BÝT takovým – chci zde být takový, jaký jsem)

Ptáme se, nakolik si jsem vědom sám sebe, své jedinečnosti, vlastní hodnoty, své osoby. Tato rovina ukazuje, nakolik člověk umí nést a snést svoji jedinečnou identitu, nezaměnitelnost, nakolik se umí vymezit prostřednictvím **hranic** sebeohraňčením. Nakolik si sám sebe umí vážit, je si **hodnotou**. Žije svoji autenticitu. Nakolik si jako hodnotu umí vážit druhého, nakolik mu umí říci „ano“. FRANKL vyzdvihuje: „*Milovat někoho znamená oslovovat ho Ty!...tedy nejenom ho pochopit i s jeho hodnotami, v jeho jedinečnosti a osobitosti, ale také jeho hodnoty přijmout*“¹⁵¹. Pokud si člověk není hodnotou, neváží si sám sebe, do života je vnesena samota, stud, egoismus, hysterie, narcismus, závislost, zahanbení.

¹⁵¹ FRANKL, V., E. *Psychoterapie pro laiky*. Brno: Cesta, 1998, s.75.

6.2.4 Chtít smysl

Osobně – existenciální rovina

(CHTÍT SMYSL - chci zde žít smysluplně)

Tato rovina se již neváže pouze na osobu, ale směřuje ven, k situacím ve světě. Vztahuje se k požadavkům situace, k smyslu, který subjektivní bytí přesahuje a znepokojuje jej jako výzva „chtít smysl“. LÄNGLE vyzdvihuje: „*Když zde mohu být, žiji rád, smím být takový jaký jsem, k čemu je mi to vlastně dobré? O co mi v životě jde?*“¹⁵² Poslední čtvrtá rovina motivace dává životu směr, touhu po naplnění, radosti, smyslu. Existenciální smysl lze definovat jako nejhodnotnější možnost dané situace. Žít smysluplně znamená dělat to, co je vnímáno a rozpoznáno jako hodnotné. Smysl bývá vycítěn spíše intuitivně a může ho nalézt každý člověk.

V prvních třech krocích se s klientem pohybujeme v oblasti existenciální analýzy. V odpovědích na první tři základní osobní motivace se pokoušíme nalézt a odstranit bloky, které mu brání v autentickém zaujímání postoje v dialogu se životem, světem. Po nalezení existenciálního smyslu, lze v životě nalézt i **ontologický smysl**.

Ontologický smysl je smysl, který má význam sám o sobě. Vzniká ze vztahu situace a absolutna, je objektivní, transcendentní a absolutní. Je to něco, co přichází z venku, dotkne se nás, zarezonuje, inspiruje. Člověk ho je schopen žít jen tehdy, pokud je v dialogickém vztahu se světem. Ontologický smysl můžeme naplňovat tehdy, pokud se mu můžeme otevřít, nemusíme se chránit - „pustíme ho do života“. Tehdy pak s klientem můžeme osvětlovat i jeho svědomí. FRANKL říká: „...*k objasnění lidské svobody stačí existencialista – k objasnění lidské zodpovědnosti se však musíme opřít o transcendentalitu lidského svědomí*“¹⁵³. Svědomí dle existenciální analýzy je orgán v nás, který pomáhá rozlišovat dobro a zlo od racionalizací a úvah. Nalézání smyslu vyžaduje odložení svých vlastních přání a myšlenky a na místo toho se sjednotit se situací. Existenciální smysl je život v otevřenosti světu, namísto prosazování sebe sama.

¹⁵² LÄNGLE, A. *Smysluplně žít*. Brno: Cesta, 2002, s.50.

¹⁵³ FRANKL., V., E. *Psychoterapie a náboženství*. Brno: Cesta, 2006, s.33.

6.3 Motivace klienta k hledání vlastních cest k životu

V.E.Frankl nás upozorňuje: „Často se zdá, že člověk neví, co vlastně chce. A tím víc je divý po tom buď jen chtít to, co dělají jiní, nebo dělat jen to, co jiní dělají“¹⁵⁴.

Člověk se často chová dle toho, jak chce jeho okolí a ne jak chce sám. Toto přizpůsobení a „žití na jistotu“, nechuť k riskování, experimentování a nevybočování ho pak vede ke konzumnímu způsobu života. Život je sice pohodlný, ale jednotvárný a v mnohém i nudný. Někdy může být naopak plný napětí a vnitřního boje. Člověk pak má obavu z bytí, ze zklamání, obavu z přijetí života takového jaký ve své bohatosti je. Toto neosobní, beztvaré přežívání bez rizika je draze zapláceno pocity prázdnoty, nenaplněnosti, depresivními rozladami, pochybnostmi. Pestrost, barevnost i nejistota života je zde vyměněna za potřebu společenského přijetí, která v důsledku může být jedinou potřebou, kterou člověk má.

Jedním z nedůležitějších slov při hledání cesty ke zkvalitnění života je slůvko **chci**. Později **chci dobře** a **chci smysluplně**. Slova ukazují na projev své vlastní vůle. Je dobře, když si toto klient přenesse do svého každodenního života. Úspěch by byl, kdyby pak nahradilo slovo **musím**.

Vliv stresu lze pozorovat již od samého začátku onemocnění a často souvisí s propuknutím onemocnění. Je žádoucí, aby pacient, kterého onemocnění diabetem bude provázet celý život, byl dostatečně informován o komplikacích, které sebou toto onemocnění nese, a porozuměl sobě, tělu i nemoci. Porozuměl nemoci v sobě. Je důležité, aby si klient, pacient, uvědomil propojenost tělesné, duševní a duchovní svého já a třeba za pomoci sociálních pracovníků, poradenských psychologů, lékařů, edukačních pracovníků, známých s podobnou nemocí se rozhodl ke změně některých zvyků, které mu nejsou vždy ku prospěchu. Tuto propojenost se sebou musí nalézt sám. Mimo jiné to také znamená, že dá váhu a důležitost svému jednání. Konformismus vyměnit za žití svého života a přijetí tohoto života se všemi jeho jistotami i riziky. Pak se bude mít v rukou, pak jeho pobyt zde a nyní bude prožíván jako naplněný. Pokud se mu to podaří, nalezne ten největší poklad. Je to ta

¹⁵⁴ KRAUSOVÁ, J. *Mám odvahu? Přizpůsobení jako život na jistotu*. Sborník přednášek. Praha: Slea, 2006, s.39.

největší výhra, výhra nalezení svého „dasein“, nalezení smyslu vlastního života a přijetí své konečnosti v něm. Nebude se pak bát vydat sám sebe do nezajištěnosti budoucího času. Poznává, že potřebuje bytostně jednoduchost, která sama sebe vynáší do světa. Poznává, že se stává sebou samým po celý život¹⁵⁵.

¹⁵⁵ HOGENOVÁ, A. *K fenoménu pohybu a myšlení*. Praha: Eurolex Bohemia, 2006, s.35-36.

ZÁVĚR

Práce se zabývá aspekty komplexní sociální a zdravotní péče o diabetiky. Konstatuje, že frekvence onemocnění diabetes mellitus přibývá natolik, aby to zdůvodnilo nutnost většího zájmu sociálních pracovníků o psychický stav této minoritní skupiny a jejich plnohodnotného místa ve společnosti.

Ve své práci se zaměřuji na člověka z pohledu daseinsanalýzy, totiž jako na člověka, který „přítomní“ v tomto čase. Oslovila jsem člověka v jeho „tělesnění“ v tomto světě. Jak si uvědomoval své bytí zde a nyní, měl větší a větší potřebu se začít odlišovat a vymezovat ve svém místě. Vymezovat se začaly i „vědy“, které objevoval a které se zabývaly postavením člověka ve společnosti, v duchovním světě. A tak nastal počátek cíleného a odděleného zkoumání duše i těla. Tak jako se oddálila duše od těla, začaly se oddalovat i jednotlivá učení některých významných myslitelů od člověka jako fenoménu. Tak se ve vývoji dospělo k tomu, že člověk stejně jako příroda, začal být zkoumán pouze po částech a ne jako celek. Jednota tělesného, duchovního i duševního života se však nedá rozdělit, a proto i věda v naší době už připouští, že je třeba pečovat o tělo i duši jako o celek.

Od člověka, kterému byl diagnostikován diabetes mellitus, se pokouším naučit řeči těla, kterou na nás ne-mocný, promlouvá. Uvědomění si tělesného schématu je u pacientů s diagnózou diabetes mellitus zvláště důležité, tím spíše v případech amputací, transplantací trvale nedostatečné činnosti některých orgánů. Každý pohybový návyk je rozšířením naší existence. Proto učení se novým pohybům i s náhradou může za určitých okolností rozšiřovat vnímání světa, hrát důležitou úlohu v existenci ne-mocného.

Poradenská a terapeutická pomoc může mnohé usnadnit. Sama je však bezmocná. Svou prací jsem chtěla upozornit na to, že ke skutečné integraci a úspěchu znevýhodněného jedince vedou jeho vlastní síly a svépomoc, nikoli „bezhlavé“ využívání profesionálních služeb a přizpůsobení se. Bezmyšlenkovité přizpůsobení se vede ke ztrátě odpovědnosti, volby a rozhodování.

Největší podporu je možné nalézt v člověku samotném, rodině, přátelích, prostě ve vztahu s druhým. Cílem by bylo, aby klient našel bohatý a uspokojivý život i se svým handicapem a přijal život takový, jaký je. Aby našel prostor, kde může prožít sám sebe jako svobodného a zodpovědného člověka. Aby si stál sám za sebe, bral se vážně, dal si důležitost, měl se ve svých vlastních rukách. K tomu je třeba odvaha. Odvaha k rozhorlení se pro něco, co je mu cenné, co je mu hodnotou. Člověk, který tím, že objevil hodnotu sebe, se otevírá hodnotě společného.

Literatura

ANDĚL, M. *Diabetes mellitus a další poruchy metabolismu*. Praha: Galén, 2001. ISBN 8072620479.

ARENDTOVÁ, H. Filosofické kontexty logoterapie a existenciální analýzy. *Dialogos.*, duben 2005, č.2

ARISTOTELES. *O duši*. Praha: Kosmas, 2000. ISBN 80-901796-9-X.

BAROŠ, V.; PELIKÁNOVÁ, T. *Praktická diabetologie*. Brno: Maxdorf, 2003. ISBN 80-85912-69-4.

BAUMAN, Z. *Úvahy o postmoderní době*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-86429-11-3.

BOŽUKOVÁ, J. Je dobře, že žiji. *Psychologie Dnes*, prosinec 2003, roč.9, č.12.

BLECHA, I. *Proměny fenomenologie*. Jihlava: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-938-2.

CONDRAU, G. *Daseinsanalytická teorie neuróz a psychoterapie*. Semily: Triton, 1998.

CORETH, E. *Co je člověk?* Praha: Zvon, 2000.

ČÁLEK, O. *Skupinová daseinsanalýza*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-539-6.

FRANKL, V., E. *Co v mých knihách není*. Brno: Cesta, 1997. ISBN 80-85319-66-7.

FRANKL, V., E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 2005. ISBN 80-85319-50-0.

FRANKL., V., E. *Psychoterapie a náboženství*. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7295-088-6.

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-134-7.

HOGENOVÁ, A. *K fenoménu pohybu a myšlení*. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. ISBN 80-86861-72-4.

HOGENOVÁ, A. *K filosofii výkonu*. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. ISBN 80-86861-35-X.

HOGENOVÁ, A. *První Aproximace k fenomenologické metodě*. Studijní materiál pro distanční studia. Praha: PVŠPS, 2006.

HOGENOVÁ, A. *Pohyb a tělo*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-580-9.

- HODAŇ, B. *Úvod do teorie tělesné kultury*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000.
- HONZÁK, R. *Dejte mi piluli*. Psychologie dnes, 2006, roč.12, č.12.
- HUNT, M. *Dějiny psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-386-2.
- JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládnání*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-210-2.
- JIRKOVSKÁ, A. *Jak si léčit diabetes*. Praha: 2002.
- Filosofický slovník*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2002. s. 85,119. ISBN 80-7182-064-4.
- KOUCKÁ, P. *Kalokagathia*. Psychologie Dnes, červen 2006, roč.12, č.6
- KOPECKÝ, A. *Dějiny cukrovky*. B.m: Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí, 2 000
- KRAUSOVÁ, D. Možnosti a meze existenciálně-analytické psychoterapie u těžké poruchy afektivity. Slea. *Dialogos*, duben 2005, č.2.
- KRAUSOVÁ, Z. *Psychické problémy diabetiků*. B.m.: Svaz diabetiků české republiky, 2001.
- KRATOCHVÍL, S. *Manželská terapie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7367-048-8.
- KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-276-1.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2002, s.17. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-137-05.
- LA BARRE, F. *Jak mluví tělo*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-446-2.
- LÄNGLE, A. Slea. Základní hodnota. *Dialogos*, 2007, č.4.
- LÄNGLE, A. *Smysluplně žít*. Brno: Cesta, 2002. ISBN 80-7295-037-1.
- LÄNGLE, A. Emoce a existence. Slea. *Dialogos*, prosinec 2006, č.4, s.11
- Lékořice*. Leták dobrovolnického centra. FTN, 2007.
- MATOUŠEK, O. aj. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, O.; KOLÁČKOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999.

MERLEAU-PONTY, M. *Viditelné a neviditelné*. Praha: Oikoymenh, 2004. ISBN 80-7298-098-X.

MLČÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Universitas Ostravivensis, 2007

Možnosti léčby pacientů se syndromem diabetické nohy. *Medicína po pomoci*, 2007, roč. 8, č.2

NAKONEČNY, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Akademia, 1997, ISBN 80-200-0625-7. je to učebnice

PATOČKA, J. *Tělo, Společenství, jazyk, svět*. Praha: Oikumene, 1995. ISBN 80-85241-90-0.

PATOČKA, J. *Úvod do fenomenologické filosofie*, Praha: Oikoymenh, 2003. ISBN 80-7298-064-5.

POTER, R. *Největší dobrodiní lidstva*. Praha: Prostor, 2001. ISBN 80-7260-052-4.

PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře i laiky*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7170-213-0.

RÁDL, E. *Dějiny filosofie II*. Praha: Votobia, 1999. ISBN 80-7220-064-X.

RATTNER, J. *Základy holistické léčby*. Praha: Eugenika, 2001. ISBN 80-88913-81-0.

RŮŽIČKA, J. *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-750-X.

RYBKA, J. *Diabetes mellitus-komplikace a přidružená onemocnění*. Praha: Grada, 2007. ISBN 8024716718.

SCHERMER, V., E. *Duch a duše*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-816-3.

SAUDEK, F. *Příprava na transplantaci*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-072-0.

TIMULÁK, L. *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru*. Praha: Portál, 2006, s.39-48. ISBN 80-7367-106-9.

TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelské procesy*. Brno: NCO NZO, 2006 ISBN 80-7013-324-4.

VÁGNEROVÁ, M. aj. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-929-4.

VÍCHA, T. *Diabetes – minulost, přítomnost, budoucnost*. Praha: Marcom, 1996

VODÁČKOVÁ, D. aj. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-7367-342-0.

VONDROVÁ, M. Základy logoterapie a existenciální analýzy. *Ročenka Slea*. Praha: Slea, 2005

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-998.

Internetové odkazy:

ABZ slovník cizích slov. *Kalokagathia*. /online/ c. 2005-2006, poslední revize není uvedena /cit. 2008-06-04/ Dostupné z <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/kalokagathia>

BACHELOVÁ, J. *Strípky z historie medicíny II*. /online/ c.2008, poslední revize není uvedena /cit. 2008-05-12/ Dostupné z www.medatron.cz/d-info/nejnovejsi/043.php

BALCAR, K. *Logoterapie a existenciální analýza V.E.Frankla*. /online/ c. 2008, poslední revize 8.4.2008 /cit. 2008-04-26/ Dostupné z <http://www.volny.cz/slea/Archiv/ltaeavef.htm#2.1.1>

HOGENOVÁ, A. *Hygiensis a iatrus a „NE-MOCI“ se pohybovat na životní cestě*. /online/ c. 2008, poslední revize 21. 4. 2008 /cit.2008-05.05/. Dostupné z http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_6/konference_606.htm

HOGENOVÁ, A. *Fenomenologie a tělesnění*. /online/ c. 2008, poslední revize 21.4.2008 /cit. 2008-13.05/. Dostupné z www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2004_4/hogenova.htm

HOGENOVÁ, A. *Rozumění a úloha objektu*. /online/ poslední revize není uvedena /cit. 2008-07.03/. Dostupné z <http://www.czp.cuni.cz/filv/phprs/view.php?cislocianku=2004012101>

HOGENOVÁ, A. *K problematice logu*. /online/ poslední revize není uvedena /cit. 2008-03.23/. Dostupné z www.sweb.cz/sffp/archiv/hogenova4.htm

HOGENOVÁ, A. *K fenomenologii těla a pohybu*. /online/ poslední revize není uvedena /cit. 2008-03.23/. Dostupné z www.sweb.cz/sffp/archiv/hogenova.htm

HOGENOVÁ, A. *K usebírání*. /online/ poslední revize není uvedena /cit. 2008-04-23/
Dostupné z <http://www.sweb.cz/sffp/archiv/hogenova5.htm>

HRACHOVINOVÁ, T. *Deprese a diabetes psychosociální faktory*. /online/ c.2005, poslední revize 21.4.2008 /cit. 2008-05-09/. Dostupné z
http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_4/konf_abst_hrachovin.htm

RATTNER, J. *Psychika diabetika. Základy holistické léčby*. /online/ c. 2008, poslední revize není uvedena /cit. 2008-05-12/ Dostupné z <http://www.medatron.cz/d-info/nejnovejsi/043.php#hop4>

ROKYTA, R. *Patofyziologie bolesti s ohledem na klinické souvislosti*. /online/ c.2008, poslední revize není uvedena /cit. 2008-05-03/ Dostupné z
<http://press.avcr.cz/index.php?t=aktuality&id=7>

VZP. *Desatero pro lepší komunikaci s pacienty se zdravotním postižením*. /online/ c.2008, poslední revize není uvedena /cit. 2008-05-03/ Dostupné z
<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/desatera-nrzp>

Wikipedie. *Kalokagathia*. /online/ c.2008, poslední revize 31.3.2008 /cit. 2008-06-04/.
Dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Kalokagathie>

Wikipedie. *Existence*. /online/ c.2008, poslední revize 31.3.2008 /cit. 2008-06-04/. Dostupné z
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Existence>

PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ

Obor sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Iveta Krčová

2008

Resumé k písemné práci k bakalářské zkoušce

Když tělo řekne víc než slovo

Netradiční pohled na péči o diabetiky

Klíčová slova: karteziánský dualismus, fenomenologie, kalokagathia, tělesné schéma, diabetes mellitus, existenciální analýza, logoterapie

V současnosti se stále častěji hovoří o těle, duši, tělesném a duševním prožívání o bio-psycho-sociálním pohledu na člověka. Místo karteziánský pohled se více a více upřednostňuje v medicíně především celostní přístup k člověku, v psychoterapii se dostává do popředí zájmu přístup fenomenologický. Ve své práci se zamýšlím nad způsoby, kterými k nám promlouvá tělo ve chvíli, kdy výstižná slova nemusí být k dispozici. Předkládaná práce se pokouší sledovat pacienta z různých úhlů pohledu a také jeho rozumění ne-moci. Nastiňuji pokus, jak ho vůči nemoci učinit „mocným“. Slovům může předcházet komunikace vlastním tělem prostřednictvím nemoci, usiluji o pochopení příběhu nemoci klientem. Později, za příhodnějších podmínek, se pokoušíme objevovat skrytá zákoutí řeči jako mostu se sebou, s druhým, se světem. Zabývala jsem se tím, jak klientovi i jeho rodině mohou tzv. pomáhající profese zjednodušit návrat do běžného života, kdy člověk prochází obdobím krizí, ve chvílích ztráty naděje a smyslu vlastní existence a jaký význam může mít pro všechny zúčastněné psychosociální pomoc. Úkolem pomáhajících profesí je umět komunikaci na tělesné rovině porozumět, převést ji do slov a tak objasnit některé příčiny psychosomatických onemocnění. Pozornost věnuji pacientům, kterým byl diagnostikován diabetes mellitus, jeho následným komplikacím a využití existenciální analýzy a logoterapie jako jedné z možností vedoucích ke zlepšení kvality života člověka.

PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ

Obor sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Bachelor examination written work summary

When the body reveals more than words

Nontraditional view on the care of diabetics

Key words: Cartesian dualism, phenomenology, kalokagathia, body diagram, diabetes mellitus, existencial analysis, logotherapy.

The concept of the body and soul, of somatic and spiritual experiencing and bio-psycho-social view of man has recently been widely discussed. In addition to the Cartesian approach, medicine has been giving prominence to the holistic approach to man, with the phenomenological approach gaining ground in the field of psychotherapy. This paper discusses ways in which the body can express what words cannot describe. The text sets out to examine the patient from different points of view, and to explore his understanding of his disease as well. It outlines a method to ease the patient's disease. Under scrutiny here is communication with one's own body through the disease which can precede words, trying to understand of the story of the disease by a client.

Later on, under more suitable conditions, it is attempted to reveal hidden coves of the language as a span towards oneself, the others and the world. I examined how the so called helping professions can facilitate client's and his family's return to everyday life in the moments of crisis, despair and own sense of the loss of existence. I also studied the importance of psychosocial help for everyone involved. The objective of a helping profession is to understand somatic communication, translate it into words and thus clarify some causes of psychosomatic diseases. Major emphasis is placed on patients with diagnosed diabetes mellitus, its subsequent complication and utilization of existential analysis and logo-therapy as one of the options improving man's quality of life.

PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ

Obor sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Iveta Krčová

2008

Resumé k písemné práci k bakalářské zkoušce

Když tělo řekne víc než slovo

Netradiční pohled na péči o diabetiky

Klíčová slova: karteziánský dualismus, fenomenologie, kalokagathia, tělesné schéma, diabetes mellitus, existenciální analýza, logoterapie

V současnosti se stále častěji hovoří o těle, duši, tělesném a duševním prožívání o bio-psycho-sociálním pohledu na člověka. Místo karteziánský pohled se více a více upřednostňuje v medicíně především celostní přístup k člověku, v psychoterapii se dostává do popředí zájmu přístup fenomenologický. Ve své práci se zamýšlím nad způsoby, kterými k nám promlouvá tělo ve chvíli, kdy výstižná slova nemusí být k dispozici. Předkládaná práce se pokouší sledovat pacienta z různých úhlů pohledu a také jeho rozumění ne-moci. Nastiňuje pokus, jak ho vůči nemoci učinit „mocným“. Slovům může předcházet komunikace vlastním tělem prostřednictvím nemoci, usilují o pochopení příběhu nemoci klientem. Později, za příhodnějších podmínek, se pokoušíme objevovat skrytá zákoutí řeči jako mostu se sebou, s druhým, se světem. Zabývala jsem se tím, jak klientovi i jeho rodině mohou tzv. pomáhající profese zjednodušit návrat do běžného života, kdy člověk prochází obdobím krizí, ve chvílích ztráty naděje a smyslu vlastní existence a jaký význam může mít pro všechny zúčastněné psychosociální pomoc. Úkolem pomáhajících profesí je umět komunikaci na tělesné rovině porozumět, převést ji do slov a tak objasnit některé příčiny psychosomatických onemocnění. Pozornost věnuji pacientům, kterým byl diagnostikován diabetes mellitus, jeho následným komplikacím a využití existenciální analýzy a logoterapie jako jedné z možností vedoucích ke zlepšení kvality života člověka.

Posudek na diplomovou práci kolegyně Bc. Ivety Krčové s názvem: „Když tělo řekne víc než slovo“

Máme před sebou práci, která je bytostným výrazem autorčiny invence odborné i obecně lidské. Kolegyně Krčová propojila filosofii těla a tělesnosti z hlediska fenomenologického s problémem cukrovky a obojí přemostila úlohou sociální pracovnice v péči o nemocné. Tento základní vklad pak vyústí do existenciální analýzy v souvislosti s logoterapií. Tedy závěr práce je opět filosofický, se zřetelem k úloze tělesnosti. Poslední kapitola je pak věnována psychotherapeutickému ponoru do problematiky hledání vlastních cest k životu. Celkový záběr magisterské práce je tedy uzavřený a smysluplný.

Filosofická část je věnována kritice psychofyzického paralelismu v oblasti zdravotní. Autorka si jasně uvědomuje, že tento fenomén je spjatý s kartesiánským myšlením, že tvoří základní ontologickou a ontickou fundaci řešení mnohých insuficiencí zdravotního charakteru. Akcentuje pojetí těla ve smyslu sarx, pexis a soma z Poseidoniova pohledu a uvědomuje si zcela jasně, že i léčba cukrovky je bytostně spjata s tělem ve smyslu pexis, tj. s tělesností, v níž je tzv. tělo a duše propojeno a nikoli odděleno, což bylo založeno Descartesem (res extensa a res cogitans, mezi nimiž je absolutní protiklad, ten je řešen jen Božím zásahem – occasionalismem).

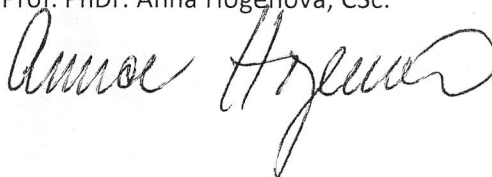
Kolegyně Krčová dobře rozumí ontologickému, a tím i gnozeologickému vztahu k současně pojaté tělesnosti, proto velmi dobře analyzuje tělesné schéma u Merleau-Pontyho. Uvědomuje si, že rozvrh světa u každého jednotlivého pacienta je vytvářen především jeho vlastní netematizovanou tělesností, jež zůstává překryta vrstvou prožitků, i když jde o velmi důležitou součást v léčbě nemocí, jako je např. diabetes mellitus.

Porozumění své tělesnosti znamená vlastně pochopit fungování tělesného schématu, jež propojuje současně myšlení a motoriku a je pochopitelné jen na husserlovském pojetí vnitřního časového vědomí. To vše můžeme najít v této pozoruhodné práci. Popis nemoci (diabetes mellitus) je snahou ukázat, jak tělo ve smyslu pexis je propojeno s vlastními projevy této nebezpečné nemoci. V poslední části se autorka věnuje vlastně tomu léčebnému prostředku, jenž je dnes poněkud zanedbáván, a to je otázka přitakání k životu. Práce je napsána logicky, po formální stránce můžeme najít některé drobné nedostatky, ovšem ty nejsou podstatné. „Tělo skutečně řekne zkušenému terapeutovi víc než slovo!“ A to je hlavní cíl této práce.

Doporučuji ji k obhajobě a navrhuji tuto známku: výborně (při kvalitní obhajobě). Do rozpravy navrhuji tuto otázku: Co to znamená, když psychotherapeut vidí tělo jen jako předmět? Jakou roli hraje ve filosofii tělesnosti subjekt-objektová figura myšlení, která se stala základem vědeckého tázání právě v novověku?

V Praze dne 26.5. 2008

Prof. PhDr. Anna Hogenová, CSc.



POSUDEK OPONENTA NA DIPLOMOVOU PRÁCI

Název

Když tělo řekne víc než slovo
Netradiční přístup k péči o diabetiky

Bc. Iveta Krčová

Počet stránek: 85.

Počet kapitol: 6, podkapitol 1.řádu: 22, podkapitol 2.řádu: 19, podkapitol 3.řádu: 5.

Počet literárních zdrojů: 58, internetových zdrojů: 15.

Autorka se věnuje na začátku práce v duchu jejího prvního názvu filosofickým úvahám o lidském těle, staví proti sobě tradiční pohled karteziánský a fenomenologické pojetí těla a tělesnosti. Dále pojednává o filosofickém pojetí těla v pohybu, zabývá se tělesným schématem podle Merleau - Pontyho a v této souvislosti i jeho transcendentálním pojetím, dotýká se tělesného schématu a ovlivnění nemocí při pohledu člověka na sebe a na svět.

Od s.28 se zabývá diabetem, jeho historií od nejstarších dob a pohledu starých mudrců na tuto nemoc. O medicínské stránce postižení diabetem a jeho komplikacích pojednává autorka zasvěceně, je zřejmé, že otázku prostudovala, a ví, o čem mluví. Navíc ve snaze o celostní pohled se snaží uvést onemocnění do širších souvislostí s psychickým stavem postiženého jedince a jeho sociálním zázemím. Tyto úvahy a domněnky lze akceptovat proto, že se autorka zhostila vyhovujícím způsobem uvedení známých faktů o tomto onemocnění, a prokázala tak, že se nevzdaluje od jeho reality. Na její úsilí o další vysvětlení souvislostí můžeme pohlížet jako na chvályhodný pokus o komplexní pojetí onemocnění, ale dosud nikoliv podložený prokazatelnými fakty.

Část případového zkoumání prozrazuje, že autorka metodice sociální práce s pacientem rozumí a umí se v ní orientovat.

Práce je vypracována s velkou pečlivostí, obsahuje četné literární odkazy správně provedené, také její stylizace je obratná.

Upozornění:

Na s.30 je vynecháno ve větě jedno slovo, bez něhož věta ztrácí logickou skladbu.

Autorka píše: „*Inzulín ovlivňuje látkovou výměnu, ale zasahuje také do metabolismu tuků.*“
Má být spíše např. „*Inzulín ovlivňuje látkovou výměnu cukrů, ale zasahuje také do metabolismu tuků.*“

Závěr

Práce splňuje všechny požadované náležitosti. Oceňuji velmi kladně rozsah zpracované literatury a velkou angažovanost autorky. Doporučuji práci k obhajobě.

V Praze, 30.5.2008


MUDr. Olga Dostálová, CSc.