

Textové podklady k modulu Vztah a komunikace

výběr z pracovních učebních textů zpracovaných PhDr. Václavou Probstovou, CSc. v roce 2007

Základní přístupy a postoje podporující vztah

Birckhead, L. M. (1989)

Za základní postoje či přístupy, které podporují adekvátní vytvoření terapeutického vztahu pracovníka s klientem a které pomáhají rozvíjet atmosféru důvěry, je možné považovat následující:

- 1. Opravdovost** (genuineness) – pracovník vystupuje jako reálná osoba sama za sebe, své postoje nepředstírá. Verbální i neverbální projevy chování pracovníka jsou kongruentní. Projevy empatie jsou opravdové a nenucené. Pracovník má přirozená a jasná očekávání i požadavky na sebe samého i na své klienty.
- 2. Respekt – úcta** (positive regard) – se vztahuje ke schopnosti vážít si klienta jako osoby s vlastní důstojností a hodnotou. Pracovník se snaží pomoci a porozumět klientovi, a tím indikuje, že je klient důležitý.
- 3. Vřelost** (warmth) – klienti reagují dobře na pracovníky, kteří jsou vřelí nebo pečující. Vřelost demonstruje např. tón hlasu, oční kontakt pracovníka. Vřelost pracovníka napomáhá k dosažení klientovy pohody a naznačuje způsob pomoci klientovi v rámci terapeutického vztahu. Vřelost také pomáhá snižovat klientovy obavy a úzkost.
- 4. Otevřenost, upřímnost** (honesty) – jestliže chtějí pracovníci klientům pomoci, vyžaduje to odvahu udržet postoj upřímnosti a otevřenosti ve sdělování pravdivých informací.
- 5. Blízkost** (immediacy) – jestliže má pracovník postoj blízkosti ke klientovi, snaží se mu pomoci tehdy, když pomoc potřebuje. Blízkost může být využita např. při diskusi o tématu, které nebylo klientem zmíněno, jelikož z nějakého důvodu se obával nebo styděl o něm s pracovníkem mluvit. V případě, že bylo dosaženo blízkosti v terapeutickém vztahu s klientem, tedy atmosféry důvěry, může pracovník ohleduplným a pozorným způsobem iniciovat diskusi i o obtížnějších tématech.
- 6. Empatie** (empathy) – tzn. být si vědom emocí, které mohou ostatní v různých situacích prožívat, s altruistickým úmyslem. V doslovném smyslu je empatie vcítění se, čímž se liší od sympatie. Klient je pracovníkem chápán a současně má z pocitu pochopení prospěch. Empatie vyjadřuje pochopení ostatních z altruistických důvodů, a toto pochopení by mělo být verbálními nebo neverbálními prostředky sděleno. Empatie se vztahuje ke klíčovému procesu, jehož pracovník používá při zvládnutí klientových emocí či citových rozrušení. Empatie ve své dimenzi reálného porozumění mezi pracovníkem a klientem je jedním z nejdůležitějších aspektů pomáhajícího vztahu.
- 7. Profesionální chování** (professionalism) – profesionálním úkolem pracovníka je pomoci klientovi dosáhnout cílů terapie. Pracovník si také musí osvojit postoj neutrality vůči klientům a měl by být opatrný v používání pochvaly.

Na co dávat pozor při vedení rozhovoru

- Pamatovat na to, že terapeutický vztah (a komunikace) se počíná již při úvodním rozhovoru. (např. při telefonickém objednávání klienta)
- V rozhovoru terapeut pokládá otázky takovým způsobem, aby do nich nevnášel své interpretace věci (interpretovat je něco jiného, než formulovat hypotézy)
- Je vhodnější formulovat otázky pomocí tázacích zájmen „*Kdo, co, kde, kdy, jak ...?*“ nežli s tázacím zájmenem „*Proč?*“ (kauzální odpověď - příčinu - velmi často klient nezná)
- Terapeut by neměl zapomínat na to, že klientova „vnitřní mapa“ je jiná, než jeho vlastní; v popisu problému klienta je často přítomna vědomě - nevědomá disociace, kterou by měl terapeut na počátku rozhovoru tolerovat
- Terapeut by neměl rozšiřovat problémový systém - někdy ve snaze získat více informací o problému může terapeut rozšířit problém i na oblasti do té doby neproblémové.
- V rozhovoru terapeut stále pátrá po individuálních zdrojích klienta
- Pozitivní ocenění (přerámcování) těch, kteří se již v minulosti spolupodíleli s klientem na řešení jeho problému (např. předchozí terapeut, ošetřující lékař aj.)
- Terapeut naslouchá slovům a metaforám klienta a učí se používat jeho jazyk, terapeut může nabídnout klientovi svoji metaforu, ale měl by umět akceptovat, že si ji klient obmění po svém
- To, že terapeut klientovi naslouchá, může dát najevo např. tím, že svůj vstup do rozhovoru uvede větou, ve které shrne, co právě od klienta slyšel
- Namísto dotazování se na problém (a to, co s ním souvisí) je užitečnější dotazovat se na řešení problému a na k řešení využitelné klientovy zdroje (např. minimální změny, dosud dosažené úspěchy při řešení problému, výjimky z problému aj.)
- Je třeba reflektovat své vlastní neverbální projevy při rozhovoru; např. pozor na souhlasné kývání hlavou či „empatické“ „hmm“ při tom, když klient podává negativní sdělení či pocity, což může posilovat tuto negativní zkušenost
- Pokud se klientovi nedaří zformulovat cíl (společné práce s terapeutem či vlastního směřování), pomoci mu alespoň zformulovat minimální krok, který by klienta přesvědčil, že se věci pohnuly a že směřují žádoucím směrem.

Techniky aktivního naslouchání

<i>Technika</i>	<i>Cíl</i>	<i>Je třeba</i>	<i>Příklady</i>
POVZBUZOVÁNÍ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Projevit zájem 2. Povzbudit mluvčího k dalšímu hovoru 	<ul style="list-style-type: none"> - užívat neutrální slova - nevyslovovat souhlas či nesouhlas 	Můžete mi o tom říct něco víc?
OBJASŇOVÁNÍ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Objasnit to, co vám druhý říká 2. Získat více informací 3. Pomoci mluvčímu, aby viděl i další hlediska problému 	<ul style="list-style-type: none"> - klást otázky - přimět mluvčího k dalšímu vysvětlování 	<p>Jak to probíhalo ?</p> <p>Co jste si o tom myslel ?</p>
PARAFRÁZOVÁNÍ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ukázat, že mluvčímu nasloucháme a rozumíme, co říká. 2. Ověřit, zda jeho slova chápeme správně. 	<ul style="list-style-type: none"> - svými slovy zopakovat hlavní myšlenky a fakta 	<p>Jestli tomu dobře rozumím, považuješ za nejdůležitější...</p> <p>Pochopil jsem správně, že...</p>
ZRCADLENÍ POCITU	<ol style="list-style-type: none"> 1. Projevit pochopení a porozumění pocitům mluvčího. 2. Umožnit mu tak tyto pocity zvládnout a přehodnotit. 	<ul style="list-style-type: none"> - vyjádřit základní pocity a emoce mluvčího 	<p>Vidím, že jste skutečně velmi rozzlobený.</p> <p>Cítím ve vašem hlase smutek.</p>
SHRnutí	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zhodnotit dosažený pokrok. 2. Shrnout důležité. 3. Položit základ k další diskusi. 	<ul style="list-style-type: none"> - stručně shrnout a strukturovat hlavní vyřčené myšlenky a fakta 	<p>V předešlé hodině jsme mluvili o:</p> <p>a)...</p> <p>b)...</p> <p>c)...</p> <p>a jako nejvhodnější se zatím jeví...</p>
OCENĚNÍ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pojmenovat pozitivní jednání nebo vlastnosti druhých 2. Dát jim najevo důvěru 	<ul style="list-style-type: none"> - projevit uznání úsilí a činnostem 	<p>Skutečně si cením vaší snahy vyřešit problém</p> <p>Děkuji vám za vaši ochotu.</p>

Komunikace a vztah s pacientem s různými typy potíží

Komunikace a vztah s klientem, který je depresivní

Trocha teorie:

Depresivní porucha je charakterizována:

- poruchami nálady (smutná, prázdňá, úzkostná, neschopnost se radovat);
- poruchou sebehodnocení (nejsou k ničemu, nikdy nic dobrého neudělali, jsou na obtíž);
- snížením psychomotorického tempa (zpomalení všech činností – dělají dojem „líných“);
- často poruchami spánku (neschopnost usnout, probouzení se, ranní nespavost, útlum až spavost přes den), porušeným vztahem k jídlu (nechutenství nebo nadměrné přejídání se);

ztrátou radosti z obvyklých činností (včetně sexu);

- různými tělesnými potížemi (bolesti v břiše, hlavy, svalech, různé poruchy funkcí vnitřních orgánů);
- úvahami o sebevraždě (nebo často o tom, že by bylo pro pacienta nebo okolí lepší, kdyby nebyl).

Depresivní klient cítí, že není schopný vyřešit problémy, které má, jeho jistoty jsou ohrožené.

U mírných příznaků deprese klient vyžaduje pomoc od druhých, vyvolává v nich soucit. Snaží se řešit problémy způsobem, kterým má jakoby magicky znovu získat ztracenou lásku nebo sílu. Když se deprese stává hlubší a chroničtější, klient to vzdává.

Dynamická příčina deprese bývá přirovnávána ke stavu, který zažívá dítě při ztrátě pečující osoby, na kterou je životně odkázané. Občas lze vidět panický děs dítěte, které se ztratilo matce a není schopno se utížit jinak než její přítomností. Při dlouhodobé nepřítomnosti matky nebo pečující osoby pak dítě prožívá rezignaci a je apatické, bez zájmu o cokoli včetně jídla nebo hraček.

Dovedeme si pak snáze představit, že na podobné hluboké pocity, které se odehrávají v depresivním pacientovi, neplatí utěšující rady okolí: myslet na něco jiného, silou vůle se ovládat.

Deprese člověka vylučuje z kolektivu, činí ho osamoceným, i když mu jde o pozornost a péči více než kdy jindy. Okolí se často do určité míry snaží depresivnímu člověku pomoci, zvyšuje péči a komunikaci, ale pak se většinou stahuje, když zjistí, že apel na vůli či pokusy rozveselit selžou.

Při depresi klesá schopnost vnímat vlastní hodnotu a cenu, ztrácí se smysl běžných činností a vykonaných věcí, hodnota vztahů a perspektiv. Všechno podléhá velké negaci a navíc pocitům viny za neschopnost to změnit. Každý pokus, který končí selháním, pak jen potvrzuje pocity viny jako další negaci sebe a své hodnoty. Sebevražda se pak jeví jako logické východisko z této situace.

Depresivní člověk často odmítá pomoc druhých lidí, protože nevěří, že by mu mohli pomoci, často nechápe, že nejde o selhání, ale o nemoc.

Depresivní člověk nejenže se cítí špatně, ale je sám sobě nepřítelem – sebedestruktivní a sebevraždné myšlenky a jednání jsou pravidlem u těžších stavů.

Navíc se lidé s depresí necítí být nemocní, přestože vnímají svůj smutek.

Cíle pro pomáhající profesi

Pracovník, který dobře pracuje s depresivním klientem:

- A. Umí rozpoznat depresivní příznaky u klienta, které vyžadují řešení (tzn. trvalejší změnu nálady – smutné, rozmrzelé, otrávené, úzkostné, plačtivé, zpomalené tempo, náhlou "lenost", ztrátu radosti z obvyklých

potěšení, různé stížnosti na tělesné problémy, bilancování či otevřené sebevražedné úvahy), zhodnotit stav a jeho závažnost, eventuálně najít a zprostředkovat intervenci.

- B. Umí navázat kontakt a udržet vztah s dlouhodobě depresivním klientem.

Ad. A:

- Všimá si vzhledu pacienta (smutný maskovitý obličej, často plačtivost, celková pomalost pohybů, mimiky, zachmuřený až tragický výraz).
- Vnímá blok v navázání kontaktu s klientem (uzavřenost, klient často velmi málo reaguje, nebo si „vede svou“) a snaží se s tímto blokem citlivě pracovat (pracovník je aktivní při rozhovoru).
- V komunikaci jednak přijímá stížnosti na potíže, bezvýchodnost, ale zároveň si udržuje nezkreslenou pozici při řešení situace (rozumí, že depresivní klient se cítí být např. vinen za chybu v práci, ale nevidí řešení situace v okamžité výpovědi).
- Nebojí se zeptat depresivního klienta na sebevražedné myšlenky a eventuálně i na konkrétní úvahy a plány realizace sebevraždy a dokáže posoudit vhodnost krizové intervence a jednání podle krizového plánu.

Ad. B:

- U dlouhodobých depresivních klientů dokáže empaticky přijímat jejich stížnosti, snaží se hledat řešení a učinit opatření. Zároveň si je vědom, že naléhavost klientova sdělení leží v potřebě pochopení jeho pocitů a stavů a nikoliv obsahu jeho stížnosti (klient chce být pochopen a nikoliv „vyřešen“).
- Umí pracovat s opakovaným selháním při řešení problémů dlouhodobě depresivních klientů, kdy klient vždy ochotně přijímá řešení a návrhy, ale z různých příčin je neplní (pracovník rozumí tomu, že klient má problémy s odmítnutím, prožitím a vyjádřením zlosti, a proto mu dává větší prostor pro možnost vyjádření těchto pocitů).
- Rozumí tomu, že klient má problémy se sebepřijetím (nevěří, že ho někdo bude mít rád, obává se destruktivních a agresivních pocitů v sobě). Pracovník nepodléhá iluzi a nesnaží se vytvořit opravňující zkušenost (budu to já, kdo má klienta rád). Snaží se klientovi zprostředkovat zkušenost, že to spolu „mohou vydržet“.
- Může například klientovi říci, že příznaky, které má, jsou u depresivních stavů obvyklé a může mu je například vyjmenovat nebo přečíst, tak aby klient věděl, že se jedná o nemoc a ne že je „divný“.
- Nepoužívá laických rad – seber se, zapoj pevnou vůli, zabav se něčím jiným, dojdí si do kina na veselohru, dej si skleničku.
- Dokáže vnímat důležitost týmové práce, psychoterapie (např. při práci s agresí, odmítáním...), medikace, chráněných podmínek (např. možnosti si v chráněném prostředí vyzkoušet nové chování).

Komunikace a vztah s klientem prožívajícím úzkost

Trocha teorie:

Příznaky úzkosti jsou nejčastějším doprovodným příznakem u všech typů poruch a potíží i jako reakce na stres nebo zátěž. Je to signál, že psychický aparát něco nezvládá nebo že mu selhaly jiné možnosti zvládnání. Nejčastěji vidíme příznaky úzkosti u depresivních klientů.

Většina úzkostných pacientů má pocity, které známe všichni, s tím, že jsou zesílené, často do neúnosné míry. Na rozdíl od strachu úzkostní pacienti nevědí, čeho se bojí, předmět obav je neurčitý, nejasný. Týká se ale většinou pocíťovaného zcela zásadního ohrožení života a bezpečí, byť tato obava je rozumově vnímána jako nesmyslná nebo nepravděpodobná. (V raném psychickém vývoji může tento stav odpovídat stavu obav dítěte při odchodu matky.) Úzkostné stavy jsou většinou spojeny s tělesnými pocity, které jsou ilustrací ohrožení – týkají se základních tělesných funkcí, jako dýchání, činnost srdce, trávení. Klienti mají pocity bušení srdce, tlak a bolesti na hrudníku, vnitřní třes, pocity stáhnutí žaludku až bolesti v břiše, pocení, bledost nebo zčervenání, nutkavé pocity na vymočení, průjem, bolesti v končetinách nebo zádech a další příznaky. Úzkostný pacient se dožaduje uklidnění, jistoty a ochrany a často je tato potřeba jakoby nenasytňá, a tím může vyvolávat odmítavou reakci okolí i zdravotníků. Mohou tak i v pečujícím profesionálovi indukci vyvolávat pocity úzkosti, nejistoty a podráždění.

Netrpělivost a podrážděnost je pak opakem toho, co pacient vyžaduje, a naopak to zvětšuje jeho úzkost. Proto je nutné dodržet klidný a pevný postoj, s pacientem hovořit pomalu a jasně. Dodržet strukturu hovoru a hranice (i časové). Informovat pacienta srozumitelně o jeho stavu a poučit ho o dalších krocích. Důležité je mít jeho souhlas s dalším postupem, aby i pacient měl možnost kontroly průběhu péče.

Cíle pro pomáhající profesi

Pracovník, který dobře pracuje s úzkostným klientem:

- U úzkostných klientů dokáže empaticky přijímat jejich nejistotu, naléhavost, rozechvělé napětí, tlak na řešení. Je si vědom, že naléhavost sdělení klienta je často více v potřebě pochopení pocitů a stavů klienta než v neodkladném řešení situace.
- Vnímá citlivě tělesné projevy napětí (pocení, červenání, pohybový neklid, napjatá mimika a gestikulace, poposedávání na židli ...) a přizpůsobuje jim styl komunikace (např. jde se s klientem projít a pohovořit při chůzi místo při sezení, které dělá klientovi potíže).
- Pracovník aktivně pomáhá udržovat hranice při komunikaci a vztahu s úzkostným klientem. Úzkostný klient se snaží o to, aby pracovník sdílel jeho úzkost a např. pomáhal mu nad rámec jeho profese .
- Pracovník rozumí tomu, že úzkostný člověk je citlivý na běžné životní situace, které prožívá jako stres. Příznaky úzkosti jsou pak dalším zdrojem obav a zesilují tak úzkostný stav. Úzkostní pacienti jsou stále ve střehu, neklidní a nastražení, potí se, červenají nebo jsou bledí, žádají opakované ujištění a žádají detaily řešení. Opakovanými dotazy často rozbijí jasné instrukce a vysvětlení.
- Úzkostné stavy jsou často spojené s atakami úzkostné paniky, kdy klient prožívá hrůzu a strach o svůj život nebo ze šílenství či z něčeho nejasně děsného. Jeho reakce jsou bouřlivé a vyvolávají často paniku i v okolí klienta. I zde pomáhá klidný jasný postup (jasné instrukce – lehněte si, kde vás bolí, dýchejte zhluboka, napijte se vody, zavolali jsme lékaře, vyšetření dopadlo dobře...).

Komunikace a vztah s klientem, který je v mánii

Trocha teorie:

Manický stav je zdánlivě opakem deprese a klientovi jako by přináší šťastné období, kdy se netrápí a nemá potíže. Za veselostí a odbržděností je ale cítit hloubka úzkosti a strachu, nejistota a bezmoc. Projev pacienta jako by říkal: „Není pravda, že jsem osamělý, neúspěšný, nesmělý a mám ze všeho strach a úzkost.“ Zdá se, jako by takový pacient měl moc nad svým životem a zvládal ho bez problémů. Agrese zdánlivě není přítomna ani ve formě autodestruktivní, ani vnější, ale nepochybně ji cítíme v expanzi a porušování pravidel a hranic. Manický člověk je nadměrně sebevědomý – jako kdyby zvitězil nad svými slabostmi. Podobá se hladovému dítěti, které si dopřává všeho, co je mu odpíráno nebo co kdy nedostalo. Toto iluzorní uspokojení je ale jen přechodné a depresivní stav hladu bez možnosti nasycení se vrátí.

Přes zjevné známky veselosti cítíme, že klientovy pocity, které jsou za tímto projevem, nejsou tak veselé a šťastné. Humor a žertíky takových lidí jsou často provokativní a podrážděné. Klient se zaměřuje na slabé stránky druhých, jako by se tím chtěl vyhnout vlastním slabým místům. Je možné, že časem se deprese, jež leží pod touto maskou, dostane na povrch. Při osobním rozhovoru, při citlivém a soucívém postoji se takový člověk může rozplakat.

Nesmíme podlehnout svodu hrát tu hru s ním, nechat se zavléci do iluze světa bez problémů. Škody na životě pacienta mohou být paradoxně daleko větší než při depresi.

Cíle pro pomáhající profesi

Pracovník, který dobře pracuje s manickým klientem:

- Aktivně pomáhá udržet hranice (stanovení času, frekvence, ohraničení témat).
- Nesnaží se přizpůsobovat se tempu klienta, vytváří klidné přijímající prostředí, které zmírní napětí, úzkost, vnitřní trysk, a umožní klientovi alespoň na chvíli se „zachytit“ (v klientově chování se to projeví např. zklidněním, schopností reflektovat svůj stav, často se pak ukáže, že klient je na útěku od nepříjemných pocitů).
- Pracovník si uvědomuje, že velkým problémem je klientovo okolí (rodina, pracoviště, komunitní zařízení...), které může chováním klienta dlouhodobě strádat (např. zneklidňuje, vzbuzuje podrážděnost, agresí...). Pracuje tudíž nejen s klientem, ale i s jeho okolím.

Komunikace a vztah s klientem s hraniční poruchou osobnosti

Trocha teorie:

Klienti s hraniční strukturou osobnosti představují ve skupině dlouhodobě duševně nemocných menší, ale často velmi problémovou skupinu. Do této skupiny se dostávají lidé, jejichž funkční kapacita je výrazněji omezena a kteří splňují kritéria MKN 10 pro Hraniční poruchu osobnosti (viz MKN 10). Podobné osobnostní rysy se mohou vyskytnout i u jiných diagnostických skupin (onemocnění schizofrenního okruhu, depresivních...).

Pacienti s hraniční poruchou osobnosti často dokáží velmi přesně zacílit na mezery v naší profesionalitě a vyvolat v pečující osobě intenzivní pocity. V příkladu (viz „Přehled metod“) jde mimo jiné o to, že pacientka zde téměř herecky přehrává, že je jí zle, a dává najevo pečující osobě, že se stará špatně. Protože jde o pocity, které vznikly v raném vývoji psychiky, v období preverberálním, jsou často také daleko důležitější komunikační projevy nonverbální (dovedeme si představit kojence, který řve, i když ho matka nakrmí a přebalí a houpá a stejně to není nic platné). Pečující profesionál si musí být vědom toho, že pocity (často intenzivní), které vnímá v komunikaci s hraničním pacientem, náleží k pacientovým pocitům a my je cítíme jakoby za něho (viz také Úskalí práce se vztahem a komunikace).

Klienti často mají sklon nekontrolovat svoje emoční impulsy, a tak je jejich historie plná nárazů a epizod požívání alkoholu, drog, suicidálních pokusů, selhání vztahů... Tito klienti mají často tzv. narcistické rysy, tzn. přehnanou citlivost na hodnocení, a to jak hodnocení ze strany okolí, tak hodnocení ze strany vnitřních „inkvizitorů“. Používá se příměr kombinace tenké a hroší kůže – některé situace a témata jsou pak přehnaně citlivá a reakce klienta jsou prudké a nepřiměřeně bouřlivé, anebo naopak chladně necitlivé a nadřazené.

Cíle pro pomáhající profesi

Pracovník, který dobře pracuje s klientem s hraniční poruchou osobnosti, vychází z následujících principů:

Waldinger (1987) in Gabbard (1994) uvádí 8 principů, které jsou užitečné pro práci s hraničními klienty. Pokusíme se tyto zásady zobecnit:

1- Stabilní rámec péče

Stabilní rámec je nezbytný kvůli chaotickému uspořádání klientova života. Stabilita musí být poskytnuta zvenčí – jasně hranice, pravidla, důsledky porušení pravidel.

(Pro klienta může být ohrožující i odpuštění sankce za porušení pravidel, protože je najednou v „moci někoho, od koho neví, co může čekat“).

2- Aktivní postoj

Pracovník hovoří a komentuje, je „na příjmu“ (někdy stačí pouhé přitakání nebo otevřená otázka). Mlčení může být často vnímáno jako odmítnutí.

3- Schopnost pracovat s klientovou zlostí

Zlostné výbuchy, nenávisť, provokující chování jsou častými projevy hraničních klientů. Úkolem pracovníka je nereagovat zpětně na takové chování klienta, např. sarkasticky nebo nepřátelsky, nebo tím, že se stáhne a nekomunikuje. Pracovník umí vyjádřit porozumění pro klientovy pocity (chápu, že se nyní zlobíte) a zároveň je umí ohraničit (neakceptuje rozbíjení věcí nebo sprosté nadávky).

4- Konfrontace klientova sebedestruktivního chování

Klienti si často neuvědomují následky svého sebedestruktivního chování (pálení cigaretou, pořezání, užívání drog či alkoholu, sexuální promiskuita). Klientka se zlobila, že pracovník nechápe, jak velkou úlevu jí přináší opakované uhasínání cigarety o kůži. Pracovník ji upozornil, že po každém větším popálení následuje hospitalizace a ztráta zaměstnání, o které velmi stojí.

5- Chápání vztahu mezi „pocit“ a „akcí“

Klienti s hraniční poruchou často nahrazují prožívání a pocity nějakou „akcí“. Tohoto nahrazování si nejsou vědomi a říkají, že impuls k dané akci přišel zvnějšku nebo je přepadl náhle. Je to více úkol psychoterapeuta, aby dlouhodobě pomáhal klientovi najít vztah mezi pocitem a akcí.

(Klient nedorazil na schůzku s ergoterapeutem, kde měli probírat rehabilitační plán, protože na ni podle svých slov zapomněl – v této době se opil v baru. Důležité je, aby ergoterapeut rozuměl tomu, že klient měl obavu a strach ze selhání, které ale necítil a odehrál – opravdu selhal.)

6- Dodržování pravidel

Tento bod se týká práce s dodržováním hranic péče. Jsou to pravidla telefonování a kontaktu mimo pracovní dobu, dohody o postupu při suicidálních myšlenkách, požadavcích na mimořádná opatření, dohody o konzumaci alkoholu. Pravidla jednak musí být stanovena v rámci týmu, jednak si každý pracovník musí být vědom svých vlastních limitů. Sebevražedné aktivity jsou vždy (i v latentní formě) přítomny, a hrozby sebevraždou by neměly být důvodem k porušení limitů, které byly stanoveny na začátku péče. Také riziko navázání sexuálních vztahů mezi pracovníky a klienty je u tohoto typu poruchy nejčastější.

7- Udržování komunikace na úrovni „zde a nyní“

Pracovník si uvědomuje, že klientův pohled na něj se může měnit ze dne na den. Neměl by být překvapený, že včerejší příjemný rozhovor je dnes vystřídán mlčením nebo zlostí. Pro klienta je těžké udržet pohled na pracovníka vcelku. Často se střídají černobílé pocity a postoje. To se může dít i vůči členům týmu (střídavě je jeden skvělý, druhý nemožný).

8- Monitorování svých pocitů při práci s klientem

Komunikace a vztah s klientem s psychózou (klienti s dlouhodobým průběhem onemocnění)

(Klienti s psychózou v rámci depresivního, manického syndromu viz Práce s depresivními pacienty, psychotický stav v rámci dekompenzace hraniční osobnosti viz Práce s hraničními pacienty, akutní stav viz modul Krizové intervence).

Trocha teorie:

Největší skupinu zde tvoří klienti s onemocněním schizofrenního okruhu. Ti představují zpravidla i největší skupinu klientů, kterým jsou poskytovány služby v zařízeních komunitních služeb (denní sanatoria pro psychotiky, podpora v práci a v bydlení, centra denních aktivit).

V psychoterapeutické práci je pro tuto skupinu klientů zdůrazňován význam kognitivně behaviorální psychoterapie, různých forem práce s rodinou, podpůrné terapie, jistou renesanci prožívá i modifikovaný analytický přístup (práce s ranými psychózami; Alanen in Williams, 2001).

Specifikou cílové skupiny klientů s psychózou je její nesourodost.

Dva klienti s dg. schizofrenie (dlouhodobý průběh) se mohou lišit jak psychopatologickými projevy, psychodynamikou, průběhem, ale především důsledky onemocnění – tedy tím, jak jejich psychóza ovlivnila jejich život (míra fungování, zapojení se do života).

Příklad: Např. stejnou diagnózu paranoidní schizofrenie s dlouhodobým průběhem má počítačový expert, který žije s manželkou a dvěma dětmi a který, když je doma sám, občas „křičí na odposlouchávání v bytě“, a na straně druhé osamělý, lidem vyhýbající se soused s podivínským, pro okolí i trochu hroživým chováním, který nevychází téměř z domu.

Dlouhodobá symptomatika se liší jak ve svých projevech, tak i průběhem. U někoho má více akutní obraz, u jiného je těžko odlišitelná od osobnostních rysů (např. u klienta se schizoidními rysy osobnosti), jindy zůstává součástí života člověka (reziduální symptomatika).

Přechod z akutního do tzv. stabilizovaného stavu je pozvolný, s řadou výkyvů v symptomatice, prožívání.

Pro pracovníka, který navazuje vztah a snaží se komunikovat s klientem, to představuje výzvu: musí využít své znalosti o problémech lidí s psychózou, ale zároveň musí poznat klienta v neopakovatelnosti jeho individuality, chápat, jak se onemocnění, jeho dynamika, odrážejí v dynamice osobnosti klienta, jeho fungování.

Nesourodost lze pozorovat i v rámci osobnosti klienta.

Duševně nemocní jsou často lidé s výrazně nerovnoměrnými schopnostmi a dovednostmi, což nezřídka vede k podceňování či naopak přeceňování jejich kapacity. Tyto inkonzistence mohou být stálé či kolísající.

Kinnon, Michels (1971) hovoří o inkonzistentních fragmentech chování, které mohou existovat v rámci jednotlivce (např. klient přichází pravidelně s karafiátem v klopě saka, s kravatou, ale je zřejmé, že se řadu dní nekoupal).

Psychóza se odvíjí často jako po spirále: nemocní dosahují jisté úrovně fungování, v krizi se často vracejí jakoby

zpátky. V případě psychotherapeutické či rehabilitační práce lze věřit, že dosažená úroveň je jakýmsi základem, ke kterému se nemocný může, ale nemusí vrátit. Pro pracovníka je tak důležitá flexibilita. Stav klienta a jeho potřeby se mohou měnit, intervence jim musí odpovídat, např. jednu a tutéž situaci bude řešit v závislosti na klientových aktuálních potřebách (jeho stavu na spirále) různě.

Pojem zátěže je velmi individuální (zdánlivá maličkost může mít velký osobní význam, být obrovskou zátěží, a naopak). Je tomu tak díky specifitě fungování integračních a obranných mechanismů. V komunikaci může být pro pracovníka velmi těžké odhadnout míru zátěže daného tématu, situace.

S duševním onemocněním jsou často spojeny potíže, které popisujeme jako problémy se „základní důvěrou“, blízkostí, závislostí, obtíže někoho potřebovat, neschopnost unést ztrátu. Tyto potíže, které se především týkají mezilidských vztahů, kladou velké nároky na poskytovatele služeb. Ti pracují nejen s očekáváními klientů (včetně těch negativních), ale neustále i se sebou (mohou mít problémy „ustát“ distorzi komunikace, práci s výraznými emočními a komunikačními problémy...).

Pracovník může mít problém klientovi rozumět. Jeho vnímání může hodnotit pro sebe jako jakousi směs výrazné citlivosti, a pokud jde o rámec běžného očekávání „necitlivosti“. Může mít problém i v chápání sdělení (neví, zda reagovat na verbální projev nebo na nonverbální: mohou pro něj být v rozporu – dvojná vazba). Některá slova, která klient používá, nemusí znát nebo je častěji používá v jiném významu. Může mít pocit, že klient s ním hovoří stejným jazykem, ale přesto mu nerozumí...

Existuje skupina nemocných s onemocněním schizofrenního okruhu, kteří mají v důsledku poruch soustředění, poruch kognitivních funkcí a oslabení integračních funkcí *Já* problémy s učním, přenosem zkušeností a dovedností (nejsou to ale zdaleka všichni).

Řada tzv. symptomů (projevů) dlouhodobého onemocnění je spíše důsledkem sociálních aspektů onemocnění, kombinací onemocnění a vlivu instituce (hospitalismus), ale také obranných mechanismů. Např. izolace, stažení může sloužit jako odklon zátěže sociálního prostředí, onipotentní fantazie (např. některé představy o výjimečných schopnostech) mohou být obranou před znehodnocením, které klient prožívá jako v souvislosti s dopadem onemocnění (např. invalidizace).

Klienti jsou nejen objektem stigmatizace ze strany okolí, ale sami toto stigma niterně prožívají. Jejich problémy je limitují, během života se často musejí vzdát (i opakovaně) svých představ a plánů.

Cíle pro pomáhající profesi

Co pozorujeme u pracovníka, který dobře navazuje vztahy a komunikuje s klientem s dlouhodobou psychotickou symptomatikou? Jaké jsou klíčové prvky v jeho chování?

Pro všechny pomáhající profese platí společné pravidlo: **stálost (včetně hlavních kontaktních osob), kontinuita podpory v závislosti na aktuálních potřebách klienta** (od čtyřadvacetihodinové podpory – např. v rámci asertivního case managementu, krizových intervencí – k podpoře v daný moment nepotřebné a tedy fakticky „nulové“).

1. Pracovník se snaží zabezpečit stálost, předpověditelnost a spolehlivost prostředí. Chápe, že jasná struktura a hranice jsou důležitými aspekty vztahu.

Důležité jsou např. dohody o setkání s klientem, stálost a kontinuita chodu komunitního zařízení, stálost hlavní kontaktní osoby a jejího chování a projevu, spolehlivost ...

2. Pracovník je akceptující, vytváří podpůrné (holding) prostředí, kde se klient může cítit bezpečně. Klient cítí zájem, přijetí, to, že pracovník vztah a komunikaci chce, vytváří je a udržuje.

3. Pracovník dokáže udržovat optimální (úzkost nevyvolávající) vzdálenost s klientem (patří sem přizpůsobený čas, místo setkání), ale také prostor pro mlčení.

4. Dokáže respektovat nezávislost klienta, jeho odlišnost i odlišné hodnoty.

5. Neslibuje to, co nemůže splnit, planě neutěšuje (raději nabízí méně, než aby zklamal, své nabídky pokud možno

dopředu ověřuje) – snaží se budovat vztah důvěry.

6. V případě krize umí přebrat zodpovědnost, včetně rozhodnutí o klientovi. O tomto kroku ale vždy uvažuje jako o výjimečném a znovu a znovu ho podrobuje zpětné revizi a úvahám.

7. Rozumí psychotické symptomatice a umí se symptomy pracovat jako s jevy nesoucími osobní význam pro klienta (psychotické symptomy jako „smysluplné a záměrné“, plní funkci v pacientově rovnováze a jeho osobních vztazích). Umí „překládat“ psychotickou symptomatiku v rámci vztahu, který vzniká mezi ním a klientem. Věnuje pozornost nejen „věcnému“ obsahu, ale také emočnímu, vztahovému významu sdělení.

8. Pracovník rozumí tomu, že klient může být plný protichůdných pocitů (např. strach z nátlaku, z vlastní agresivity, ale i agresivity okolí; pocit bezbrannosti a závislosti; potřeba stažení se a komunikace), které ho mohou vést k pro okolí nepochopitelnému chování, prožívání. Je ochoten a schopen tyto pocity „kontejnovat“ (vstřebat, obsáhnout, detoxifikovat – např. nereaguje na zlost zlostí nebo stažením), a pomoci tak klientovi tyto pocity zvládnout.

9. Přijímá, že ne vše je okamžitě srozumitelné, je schopen nést úzkost z neznámého, protichůdného, chaotického, nebojí se „psychózy“. Neznamená to ale, že zůstane ve vztahu pasivní, klient cítí, že se pracovník nebojí, ale zůstává s ním a neustává ve své snaze najít nějaký pevný bod v jejich společné komunikaci.

10. Je srozumitelný, jednoznačný – nehovoří v kondicionálech, symbolických přirovnáních, citlivě zachází s humorem, zejména dvojnázným. Chápe, že klient může mít problémy se soustředěním, chápáním významu slov, problémy se sociálními dovednostmi. Tím, jak komunikuje, jak se chová, může vytvářet pro klienta přirozenou možnost učit se.

11. Umí se přizpůsobit klientově situaci, která může výrazně kolísat od setkání k setkání. Zároveň se nevzdává snahy porozumět tomuto kolísání i jako eventuálnímu projevu, vyjádření vztahu klienta vůči pracovníkovi (např. staženost – klient se zlobí, vytváří vzdálenost?, či naopak se ocitli příliš blízko, a tak klient musí obnovit vzdálenost?).

12. Často je aktivita pracovníka v komunikaci mnohem vyšší než v komunikaci s ostatními klienty. Pracovník slouží jako jakési pomocné já klienta, pomáhá mu zformulovat a vyjádřit jeho potřeby, pocity. Pozor: nezaměňovat s úzkostným „povídáním“, kterým zaplňují prázdno, jemuž nerozumím (klient „stáhl roletu“).

13. Pracovník umí odlišit vliv medikace, vedlejších účinků léků na komunikaci (zpomalení vnímání, neklid, který se jeví jako nesoustředěnost, pocity emočního prázdna, útlumu). Dokáže tomu přizpůsobit např. délku setkání s klientem.

14. Je citlivý vůči nonverbálním projevům (mimice, řeči těla, tónu hlasu atd.), chápe zvýšenou citlivost klienta na některé specifické podněty (vyladění „hlasitosti“, vzdálenosti, tempa, množství podnětů...).

15. Má dostatek jistoty, aby rozeznal a unesl nepřátelské projevy, které jsou běžnou součástí fungujícího vztahu s psychotickým klientem (ať již jsou přenosové či plynou z frustrace, pocitu nepochopení nebo jsou namířeny vůči roli pracovníka, organizaci, systému). Klient může bránit svou rovnováhu, které dosahuje za cenu symptomatiky, stažení se či přijetí role duševně nemocného.

16. Dokáže hledat a vytvářet spolu s klientem společná očekávání od budoucnosti, pomáhá klientovi definovat jeho cíle a priority.

17. Je pro něj důležité pochopení reálné situace, vztahů s klientovými blízkými osobami, ale také pochopení klientova vnitřního života a vztahů mezi pracovníkem a klientem.

18. Umí rozeznávat klientovy úspěchy (které mohou být výrazné v rámci klientova života, z pohledu okolí ale nerozeznatelné či nerozeznávané). Poskytuje i prostor na zklamání a neúspěchy.

19. Pracovník spolupracuje úzce s kolegy v rámci užšího a širšího týmu (viz např. rehabilitační společenství – rehabilitační aliance). Je si vědom, že zvláště pro klienty s psychózou představuje ohrožení nesoulad v týmu. Ten přináší stres a může způsobit závažné zhoršení stavu klienta, jehož křehké testování reality závisí na kohezním obrazu světa, který pro něj tým představuje.

Moc a pomoc

Čtyři kvadranty profesionálního pomáhání – nabízení pomoci

Pracovník se rozhoduje na základě svého dosavadního porozumění kontextu rozhovoru, včetně kontextu instituce, v které se nachází, zda může či nemůže nabízet pomoc.

Pracovník se rozhoduje v kontextu situace	
Nemohu nabízet pomoc	Mohu nabízet pomoc
1. vyjasňování 2. přesvědčování 3. dozor 4. opatrování	Přes dojednávání k formulaci cíle pomáhání: 1. vzdělávání 2. doprovázení 3. poradenství 4. terapie

1. Provázení, vedení:

Klient má přání: *Pomoz mi vyrovnat se s mou situací*

Pracovník nabízí pevnou strukturu k opoře. (Pracovník nabízí již hotové.)

2. Návod, rady, informace, vzdělávání, zkušenosti:

Klient má přání: *Pomoz mi rozšířit mé možnosti.*

Pracovník nabízí znalosti, informace, zkušenosti, přístupy. (Pracovník nabízí již hotové.)

3. Poradenství, koučování:

Klient má přání: *Pomoz mi objevit a využít mé možnosti.*

Pracovník nabízí klientovi podporu a pomoc při aktivaci jeho struktur a zdrojů. (Pracovník nabízí tvoření nového.)

4. Terapie:

Klient má přání: *Pomoz mi unést/ukončit mou bolest, obavy, starosti, trápení (a začít něco jiného) ...*

Pracovník nabízí pomoc při řešení problémového systému a pomáhá vytvářet nové možnosti/reality. (Pracovník nabízí tvoření nového.)

Čtyři způsoby přebírání starosti (a s ní spojené kontroly)

1. Vyjasňování – je běžnou součástí každého rozhovoru. Je vedeno pracovníkovou potřebou otevřít klientovi lepší šance vyslovit přání. Pokud nedosahuje tohoto cíle, obvykle pracovník sahá k přesvědčování či dozoru. *Chci ti dát lepší šanci.*

2. Přesvědčování – je vedeno pracovníkovou snahou získat klienta, přesvědčit ho, aby přijal pracovníkem preferované předpoklady. *Chci tě motivovat.*

3. Dozor – je veden pracovníkovou snahou přimět klienta k dodržování norem a pravidel pracovníkem preferovaných či zastupovaných. *Nemohu to nechat jen na tobě.*

4. Opatrování (pečování o klienta) – je vedeno pracovníkovým přesvědčením: *Musím to udělat za tebe.*

Pomoc	Kontrola
1. Může se uskutečnit pouze ve spolupráci s klientem <ul style="list-style-type: none"> - odsouhlasená předem - aktivní spoluúčast klienta 	1. Může se uskutečnit bez jakékoli spolupráce s klientem <ul style="list-style-type: none"> - nic není odsouhlaseno předem - pasivní účast klienta
2. Klient formuluje požadované cíle.	2. Pracovník formuluje požadované cíle.
3. Pracovník nabízí prostředky.	3. Pracovník rozhoduje o prostředcích.
Výstup: „Můžeme.“	Výstup: „Měl bys.“

Spin ČR 2002

Přebírání kontroly a nabízení pomoci

Pomoc je komplexní koncept. Prakticky zahrnuje koncepty: vedení/řízení a provázení. Osoba, která vede, přejímá nad osobou kontrolu. Vedoucí je osoba, která říká, co a jak bude. Přebírá odpovědnost za události. Provázení spočívá v naznačování cesty a směru. Spočívá v ochraně, podpoře kdykoli ji osoba potřebuje, bez přejímání odpovědnosti za osobu. Průvodce je podřízen tomu, koho vede, a ten také určuje konečné cíle. Průvodce je k dispozici. Příkladem může být autoškola: student v autoškolě může indikovat cestu (např. kam jet, co cvičit), ale potřebuje k tomu někoho, kdo mu v tom pomůže (jaká cesta bude nejlepší a jak zvládnout případné problémy) – instruktora. Jiným příkladem provázení může být převod slepce na přechodu jeho vodícím psem. Osoba určuje cíl cesty a vodící pes tomuto cíli napomáhá.

Přebírání kontroly

Kontrola je proces, jehož prvním a rozhodujícím krokem je krok toho, kdo se rozhodl postarat se o druhého na základě své domněnky, že ten to právě potřebuje. Kontrolovat znamená sledovat „jiné zájmy“ než vyslovenou a rozhovorem ověřenou klientovu objednávku. Při kontrole tedy pracovník jedná dle svého uvážení bez ohledu na klientova přání.

Pracovník a klient spolu mohou jednat v obou polohách, v rovině přebírání kontroly i v rovině nabízení pomoci. Pracovník musí umět obojí. A aby to mohl umět, musí především být schopen jasně rozlišit, co z obojího právě dělá.

Má-li pracovník úspěšně přebírat kontrolu, potřebuje mít jasno v řadě věcí:

- Musí mu být jasné, že to, co si v rámci své profese vezme na starost, není objektivní nutnost, ale jeho vlastní rozhodnutí.
- Musí si být jist tím, o co se v normách, které zastupuje, opírá jeho oprávnění přebírat starost.
- Musí být vybaven dovednostmi v technikách profesionálních způsobů kontroly, což mu umožní nezaměřovat je za postupy jiné – neprofesionální, jako např. nátlak, manipulace, vybírání aj.
- Musí mu být jasná kritéria, která určují, kdy s přebíráním starosti a kontroly přestat.

Profesionálním posláním je nabízet pomoc. Kontrola je profesionální pouze tehdy, je-li nezbytně nutnou cestou k otevření příležitosti naplnit profesionální poslání – nabízet pomoc.

Každá pomoc by měla být užitečná, respektující a příjemná (Úlehla, 1996). Vztah pomoci je založen na spolupráci rovnocenných a klient je zde respektován a akceptován stejně jako jeho problém.

Cílem snah pracovníka v pomáhající profesi je vést klienta k samostatnosti podporováním jeho schopnosti vypořádat se s problémem za využití (nejen) vlastních zdrojů. Někdy jsou však zdroje klienta natolik nepřístupné (omezené, zablokované atd.) a tedy i aktuálně nevyužitelné, že je užitečné volit jiný způsob interakce a přimět klienta k následování direktivnějších pokynů.

Někdy je pracovník přímo vybízen k uplatnění sociální kontroly např. za následujících okolností:

- a) Akutní situace, typ problému.

Pomáhající se snadno uchýlí ke kontrole v časové tísní, neboť přináší rychlá řešení. Někdy okolnosti přímo donutí pracovníka sáhnout po striktní kontrole, a převzít tak odpovědnost za celou situaci. Může jít o akutní záležitosti, krizovou intervenci apod.

- b) Charakteristika klienta.

Někteří klienti se sami rádi zbavují odpovědnosti za řešení svého problému a snaží se ji předat druhým a nejlépe odborníkům. Je pohodlné očekávat předem nezdar profesionální intervence a pak s úlevou konstatovat: „Ani odborník si nedokázal poradit s našim problémem, tak jak by se to mohlo podařit nám?“

Pracovník někdy bývá přímo vyzván ke kontrole pasivním nebo bezradným klientem. Naopak, z pohledu pracovníka se může některý klient jevit jako člověk aktuálně neschopný převzít zodpovědnost za řešení svého problému. V takových případech přebírá pracovník (například jen dočasně) kontrolu nad celým procesem a jakmile je klient připravený ke spolupráci, postupně přechází k pomáhání, aniž by se nechal vtáhnout do případné manipulativní hry klienta.

Překážky a úskalí ve vztahu a komunikaci:

Problémům ve vztahu je potřeba věnovat bezprostřední pozornost. Je to důležité pro náš vztah s pacientem, ale také pro mapování jeho problémů v jednání s jinými lidmi. Někdy máme tendenci potíže opomíjet: můžeme mít jinou míru tolerance, jiné zkušenosti, také se to neděje nám.

1) Překážky soustředěného pozorování a aktivního naslouchání:

Nesoustředěnost: časový tlak, telefony (mobil), hluk (TV, rádio, okolí), přítomnost jiných lidí, více věcí k řešení, symptomy pacienta, které ho ruší.

Odpověď: Vymezit si dopředu čas, o tomto čase se dohodnout s pacientem, kolik času má on, kolik my.

Rozdělit sezení, část společně s rodinou, část pro pacienta, dle situace, ale držet se dohodnutého vymezení, hranic.

Společná dohoda o TV, telefonech atd.

Plánovat spíše méně věcí na jedno setkání.

Plánovat prostředí setkání tak, aby to vyhovovalo pacientovi, ale i nám.

Dohoda o situaci, jak se pacient cítí, je vhodný čas na setkání? Je potřeba něco aktuálně?

Následuje dohoda o dalším setkání, jeho podmínkách.

Pokud mám výjimečně náhle jiné povinnosti či jiné věci k řešení, je důležité to otevřeně říci a dále vyjednávat (opět empaticky, být připraven na pocit zklamání pacienta, obnovení nedůvěry atd.).

2) **Tendence k nabízení „rychlého řešení“:** Často máme tendenci rychle poskytnout pomoc, naše řešení situace. A to v situaci, kdy se nejedná o krizi, ale o dlouhodobý problém. Máme pocit, že jinak nás bude pacient vnímat jako neužitečné nebo neschopné.

Odpověď: Nechte si čas na poznání člověka, nejen jeho problému, ale také jeho silných stránek, dovedností.

Zjistěte také zdroje jeho sociální sítě, komunity.

Využijte techniky šetření problému, viz výše, šetření potřeb (metoda CAN, CANSAS).

3) Překážky plynoucí ze „zkušenosti“ z minula:

Lidé s dlouhodobým duševním onemocněním a zároveň i pracovníci při navazování vzájemného vztahu mohou narážet na **překážky, plynoucí z opakované reálné zkušenosti** se systémem péče. Jak pacienti, tak pracovníci, procházejí procesem „učení“ se na základě vlastní zkušenosti. Nehovoříme nyní o vlivech např. paranoidní percepce či depresivního stavu (viz práce se specifickými skupinami), stereotypech či vyhořeních (viz supervize), ani o přenosových či protipřenosových fenoménech, ale o učení se na základě nedávné zkušenosti. Tou mohou být nepříjemné zkušenosti s vedlejšími účinky léků, nenaplněné potřeby péče, střídání se terapeutů, ale také zkušenost s pacienty, kolegy a systémem péče.

Odpověď: Pro obě strany je důležité podívat se nově na vzájemnou situaci. Zde může být základ „úspěchu“ začínajících pracovníků. Jejich nový pohled na situaci pacienta a chuť do (spolu)práce překonává často i obtíže a „začátečnické“ chyby. Důležité je sobě i pacientovi poskytnout čas k vytvoření důvěry a překonání pocitů beznaděje.

4) **„Poškození“ vztahu jako důsledek práce nekoordinovaného týmu** (ale i týmu, ve kterém nefungují vztahy založené na vzájemné důvěře, respektu a vážnosti cíle):

Odpověď: Důležitá je intervize, supervize, otevření problému.

5) **Problémy s neakceptováním fáze** vztahu mezi pracovníkem a pacientem:

Odpověď: Reflexe situace, teoretická znalost, praktická aplikace jednotlivých fází utváření vztahu a přizpůsobovat tomu naše chování, komunikaci.

6) **Hranice vztahu a „pravidla“**. V terénní práci je pracovník více vystaven úvahám nad pravidly hry (etika pomáhající profese) a hranicemi vztahu. Kromě toho, že dodržuje etický kodex pomáhající profese, dostává se často do situací, kde pravidla nejsou jasně stanovena a kde jeho rozhodnutí závisí na zhodnocení situace, vědomí intervence (co právě dělám a proč to dělám).

Odpověď: Vždy musím hledat odpověď na otázku: Je to, co dělám, ve prospěch pacienta?