

PSYCHÓZA NENÍ NEMOC, ALE REAKCE NA EXTRÉMNÍ STRES – DIALOG JI LÉČÍ¹

*Jaakko Seikkula
(Finsko)*

Z knihy: Putnam, N., Martindale, B. (Eds.) 2022. Open Dialogue for Psychosis: Organising Mental Health Services to Prioritise Dialogue, Relationship and Meaning. London: Routledge.

Překlad do češtiny: Borek L a Pavel Nepustil, s pomocí www.deepl.com

Úvod

Tato kapitola popisuje, jak lze psychózu chápat jako aktivní psychologickou reakci na extrémní/traumatické zážitky, kdy nebylo možné zpracovat afekty vyvolané takovými zážitky prostřednictvím jazyka. Pokud síť otevřeného dialogu (OD) dokáže vytvořit hloubavou atmosféru, která umožní zaznít různým, i protichůdným hlasům, včetně hlasu osoby, která psychózu prožívá, pak je zde možnost konstruovat vyprávění obnovy a nápravy, a to i mnoho let poté, co se psychóza poprvé projevila. Kapitola poukazuje na několik klíčových bodů týkajících se praxe zprostředkování síťového setkání s osobou zažívající psychózu a její sítí.

Psychóza, tělo, trauma a extrémní stres

Existuje mnoho způsobů, jak chápat psychotické problémy. V literatuře je psychóza většinou vnímána jako patologický stav, který je třeba léčit. Základem dialogického pohledu na lidský život je však důraz na respektování druhého s jeho pohledem na život, a to bez podmínek. Proto je důležité nahlížet na psychotické chování z hlediska jedinečného života člověka, který je středem zájmu, aniž by se patologizovalo. Z dialogického hlediska lze psychotickou zkušenost vnímat jako jeden ze způsobů, jak se vyrovnat s děsivými zážitky ve svém životě. Do literatury o dialogickém přístupu k porozumění psychotickému chování již přispělo několik autorů (Dilks, 2013; Lysaker a Lysaker, 2001; Seikkula et al., 2001).

V OD se psychotické chování nepovažuje za samostatný soubor kategorických jevů, jako je tomu u nemoci. Místo toho je takové chování považováno za výsledek aktivního pokusu ztělesněné mysli vyrovnat se s prožitky, které jsou tak „těžké“, že o nich nebylo možné vytvořit racionální mluvený příběh. Například většina lidí s diagnózou psychózy zažila fyzické nebo sexuální zneužívání, ať už v dětství, nebo v dospělosti (Aas et al., 2019; Goodman et al., 1997).

¹ Originální název kapitoly: Psychosis is not an illness but a response to extreme stress – dialogue is a cure for it. (pp. 52-65).

Někdy mohou aktuální stresové situace, které se v některých ohledech podobají dřívějším stresovým/traumatickým zážitkům, vyvolat afekty související s těmito dřívějšími zážitky. Afekty lze obecně chápat jako tělesnou reakci, snahu obnovit homeostázu, která byla ohrožena něčím, co se odehrálo vně nebo uvnitř těla. Při řešení enormního afektivního vzrušení souvisejícího s minulým traumatem může naše ztělesněná mysl vytvářet halucinace nebo bludy namísto jasné narativní vzpomínky na tyto zážitky. Dalo by se říci, že při psychotickém chování tělo promlouvá prostřednictvím metafory, „vypráví“ a předvádí své zážitky. Potřebujeme slova, abychom si uvědomili smysl intenzivního afektu/traumatu, a tím se s ním vyrovnali, a při absenci jasného narativu se mohou objevit psychotické zážitky. Někteří to nazývají přednarativní kvalitou psychotického prožívání (Holma a Aaltonen, 1997).

V terapeutických rozhovorech se zdá být důležité vyhnout se identifikaci traumatického zážitku jako příčiny psychózy, protože psychotické zážitky nejsou způsobeny samotnými traumatickými událostmi, ale jsou spíše reakcí na aktuální afektivní zážitky, které pramení z dřívějších zážitků, jako v níže uvedeném příkladu. Kromě toho mohou být psychotické jevy také reakcí na biologické změny, užívání nelegálních drog nebo organické poškození mozku.

Pro ilustraci své hlavní myšlenky bych se rád podělil o příběh ženy, u níž se rozvinula psychóza v obavě, že její manžel je pod vlivem drog a přijde ji zabít.² Během setkání s rodinou se zjistilo, že před 16 lety žila s mužem, který ve vysoké míře nadužíval drogy. Pod vlivem drog ji opakovaně bil, což nikdy nikomu jinému nesdělila. Několik měsíců před první psychotickou epizodou jí tento muž poprvé po 16 letech zavolal. Když uslyšela jeho hlas, nedokázala nic říct, ale její tělo se třásl, protože si vzpomněla na hrůzu ze smrti, kterou zažívala, když žila s hrozbou násilí z jeho strany. Strach, který cítila vůči manželovi, byl psychotický; nebyl to on, kdo ji chtěl zabít. Zároveň však narážela na něco, co skutečně zažila, tedy na násilí ze strany svého bývalého partnera. Takové zážitky těžké viktimizace nejsou v mysli uloženy tak, aby byly zaznamenány v jazyce, a mohly být tedy reflektovány (tj. nejsou uloženy v explicitní paměti), ale zůstávají „uzamčeny“ v mysli, která zaznamenává hrůzy nadčasovým způsobem v implicitní paměti (Van der Kolk a Fisher, 1995).

V tradici OD se vyvinul psychoterapeutický přístup, který je založen na myšlence vnímat halucinace a bludy jako součást psychického fungování v krizových situacích, a jako propojené s nepřekonatelnými afekty. V klinické praxi není užitečné vnímat je jako patologii ve smyslu fyzické nemoci, ale spíše jako psychickou reakci. Jako užitečnou hypotézu pro pomoc lidem v psychotických krizích bychom mohli halucinace a bludy vnímat jako jednu z forem afektů. Emocionální stavy – například pocit úzkosti, záchvaty paniky nebo depresivní nálada – patří k životu jako přirozené reakce na různé okolnosti. Pokud jsou extrémní, mohou se stát problematickými a zakazovat nebo potlačovat konstruktivní reakce na stresory v našem

každodenním životě. Pak můžeme být diagnostikováni jako osoby trpící úzkostí, panickou poruchou nebo depresí. Z mého pohledu vznikají tyto jevy podobně jako halucinace a bludy, protože halucinace jsou také reakcí naší ztělesněné mysli na extrémní stres – obvykle se jedná o několik stresorů najednou.

Jako příklad uveďme, že člověk slyší hlas milované osoby, která náhle zemřela. Pro tohoto člověka není těžké pochopit takový zážitek jako jeho emoce, které se snaží obnovit homeostázu a zachránit ho před bolestí ze ztráty. V určitém okamžiku však, pokud bolest zůstane nesnesitelná, může tato osoba ztratit schopnost chápat tímto způsobem, tj. přijmout, že daná osoba již nežije, a že tedy z vnějšího světa žádný hlas nepřichází. Při psychotickém prožívání ztrácí jedinec schopnost chápat, jak afektivní prožitky souvisejí s jeho životem. Slyšení halucinačních hlasů není kritériem pro diagnózu psychózy – jde spíše o to, že člověk nemá schopnost ověřovat realitu (Cullberg, 2000).

Bertram P. Karon vykonal průkopnickou práci při vývoji individuální psychoterapie pro lidi s psychózou. V knize, kterou napsal společně s Garym Vandenbosem (Karon a Vandenbos, 1981), ukazují na několika příkladech případů, jak lze psychotické jevy chápat jako reakci na skutečné a zároveň děsivé zážitky. Například v jedné situaci začal mladý muž mluvit latinsky. Místo aby to terapeut považoval za něco náhodného a bezvýznamného, zajímalo ho, zda mladík měl nějaký zážitek v církvi. Ukázalo se, že byl sexuálně zneužit knězem, když působil v kostelním sboru. U psychotických problémů považují Karon a Vandenbos afektivní reakce za primární a o problémech v uvažování a myšlení uvažují až jako o sekundárním procesu. Podle jejich názoru lidé prožívající psychózu žijí ve stavu hrůzy, a proto může být jejich uvažování narušeno. Domnívají se, že psychotické chování slouží jako aktivní obrana proti něčemu strašnějším, smrti. Podle jejich uvažování psychotické prožitky souvisejí s hrůzou ze smrti. Halucinace a bludy chápou jako způsoby, jak se s děsivými zážitky vyrovnat nepřímým, metaforickým způsobem.

Jako výchozí bod pro úspěšný terapeutický vztah Karon a Vandenbos (1981) navrhuje, aby psychoterapeut zaujal pevnou pozici tím, že podpoří osobu, se kterou pracuje, v její obraně proti smrti a slíbí, že nedovolí, aby jí někdo ublížil. A z dialogického hlediska jsou pak jejich popisy souvislosti mezi psychotickými zážitky a reálnými událostmi velmi užitečné, neboť přispívají k pochopení vnitřních/vertikálních dialogů v psychoterapii (tj. našeho vztahu k minulým zážitkům). Bohužel podávají spíše přímočarý popis o roli matky – a rodiny – jako příčiny psychotických problémů. Za tohoto předpokladu nedokázali spolupracovat s rodinou osoby prožívající psychózu, ale naopak navrhovali, aby se s rodinou setkával někdo mimo terapeutický proces a aby se psychoterapeut těchto rodinných sezení neúčastnil. V OD není

rodina vnímána jako patologická, jako ta, kterou je třeba změnit, ale namísto toho jsou v dialogu všichni uznáváni a respektováni.

Vytváření dialogu je reakcí na psychotické zážitky

V OD je verbalizace halucinací nebo bludů užitečná pro zahájení procesu konstrukce mluveného narativu o předchozích děsivých zážitcích. Je naděje, že to, co bylo dříve nesnesitelné a nemyslitelné, se může stát snesitelnějším. Hlavním cílem tohoto procesu je pomoci osobě prožívající psychózu plněji porozumět svým reakcím a pochopit, jak souvisejí s jejími současnými i minulými zážitky.

Úkolem týmu při síťových setkáních je umožnit osobě s psychózou a její síti, aby se ujali vedení při určování obsahu setkání. Výchozím bodem pro léčbu je jazyk rodiny – tedy to, jak každá rodina ve svém vlastním jazyce pojmenovala nebo pochopila problém. Léčebný tým přizpůsobuje svůj jazyk jedinečným potřebám osoby prožívající psychózu a její rodiny. Každý rozhovor vytváří nový jazyk (Bachtin, 1984). Každá přítomná osoba mluví svým vlastním hlasem a, jak poznamenává Anderson (1997), naslouchání se stává důležitějším než způsob vedení rozhovoru.

Když odborník poprvé zaslechne něčí halucinace nebo bludy, může se zdát, že je téměř nemožné je sledovat a pochopit. Je však důležité přijmout halucinace nebo bludy jako jeden z hlasů mezi ostatními. Na začátku se nezpochybňují, ale osoba je požádána, aby o svých zážitcích řekla více. Hlavním úkolem členů týmu je zajistit dialogickou odezvu na výroky členů rodiny s cílem podpořit nové porozumění mezi jednotlivými účastníky (Bachtin, 1984). Členové týmu mohou v reflektujícím rozhovoru reagovat na to, co slyšeli, zatímco rodina/síť naslouchá (jak je popsáno v kapitole 1), a rodina/síť obvykle velmi pozorně naslouchá tomu, co odborníci říkají o jejich situaci.

Ačkoli neplatí, že každá osoba, která prožívá psychózu, byla obětí fyzického nebo sexuálního zneužívání, může tato představa pomoci odborníkům orientovat se více na skutečné události, které se staly, ve snaze porozumět psychotickým zážitkům prostřednictvím dialogu se sociální sítí dané osoby. A přestože nám naše profesní zkušenost říká, že psychóza je obvykle důsledkem extrémních životních zkušeností, v přístupu OD neexistuje žádný předem naplánovaný program nebo předpoklad, jaké by tyto zkušenosti mohly být u dané osoby. Mohly být jakéhokoli druhu a mohly se stát kdykoli. Cílem dialogu navíc není zjistit přesný původní zážitek (zážitky), ale spíše podpořit diskusi o mnoha různých otázkách, protože ty mohou otevřít cesty k uzdravení. Důležité je, aby pracovníci brali nesmírně vážně vše, co lidé

v krizi říkají – zejména „psychotické” projevy –, namísto toho, aby je považovali za nesmyslné nebo nepochopitelné.

Jelikož halucinace a bludy často souvisejí se skutečnými událostmi z dřívějšího období života, je důležité věnovat čas jejich prodiskutování (viz oddíl níže: „Několik jednoduchých vodítek pro dialog s lidmi s psychotickým prožíváním”). Člen týmu se může například zeptat: „Slyšel jsem vás správně, když jste říkal, že máte kontrolu nad myšlenkami svého souseda? Mohl byste mi o tom říci více?”. Poté by se mohl zeptat ostatních členů sítě: „Co si o tom myslí ostatní? Jak rozumíte tomu, co říká M?”. Účelem takového dotazování je umožnit, aby zazněly různé hlasy týkající se diskutovaných témat, včetně těch „psychotických”. Pokud se týmu podaří navodit hloubavou atmosféru, která umožní zaznít různým, i protichůdným hlasům, má síť možnost konstruovat vyprávění obnovy a nápravy (Stern et al., 1999). A jak říká Trimble (2000), „obnovení důvěry v uklidňující mezilidskou emoční regulaci umožňuje dovolit druhým, aby na nás působili v dialogických vztazích”. (s. 15). Vzájemná otevřenost vůči názorům a zkušenostem druhých je nezbytná k tomu, aby osoba prožívající psychózu a sociální síť začaly konstruovat nová slova pro své problémy.

Jednou jeden mladý muž požádal o setkání OD.³ On a jeho rodina byli velmi zklamáni rodinným setkáním v tradiční psychiatrické léčebně, které absolvovali, když byl hospitalizován kvůli psychotickým epizodám. Řekl, že jeho rodiče jsou ochotni na setkání přijít, přestože se již dávno rozešli a nemají spolu žádný kontakt. Dále nás informoval, že jeho rodiče měli značné problémy ve vzájemné komunikaci a že to byl důvod, proč se rozešli. Na prvním setkání jsme se setkali se synem, jeho mladším bratrem a jejich matkou, na druhém s oběma mladými muži a jejich otcem a na třetím se všemi čtyřmi členy rodiny dohromady. Třetí setkání bylo nabitě extrémním napětím. Mladší bratr začal tím, že toto setkání se mělo uskutečnit před dvaceti lety, a po chvíli totéž řekla i matka. Probíraly se náročné otázky z rodinného života z období, kdy byli v minulosti všichni pohromadě, například problémy, které měli rodiče při vzájemném jednání a péči o děti, když byly malé. Otec byl při setkání velmi strnulý, a to i ve způsobu, jakým seděl, ale kritiku svých dětí si vyslechl. Na otázku, co si myslí o jejich kritických poznámkách, odpověděl, že se cítí špatně a že nebylo jeho úmyslem dětem jakkoli ublížit.

Ke konci devadesátiminutového setkání se atmosféra uvolnila a rodina dokonce vtipkovala o tom, čím si prošli, a společně se smála. Když byli na konci setkání dotázáni, jak se jim setkání líbilo, všichni odpověděli, že byli překvapeni, jak moc se lišilo od setkání v nemocnici. Řekli, že v nemocnici se zdálo, že lékař, který měl setkání na starosti, měl za cíl zjistit, jak moc je syn šílený a jak moc je šílená celá rodina. Na tomto setkání se cítili velmi odlišně v tom, jak byli všichni vyslechnuti a respektováni, i když měl každý jiný názor. To byl klíčový rozdíl oproti

jinému přístupu, což je poznámka, kterou opakovali i na konci setkání OD, která jsme absolvovali v průběhu jednoho a půl roku.

Několik jednoduchých vodítek pro dialog s lidmi s psychotickým prožíváním

V dialogické praxi je hlavním cílem setkání vyvolat dialog, a to jak mezi účastníky, tak mezi jejich vnitřními hlasy. To může zahrnovat například poukázání na to, že je přirozené mít různé názory na diskutované otázky – člověk nemusí mít jen jeden názor. Tímto způsobem se zvyšuje schopnost reflexe, což následně umožňuje zúčastněným více poslouchat, jak se ostatní členové rodiny cítili v souvislosti s diskutovanými otázkami, a zhodnotit tyto různé zkušenosti a hlasy. Často dochází k překvapením pro rodinné příslušníky – například rodiče mohou zaslechnout, že jejich děti prožívaly problémy v dětství zcela jinak, než jak je prožívali oni. V takovém dialogu mohou být členové rodiny ochotnější sdílet své vlastní zkušenosti, a pokud jsou vyslechnuti a bráni vážně, naslouchat i ostatním členům rodiny. Tato otevřenost vůči jiným hlasům může vést ke zvýšení vlastní životní kompetence, protože člověk lépe pochopí, jak se jeho vlastní názory vztahují k ostatním.

V psychotických krizích je úkol stejný jako v jiných krizových situacích, ale je třeba si uvědomit některé specifické výzvy. Následující čtyři aspekty jsou v psychotických krizích obzvláště důležité:

Mít neustálé vztahové zaměření

To je zastřešujícím základem otevřených dialogů. Vztahové zaměření se týká jak horizontálních (vnějších), tak vertikálních (vnitřních) dialogů.

Pokud jde o *horizontální (vnější) dialogy*, tj. komunikaci mezi těmi, kdo jsou přítomni na setkání, hlavním úkolem je kultivovat dialogy, v nichž jsou všichni účastníci rovnocenně respektováni a zapojováni. Pracovníci by měli podporovat členy sítě, aby sdíleli informace a názory týkající se jejich života, a zároveň neustále naslouchat a reflektovat to, co říkají. Neznamená to, že by každý měl mluvit stejně dlouho, protože je důležité, aby se každý mohl dialogu účastnit svým vlastním jedinečným způsobem. V akutní krizi zahajují pracovníci setkání často tím, že pozorně naslouchají osobě, která prožívá psychózu, přitom citlivě vnímají reakce ostatních členů rodiny, a zároveň naslouchají příběhům, které mohou tu a tam obsahovat psychotické projevy. Když žádají ostatní, aby na takové projevy zareagovali, je nejlepší zdůraznit afektivní prožitek osoby, která hovořila, místo aby se pouštěli do debaty o

tom, zda jsou psychotické zážitky „skutečné“, nebo ne. Tímto způsobem může tým posílit vazby mezi členy rodiny a snížit izolaci. Pro rodinné příslušníky je často nesmírně obtížné přijmout skutečnost, že osoba mluví psychotickým způsobem. Pracovníci mohou zvýšit vzájemnou akceptaci členů sítě tím, že budou skutečně respektovat prožitky každého člena rodiny, včetně osoby s psychotickým prožíváním.

Další doménou polyfonie hlasů jsou *vertikální (vnitřní) dialogy* každého účastníka a ty by měly být rovněž podporovány. Osoby prožívající psychózu nemluví pouze „psychotickou“ řečí, ale komunikují o svém životě i běžnějšími způsoby. Obě formy řeči by měly být respektovány a mělo by jim být nasloucháno. Ostatní členové rodiny jsou v podobné situaci, kdy mají více názorů/pocitů. I když se často cítí frustrovaní a kritizují osobu prožívající psychózu, vždy o ni projevují také péči a starost. Kromě toho by rodinní příslušníci měli být povzbuzováni, aby hovořili i o jiných aspektech svého života, nejen o těch, které se vztahují ke krizi nebo osobě prožívající psychózu.

Respektování psychotické zkušenosti bez podmínek

Jak již bylo zmíněno výše, v optimálních dialozích nezpochybujeme pohled na život druhého člověka, ale spíše jej povzbuzujeme, aby nám pomohl lépe pochopit svůj způsob vidění života, a zároveň nasloucháme tomu, jak stejné životní problémy prožívají ostatní účastníci setkání. To je ve výrazném kontrastu s přístupem, který se často používá v psychiatrické praxi, kdy se pracovníkům doporučuje podporovat lidi prožívající psychózu, aby se „orientovali na realitu“, konstatováním, že to, co říkají, je součástí jejich psychotického prožívání (nebo často „psychotické nemoci“) a není to skutečné. Takové tvrzení může být velmi neúčinné a škodlivé, zejména proto, že může vést k oddělení a zvětšení odstupů mezi osobou prožívající psychózu a odborníky (Avdi, 2005). Jedním ze základních prvků dialogické praxe je prohloubit vědomí a porozumění mluvčího tomu, co říká, tím, že jej bereme vážně. Je velmi nepravděpodobné, že by osoba prožívající psychózu byla schopna začít reflektovat své vlastní prožitky a hledat další dosud neznámé aspekty, pro které zatím nemá slova, pokud jsou její úhly pohledu od samého počátku odmítány.

Někdy mohou psychotické prožitky a komunikace ovládnout život člověka tak, že jeho konstruktivnější hlasy utichnou nebo se jim obtížně naslouchá. Mohou mít také sníženou schopnost sdělovat své zkušenosti (Holma a Aaltonen, 1997, 1998; Lysaker et al., 2003; Roe a Davidson, 2005). Kromě toho mám pocit, že značná část současného psychiatrického diskurzu a s ním spojených postupů negativně ovlivňuje schopnost diagnostikované osoby jednat, tím, že konstatuje, že psychóza je produktem mozkové poruchy, která nemá nic

společného s životními zkušenostmi subjektu. Takové komentáře mohou omezit rozsah komunikace dotyčné osoby s ostatními a tím omezit možnosti rozvoje prospěšného sebeporozumění a následného užitečného jednání (Avdi, 2005; Harper, 1995; Holma a Aaltonen, 1998, Karatza a Avdi, 2011). Pokud přítomní odborníci neakceptují realitu prožívání dané osoby, má to často za následek, že se cítí ještě méně schopna ovládat své myšlenky a pocity.

Když někdo začne na setkání sítě mluvit psychotickým způsobem, může to znamenat, že právě v tomto okamžiku začíná odkazovat na nejtěžší/traumatické zážitky ve své biografii, možná proto, že se těchto zážitků „dotkl“ dialog mezi přítomnými. Pokud v takových chvílích začneme lidi „orientovat na realitu“, zvyšujeme riziko, že nebudou moci začít rozvíjet své myšlenky o tom, co se v jejich životě stalo, včetně bolestných zážitků. Proto je důležité, aby se členové týmu místo toho zaměřili na to, co se děje v přítomném okamžiku. Lze se například zeptat: „Co jsem řekl špatně, když jsi o tom začal mluvit?“ nebo „Počkejte chvíli, o čem jsme se bavili, když M začal mluvit o tom, jak ho ovládají hlasy?“. „Důvod“ psychotických projevů se často může projevit právě v takovýchto zásadních bodech rozhovoru.

Tím, že plně akceptujeme výroky druhého, povzbudíme ho tím, aby o halucinacích nebo bludech mluvil více. V akutních krizích si většina lidí s psychotickým prožíváním myslí, že jejich halucinační hlasy existují v realitě, kterou sdílejí s ostatními, a v této chvíli je obzvlášť důležité povzbudit je, aby své prožitky/přesvědčení více sdíleli, např. otázkou: „počkejte, slyšel jsem správně, když jsem vás slyšel říkat, že si myslíte, že vás manžel chce zabít? Můžete nám pomoci porozumět tomu více? Kdy jste si to začala myslet? Myslíte si to pořád, nebo jen někdy?“. Tyto otázky jsou příkladem toho, jak můžeme neobvyklé zkušenosti zahrnout do každodenní konverzace, místo abychom takové zkušenosti definovali jako patologické nebo nepřijatelné.

Není vždy snadné přijmout psychotické projevy druhého, zejména v době krize. Obzvlášť obtížné to může být, pokud chce člověk například navázat kontakt s někým, o kom si myslí, že ho chce „dostat“, nebo slyší hlasy, které mu předepisují zabití konkrétní osoby. Jedním ze způsobů, jak postupovat v tomto typu extrémní situace, je, že pracovník komentuje emocionální stránku zážitku například slovy: „Zní to, jako byste byl ve velké tísní, a my vám chceme pomoci.“ Zároveň však pracovníci musí být opatrní a vyhodnocovat, co by dotyčný mohl v praxi udělat. Při slyšení halucinačních hlasů, které předepisují ublížit sobě nebo jiné osobě či jinému člověku, je důležité dát dotyčnému jasně najevo, že nesmí dělat to, co mu hlas říká, ale naopak ho vyzvat, aby začal o svém zážitku přemýšlet.

Později, v průběhu procesu zotavování, může osoba dospět k názoru, že halucinační hlasy, které stále slyší, neexistují ve vnější realitě, ale jsou spíše součástí jejího vnitřního prožívání,

což znamená, že již není psychotická (Cullberg, 2000). V tomto okamžiku může být povaha našeho dialogu o hlasech zcela jiná, než když se osoba nacházela v akutní krizi. Například jedna žena si v psychoterapii začala uvědomovat, že hlas její tety, který slyšela, nepochází z vnější reality, ale ve skutečnosti vyjadřuje určité obavy, které ve vztahu k tetě měla.⁴ V průběhu terapie jsme oba dospěli k názoru, že hlasy, které slyšela, mohou souviset s tím, že teta ne vždy akceptovala její náboženskou orientaci – hlasy tedy již nebyly psychotické, protože je mohla spojit se svou životní zkušeností. Dospěla k pocitu, že už není ochotna vést s hlasy debatu o této otázce.

Celkově lze říci, že bez ohledu na to, zda pracujeme s někým v akutní krizi, nebo v pozdější fázi procesu, je nezbytné mít postoj, že naše dialogy vedeme s lidskými bytostmi, a ne se „schizofrenními/psychotickými pacienty“. Pokud je naším postojem, že hovoříme s nemocným člověkem, můžeme se příliš snadno zaměřit na hledání patologických aspektů jeho prožívání, zatímco cílem dialogické praxe je mobilizovat pozitivní zdroje jak člověka, který je středem zájmu, tak jeho rodinných příslušníků.

Zdůraznění pocitů a afektivních aspektů vyprávěných příběhů

Osoba s psychotickým prožíváním někdy sdílí extrémní příběhy, které mohou vyděsit jak odborný tým, tak rodinné příslušníky. Může jít například o sluchové halucinace, v nichž se ozývá výhružný hlas, který osobě přikazuje, aby udělala něco násilného, nebo děsivé vizuální halucinace. Silné paranoidní systémy přesvědčení mohou stavět do náročných situací i odborníky. Osoba s paranoidními myšlenkami může trvat na tom, aby jí členové týmu odpověděli, zda sdílí tato přesvědčení. Jak bylo uvedeno výše, pouštět se do debaty o tom, zda jsou zážitky/přesvědčení skutečné, či nikoli, s největší pravděpodobností neotevře cestu k dialogičtějším úvahám o životě dané osoby a roli přesvědčení v něm, a jednou ze základních dialogických zásad je zaměřit se místo toho na emocionální aspekty zážitků, které s námi uživatelé služeb sdílejí. V dialozích během psychotických krizí může být obzvláště důležité zaměřit se na emocionální prožitky, které osoba prožívá, když nám vypráví například o pronásledovatelích, kteří ji pronásledují. To lze provést jednoduchým způsobem, například slovy: „To zní, jako byste se ocitla v situaci, ve které pociťujete opravdu velkou tíseň “ nebo „To zní, jako by to pro vás byla opravdu děsivá situace. Mohl byste mi říct, jak se cítíte, když jste ohrožen?“. Tyto odpovědi jsou pouze ilustrativními příklady ze situací, kterých jsem se sám účastnil. Díky otázkám, jako jsou tyto, jsem našel cestu k otevřenějšímu prostoru, v němž je možné uvažovat o životě dané osoby, včetně aspektů nesouvisejících s ohrožujícími psychotickými zážitky.

Preference přítomnosti tady a teď

To je jedna z hlavních obecných vůdčích myšlenek dialogické praxe. Místo toho, abychom se soustředili především na obsah rozhovoru a na to, co se sděluje o tom, co se stalo před setkáním, soustředíme se více na to, co se říká v přítomném okamžiku, a na to, jak reakce na to, co se říká, ovlivňují prožívání účastníků setkání. Lze diskutovat o jakýchkoli zážitcích, které se odehrály před setkáním, ale důraz je kladen na klíčové emoce, které jsou pociťovány a vyjadřovány během setkání.

V případě psychotických krizí existují další prvky, které podtrhují význam tohoto způsobu práce. Jak již bylo zmíněno výše, zatímco dotyčná osoba mluví o něčem, co my jako kliničtí pracovníci můžeme považovat za psychotický zážitek, může možná vůbec poprvé mluvit – i když s psychotickými projevy – o těch nejextrémnějších zážitcích ve svém životě, pro které před tímto okamžikem neměla slova. Z naší zkušenosti vyplývá, že při počátečním kontaktu se sítí v krizi je otevřené okno umožňující diskusi o bludných myšlenkách a výzvou pro klinické pracovníky je, jak být přítomni způsobem, který podpoří další uvažování o těchto bludech. Naše schopnost tak učinit do značné míry závisí na způsobu, jakým vyslechneme sdílené příběhy a jak na ně v daných chvílích reagujeme. V klinické praxi a na základě studií, které jsem provedl (Seikkula, 2002), jsem se naučil řídit se vůdčí myšlenkou zastavit vše ostatní v dialogu a zaměřit se na to, co bylo právě řečeno v okamžiku, kdy se objeví „psychotické” sdělení.

Kromě výše uvedeného je také třeba, abychom naslouchali a byli přítomni u prvních úvah, které osoba začne mít o zkušenostech, jež prožila, protože v opačném případě by to mohlo mít pro léčebný proces dlouhodobé negativní důsledky. To se ukázalo ve výzkumné studii o krizích, kde se porovnávaly dobré a špatné výsledky. Výzkum zkoumal první síťová setkání a kvalitu dialogu během nich (Seikkula, 2002).

V níže uvedeném příkladu osoba prožívající psychózu (v přepisu *P*) hovořila o jedné situaci doma, která skončila jeho násilným chováním vůči matce.⁵ Na konci svého nepřehledného vyprávění začal o svém chování přemýšlet, ale tým na to bohužel nereagoval. Místo toho se snažili objasnit, co se doma stalo, když došlo k násilí.

P: No, bylo to minulý víkend, přišla k nám policie. Ona [jeho matka] byla opilá. Když nic neřekla a začala si uprostřed noci vařit kafe a já se zeptal... Vyšel jsem ven a přišel do kuchyně a ona se otočila a řekla, že se o tom nesmí mluvit. Pak jsem jí dal facku. Vyběhla na chodbu a začala křičet. Řekl jsem, že není třeba křičet, proč to nemůže říct... A pak jsem se uklidnil. V tu chvíli

jsem dostal pocit... A přijela policie a sanitka. Ale nějakým způsobem mám pocit, že to je, samozřejmě, že se nesmí nikoho bít. Ale jsou přece situace...

T1: To byl ten moment, kdy jste se dostal do nemocnice?

P: Ano, to se stalo těsně před tím.

T2: Proč neřekla, že přijela policie?

P: Cože?

T2: Proč neřekla, že u vás byla policie tu noc předtím?

P: To nebylo noc předtím, to bylo minulý víkend. Myslel jsem si, celou dobu si myslím ty divné věci, a věděl jsem, že nejsou pravdivé. Ale když o nich chvíli přemýšlíte, tak potom máte pocit, že se takové věci opravdu mohou stát. Je toho moc... Člověk myslí jen na různé plané věci.

T2: A to všechno začalo minulý víkend, tahle situace?

T1: Ano.

Ve výše uvedeném dialogu se tým dvakrát v krátkém časovém úseku rozhodl zaměřit na tu část vyprávění P., která se týkala toho, co se stalo doma, když došlo ke konfliktu, a vůbec nereagoval na jeho úvahy o násilném činu nebo jeho „divných myšlenkách“. V obou těchto situacích projevoval zájem o své chování zdravým způsobem a uvažoval o tomto chování, ale od týmu se mu nedostalo žádné odezvy, která by mu pomohla rozvíjet své myšlenky na toto téma. V tomto specifickém procesu péče nebylo následně možné diskutovat o jeho psychotických myšlenkách a P dokonce odmítl jakoukoli nabídku pomoci. Nepřítomnost v kritických okamžicích, zanedbání reakce na aspekty zásadních témat, může vést k poměrně dramatickým nepříznivým důsledkům.

Psychotické zážitky dlouhodobého charakteru

V době, kdy jsem působil jako klinický psycholog v nemocnici Keropudas, jsem pracoval především na dvou odděleních pro dlouhodobé uživatele služeb, z nichž někteří byli hospitalizováni několik desetiletí. Ve většině těchto dlouhodobých situací se nám podařilo navázat kontakt s jejich původní rodinou a domluvit s ní společně s uživatelem služby setkání. Tento kontakt a průběh následných setkání byl pro mě velmi podnětným zážitkem přinejmenším ve dvou ohledech.

Zaprvé nás zarazilo množství dlouholetých „psychotických“ příběhů, které byly na setkáních sdíleny. Ačkoli jsme zpočátku nedokázali pochopit, čeho se tyto příběhy týkají, postupně začaly odhalovat důležité významy v tom smyslu, že se zdálo, že souvisejí se skutečnými zážitky v rodině. Jeden muž například vyprávěl o tom, jak viděl, jak někomu teče krev z očí a jak mu v břiše vybuchlo dělo.⁶ Hned při prvním setkání s jeho starší matkou vyšlo najevo, že když mu bylo osm let, byl svědkem nehody nákladního auta, při níž se jeho otec rozletěl na kusy a zemřel, a při té příležitosti jeho otci skutečně tekla z očí krev. Jiný člověk střílel prstem po každém, kdo se k němu přiblížil, a říkal, že jeho prsty jsou děla. Při setkání se sestrou a bratranci vyšlo najevo, že se otec často pouštěl do střelby, aby vyhnal děti ze svého dvora, když se přišly koupat do nového jezera, které vzniklo výstavbou vodního mlýna na řece Kemi. Stavební práce byly pro otce, který kvůli vzniku jezera přišel o velkou část svého hospodářství, velmi bolestné. Zdálo se nám, že když se muž cítil ohrožen, opakoval gesta svého otce, který v minulosti střílel, když se cítil ohrožen.

Za druhé jsme se dozvěděli, že hospitalizace byla často pro celou rodinu velmi traumatizujícím zážitkem, který byl traumatizující o to více, že členové rodiny nemohli diskutovat a sdílet své pocity z hospitalizace svého příbuzného. Emocionální prožitek pocitu selhání jako rodiče nebo sourozenci, pocitu viny za problémy jednoho člena rodiny, pocitu hněvu vůči systému léčby, který nedokázal jejich syna nebo dceru vyléčit – všechny tyto a další pocity byly uloženy jako nevyslovené „hluboce zmrazené“ vzpomínky. Překvapením bylo, že jakmile jsme s rodinami navázali kontakt, tyto silné emoce se objevily ve velmi čerstvé podobě a bylo to, jako by se ty události staly nedávno a ne například před 20 lety, kdy byl jejich syn hospitalizován. Matky například často chtěly dostat čas, aby mohly podrobně hovořit o období, kdy jejich syn začal mít problémy, a o tom, jak to postupně vedlo k hospitalizaci. Při vyprávění o těchto dávných zkušenostech se obvykle velmi dojímalý, hodně plakaly a často sdílely pocit, že byly bezmocné udělat cokoli, co by jejich synovi nebo dceři pomohlo. Zdálo se, že rodiny se dokázaly začít orientovat v současném životě a plánech na deinstitucionalizaci svého syna nebo dcery až poté, co měly možnost vyprávět o tom, co se stalo v době kolem první hospitalizace. Tento návrat do komunity byl v mnoha případech úspěšný, když se podařilo navázat dobrou spolupráci s rodinnými příslušníky, včetně osoby, která byla dlouhodobě hospitalizována.

Naše zkušenost nám tedy ukázala, že i po dlouhodobé hospitalizaci je možné využít dialogickou práci a pokračovat v ní – v práci, která může mít pozitivní dopad na rodinu a plány do budoucna.

Poznámky

1 Tato kapitola je věnována památce mého blízkého přítele Johna Shottera. Měli jsme v plánu napsat tuto kapitolu společně a první náčrt jsme skutečně připravili společně. Bohužel Johnova nemoc se nezastavila a v prosinci 2016 zemřel.

2 Tento příklad byl poprvé publikován v Seikkula et al. (2001).

3 Jedná se o fiktivní/kompozitní příklad založený na klinické zkušenosti.

4 Jedná se o fiktivní/kompozitní příklad založený na klinické zkušenosti.

5 Tento příklad byl poprvé publikován v Seikkula (2002).

6 Jedná se o fiktivní/kompozitní příklad založený na klinické zkušenosti.

(Seznam použité literatury – viz kapitola v originále)