

Pražská psychoterapeutická fakulta

SETKÁNÍ MEZI PLOTY

*O šesti letech práce pracovního terapeuta v psychiatrické léčebně na
gerontopsychiatrickém oddělení
Závěrečná práce k ukončení 3.ročníku PPF*

Marie Tomanová

Obsah :

1. Úvod

2. Ergoterapie a psychoterapie

3. Teoretické základy : Rogersovská psychoterapie

Logoterapie

Fenomén stáří - citace z knihy H. Haškovcové

Smrt zblízka – citace z knihy M. de Hennezel

4. Den na našem oddělení

5. Terapie s loutkou

6. Setkání – zlomky kazuistik

7. Závěr

Úvod

Před šest lety jsem začala pracovat jako pracovní terapeutka na gerontopsychiatrickém oddělení v psychiatrické léčebně v Bohnicích. Na pavilonu kde pracuji jsou hospitalizovány pacientky ve věku nad 65 let, s poruchami, z nichž nejvíce je z okruhu organických duševních poruch (F 00 – F 09), potom jsou zde schizofrenie (F 20 – F 25) a třetí významně zastoupenou diagnózou jsou afektivní poruchy (F 30 – F 39).

Čas, který jsem prožila s pacientkami na tomto oddělení, pro mne mimo jiné znamená dlouhou řadu zajímavých a neobyčejných setkání (odtud název práce). Byla to setkání krásná a obohacující i smutná a bolestná, poznání života jaký také může být. Tuto zkušenost se pokusím uchopit na následujících stránkách, dát tomu všemu trochu řád, srovnat štosy poznámek, jež v sobě nosím a také nahlédnout tato setkání a otázky v nich obsažené pod vlivem poznatků získaných při studiu na PPF v proběhlých třech letech.

Mohu říci, že fakulta mi nabídla mnoho nových pohledů na naše pacienty a pomohla k lepšímu pochopení jejich problémů a také mi ukázala řadu cest, jimiž je možno s těmito problémy bojovat nebo pomáhat pacientovi se s nimi vyrovnávat.

Ergoterapie a psychoterapie

Nejsem zdravotník ani psycholog a když jsem přišla pracovat do léčebny jako pracovní terapeutka, otevřel se tím pro mne zcela nový svět. Je to svět lidí, kteří se někdy chovají poněkud nečekaně, vnímají skutečnost odlišně a jejich myšlení je dovede k podivným závěrům. Jiní zas prožívají hluboký, dlouhý smutek – depresi, či naopak máni, která vůbec není takovou legrací, jak jsem si kdysi myslela a další jsou tu například proto, že ztratili paměť, nevědí kde jsou, který je rok a že ti co je přišli navštívit, jsou jejich děti .

Před nástupem na oddělení jsem si myslela, že mým úkolem zde bude prostě zapojování pacientů do různých aktivit a stačí tedy umět nějaké zajímavé rukodělné činnosti. Brzo jsem však pochopila že je třeba mnohem víc.

Ergoterapeut je člověk, který je s pacientem pravidelně a stráví s ním možná více času, než kdokoli jiný na oddělení. Je takřkajíc k dispozici, dá se s ním počítat a postupně, svým tempem, si na něj zvykat. Začít nezávazný rozhovor a pokračovat v dialogu třeba druhý den nebo až dozraje čas. Doprovází na

vycházky, kde se rozhovor rodí zcela přirozeně – může se začít třeba o počasí, o přírodě nebo jinak, povšechně. Může se také zcela přirozeně mlčet a nic v tom nehledat. A tak zcela spontánně vzniká vztah, který může být naplněn velkou důvěrou. Pacient pak najednou otevře své srdce a vypoví co v něm nosil. Je dobré být na to připraven.

Hned ze začátku jsem cítila, že nemám takříkajíc pevnou půdu pod nohama a rozhlížela jsem se tedy, o co se opřít. V knihkupectví mi nabídli knížku dobře a srozumitelně napsanou i pro nováčka, kterým jsem byla já. Tato kniha mi dala mnoho užitečných rad a plně odpovídala tomu, co jsem cítila že hledám. Znovu se k ní vracím i dnes a stále v ní nacházím.

Tedy mojí první učebnicí byla Rogersovská psychoterapie, jejímž autorem je pan profesor Jan Vymětal.

Rogersovská psychoterapie

Myšlenka, že základní charakteristikou celé přírody a v ní tedy i člověka, je tendence k růstu, rozvoji a naplňování pozitivních hodnot, toto optimistické vnímání člověka i celé přírody, jako předurčených k tomu rozvíjet se za příznivých podmínek sám od sebe v tom nejlepším smyslu, je myšlenkou, s níž nemohu než souhlasit. Člověk je nadán „organizmickým hodnocením“ – vnitřní moudrostí, která mu pomáhá poznat, co je správné, co je tedy v souladu s jeho „aktualizační tendencí“ (vrozeným zdrojem zdravého rozvoje a života člověka). Pokud je člověk akceptován a přijat takový, jaký je, vytváří se žádoucí sebepojetí, vzniká „kongruence“ (shoda mezi sebeobrazem, vnitřními vrozenými potřebami a zkušeností přicházející z prostředí). Tato kongruence je vlastností zdravé osobnosti. „Sebeexplorací“ je potom nazýván proces, vlastní psychoterapie, otevírání se sobě a druhému a zabývání se svým nitrem. Dále navazuje „explikace“ – objasňování a porozumění těmto obsahům.

Tak bych tedy stručně charakterizovala pojetí osobnosti a psychoterapeutický proces v Rogersovské psychoterapii. Myslím, že právě tohoto se dnešnímu člověku skutečně nedostává, možnost být sám sebou, žít v souladu se svými hodnotami a takový být přijat, svobodně se věnovat tomu, po čem touží a bez obav za tím jít.

Rogersovskou psychoterapii pro mne ale hlavně symbolizují tři „kouzelná slůvka“, která si často znovu připomínám a jsou tím, co si z této metody snažím brát pro svoji práci. Těmi třemi slovy – radami nebo by se dalo říci pravidly jsou: „akceptace“ (beru tě takového, jaký jsi, vážím si tvé jedinečnosti a chápu i tvé slabé stránky, které jsi si nezvolil ze zlého úmyslu), „empatie“ (snažím se vcítit do tvé situace a porozumět tomu co cítíš a prožíváš v této chvíli) a „autenticita“ (všechno co říkám a jak tu před tebou stojím je opravdové, nic nepředstírám, jsem tu sama za sebe).

Logoterapie

Po nástupu na PPF jsem poznala celou řadu terapeutických směrů - dalo by se říci cest - jak pomoci člověku s bolavou duší. Měla jsem pocit, že na každém přístupu něco je, ale humanisticky založené směry mi byly osobně bližší. Z hlediska možnosti použití pro mou práci mne oslovila nejvíce logoterapie, jež byla vytvořena profesorem neurologie a psychiatrie na Vídeňské universitě Viktorem E. Franklem v první polovině minulého století.

Na gerontopsychiatrickém oddělení, kde pracuji, jsou jakoby stále ve vzduchu otázky po smyslu života a po naplňování hodnot (tedy u pacientů, kteří nejsou degradováni demencí, jež je ve svých různých podobách velmi častou diagnózou na našem oddělení). A logoterapie si právě klade za úkol pomoci pacientovi v hledání hodnot a hledání smyslu jeho života. Smysl tu už je, jen je třeba porozumět, říká logoterapie a vede pacienta k odpovědnosti za jeho naplnění.

Existencionální analýza je potom psychoterapeutická metoda v logoterapii, jež pomáhá pacientovi při hledání hodnot v jeho životě a při poznávání možností jak naplnit smysl své existence. Existenciální frustrace znamená prázdnotu života, kdy člověk nenachází důvod proč žít a nechce žít, což má za následek někdy i suicidální pokusy, často neurózy nebo například somatopsychické poruchy.

Člověk onemocní při nadměrném přetížení, ale také při příliš malé zátěži. Úkol přiměřený silám konkrétního jedince působí antipatogenně.

Logoterapie je v podstatě metodou lékařské péče o duši. Je možné ji uplatnit v celé řadě lékařských oborů, vedle psychiatrie například v chirurgii, ortopedii, kožním lékařství, gynekologii, interním lékařství a jinde. Zkrátka pomáhá všude tam, kde nemoc zasáhla do života člověka buď proto, že ji nelze vyléčit, nebo proto, že významně změnila životní možnosti dotyčného pacienta (amputace apod.). A nemusela to být jen nemoc, co člověka zasáhlo. Jejím úkolem je

pomoci člověku jít dál, nalézt spolu s klientem cestu jak unést nevyhnutelné utrpení, jež nelze změnit a hledat společně nový smysl života, když dosavadní byl ztracen. Pro konkrétního člověka v jeho jedinečné situaci nalézt smysluplné naplnění dalších dnů. Frankl cituje v této souvislosti Nietzscheho : „Kdo má proč žít, dovede snést skoro každé jak žít.“

A dále cituji: „Člověk je cele člověkem tam, kde se plně věnuje nějaké věci, kde je plně oddán druhému člověku. A naprosto sám sebou se stává tam, kde sám na sebe zapomíná.“ (V. E. Frankl, 1999).

Výše uvedené postoje a přesvědčení jsou pro mne určitým základem, z něhož vycházím při přístupu k pacientům.

Z metod, jež logoterapie při práci s pacienty užívá : „postojová změna“, „paradoxní intence“ a „dereflexe“, vnímám právě poslední jmenovanou jako jednu z podstat ergoterapie. Odvedení pacienta od nekonečného přemítání nad vlastním trápením, přesunutí jeho pozornosti k vytváření něčeho hodnotného – třeba dárku pro někoho blízkého, to je právě jeden z úkolů, o který se při pracovní terapii snažíme. Když pacient ještě navíc zvládne něco, o čem si myslel, že mu to nepůjde, je posíleno i sebevědomí.

Ne každý je již ale v tomto vysokém věku schopen nějaké tvůrčí činnosti. Neslouží oči, má necitlivé prsty a jiná omezení, jež jsou překážkou. Lidem, kteří se nemohou zapojit do vytváření hodnot tvůrčích, logoterapie nabízí hodnoty prožitkové. Tyto u nás v léčebně mají podobu například poslechu dobré hudby, společného zpívání s pianem nebo krásné procházky parkem. A v tomto směru máme opravdu štěstí, protože park v němž jsou pavilony léčebny rozmístěny, je skutečně nádherný. Mnohokrát jsem slyšela některou z pacientek při vycházce nadšeně říkat : „Sestřičko, to je krása.“

Také mohu říci, že při návratu z vycházky zpravidla pozoruji u pacientek lepší náladu.

Třetí možností, jak naplnit svůj život smyslem, jsou podle V. E. Frankla hodnoty postojové. Zaujmout postoj ke své těžké situaci a ukázat i druhým jak unést nepříznivý osud je velké hrdinství. Zkoušela jsem pacientce, která hořekovala, že už nechce žít „citovat“: „Ještě tu nejspíš na vás čeká nějaký úkol.“ ... Zнала už takové věty, říkali jí je jiní a považovala je za fráze.

S postojovými změnami se musí zacházet velmi opatrně.

Pacientkám, které už nic nechtějí dělat a nechtějí už žít, všechno vzdávají, ale mají přitom dobrou oporu v dětech, jež je stále navštěvují a podporují, někdy říkám pro vyburcování vůle : „ Možná vaše děti také jednou budou v úzkých, vzpomenou si potom na vás, jak jste tohle těžké období zvládla a budete pro ně vzorem. To je teď váš úkol, ukázat jim jak dál! Jste tím teď pro ně moc důležitá.“

Na druhou stranu musím říci, že jsem se setkala mnohokrát s pacientkami, kterým nikdo podobná „vyburcování“ dávat nemusel a ony se chovaly, nebo lépe řečeno „bojovaly“ úplně úžasně.

Asi nikdy nezapomenu na staříčkou - devadesátiletou paní. Špatně chodila a byla hluchá, ale stále usměvavá. Říkala mi : „ Já to tu tak ráda pozoruji, jak se tu ti lidé postrkují a pošťuchují.“ Nic neslyšela, ale všechno se zájmem sledovala a stále se usmívala. Jen ji zlobilo, když s ní někdo začal něco dělat a nevysvětlil ji, co se děje. To si nenechala líbit. Člověk cítil, co má v sobě života. V den jejích devadesátin, když měla jít domů slavit k velkému dortu, si ta krásná staříčká dáma zlomila nohu v krčku. Myslela jsem si, že to bude její konec. Po návratu z nemocnice však úžasně spolupracovala při rehabilitaci, rodina jí koupila vlastní chodítka a ona usilovně cvičila a když byl někdo na dosah, hned chtěla pomoci do chodítka a doprovodit na konec dlouhé chodby a zpátky a nejlépe ještě jednou. Všem nám ukázala nejlepší postoj jaký mohla. Ale u ní nešlo o žádnou změnu vzniklou procesem terapie, ona prostě taková byla.

Někdy vidíme na pacientkách, jak pomalu přijímají svou situaci a s tím postupně i mění postoj, od stavu: „ To neberu ! Už nic nechci !“, k : „Možná bych mohla...“ . Pomalu k tomu sami dospějí, je třeba jim dát čas, nezapomínat na ně a být trpělivý. A také chválit : „Je radost vás vidět...“ „Je úžasné, co jste dokázala, učím se od vás.“

Kromě literatury o logoterapii a existenciální analýze od V. E. Frankla – „Teorie a terapie neuróz“ (nakl. Grada, 1999) a „Vůle ke smyslu“ (nakl. Cesta, 1997), mi v poznávání a přiblížení tohoto terapeutického přístupu pomohla kniha „I tvoje utrpení má smysl“ s podtitulem „Logoterapeutická útěcha v krizi“ od Elisabeth Lukasové, žákyně V. E. Frankla (Cesta , 1998). Z této knihy jsem vybrala některé pasáže :

„Jestliže přijdou do ordinace starší lidé, není už možné argumentovat tím, že hledají ve svém životě nějaký cíl a že mají všemi silami k tomuto cíli směřovat, neboť většinu z cílů buď již dosáhli, nebo jsou pro ně už nedosažitelné a čas, který jim ještě zbývá, je nejistý. Jde víceméně o to, zprůhlednit klientovi ve vnitřním nazírání to, co už zde v duchovním rozměru implicitně je, aby se mu podařilo odvrátit pohled od tělesného úpadku a poklesu psychických funkcí (jako paměť, chápání, flexibilita, myšlení nebo zpracování nových dojmů z okolí) a nasměrovat pozornost k duchovní rovině, ve které ještě může učinit další kroky, jen bude-li chtít.“(Lukasová,1998)

„Starší pacienti se musí v psychoterapeutické poradně dozvědět, že mají ještě mnoho co dát, a není žádná hanba, když terapeut poradu obrátí a sám prosí pacienta o radu v nějaké záležitosti; někdy to stačí už k tomu, aby se smysl stáří osvětlil a tím se zmírnilo jeho utrpení.“ (Lukasová,1998)

„Žádné utrpení nemůže zdolat člověka, který je ochoten smysl tohoto utrpení hledat a není myslitelná žádná ztráta, ve které by se nedala najít nějaká možnost smyslu – to je odpověď, kterou jsme dlužni pacientům, kteří nám byli svěřeni.“ (Lukasová, 1998)

„Sebetranscendence ... přerůst sám sebe tím, že se intenzivně věnuji něčemu, co je mimo mne samotného... Je to hojivé „zapomenout sám na sebe“ které nám odhalí, že naše vlastní slabosti a symptomy jsou tak bezvýznamné, že nás už skutečně nemohou zatěžovat bez ohledu na to, zda ještě existují či ne.“ (Lukasová, 1998)

Lukasová píše o tom jak pro své pacienty připravila dereflexní skupinu, kde se snažila probudit v účastnících pozitivní vnímání světa. Učili se objevovat kolem sebe to pěkné, všimnout si krásného jednání lidí kolem, hledat a nacházet v běžných situacích to pozitivní:

„Jeden účastník skupiny nechal naskočit motor vlastní iniciativy: ... založil si doma „deník hezkých hodin“ do kterého si večer zaznamenával, co hezkého mu den přinesl. Podle starého přísloví „kdo hledá, najde“ našel leccos přijatelného. Pozoroval děti, které převáděly jednu starou paní přes ulici, a měl z toho radost... Šel na jaře do lesa a nechal na sebe působit první svěží zeleň. Vyprávěl, že si nikdy předtím neuvědomil jasný zvuk ptačích hlasů, až při této procházce.“ (Lukasová, 1998)

„Radost totiž vždy původně pochází z nějakého odříkání, jsem dokonce přesvědčená, že jiný pramen radosti neexistuje. Radost pochází ze strádání, které pominulo... Následuje-li zisk na zisk, tak radost pohasne, neboť se ztratí kontrast... Ztratíme-li radost, vznikne... citové ochuzení a návykový efekt.“ (Lukasová, 1998)

Tak toto jsou některé z myšlenek E. Lukasové, ze kterých čerpám motivaci pro rozhovory s našimi pacientkami.

Fenomén stáří

Abych lépe porozuměla generaci pacientů s nimiž pracuji, hledala jsem literaturu, jež by mi přiblížila způsob života, myšlení, hodnoty problémy i radosti lidí vyššího věku. Kniha „Fenomén stáří“ od Heleny Haškovcové se mi v tomto směru stala dobrou průvodkyní. Autorka se v ní zamýšlí nad poslední etapou života člověka ve zdraví i nemoci, nad přípravou lidí na období stáří, nad

tím co to znamenalo být starý v minulosti a jak je stáří vnímáno nyní, jak je přijímáno a jaké postavení ve společnosti mají staří lidé dnes. Haškovcová se také zabývá problémem odpovědnosti člověka za vlastní život a otázkou, v čem je důstojnost a moudrost stáří.

Dříve žili zpravidla prarodiče, rodiče i děti v jednom domě nebo v jedné obci, řemeslo nebo hospodářství se předávalo a s ním i zkušenosti a prarodiče měli v tomto systému své pevné místo. Dovedli poradit, protože technika řemesla se příliš neměnila, jejich pomocná ruka v domácnosti a při hlídání dětí byla nepostradatelná. Tohle všechno se od základu změnilo, mladí lidé se z rodné obce odstěhovali za práci a profesně dnes nemá co říci otec synovi, natož děda vnukovi. Starý člověk se ocitá v nové situaci a pokud nemá nějakou oblíbenou činnost která by naplnila jeho čas, ocitá se na vedlejší koleji.

H. Haškovcová k tomuto problému říká: „... rodina ztratila svůj výrobní pospolitý charakter... Děti a mladí lidé mají mít úctu ke starším... Ale kdy, kde a za jakých okolností se dítě a mladí setkávají se starým člověkem? Co vědí o stáří, a chtějí vůbec něco vědět? Jsou přece zaměstnání tolik sami sebou, mají množství problémů i pseudoprotblémů, zájmů a málo času. Totéž vidí u svých rodičů. Mohou tedy mít vůbec schopnost naslouchat staré babičce či dědovi, mohou s nimi umět hovořit, když je to systematicky neučíme?“ (Haškovcová, 1989)

Co tedy může dnešní společnost nabídnout tomu, jenž nastupuje do starobního důchodu, jaké možnosti má starší občan, aby i nadále zůstal v kontaktu se světem, udržoval své intelektuální schopnosti a neuvázl například v sebepozorování a nadměrném zabývání se svým zdravotním stavem. Haškovcová vidí jako jednu z možností, jak tuto situaci zvládnout, studium na universitě třetího věku. Tyto university si kladou za cíl: „...využít zájmu starého člověka o daný obor a donutit ho studovat, aktivně se zapojovat do procesu výuky a dokonce absolvovat zkoušky...Opakovaně bylo doloženo, že když staří lidé studují a tedy mají jeden z jasných společensky garantovaných programů, méně si všímají existujících obtíží stáří, lépe je překonávají a skutečně méně stůňou. Nosný program jim nedovolí lenivět a myslet na obtíže těla...Ostatně hovor s lékařem je často vyhledáván pro jiné než zdravotní důvody. Starý člověk nabízí sice v ordinaci symptom, tedy „nemoc“, ale žádá rozhovor, útěchu.“ (Haškovcová, 1989)

Stáří často provázejí různé zdravotní problémy. Zdraví je sice většinou nejvyšší hodnotou zejména u starších občanů, nelze ale říci, že kvalita života je vázána jen na zdravotní stav: „Kdybychom připustili, že kvalita života a štěstí jsou vázány pouze na stav zdraví, pak bychom také odvozeně přijali stanovisko, že v situaci nemoci není prostor pro kvalitu života. Tím bychom a priori

„odsoudili“ k nekvalitnímu životu všechny ty, kteří nějakým způsobem v biologické úrovni své existence strádají. A nejen ty, kteří zdraví v průběhu svého života ztratili, ale dokonce i ty, kteří se jako nemocní a handicapovaní narodili. To přece není a nemůže být pravda. Mnoho těch statečných, kteří nikdy nebyli zdraví, dokázalo svým životem, že je tomu naopak. Svým konáním prozářili své dny a učinili šťastné sebe i druhé.“ (Haškovcová, 1989)

U starých občanů, kteří jsou hospitalizováni v nemocnici nebo léčebně jsou činnosti a podněty ještě více omezené, než v běžném životě. I tohoto problému se H. Haškovcová ve své knize dotýká a říká: „Není únosné dopustit, aby redukce (kognitivních činností a sociální nabídky podnětů - uvedeno v předchozím textu knihy) nabyta takových rozměrů, že starý nemocný se stane závislým, apatickým a že jeho jedinou radostí bude prožívané čekání na snídani, a že i případné hovory se omezí na úvahy, zda k obědu budou brambory, či knedlíky. Řada odborníků upozorňuje na tzv. syndrom z chudé motivace (poor motivation syndrom)“. (Haškovcová, 1989).

Staršího pacienta, zejména dlouhodobě hospitalizovaného, jak tomu bývá např. v psychiatrické léčebně, je třeba nějakým způsobem stimulovat. To lze jednak tím, že mu umožníme a pomůžeme zapojit se do nějaké fyzické činnosti – například v rámci pracovní terapie, práce na zahradě či vylepšování prostředí na oddělení. Nabídkou působící proti duševní stagnaci, může pak být například skupinová terapie. „Společná a pravidelná sezení nemocných spolu s psychologem mají cíl: udržet pro nemocného prostor pro vlastní realizaci nebo jej znovu otevřít, u starých lidí dodávat životu společenský akcent, tedy uznání života, který je „starý a nemocný“, není-li momentálně možná realizace udržení či znovuotevření individuálně smysluplného prostoru, pak vítat sebestvrzení v průběhu řízených besed s důrazem na prožívání; váš život byl žit dobře a nemohl být žit lépe, a systematicky, ač „mimořádně“, zavádět v úzké vazbě na dostupnou rehabilitační péči aktivace k navození, udržení či zlepšení paměti, motorických návyků apod.“ (Haškovcová, 1989)

Proč ujišťovat, že starý člověk žil život, jak nejlépe bylo možno? Na opravu chyb většinou chybí síly i čas. Šance které člověk v životě promarnil, ve stáří nenapraví. Můžeme ale alespoň zmírnit trýzeň, kterou člověk z pocitu promarnění prožívá.

Protože věk pacientů na gerontopsychiatrickém odd. je poměrně vysoký, setkáváme se zde přirozeně také se smrtí. I tomuto smutnému tématu se ve své knize o stáří věnuje H. Haškovcová.

„Mnohé se změnilo. Starý model umírání doma „umřel“, a nový nebyl vytvořen. Umírání a smrt má v nemocnici určitý, řekněme profesionálně

odborný profil. Ztenčila a ztratila se lidská dimenze...Umírání doma mělo po staletí stejný a nutno říci, že i vytríbený scénář: každý věděl jaká je jeho role. Pečovat o umírajícího člena rodiny bylo samozřejmé tak, jako byla samozřejmá smrt....Syn i vnuk sekundovali u lůžka umírajícího otce a děda a s jistotou danou přirozeností věděli, že historie se bude opakovat a že jejich potomci budou jednou přítomni jejich těžké hodince. Z Generace na generaci přecházela nejen zkušenost jak pečovat, ale také prožitek, co je to umírání a smrt zblízka. Už dítě se učilo nejen akceptovat smrt, ale i poznávat detailně roli, kterou bude opakovaně hrát jako osoba doprovázející a pomáhající a jedinkrát jako osoba stížená lidskou finalitou. Životem vyškolený jedinec zvládl to, co bychom dnes nazvali adekvátním přístupem k umírajícímu... Dnešní situace je charakteristická vytěsněním smrti z vědomí lidí i z praktického života. Následkem toho je přerušen mechanismus uvědomování si vlastní konečnosti právě tak jako vlastní odpovědnosti za svůj život, za své umírání i za život a smrt ostatních. Přirozená a všudypřítomná nejistota z formy umírání je násobena jistotou odritualizované smrti. U lůžka umírajícího bude buď neznámý profesionál, nebo zúzkostněný člen rodiny. Oba se opakovaně budou ptát, co mají dělat,.....“ (H. Haškovcová, 1989)

Tak tedy formuluje problém přístupu k umírajícímu člověku v nemocničním prostředí autorka knihy Fenomén stáří. „V nových podmínkách je třeba hledat nový způsob ritualizace smrti. Tento problém je mimořádně závažný. Nikomu, kdo se chce podílet na péči o těžce nemocné a umírající, by nemělo být bráněno. Rodina může ve větší míře přijmout umírajícího do své náruče, a to tím, že si postiženého „vezme domů“, nebo častěji tím, že jí bude vymezen patřičný prostor v rámci hospitalizace.“ (H. Haškovcová, 1989)

Autora hovoří o tom, že člověk by v umírání neměl zůstat sám, i když se svému okolí zdá ponořen do sebe a není schopen obvyklé komunikace, svou situaci přece prožívá. Je třeba poskytnout člověku v tomto náročném období porozumění a to podle možností umírajícího vyjádřením spoluúčasti verbálně nebo jen svou přítomností. Lidé se přílišným mluvením, nebo naopak mlčením vyhýbají tématu umírání a smrti. Chorý však často potřebuje hovořit právě o tomto tématu, opakovaně se svou situací vyrovnávat. Starý umírající člověk si potřebuje uspořádat materiální i vztahové záležitosti. Myslí na dobu, kdy už tu nebude a chtěl by, aby se některé věci staly podle jeho představ. Teprve, když mohl promluvit o těchto věcech a vše si vyjasnit a uspořádat a má pocit, že vše důležité bylo vysloveno, může se zklidnit. Haškovcová vysvětluje tuto situaci: „Mlčíme ze zbabělosti nad vlastní konečností. Nevíme si s ní rady a děláme všechno možné, jen ne to, co by od nás umírající chtěl. ...Umírající naši bezradnost, váhavost, neschopnost a vnitřní neochotu účasti odečtou velmi

citlivě a respektují ji. Mlčí též. Současně svoji situaci ohodnotí jako „odepsání“. Zbývá osamění. Osamění, které je tak kritizováno právě těmi, kteří mají schopnost i možnost nemocného ze samoty vysvobodit. ... Mluvme s nemocnými, kdykoli si přejí a mohou hovořit a mluvme s nimi pokud možno tak dlouho, jak oni považují za nutné. A mluvme o tom, o čem chtějí mluvit oni, nikoli my. Rozhovor je možnost, je šance, je to nevyužitý pomocník a nástroj, jehož prostřednictvím můžeme nemocnému pomoci, a to tím spíše, že ostatní typy pomoci pozbývají účinnosti.“ (Haškovcová, 1989)

Kniha Fenomén stáří přináší mnohé rady, které se týkají toho, jak přistupovat k lidem vyššího věku, jak je doprovázet a v podstatě je i o tom, jak se my sami můžeme připravovat na tento čas svého života. Na závěr kapitoly, abych ji ukončila pozitivněji, vybírám ještě z téže knihy citát od Cicera: „Každému životnímu období je přidělen vhodný a pravý čas ... každý věk s sebou přináší typické role, radosti i strasti.“ K němuž autorka knihy dodává: „Učme se tedy kráse stáří od těch, kterým bylo dopřáno a kteří se o něj podstatným způsobem také zasloužili. Tito moudří šťastlivci jsou typičtí, nelze si jich nevšimnout, ani je nelze zaměnit s jinými. Mají schopnost dívat se na svět stále nově. Objevovat v něm to, co dříve přehlíželi, protože neměli čas a nezdálo se důležité se zajímat o detaily. Dříve měli velké cíle, teď objevují krásu maličností.“ (Haškovcová, 1989)

Smrt zblízka

Smrt zblízka je název knížky francouzské psycholožky a psychoanalytičky Marie de Hennezel, která je věnována tématu, kterého se dotýkal závěr kapitoly předchozí. Autorka pracovala jako psycholožka v oddělení paliativní péče, kde jsou přijímáni lidé na konci života a doprovázeni skupinou odborníků. Je zde vytvořeno prostředí, které umožňuje rodinám strávit libovolné množství času spolu s nemocným v jistém soukromí. Na oddělení přicházejí i dobrovolníci a pomáhají svou společností při doprovázení těch, jež již nemohou opustit lůžko. Pomáhají nemocným připravit se na odchod z tohoto světa a jsou i rádci oporou a průvodci těch, jež zůstávají.

Na oddělení kde pracuji se také poměrně často setkáváme se smrtí. Jsou zde pacientky, jejichž mozek je značně poškozen organickými duševními poruchami, jsou tu pacientky dlouhodobě ležící a odkázané na krmení přebalování i umývání od sestřiček a dále také pacientky poměrně vysokého

věku - k devadesáti letům i více, a tak i přes veškerou odbornou péči, které se jim dostává, jejich čas se někdy právě dovršuje. Mojí pracovní náplní na oddělení je pracovní terapie. Dalo by se tedy říci, že můj úkol u lidí, kteří už tráví svůj veškerý čas jen na lůžku, již skončil.

Lidé jsou u nás ale často hospitalizováni dlouhou dobu, protože doma to již sami nezvládnou a na domov důchodců se čeká léta. A tak tu spolu často „ujdeme pořádný kus cesty“. Utvoří se vztah důvěry, pacientky se se mnou chodí potěšit ze svých malých radostí, svěřují mi své starosti a pak se stane, že nastane zhoršení. V tomto čase je třeba zůstat věrný, zajít na chvíli, podpořit, prostě neopustit v téhle těžké době. Člověk se náhle cítí bezmocný, zmatený, chce něco říci, ale neví co, touží dát naději ale musí přitom být pravdivý a někdy sám už nevěří.

Hledala jsem v knize „Smrt zblízka“ radu, jak se chovat v této tak vážné situaci, protože jsem jí byla již několikrát postavena tváří v tvář a cítila jsem se bezradná. Vybírám opět řadu úryvků. Jsou úvahami nad smyslem smrti a dobou jež ji předchází, nad tím jak k ní pacienta doprovázet a jsou i radami jak mu pomoci nejlépe projít toto nesmírně náročné období.

„Smrt se skrývá, jako kdyby byla špinavá a hanbou. Lidé v ní vidí jen hrůzu, absurdnost, zbytečné a nepříjemné utrpení, nesnesitelné pokoření, zatímco je vrcholným okamžikem našeho života, jeho dovršením, a to jí dává smysl a hodnotu. Stále však zůstává nesmírným mystériem, velkým otazníkem, který ve svém nejhlubším nitru nosíme. ... Umožňuje mi vstoupit do jádra jediné a skutečné otázky : jaký smysl má vlastně můj život? ... Po léta, kdy jsem doprovázela osoby při jejich posledních chvílích, nevím nic více o samotné smrti, ale má důvěra v život se tím zvětšila. Žiji bezpochyby intenzivněji, uvědoměleji to, co mi je dáno prožít, radosti, starosti, ale také všechny každodenní věci jako samozřejmost, jako to že dýchám nebo chodím. Možná jsem se stala pozornější ke svému okolí, protože vím, že nebudu mít své blízké stále po boku, snažím se je poznat a co nejvíce přispět k tomu, aby se stali tím, k čemu jsou povoláni. ... ráda bych ukázala, nakolik může být doba která předchází smrti, dobou dovršení osobnosti a přeměny jejího okolí. Může se ještě prožít mnoho věcí. Na poli velmi jemném, velmi vnitřním, na poli vztahu k druhým. Když se již nic víc nemůže dělat, je možno ještě milovat a cítit se být milován. ... Poslední okamžiky života milované bytosti mohou být příležitostí dojít co nejdále s touto osobou.“ (Marie de Hannezel, 1995)

„... nejhorší osamělostí umírajícího je to, že nemůže oznámit svým blízkým, že zemře. Jestliže cítí přicházet smrt a nemůže o ní mluvit ani sdílet se svými blízkými myšlenky, které ho napadají v těsné blízkosti před odchodem, takový

člověk nemá jiné východisko než duševní pomatení, blouznění nebo také bolest, která alespoň umožňuje o něčem mluvit.

Tak často jsme konstatovali: umírající ví. Potřebuje pouze, aby se mu pomohlo říci, co ví. Proč se mu to s takovými obtížemi říká? Nevnímá snad úzkost svého okolí, které mu zabraňuje mluvit a vede ho k tomu, aby chránil druhé? ...rodiny si stále myslí, že nemocný nesnese pravdu. Neuvědomují si, že už ji ví a že ji nese docela sám.“ (Marie de Hannezel, 1995)

Poslední epizodu lidského života provází i změny tělesného vzhledu, dalo by se říci jisté zmrzačení těla člověka. To jak člověk své tělo vnímá, tak se i cítí. Postoj k vlastnímu tělu je významnou součástí sebeobrazu. Proto je nesmírně důležité, jak ti co o nemocného pečují, zacházejí s jeho tělem, co při péči o tělo nemocného verbálně i neverbálně projevují: „Tyto změny z nich dělají cizince v očích lidí, kteří v nich už nepoznávají důvěrně známé orientační body a dávají se na útěk. Vracejí se stále stejné otázky: „Kam až to dojde? Jsem ještě příjemný?“ Myslím na zodpovědnost, jakou máme jakožto svědkové této fyzické degradace. Pohledem, gestem můžeme utvrdit druhého o trvání jeho identity nebo naopak mu potvrdit, že už skutečně je jen trochu nechutná věc, ...“ (Marie de Hannezel, 1995)

„...ošetřovatelky a pomocnice zvláště dbají na posmrtnou toaletu... Tento obřad poslední toalety je pro ně příležitostí vzdát zesnulému poslední úctu. Není tedy divu, že tu nalezneme všechny možné pozornosti: voňavka, šaty, květina ve vlasech nebo sepjatých rukou, svědčí o jejich přání projevit úctu k mrtvému. ... Zarmoucení příbuzní přijímají tuto poslední známku pozornosti od ošetřujících jako balzám: jako útěchu moci si v paměti uchovat památku na obličej, který po tolika utrpeních našel klid!“ (Marie de Hannezel)

Tak se na oddělení paliativní péče v Paříži starají o potřeby těla i duše. Nemocný je stále obklopen milými předměty, jež dodávají intimitu jeho posledním dnům, je s péčí upravován, aby mohl do posledního dne zůstat krásný a tak se alespoň v tomto směru cítit dobře při vědomí, že takto se zachová svým blízkým.

Den na našem oddělení

Náš pavilon je „uzavřený“. Některé pacientky mají samostatné vycházky, ale většina má diagnózu patřící do okruhu organických duševních poruch – zkrátka demenci. Některé pacientky by po opuštění budovy nenašly cestu zpět a některé by odešly, ani by si toho nebyly vědomy. Asi 40 z celkového počtu 60 pacientek

má tuto diagnózu, ale tento poměr se samozřejmě mění. Diagnózou ostatních pacientek je pak nejčastěji schizofrenie a afektivní poruchy, zejména periodická depresivní porucha. Zastoupení dalších poruch (porucha přizpůsobení apod.) je malým procentem .

Přicházím do práce. Kousek za vstupními dveřmi, v chodbičce, stranou od té části budovy, kde se pacientky pohybují, je odstaven plechový vozík. Chybí li na svém místě, někdo odešel. Již automaticky zamíří vždy ráno můj první pohled právě sem. Jsem ráda, když je vozík na svém místě.

Jdu dál a pozdraví mne známý zápach. Sestřičky vyměňují pacientkám plenkové kalhotky, noční košile, převlékají postele, umývají pacientky. Obdivuji jejich práci, která vůbec není snadná.

Tak začíná den: úklid pokojů, ranní hygiena a snídaně. Následuje podávání léků, vizita, potom cvičení. Většina cviků se provádí v sedě a cvičení se prokládá i zpěvem. Potom se pacientky přesunou z jídelny do společenské místnosti, kde se koná komunita.

Na tomto ranním společném setkání si připomínáme datum, den v týdnu a co se k němu váže. Připomínáme si, kdo má svátek a pokud má svátek nebo narozeniny někdo na oddělení, společně mu popřejeme a zazpíváme písničku. Pak vzpomínáme, jestli také některé známé osobnosti slaví svátek a zavzpomínáme na ně, každý přidá co ví. Potom si společně přečteme několik zpráv z novin. Tyto vybírám tak, abych upozornila na důležité události doma i ve světě a tak pomohla v udržení zájmu o život mimo léčebnu (alespoň u té části pacientek, které jsou schopné sledovat a mají zachovalou paměť). Dále volím zprávy, o kterých lze rozvést diskusi nebo je možno aby pacientky ze své paměti či zkušenosti něco přidaly. Někdy již sami hlásí, že něco zajímavého slyšely v televizi nebo se jinak dozvěděly. (U pacientů vyššího věku vkládáme mezi terapii kde je to možné procvičování paměti. Dlouhodobou paměť mají některé pacientky poměrně dobře zachovanou a tak skupina celkově ví spoustu věcí, někteří si úspěchem posílí sebevědomí, ostatní si ožíví zapomenuté.) Když je potřeba z nějakého důvodu komunitu prodloužit (pacientky mají na společenské místnosti ještě setrvat), protáhneme ji společným luštěním křížovky, která je také dobrým cvičením paměti.

Dále do ranní komunity patří vše, co se týká aktuálního dění na oddělení. Hovoříme o tom, kdo byl na propustce a jaké to bylo, jaký je program dne, ale také co se kde porouchalo a je třeba opravit a vůbec vše co mají pacientky na srdci. Hlavní stížností zpravidla bývá, že někdo někomu něco snědl, „vloupal se“ do stolečku nebo vlezl do postele. Protože „pachatel“ je zpravidla dementní a neví která postel a stoleček je jeho, je tento problém v podstatě neřešitelný.

Donekonečna opakujeme, že paní to nedělá ze zlého úmyslu, že je třeba ji upozornit že uléhá do nesprávné postele nebo dojít pro sestřičku aby věc vyřešila. Nevím, zda je mi víc líto těch „požkozených“, nebo těch, na něž se tu ukazuje prstem a oni provinile krčí rameny a nevědí, co se děje.

Komunitu zakončujeme písničkou. Naši obyvatelé většinou pěkně a s chutí zpívají a naučila jsem se od nich už pěknou řádku písniček.

Po komunitě si sestřičky odvádějí některé pacientky na různá ošetření. Dvakrát v týdnu mají určené pacientky s psychologkou skupinu, jejíž obsah je zaměřen na paměťová cvičení, vyprávění a četbu. Zbývající pacientky zvu na pracovní terapii.

Na ergoterapii přichází asi 15 až 25 lidí. Tato činnost je většinou pro pacientky dobrovolná, u určitých pacientek lékařka ale účast na pracovních aktivitách vyžaduje a sleduje. Je zde i řada pacientek, u nichž už žádné zapojení není možné.

Když vyzvu pacientky, aby se odebraly do terapeutické dílny s tím, že budeme dělat ty a ty činnosti, někdy se neděje nic, teprve po chvíli, když vidí otevřené dveře do známého prostoru vedlejší místnosti a výzvu opakují, začnou pomalu přicházet. Jindy nastane situace zcela opačná, zvedne se většina chodících a nahrnou se do dveří – vidíce, že se někam „přesouváme“, připojí se k davu i ti, kteří nevědí kam se jde a proč se tam jde. Jsou jen zvyklí se takto přesouvat na oběd nebo na svačinu.

Vzniká nepřehledná situace, snažím se rozmístit ty, jež pravidelně pracují na jejich místa, jinak vznikne konflikt: „Kdo tu bude sedět?“ Zbývající paní posazují na volné židle a zapojují je do přiměřených činností. Někdy i velmi dementní pacientka je schopná zvládnout práci, kterou celý život dělala na poměrně slušné úrovni, není však možné ji naučit novou, třeba mnohem jednodušší činnost. Těchto dementních pacientek zde mohu ovšem nechat jen omezené množství, protože na ně musím dávat větší pozor. Například se mi stalo, že pacientka, která měla plnit polštářek nastříhaným molitanem, začala molitan cpát do pusy a málem se udusila. Nebo se stane, že se rozhodnou uklízet někomu na stolečku, podle své představy a k jeho značné nelibosti. Člověk se pak až diví, s jakým úsilím dokáže bojovat vetchá stařenka, aby si mohla ponechat právě ukořistěné klubíčko. „Je přece její!“

Tyto těžce dementní pacientky ale zpravidla v místnosti pracovní terapie chvíli sedí a drží v ruce práci, kterou jsem jim dala, pak se zvednou a odejdou.

Co říci k činnostem samotným:

U pacientek, které se u nás ocitají jsou značné rozdíly v intelektových schopnostech, ve schopnostech motorických a také zrak je u některých značně

poškozen. Pracovat s celou skupinou jednotně proto není možné. Pro jedny by byla činnost „stupidní“, druzí by ji naprosto nezvládly. Společnou činností, kterou přece občas do programu zařadím, je kreslení. Bývají při tom hezké zážitky, povídáme si u toho, ale účastní se málo lidí. Zpravidla se zapojí ti, kteří na ergoterapii nechodí, a tak je vlastně dobře, že tu také něco pro ně je. Mnoho starých paní ale kreslení zásadně odmítá, buď proto, „že jim ve škole nešlo a nemají ho rády“, nebo je nepovažují, za smysluplnou práci a o společně stráveném hezkém čase nechťejí nic slyšet.

Pacientky, které chodí pravidelně na pracovní terapii by bylo možno v zásadě rozdělit asi na dvě skupiny. Jednou jsou ty, které zvládnou určitou činnost poměrně samostatně, stačí pomoci jim v začátku a potom už třeba jen občas navléknout jehlu. Mohou u nás tkát na rámu, plést, háčkovat, šít hračky, batikovat, malovat, lepit dekorační ozdoby, vyšívat, apod.. Důležité je, aby činnost chápaly jako smysluplnou a je dobré, když mají výrobek pro koho dělat.

Druhá skupina jsou pacientky, jejichž schopnost na něčem pracovat je značně snižena. Jsou zmatené, vše si pletou, ale současně musím říci, že mají náhled na to, zda to co dělají, k něčemu je a zda je to uděláno dobře. Pro tyto pacientky se snažím práci rozdělit na fáze a zadat k činnosti tu část práce na výrobku, o níž předpokládám, že se pacientce bude dařit. Když potom vidí svůj díl práce na konečném společném výrobku, zpravidla ji to těší. Po trampotách kterými prošly bývají skromné a dokáží mít radost i ze svého malého podílu.

Ne vždy se zapojení daří. Jsou zde i poměrně šikovné ženy, které však nikdo nepřesvědčí, že je lepší něco dělat, než celý den tupě zírat na televizi. Nikdy se ručními pracemi ani nějakým „tvořením“ nezabývaly a už na tom nebudou na stará kolena nic měnit.

Snažíme se také, aby prostředí pracovní terapie bylo pro ženy přitažlivé a mohly tam chodit rády. Pouštím jim nahrávky písniček z jejich mládí, vaříme si při práci kávu nebo různé čaje, zpravidla se objeví i nějaké téma a tak si při práci povídáme. Považuji za dobré když prostor pro terapii je „domácký“, vždyť některé pacientky u nás čekají i léta. Doma už to sami nezvládnou a do domova důchodců budou moci, až k jejich jménu dojde pořadí. Nyní mají jen svou postel, skříňku na pokoji a prostředí, které pro ně vytvoříme.

Jednou nebo dvakrát do měsíce k nám dochází jedna paní učitelka. Je již v důchodu a stala se takovou naší dobrovolnou spolupracovnicí. To dopoledne, kdy přijde je dopolednem „písničkovým“. Zahraje vždy na piano ukázkou lidové písničky a my se snažíme poznat, o jakou písničku jde, pak ji paní učitelka zahraje celou a společně ji zpíváme. Také dobré cvičení paměti. Na tomto programu je navíc hezké vidět babičky, které před chvílí apaticky seděly a

působily dojmem, že ani nevnímají okolí, jak roztají při známé písničce, které se podařilo proniknout k jejich duši.

S poslechem hudby je spojen i program „Psychogymnastika“ se kterým k nám jednou týdně přichází sestřička z pavilonu 4. Má krásně sestavený program z písniček, melodií i vážné hudby jež se střídá se zajímavými cvičeními paměťových schopností.

Také pohyb a setkávání s přírodou jsou pro člověka nesmírně důležité. Každý den po poledním klidu ve 13 hodin, pokud je dobré počasí, chodíváme na společnou vycházku. Park, který obklopuje pavilony je skutečně krásný. Mnohokrát jsem slyšela pacientku, která se s úžasem zastavila a spontánně vyjádřila svůj obdiv stromu nebo některému zákoutí. Při vycházce si mohou ti, kteří chtějí také nakoupit a občas si i zajdeme na výstavu. V areálu léčebny máme dokonce dvě výstavní síně: jedna je součástí lékárny: „Galerie u lékárníka“ a druhá je při arteterapeutickém atelieru: „Galerie u Johanky“. Tato nabízí kromě kulturního zážitku též příjemné posezení při čaji.

Se zdatnější skupinkou je možné dojít do socioterapeutické farmy, na druhém konci léčebny, kde se mohou pacientky potěšit setkáním se zvířaty. Jsou zde koně, lamy, ovce, kozy, králíci a také opička. Setkání se zvířaty je vždy radostné - jakoby se něco zapomenutého probouzelo v srdcích našich „babiček“. Jedna paní mi při této příležitosti vyprávěla o svém mládí, kdy jezdívala na prázdniny k tetě na statek a co všechno se tam dělo. Velkou radost vídám v očích našich patientek, když v parku potkáme maminku s děťátkem.

Tak takhle ubíhají dny žen u nás hospitalizovaných. Jak jsem již uvedla v kapitole o logoterapii, vnímám pracovní terapii jako určitou formu dereflexe – přesunutí pozornosti od vlastní nezměnitelné situace na něco mimo člověka. Samozřejmě to není tak jednoduché, s lidmi je třeba hovořit i o tom co mají na srdci, naslouchat jim, dát najevo porozumění a činnost jim nabídnout jen tak mimochodem: „aby lépe utekl čas, když už tu jsou a stejně se teď nic jiného nedá dělat“ a „je dobré procvičovat motorické schopnosti, aby člověk zůstal soběstačným“. Tak postupně zapadnou do kolektivu, někam patří, vidí kolem sebe lidi, jež mají také problémy a musí je nést, a někdy mají mnohem těžší osud. A pak tu někdo člověka pochválí, jak mu práce hezky jde, a zdá se, že tu na světě ještě k něčemu přece jen je. A člověk si pomalu zvyká a přijímá svůj osud i svou situaci.

Pacientky s těžší demencí často o svém osudu nemají ani potuchy, vždyť často nevědí ani kde jsou a proč. Pro ně je pracovní terapie místem, kde mohou něco užitečného dělat, jak byly celý život zvyklé a tak mohou mít pocit

uspokojení z vykonané práce za niž byly pochváleny a radost z výrobku. Jejich život nabývá alespoň trochu na kvalitě a je o něčem.

Terapie s loutkou

Terapie s loutkou se forma skupinové terapie, kterou u nás vede paní Mgr. Marie Veselá a je určena pro pacienty z oddělení gerontopsychiatrie. Byla jsem pověřena doprovodem pacientek na tuto terapii a protože se mi nevyplatilo vracet se na oddělení a znovu pro pacientky, využila jsem možnosti a začlenila jsem se mezi skupinu a tak si vyzkoušela, co zde pacientky zažívají, (i když ony to možná prožívají docela jinak). Také jsem je zde poznala v jiných situacích než jak je znám z pracovní terapie, kompletněji, byla jsem pozorovatelem toho, jak k nim přistupuje jiná a v tomto případě zkušenější terapeutka a tím si i uvědomila a mohla upravit některé své přístupy. Musím říci, že to pro mne bylo velmi zajímavé poznání.

Nyní bych tedy ve stručnosti popsala, jak terapie probíhá, dále pak vyberu několik poznámek o vlastních prožitcích, jež jsem si zapsala po jednotlivých setkáních.

Skupinu sestaví lékař na oddělení, tvoří ji 12 až 15 pacientek. Z oddělení se dochází do budovy centrální terapie, kde je dílna, v níž se loutky tvoří a místnost s křesly v kruhu, kde probíhá úvodní část a kde se po dokončení loutek odehrávají setkání loutek (mohu li to tak nazvat) a vzniká zde vlastní představení, které je společným dílem skupiny.

Když se prvně sejde nová skupina všichni se představí. Potom každý „daruje něco do společného“ – zkušenosti ze své práce, to neobvyklé, co v životě prožil, s čím se setkal, co umí apod.. V další fázi každý vymýšlí, co by mohlo být loutkou, a to naprosto neomezeně. Jmenují se různá řemesla, pohádkové bytosti, herci a zpěváci, zvířata nebo i neživé předměty. V této fázi se pracuje s fantazií a s pamětí. Pamatuji se, že já jsem tu bojovala s pěknou trémou.

Paní Mgr. zapisuje u každého jeho nápady, z nich si potom každý vybere ten jež je mu nejbližší. Potom dále rozvíjíme tuto konkrétní postavu: podobu, stáří, charakter, životopis, vše zatím jen ve stručnosti. Při příštím setkání pak loutky kreslíme a píšeme k návrhům vše co nás k nim napadá: o minulosti i současném životě postavy, jaké má vlastnosti (každá loutka má být i něčím nová – neobvyklá, odlišná od běžného pojetí „krásné princezny“, „šeredné čarodějnice“ apod.). Pro každou loutku se hledá také písnička.

Po dokončení návrhu vybíráme materiál a na „kostru“ z plastové láhve od vody pak šijeme a lepíme, co nám naše fantazie dala. Rozvijí se tvořivost i zručnost. Pamatuji se, jak se nějakým zvláštním způsobem vždy loutky podobaly svým tvůrcům. Postavička obsahovala něco, co jsem u dotyčné pacientky často dříve nevnímala a přece to bylo bytostně její.

Když jsme všichni hotovi, otevírá se další fáze, v níž se loutky představují, vybírají si partnery pro setkání a spontánně vznikají první dialogy. Z těchto dialogů se postupně rodí budoucí představení. Pacientky si zpravidla nepamatuji, co říkaly minule a tak je každá zkouška vždy trochu improvizací, přičemž pacientky s lepší pamětí navracejí děj k „původnímu scénáři“.

Vyvrcholením této terapie je představení pro lékaře, sestřičky a ostatní pacientky na oddělení, po kterém jsou pacientky odměněny pohoštěním.

Po tomto ukončení zpravidla ještě následuje jedno setkání, na kterém se společně vracíme k proběhlé terapii a k jejímu vyvrcholení – představení. Shrnujeme, hodnotíme, hovoříme o tom jaké to pro nás bylo a co si z terapie odnášíme. Představení bývá také natočeno na video a pacientkám promítnuto.

Z mých poznámek:

„Při rozhodování jakou loutku vytvořím jsem zvolila strom, „Jabloň“. Bylo to náhodné, nebo to odpovídá něčemu ve mně?“ ... „Vůbec jsem nevěděla co zvolit, teď ale cítím, že jsem tím vystihla, co o sobě chci říci“. ... „Co si vlastně promítám do jabloně? Je to snad touha po klidu a samotě, touha prožívat s přírodou její proměny a být v ní stále přítomna? Skutečně po tom často toužím.“ ... „Paní D. si vybrala za svou loutku mne. Chce mne „vytvořit, jak mne zná“. Jsem plná zvědavosti i se trochu bojím, co se dozvím.“ ... „Vytvářím svůj strom a stále přemítám, proč jsem si jej vybrala. Přemýšlím o tom kdo jsem a zda nechodím po světě s maskou a také chci být sebou v té jabloni. Představuji si že rostu v krásné terasovité zahradě na jižním svahu vystaveném slunci. Jako strom se cítím naplněna láskou ke světu, toužím dávat protože se cítím nesmírně bohatá...“

„Žasnu nad tím, jak dokáží pacientky vést své loutky, jedna hraje přímo rozpustile, další na sebe vzala roli zlé panovačné královny, každá je tak originální, musím je obdivovat!“ ... „Uvědomuji si, jak jsou tyhle loutky krásné, pro svou něžnou nedokonalost, pro upřímnost s níž se rodily. Mám ráda Smolíčka paní R., který je krásným děťátkem podobným své tvůrkyni, moudrou Kalupínku vzdělané paní J., která dříve působila na jisté fakultě, veselou zpívající Karkulku, přísnou a spravedlivou Ježibabu, lenivého dobráka, kominíka Ference, který je věrným obrazem paní E. i královnu zpívající francouzské písně, napovrch nepřístupnou ale přece tolik plnou citu. Oč bližší se

mi staly pacientky tímto zvláštním setkáním! ... Jen má vlastní loutka mi stále klade otázky.“

Když jsem šla poprvé s pacientkami na „Terapii s loutkou“, očekávala jsem, že se zde lidé lépe navzájem seznámí a sblíží, že se zde bude pracovat na rozvoji fantazie, tvořivosti, manuálních schopností i vyjadřovacích schopností, že se tu bude procvičovat paměť a překonávat tréma apod.. Já, z pohledu a v roli klientky, jsem se tu však hlavně zabývala otázkou, kdo vlastně jsem, jaká skutečně jsem, nakolik cítím odvalu stát se sama sebou nebo si to alespoň na chvíli zkusit se svou loutkou. Tato terapie má své nesporné vysoké kvality a může člověku velmi jemným a šetrným způsobem mnoho dát - právě tolik, kolik je dotyčný připraven si odnést.

Zlomky kazuistik

Jsou čtyři odpoledne a končí pracovní terapie, paní R. shání kabát a tašku, chce jít na autobus. ... Je hospitalizována již tři roky, ale stále se opakuje situace, že chce po skončení práce odejít domů. Známe se celou tu dobu a cítím že ke mne má důvěru. Jako jiné dny jí trpělivě vysvětluji, že je u nás na léčení a bude tu také večeřet a spát. Večeře i postel v pokoji je pro ni připravena, vše je zajištěno. Může se teď projít po terase nebo podívat na televizi, než bude večeře a zítra ráno zase může přijít do dílny a budeme pokračovat v práci. ... Vidím úlevu na té milé, před chvílí tak vylekané a bezradné tváři, jsem ráda, že jsem mohla paní R. přinést uklidnění - alespoň na chvíli. (F00.1 – DAT)

Paní K. tká dečku na rámu. Každé protažení příze je výkonem. Když vynechá řádek a vzor nevychází, trpělivě se vrací. Má radost z každého povedeného řádečku, po malém odpočinku se znovu pouští do práce. Nikdo nedocení obrovské úsilí vložené do malého čtverečku tkaného prostírání, nabízeného potom za pár korun k prodeji. Mohla by si je nechat, ale domů se už nevrací a ze stolečku v pokoji na pavilonu by se hned ztratilo, což by jí mrzelo. Takhle její výrobek bude vystaven v prodejní galerii, někdo si jej jistě koupí a bude zdobit jeho stůl. Proto musí být trpělivá vydržet a utkat jej opravdu kvalitně. (F 00.2 – DAT)

Paní J. je stále velmi hezká žena, má pěknou rovnou postavu, pohlednou tvář, dlouhé štíhlé prsty na rukou a pěkně upravený účes. Na první pohled působí

dojem, že je na tom celkem dobře. Když však přijde na terapii, její chování je naprosto zmatené. Sedne si přibližně na své místo, ale většinou ne přesně. Každý má na stolečku kde sedává připravenou práci z předchozího dne (pokud je předpoklad, že na ni bude pokračovat). Paní J. nepozná která práce je její a co a jak dál. Snaží se však vyrovnat se ostatním, když vidí jak pracují a začne věci na stolku různě přerovnávat, překládat, zřejmě se snaží pochopit co s nimi. Jdu vždy hned k ní, vysvětluji ji co budeme dělat a vložím ji práci do ruky.

Je ale těžké najít pro paní J. přiměřenou práci, protože téměř na žádnou už nestačí, všechno poplete, což ovšem hned pozná a potom pláče a říká, že se na ni zlobím. Dávám si pozor, abych nedala najevo nespokojenost. Snažím se i výrobky, které se staly něčím zcela odlišným od původního záměru nějak využít (rozstříhané klubíčko původně určené k háčkování řetízku budou vlásky pro panenku apod.). Hovořila jsem s psychologkou o tom, že si tahle nešťastná paní vždy když se jí něco nepovede myslí, že se na ni zlobím, nechci ji tu apod., přesto že jí nic takového nedávám najevo. Tak jsem se dozvěděla, že měla velmi těžké dětství, velmi přísného a nepřístupného otce a jeho kritiky si stále nosí sebou a očekává je i ode mne. Její situace je velmi těžká, tolik se snaží ale nemůže dokázat víc. Snažím se tedy alespoň nacházet uplatnění pro nezvyklé výrobky paní J. a zahrnovat ji upřímnou chválou, kdykoli mohu, jen aby mohla odcházet z terapie spokojená, abych jí trochu vynahradila, co v dětství postrádala. Vždyť se tolik snaží! (F01.9 – Vaskulární demence)

Paní B. je drobounká tichá babička. Každý den přichází na terapii ke svému stolečku kreslit. Kreslí kytičky a roztomilá zvířátka na dvojlisty papíru – vytváří „přání k svátku“, ale také velikonoční, vánoční motivy a návrhy na vyšívání. Je tu již tři roky, ale s nikým se neskamarádila, sama tiše sedává na chodbě, když je pracovní místnost zavřená. Její obrázky jsou velmi jemné, malované s láskou. Zastavuji se u jejího stolečku a povídáme si o nich, spolu vymýšlíme, co bude kreslit dál. ...Napadá mne, že tyhle něžné obrázky jsou její komunikace se světem, její způsob, jak dávat lásku. Těší mne, že svět o němž vypovídá a zřejmě nosí v srdci je tak dobrý a krásný. Říkám jí, jak mne obrázky oslovily, Paní B. se tiše usmívá a znovu se pouští do práce. (F 06.2 – Organická porucha s bludy)

Paní učitelka V. miluje písničky. Každé ráno při komunitě rozdává : hraje na piano, zpívá, učí nás nové písničky a i značně dementní paní se připojují při zpěvu. Paní V. je nevyčerpatelná. Její budoucnost – čekání na místo v domově důchodců, není to co by si přála, ale smířila se s tím. Má své zpívání, miluje přírodu v parku, stromy, jež denně chodí navštěvovat, stejně jako obrázek:

„Pannu Marii u kostelíčka“, - mozaiku na vnější zdi kostela v areálu léčebny. Sem odnesla i kytici, jedinou jež za dlouhý čas dostala, když zpívala na jedné vernisáži v naší galerii. Někdy si všimnu, jak se při práci zastaví a sepne ruce. Je to víra v Boha, je to dobrý pocit z užitečnosti pro druhé, je to její veliká láska k přírodě, co ji pomáhá odpoutat se od vlastních strastí a stále se usmívat? (F 01.9 - Vaskulární demence)

Paní E. má ráda Honzíčka. Denně žádá dopisní papír a známku, aby mohla napsat svému synovci, že ho má ráda, aby přišel. Nemůže si dnes vzpomenout, jaké má Honzíček přímení a ptá se mne. Potom opakuje : „ Jste hodná sestřička, jste hodná sestřička...“ Chci odmítnout chválu, jíž se mi dostává, ale napadá mne , že je to spíš prosba, abych na ni byla hodná, nebo sama sebe utvrzuje v tom, po čem touží (abychom na ni byly hodní).

Někdy mne rozzlobí, všechno má ušmudlané a pobryndané, v tašce ponožky, mýdlo, tužky, drobky...vše tvoří jednu hroudu. Pak si ale uvědomím tu krásnou duši, která žije jen svou láskou a myšlenkami na někoho, koho pak uvidí na pár okamžiků jednou za dva nebo tři měsíce a nemohu se zlobit.

Zdravotní stav paní E. se zhoršil , do dopisu píše nesmysly, do mísy na WC nacpala plenkové kalhotky, které jí sestřičky daly, protože má průjem. Záchod ucpala a stolici rozmazala kolem i po sobě. Zapáchá a s vypláznutým jazykem se hrne do společenské místnosti. Mezitím se zpráva o jejích „aktivitách na WC “ donesla k sestřičkám a je tu ošetřovatel a odvádí ji do sprchy. Po chvíli ji vrací umytou, ale protože plenkové kalhotky odmítá a je předpoklad, že se vše bude opakovat, je přivázána ke křeslu a dáváme ji tužky, aby se zabavila. Jenomže téhle pacientce se plenkové kalhotky skutečně nelíbí, po chvíli se jí opět podaří se jich zbavit a opět rozmatlává stolici po sobě.

Druhý den musela být paní E. přeložena na jiné oddělení. Je mi z toho smutno, vím že ke mne měla důvěru a mám pocit, jako bych ji zklamala. Víím ale, že přeložení bylo vysvobozením pro ostatní pacientky a v zájmu zachování „ještě únosné“ úrovně oddělení.(F 20.5 – Reziduální schizofrenie.)

Ve spěchu mímím křesílko, na němž sedí paní K.. Natahuje ke mne ruce, nelze se nezastavit. Upírá na mne oči a třesoucícma se rukama si mne přidržuje a přitahuje. „Vy jste tak hezká, já vás miluju! Já na vás pořád myslím, kdybychom mohly být spolu!“

Hladím staříčké ruce a říkám, že si to nezasloužím, takovou lásku a obdiv. Vždycky mne dojíká, když vidím jak starý zubožený člověk skládá někomu poklonu a vyznává lásku, aniž by zmínil svou ubohou existenci, aniž by si postěžoval. Chvíli svírám v dlaních její hubené ruce, cítím že se zklidňuje. Snad

se paní K. dostalo toho co potřebovala – mít někoho chvíli na blízku. Slibuji, že zase přijdu a odcházím, ale ještě dlouho ve mne doznívá dojetí.(F 01 – Vaskulární demence)

Velmi podobný případ je paní P. Zastavuji se u křesílka v němž tráví celé dny. Nohy už jí neslouží, letos u nás oslavila devadesátiny. „Máte tvářičky jako děťátko.“- říká a hladí mne po tváři. U téhle babičky se zastavuji obzvlášť ráda. Vyprávěla mi jaký měli krušný život v mládí, jaká byla bída a že maminka raději sama nejedla, aby mohla dát dětem. A ony děti jak pomáhaly. Jak byl tatínek přísný a spravedlivý a jak je děti vedl k poctivosti, pravdivosti a pracovitosti. Chvilími se jí zamžije oči, pak se zas usměje a vypráví. A já ráda poslouchám: jak to všechno bylo těžké, co prožívali pak za války, co museli překonat ale člověk to musel, tomu se nedalo vyhnout a byl to dobrý život. (F 01.1 – Multiinfarktová demence)

Oknem je vidět, jak ke vchodu na oddělení směřuje starý přihrbený pán s taškou na kolečkách, jde navštívit svou paní. Ta už jen sedí u stolečku, s nikým nekomunikuje a kamsi se dívá. Děda si přisedne a vytahuje z tašky krabičku s dortíčky. Potom lžičkou krmí svou babičku. Ta má dortíčky asi velmi ráda, spokojeně polyká sladká sousta a člověka napadne, že sladká chuť dortíčků je možná jediným příjemným prožitkem, který ještě může tato paní mít. ... Po skončení návštěv vidím opět oknem starého pána s jeho taškou na kolečkách. Vrací se do svého prázdného domova, kde už nikdy nebude se svou babičkou. (F 05.1 – Delirium nasedající na demenci)

Paní D. dříve chodívala na pracovní terapii malovat, potom nebyla jednu dobu schopna chodit vůbec, dnes za pomoci hůlky zdolává trasu od společenské místnosti k jídelně. Volá mne k sobě, aby mi řekla, že na pracovní terapii nechodí, protože vůbec nevidí a neslyší. Nabízím jí aby přesto přišla, může nám pomoci s tím na co není tolik potřeba vidět.

Paní D. má při svém těžkém stavu také veliký kus štěstí. Má úžasnou vnučku, asi dvacetiletou milou dívku, která svou babičku drží nad vodou. Vytrvale za ní chodí, pomáhá jí rozcházet se po chodbě, nosí ji něco dobrého a je vidět, jak má upřímně babičku ráda. Někdy mne napadá, jako by přicházela s otázkou: „Babičko, jak se to dá zvládnout?“... A babička dává tu nejlepší odpověď: „Musí se moc bojovat!“ Možná to bude jednou pro její vnučku ten nejlepší dar, jaký jí mohla dát. (F 33.1 – Period. Depresivní porucha)

Paní H. sedí bez hnutí na židli. Necítím sebemenší chuť s ní hovořit. Snažila jsem se ji zapojit do nějaké činnosti, ale vždy jsem sklídila kritiku – za nevhodný materiál, tupé nůžky, nevkusný výrobek, zbytečnou práci, příliš stupidní práci nebo naopak obtížnou kterou nemohla zvládnout. Nemám na terapii ideální materiál, zdravotnictví nemá na tyto věci tolik peněz, ale ostatní zde pracují zcela v pohodě. Nakonec jsem paní H. řekla, aby si sama vybrala co chce dělat a jaký k tomu chce materiál, protože já už si nevím rady. Přestala chodit na terapii a já jsem svůj čas věnovala těm, u nichž to mělo větší cenu a uvědomila jsem si že mám i lepší chuť do práce a náladu, zkrátka jsem si oddechla. Časem jsem se bála i pohledu téhle paní, nějaká negativní energie ke mne doléhala, stále jsem očekávala kritiku. Současně jsem si ale myslela, jak hrozné to musí být pro ni, když ona takhle svět vidí: nepřátelsky, pesimisticky, obtěžována paranoidními myšlenkami, jež se sami vtírají. Není schopna smířit se s tím, jak na tom je, ani na tom něco změnit. Žádná z pacientek se s ní nesblížila, trčí tu osamocená a neschopná změnit svůj postoj a přiblížit se k lidem, prožívat s ostatními radost z podařené práce, z drobných maličností všedních dnů. (F 23.3 – Akutní psychotická porucha)

Nakonec uvedu ještě jednu pacientku, opakovaně u nás hospitalizovanou se schizoafektivní poruchou .

Paní A. je pacientka, která dá člověku notně zabrat. Ve své manické fázi je neskonale činorodá a vynalézavá. Převěšuje na oddělení obrázky, loudí na lidech nebo jim bere věci, které hned zase někomu vnucuje. Plánuje, jak se budou věci dít, kdo si koho vezme a jaké budou mít děti, či koho kam odstěhuje apod. Vymýšlí si na mne různé požadavky, které nejsem schopná plnit a tak se zamotám do jejích intrik, protože tomu a tomu jsem v tom a tom vyhověla a jí teď nechci. Jsem naprosto převálcována tím, co na mne chrlí a neschopná na to reagovat, také proto, že mám současně na terapii ještě deset nebo více lidí, kteří také něco chtějí. Ona ale žádá veškerou moji pozornost. Snažím se dát nějaký řád a pravidla tomu co je možné a co není, ale na paní A. prostě nemám. Když jí nevyhovím, přechází do agresivity: říká mi věci, které člověka bolí, i když ví, že jsou pustým výmyslem. Jindy si k urážkám vybere některou pacientku, takže musím nakonec paní A. z prostor pracovní terapie vykázat.

Když epizoda přejde, je s ní docela fajn práce. Pracuje s chutí, má z výrobků radost a dokáže i pochválit podařenou práci ostatních. (F25.0 – Schizoafektivní porucha)

Tak to byly některé z našich pacientek. Osud jim přidělil velmi těžký úkol ve světě už tak náročném. Kromě zdravotních problémů, které přináší stáří samo o

sobě, jsou obtěžováni halucinacemi a bludy, depresi, úzkostí, neschopností se zorientovat, často ztrátou svých životních partnerů, někdy dokonce dětí a také nuceným opuštěním domova, kde to již sami nemohly zvládnout. To všechno mají unést a ještě se zapojit do práce a něco vytvářet. Mají můj obdiv.

Závěr

Co říci závěrem? Pacientky na našem oddělení jsou lidé, u kterých v mnoha případech došlo k degradaci intelektových schopností, ale mívám pocit, jako by tyto byly nahrazeny láskou, již jsou schopny neustále dávat a pokorou s níž přijímají svůj osud. Je možné s nimi navázat krásný pro obě strany obohacující vztah.

Jejich život se chýlí ke konci, co se událo, událo se, nemohou už na svém uplynulém životě nic změnit. Jejich nynějším úkolem je přijmout svůj uplynulý život jaký byl a nám se dostává cti je v tom doprovázet. Prostě je přijmout a mít je rád takové jaké jsou, aby i ony mohly takto sebe a svůj úděl přijmout. Vztah v němž je obsažena úcta a přijetí je podle mne hlavním terapeutickým prostředkem, který jim můžeme poskytnout.

Jsou tu i pacientky s nimiž je těžké vztah navázat, například paranoidní, které mají tendenci vidět v našem jednání nedobré úmysly na ně zaměřené - vnímají prostě skutečnost trochu jinak a člověk musí mít určitou frustrační toleranci, jejich potíže si uvědomit a pochopit, že ony tak prostě vnímají a jak teprve pro ně musí být těžké s tím existovat.

Pro sblížení hodně pomůže poznat člověka v jeho celistvosti, s celou jeho minulostí, s tím co prožil, čím prošel, vstoupit do jeho světa a pokusit se jej pochopit s tímto poznáním.

Ubohost a neštěstí, které člověk kolem sebe na oddělení vidí, může paradoxně v jistém směru posilovat. Uvědomí si tu malichernost vlastních problémů, skutečné hodnoty a skutečné lidské hrdinství. Stydí se pak naříkat a stěžovat si že nemůže to a to, když chvíli před tím tvrdil staré matce, že musí například vstát a o berlích se doštrachat do jídelny pro rohlík - samozřejmě proto, že je třeba se hýbat (dokud to ještě jde). Stydí se také naříkat si, že nemá to či ono, když vidí, že vše co lidé v léčebně mají je erární postel a stoleček do kterého jim každou chvíli někdo leze a tak musí žít i roky, než dojde pořadník v domově důchodců k jejich jménu. Člověk se zde učí pokoře a úctě k obyčejnému všednímu životu, učí se vážit si toho, co považují lidé za samozřejmost – a sice

duševního zdraví. Život zde pokládá člověku otázky po smyslu a po spravedlnosti – zda nějaká je, co je osud a zda je v rukou člověka ovlivnit jej.

Pro toho kdo pracuje s pacienty a neustále kolem sebe vidí tolik lidské bídy, je také velmi důležité, aby pečoval o svou duši. Jinak se u něj může časem vyvinout „syndrom vyhoření“. Myslím, že jsem se tomuto stavu jeden čas přiblížila. Dostala jsem se do určité časové tísně a tak jsem ze svého života vypustila to, co jsem dělala pro svou radost. Po nějaké době jsem pociťovala jakousi mrzutost, vnitřní nespokojenost, neklid. Napadlo mne, že se potřebuji vrátit k tomu, co mne těší a vydala jsem se do přírody, do velmi krásných skal. Moc jsem se tam těšila, ale k mému údivu se nestalo to, co jsem očekávala. Viděla jsem nádherné scenérie skal a lesa, ale necítila jsem vůbec nic, žádný úžas, okouzlení, nic z toho co jsem dříve prožívala při pohledu na docela obyčejnou louku nebo strom v parku. Připadala jsem si jako stroj. Jako když jsem ztratila sama sebe. Konečně se mi začalo chtít brečet a to mi přineslo nějakou úlevu.

Je důležité organizovat si čas a vymezit v něm chvíle věnované vlastní duši. Každý člověk má jiný způsob jak tento čas naplnit. Někomu pomáhá hudba, někomu pěstování květin na zahrádce a někomu třeba výtvarné umění. Setkání s přírodou je jistě jen jedním z mnoha způsobů, jak pečovat o svoji duši. Hodnoty, jež ale takové setkání s přirozeným světem přináší, jsou jak věřím nejen v obohacujícím zážitku – vnímání krásy. V přírodě si člověk, pokud ho v tom neruší nějaký jeho společník, může uspořádat myšlenky a prožitky, zaujmout postavení k tomu co prožil a získat nadhled nad problémy, jež ho zavalují - uklidit si v sobě samém. A prožitek, jež člověku poskytuje účast na dění v přírodě - od rašení přes zrání k podzimnímu ukládání – vrací člověka do přirozeného rytmu života v souznění s přírodou, poskytuje mu porozumění a smíření s tím, co život přináší, které někdy potřebujeme, aniž bychom si toho byli vědomi.

Má zkušenost mi říká, že když máme málo času, je lépe vypustit ze svého denního programu cokoli jiného, než péči o duši. Neděláme tím nic sobeckého, i to je služba našim pacientům. Teprve když jsme sami vyrovnaní a dobře vyladěni, jsme schopni skutečně pomáhat těm, kteří nám byli svěřeni, kteří naši pomoc očekávají a kteří v ni věří.

Jsme léčebnou a našim úkolem je navracet pacienty pokud možno zpět do normálního života. Často mě napadá, jak to asi doma zvládají ti, kteří měli to štěstí a jejich stav dovolil návrat domů. Vždyť některé ženy, když od nás odcházejí, jsou plné obav. Na malé vesnici se jistě roznesla senzace, že „paní X

vzala prášky a odvezli ji do blázince.“ Teď se má vrátit domů. Jak se na ní budou lidé dívat? S odstupem? S rezervou? Nebudou si o ní povídat za zády? Nezůstane izolována od ostatního světa mezi stěnami svého bytu? Kolik úsilí ji bude stát první cesta do místní samoobsluhy? U nás se podařilo úžasné, ale co lidé tam venku? Budou milosrdní?

Když si o samotě vybavuji ty krásné staré dámy, vždy mne napadá představa drahokamů vyzdvižených na dlani ze dna řeky, zářících v paprscích slunce.

Použitá literatura:

Jan Vymětal. Rogersovská psychoterapie. Praha: Český spisovatel, 1996

Viktor E. Frankl. Teorie a terapie neuróz. Praha: Grada, 1999

Viktor E. Frankl. Vůle ke smyslu. Brno: Cesta, 1997

Elisabeth Lukasová. I tvoje utrpení má smysl. Brno: Cesta, 1998

Helena Haškovcová. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990

Marie de Hennezel. Smrt zblízka. Praha: ETC Publishing, 1997