

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie a patopsychologie

LUCIE WAWRECZKOVÁ

III. ročník – prezenční studium

Obor: Speciálně pedagogická andragogika

VYUŽITÍ PSYCHOTERAPIE PŘI LÉČBĚ PSYCHÓZ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Pavel Škobrtal, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne

.....vlastnoruční podpis

Děkuji PhDr. Pavlu Škobrtalovi, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce,
za jeho cenné připomínky a odborné rady.

V Olomouci dne:

Lucie Wawreczková

Obsah:

Úvod.....	6
1. PSYCHÓZA.....	8
1.1 Definice psychózy.....	8
1.2 Rozdělení psychóz.....	9
1.3 Klasifikace funkčních psychóz podle MKN.....	10
1.4 Schizofrenie (F 20).....	11
1.4.1 Definice.....	11
1.4.2 Epidemiologie.....	11
1.4.3 Historie.....	11
1.4.4 Etiologie a patogeneze.....	12
1.4.5 Příznaky schizofrenie.....	13
1.4.6 Průběh onemocnění.....	15
1.5 Schizotypální porucha (F 21).....	16
1.6 Poruchy s trvalými bludy (F 22).....	16
1.7 Akutní a přechodné psychotické poruchy (F 23).....	16
1.8 Indukovaná porucha s bludy (F 24).....	17
1.9 Schizoafektivní porucha (F 25).....	17
2. PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE.....	18
2.1 Definice psychosociální rehabilitace.....	18
2.2 Odmítání léčby.....	19
2.3 Nespolupráce při léčbě.....	19
2.4 Farmakoterapie.....	20
3. PSYCHOTERAPIE.....	22
3.1 Definice a cíle psychoterapie.....	22
3.2 Účinnost psychoterapie.....	23
3.3 Rozdělení psychoterapie.....	23
3.4 Faktory ovlivňující účinnost a průběh psychoterapie.....	24

3.5 Prostředky psychoterapie.....	26
4. VYUŽITÍ PSYCHOTERAPIE PŘI LÉČBĚ PSYCHÓZ.....	28
4.1 Specifika psychoterapie u pacientů s psychózou	28
4.2 Psychoedukace	29
4.2.1 Individuální psychoedukace	29
4.2.2 Rodinná psychoedukace	32
4.3 Psychoanalytická psychoterapie	34
4.3.1 Definice psychoanalýzy	34
4.3.2 Psychoanalýza a její využití.....	34
4.3.3 Východiska psychoanalýzy při léčbě psychóz	34
4.3.4 Průběh terapie.....	35
4.4 Kognitivně-behaviorální terapie	37
4.4.1 Definice Kognitivně-behaviorální terapie	37
4.4.2 Behaviorální a kognitivní analýza	37
4.4.3 KBT a její využití u psychóz	38
4.5 Rodinná terapie u psychóz.....	40
4.6 Expresivní terapie	41
4.6.1 Dramaterapie	42
4.6.2 Arteterapie.....	44
4.6.3 Muzikoterapie.....	48
4.6.4 Taneční pohybová terapie.....	51
Závěr	53
Seznam použité literatury a pramenů	55

Úvod

Duševní onemocnění pro mě vždy znamenalo téma zajímavé, záhadné a z části nepochopitelné. Jako téma své bakalářské práce jsem si z širokého okruhu duševních onemocnění vybrala funkční psychotické poruchy. Do skupiny funkčních psychóz patří podle mezinárodní klasifikace nemocí schizofrenie a další onemocnění schizofrenního typu. Toto onemocnění se i v dnešní době potýká s celou řadou předsudků a hlavně s neznalostí základních fakt, a to jak u osob z řad veřejnosti, tak bohužel někdy i u odborníků. Mnoho lidí zaměňuje schizofrenii s poruchou osobnosti. Pacient se schizofrenií netrpí rozštěpem osobnosti na více identit, přestože v mnoha filmech je tato skutečnost mylně zobrazována.

Svůj zájem soustředím pouze okrajově na příčiny a projevy schizofrenie, zaměřuji se především na její psychoterapii. Ve své práci se pokusím shrnout ty nejdůležitější psychoterapeutické přístupy používané v léčbě schizofrenie. Psychoterapie slouží buď jako prostředek k plnému uzdravení, je jednou ze složek komplexní léčby, nebo jako podpora pacienta naučit se žít se svým zdravotním omezením.

Schizofrenie je onemocnění bio-psycho-sociální povahy, zasahující nejen fyzický a psychický stav nemocného, ale také veškeré jeho společenské vztahy a pracovní oblast. Dovolím si tvrdit, že do budoucna bude pacientů s tímto onemocněním stále přibývat. Tento fenomén souvisí s dnešní dobou, která klade vysoké nároky na výkon člověka, potlačuje individualitu lidí a vyžaduje konformitu. Pokud těmto nárokům někdo nedostojí (v tomto případě jim nemůže dostát z důvodu onemocnění) je společensky vyloučen. I proto by léčení mělo být komplexní, zahrnovat jak psychoterapii, tak socioterapii. Jejich propojení je nejúspěšnějším způsobem léčby. Socioterapie by si proto zasloužila podrobné zpracování a vysvětlení.

Před začátkem psaní práce jsem se sešla s paní Mgr. Gabrielou Zajacovou, která pracuje jako psychoterapeutka v nemocnici Třinec. Paní magistra mě uvedla do problematiky psychotických pacientů a seznámila mě s formami psychoterapie

využívané u schizofrenie. Při psaní práce jsem neměla problém s dostatkem literatury v českém jazyce. Využitím psychoterapie u psychóz se zabývá téměř každá publikace týkající se této problematiky, v žádném se ale neuvádí psychoterapie uceleně. V části věnující se expresivní terapii jsem hodně čerpala z časopisů Arteterapie. Internetových zdrojů jsem využívala jen minimálně.

Moje práce je rozčleněna do čtyř hlavních kapitol. V kapitole první se věnuji vymezení pojmu psychóza, klasifikaci, příznakům a prognóze onemocnění. V druhé kapitole se zaměřuji na psychosociální rehabilitaci a problému velmi rozšířenému v léčbě psychóz - nespolupráci pacientů. Mnohdy sami nemocní jsou příčinou zhoršení nebo stagnace svého zdravotního stavu tím, že nedodržují rady odborníků. Pokud má být léčba efektivní, není možné dělat svévolná rozhodnutí, ať je již důvodem subjektivní pocit zlepšení nebo naopak přesvědčení, že léčba již dlouho nikam nevede. Důležitá je také účast rodiny nemocného na terapii. Právě spolupráce mezi nejbližšími - rodinou, partnery a odborníkem může přinést mnoho pozitiv nejen pro nemocného jedince. Rodina a nejbližší přátelé mohou, díky odborné spolupráci v rámci psychoedukace, poznat aspoň z části svět, ve kterém žije jejich blízký a podpořit tak proces uzdravování. Ve třetí kapitole se zabývám psychoterapií obecně, její účinností, formami a prostředky. Tyto poznatky aplikuji v poslední kapitole věnující se využitím psychoterapie u pacientů s psychózou. U těchto pacientů se lékaři často setkávají s problémem navázání komunikace či neschopnosti porozumět pacientovu způsobu myšlení a vyjadřování. Tam, kde selhává verbální komunikace, nalézají uplatnění terapie využívající nonverbálních prvků - terapie expresivní.

1. PSYCHÓZA

1.1 Definice psychózy

Psychóza je slovo řeckého původu, „psyché“ znamená duše, koncovka „-óza“ se překládá jako nemoc.

Psychóza je závažná duševní nemoc, která narušuje vztah člověka k realitě, jeho psychické funkce a mění jeho osobnost. Chování člověka nemocného psychózou narušuje společenské normy i možnost pracovního uplatnění. Psychóza mění způsob prožívání a poznávání člověka, skutečný svět je nahrazen fantazií. Pacienti sami si často svou nemoc neuvědomují.

Pacienti s psychotickou poruchou pociťují ve svém každodenním fungování značná omezení. Tato omezení jsou způsobena nejen vlastním onemocněním, ale také nepříznivými životními okolnostmi či sociálními bariérami.¹

Psychické onemocnění mění náhled nemocného na svůj vlastní život, může ovlivnit plány do budoucna. Každá životní fáze s sebou přináší určité role, povinnosti a úkoly, jejichž plnění od nás společnost vyžaduje. Způsob, jakým se bude život nemocného dále rozvíjet, závisí na tom, v jaké životní fázi k propuknutí nemoci došlo. Přístup k těmto osobám by vždy měl navazovat na individuální situaci a stav každého pacienta.²

Byl proveden výzkum zaměřený na nenaplněné potřeby lidí s psychickými poruchami. Pacienti rozdělili své potřeby do 4 skupin:

1. Podpora při tom jak zvládat handicap a jeho psychické důsledky.
2. Pomoc při osobním úsilí o zotavení: uspořádání si věcí, nalezení životních plánů a očekávání, získání sebedůvěry a postarání se o sebe sama.
3. Podpora při budování a udržování sociálních kontaktů a vztahů
4. Podpora při nacházení a udržení práce, vzdělávání nebo jiného denního programu.³

¹ PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 15

² PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 16

³ KROON in PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 17

Z tohoto výzkumu vyplývá, že osoby s psychózou potřebují pomoc a podporu ve všech oblastech života, tedy nejen s přímou léčbou psychózy, ale také ve společenské rehabilitaci.

1.2 Rozdělení psychóz

Dělení psychóz je možné podle mnoha kritérií, pokusím se uvést nejčastější rozdělení.⁴

- **Funkční psychózy** - U tohoto druhu psychóz nebyla prokázána žádná organická léze. Jsou definovány jako porucha funkcí centrální nervové soustavy, osobnosti a sociálních vztahů. Podle 10. revize MKN zde spadá celá skupina F 20-29 Schizofrenie, schizotypní poruchy, trvalé poruchy s bludy.
- **Organické psychózy** - Jedná se o skupinu duševních poruch, jejichž jednotným znakem je mozkové onemocnění, poranění mozku nebo jiné poškození vedoucí primárně k mozkové dysfunkci a sekundárně ke vzniku psychózy. MKN řadí mezi organické psychózy demence, amnestické syndromy a deliria.
- **Toxické psychózy** - Jsou vyvolané otravou mozku, nejčastěji psychotropními látkami. Vyskytují se po užití psychotimulancií a halucinogenů. Toxická psychóza je svým průběhem velmi podobná schizofrenii, odlišení je možné pouze na základě anamnézy. Odeznívá většinou spontánně, bez potřeby medikace.

Psychózy byly dříve také rozdělovány na exogenní a endogenní, toto rozdělení je však již v dnešní době překonáno. Důvodem je nemožnost určit přesnou hranici mezi endogenními a exogenními příčinami a také bylo zjištěno, že exogenní faktory se podílejí i na vzniku endogenních poruch.⁵

⁴ HÖSCHL, C. LIBIGER, J. ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*, Praha: Tigris, 2002, s. 565

⁵ BARTKO, D. *Moderní psychohygienu*, Praha: Orbis, 1976, s. 337-338

- **Endogenní** – Vznik endogenních psychóz byl připisován dědičnosti nebo vnitřním příčinám v těle (např. porucha metabolismu serotoninu a dopaminu, snížený počet neuronů).
- **Exogenní** – Teorií vzniku exogenních poruch byly akutní a chronické infekce nebo dlouhodobé poškození centrální nervové soustavy např. alkoholem, drogami. Mezi další vlivy byla řazena mikrotraumata mozku nebo úrazy hlavy, vliv raného dětství (do 2 let života), vliv výchovy rodiny, vliv prostředí a také dlouhodobá psychická zátěž, která mohla u predisponovaných jedinců způsobit vznik duševního onemocnění.⁶

1.3 Klasifikace funkčních psychóz podle MKN

Rozdělením všech duševních onemocnění a poruch chování se zabývá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí vytvořená Světovou zdravotnickou organizací.⁷ Kód pro označení duševního onemocnění je písmeno F. Funkčním psychózám je v Mezinárodní klasifikaci nemocí vyčleněna kapitola pod kódem F20-29 s názvem Schizofrenie, schizotypní poruchy, trvalé poruchy s bludy. Celá tato skupina se ještě rozděluje na dílčí podskupiny:

1. Schizofrenie F 20
2. Schizotypální porucha F 21
3. Poruchy s trvalými bludy F 22
4. Akutní a přechodné psychotické poruchy F 23
5. Indukovaná porucha s bludy F 24
6. Schizoafektivní poruchy F 25⁸

⁶ URL: < <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/endogenni-psychoticke-poruchy-283663> >[10.1.2011]

⁷ WHO - World Health Organization

⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*, Praha: WHO, 2008, s. 197-202

1.4 Schizofrenie (F 20)

1.4.1 Definice

„Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě.“⁹

Schizofrenie hluboce naruší vztah člověka ke skutečnosti, dochází ke změnám osobnosti. Ty často způsobují, že nemocný není schopen pokračovat v životě jako doposud. Jedná se o vleklé onemocnění se sklony k chronicitě. Postihuje pracovní schopnost člověka a také snižuje jeho společenské uplatnění, což je velkým problémem v soudobé společnosti, která klade důraz na výkon a zodpovědnost.¹⁰

1.4.2 Epidemiologie

Touto nemocí onemocní asi 1 - 1,5 % populace, častost výskytu onemocnění je stejná v různých kulturách a kontinentech. Začátek onemocnění se projevuje nejčastěji ve věku 15 - 25 let u mužů, u žen 25 - 30 let.¹¹

1.4.3 Historie

Jako první byla schizofrenie popsána v roce 1896 psychiatrem Emilem Kraepelinem, který ji nazval *dementia praecox* - předčasná demence. Roku 1911 byl psychiatrem Eugenem Bleulerem zaveden pojem schizofrenie. Bleuler se také snažil charakterizovat příznaky, jež jsou pro tuto chorobu příznačné: poruchy asociací, poruchy efektivity, autismus a ambivalence.¹²

Další významnou osobností byl psychiatr Kurt Schneider, který popsal tzv. příznaky prvního řádu. Pokud se tyto příznaky projeví, nejednalo se o organické onemocnění, ale o schizofrenii. Mezi tyto příznaky patří: ozvučování myšlenek, slyšení hlasů (diskuze), slyšení hlasů doprovázející vlastní počínání poznámkami, tělesné prožitky ovlivňování, bludné vnímání. V 70. letech 20. století začíná snaha psychiatrů o vyšší spolehlivost diagnóz. Schizofrenie byla v americkém

⁹ RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*, Praha: Galén, 2001, s. 227

¹⁰ RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*, Praha: Galén, 2001, s. 227

¹¹ PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a její léčba*, Praha: Maxdorf, 2001, s. 15

¹² RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*, Praha: Galén, 2001, s. 228

diagnostickém manuálu v r. 1980 (DSM-III) popsána podle jednoznačných kritérií, obdobně tomu bylo i v MKN-10.¹³

1.4.4 Etiologie a patogeneze

Etiologie schizofrenie není doposud spolehlivě vysvětlena, jedná se o onemocnění s multifaktoriální etiologií. Na vzniku se podílí působení mnoha faktorů, jak biologických, tak psychosociálních. Jedna z teorií patogeneze schizofrenie je teorie zvýšené dispozice k zranitelnosti (vulnerabilita) a nadměrné citlivosti (hypersenzitivita) ke stresu. Podle této teorie se dědí určitá vloha k selhání funkcí duševního života, jež vede k oslabení organismu při prožívání zátěže. Pokud je zátěž dlouhodobá, psychóza se manifestuje.¹⁴

Biologické faktory

Mezi biologické faktory jsou řazeny dědičnost a změny ve struktuře a funkcích mozku.

- **Dědičnost** - Současně uznávaným modelem genetického vlivu na vznik schizofrenie je model polygammního podmínění vlohy - vulnerability. Blízcí příbuzní mají celoživotní zvýšené riziko propuknutí onemocnění než intaktní populace. Pokud jeden z rodičů trpí schizofrenií, riziko pro dítě je asi 10 %. Pokud jsou nemocní oba rodiče, riziko onemocnění dítěte se zvyšuje na 30 - 40 %. Pro určení míry dědičnosti je důležitá studie jednovaječných a dvouvaječných dvojčat. Jednovaječná dvojčata onemocní ve 30 - 40 %, u dvouvaječných dvojčat je riziko nižší, asi 10 %.¹⁵
- **Změny ve struktuře a funkci mozku** - Současné teorie uvádějí, že schizofrenie je způsobena narušením rovnováhy dvou neurotransmitterů v mozku - dopaminu a serotoninu. Neurotransmittery zajišťují komunikaci mezi nervovými buňkami v mozku. Při zvýšené produkci dopaminu je aktivita nervových buněk zvýšena, mozek nedokáže toto množství informací dobře zpracovat. Důsledkem je, že nemocní nedokážou odlišit

¹³ RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*, Praha: Galén, 2001, s. 228-229

¹⁴ BOUČEK, J. *Speciální psychiatrie*, Olomouc: Univerzita palackého, 2006, s. 57

¹⁵ PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a její léčba*, Praha: Maxdorf, 2001, s. 16-17

vlastní myšlenky od halucinací, nevyznají se ve vlastním světě. Serotonin ovlivňuje cyklus spánku a bdění, emoce a agresivitu.¹⁶

Psychosociální faktory

Důležité je věnovat pozornost také vztahům v základní rodině. Významnou roli hraje vztah matky a dítěte ale i vztah mezi rodiči navzájem. Pokud je v rodině dlouhodobě neupřímná a nejasná atmosféra, kdy rodiče své pocity maskují, může dojít k odcizení rodiny dítěti, dítě se začíná cítit vůči rodičům slabé a zranitelné. Výzkumy však neprokázaly, že by se v rodinách nemocných schizofrenií určité vyskytovaly patologické vzorce chování, které se u intaktních rodin neprojevují. S rodinou jsou spojeny také časté stresové situace jako rozvod, nemoc v rodině, ztráta blízké osoby, týrání, sexuální zneužívání. K dalším nepříznivým sociálním faktorům patří škola a práce, bydlení a také pozitivní stres (velkou zátěží bývají situace nebo události, na něž se člověk těší a prožívá kladně). Není snadné určit spouštěč nemoci, tzn. příčinu nebo situaci, která napomohla ke vzniku nemoci.¹⁷

1.4.5 Příznaky schizofrenie

Podle klinických příznaků se schizofrenie dělí na tři typy:¹⁸

Pozitivní typ zahrnuje nadměrné, přehnané a nepřiměřené projevy duševní činnosti, je narušena kvalita vnímání. Pozitivní příznaky jsou dobře ovlivnitelné psychofarmaky.

- **Halucinace** vznikají na podkladě zkresleného vnímání reality, jsou to falešné smyslové vjemy, které vznikají bez jasného zevního podnětu. Halucinace se mohou týkat všech smyslů, nejčastější jsou sluchové. Nemocní mohou slyšet jednoduché zvuky jako je škrábání, pískání, tikání, nebo složitější sluchové vjemy - hlasy. Hlasy mohou k nemocnému přímo „promlouvat“, komentovat jeho jednání, nebo mu radit či kritizovat. Časté jsou také imperativní halucinace, které nemocnému něco přikazují a na jejichž základě nemocný jedná. Hlasy promlouvají zvnějšku, odkud normálně zvuky slyšíme, někdy je pacienti vnímají uvnitř ve svém nitru,

¹⁶ PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a její léčba*, Praha: Maxdorf, 2001, s. 18

¹⁷ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2004, s. 336

¹⁸ ANDREASENOVÁ in BOUČEK, J. *Speciální psychiatrie*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, s. 51

jako by jim je někdo „vkládal“. Dalším typem jsou halucinace zrakové, čichové, tělesné či chuťové.¹⁹

- **Bludy** jsou poruchy obsahu myšlení. Blud začíná většinou jako určitá patologická myšlenka, kterou nemocní vlivem okolí a špatných interpretací skutečnosti přetvářejí v bludné přesvědčení, jež je pro ně nevyvratné. Bludy se dělí podle obsahu do tří skupin: makromanické, mikromanické a paranoidní.²⁰
- **Poruchy formy myšlení** se projevují jeho inkoherencí, nejasností a nesouvislostí ve slovním projevu. Myšlenky na sebe nenavazují, nedochází k naplnění komunikačního záměru. Naopak u některých pacientů je nabídka myšlenek tak velká, že jim nestačí slova k vyjádření. Může docházet k roztržitému myšlení nebo myšlenkovému stuporu.²¹
- **Poruchy chování** se projevují bizarním, situaci neodpovídajícím chováním, které někdy podléhá halucinacím a bludům.

Negativní typ zahrnuje příznaky, které jsou důsledkem snížení nebo vymizení určité vlastnosti nebo funkce. Nebývají primárně tak nápadné, ale jsou špatně ovlivnitelné psychofarmakologickou léčbou a jejich prognóza je horší. Negativní příznaky v mnohem větší míře ovlivňují sociální i pracovní zařazení pacientů, včetně jejich celkové kvality života.²²

- **Snížená motivace** se projevuje ztrátou zájmu něco dělat, podniknout. Pacienti jsou „bez energie“ i základní činnosti jim mohou způsobovat potíže. Dělá jim dobře samota, ztrácí zájem o styk se společností.
- **Poruchy emotivity** se projevují neadekvátními reakcemi v různých situacích. Někdy mohou být pacienti přehnaně přecitlivělí, emočně labilní nebo naopak citově otupělí a apatičtí.²³
- **Abulie** se projevuje jako nedostatek vůle, nemocní ztrácí zájem o své zájmy. To, co je kdysi bavilo, jim již nepřipadá zajímavé. Ve vážných případech

¹⁹ PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a její léčba*, Praha: Maxdorf, 2001, s. 21

²⁰ SVOBODA, M. *Psychopatologie a psychiatrie*, Praha: Portál, 2006, s. 101

²¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2004, s. 338

²² RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*, Praha: Galén, 2001, s. 236

²³ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2004, s. 341-342

může pacient trávit celé dny naprostým nicneděláním a zanedbávat přitom i základní hygienu.²⁴

Smíšený typ kombinuje jak pozitivní tak negativní příznaky. Rozdělení na pozitivní, negativní a smíšený typ je spíše pro pochopení příznaků schizofrenie, protože u naprosté většiny nemocných se pozitivní příznaky kombinují s negativními, vzájemně se doprovází.²⁵

1.4.6 Průběh onemocnění

Průběh psychotického onemocnění má několik fází:²⁶

Období přípravné (prodromální)

Většinou zahrnuje změnu chování v práci, ve škole, v rodině. Časté jsou sklony k úzkosti, podrážděnosti, ztráta zájmů, zanedbávání péče o sebe i okolí. Psychické změny provází také změny somatické jako únava, nepříjemné tělesné potíže. Obrácení se na odborníka v prodromální fázi může odvrátit vznik psychózy, ale málokdo odbornou pomoc v tomto období vyhledá. Obecně platí, čím dříve onemocnění propukne, tím horší je prognóza. Nejčastěji tato fáze nastupuje v období dospívání až časně dospělosti.

Období rozvinuté psychózy (ataka)

Chování nemocného se mění, je bez zájmu o běžné věci, stažený do sebe, neklidný. Citové projevy jsou neadekvátní, pomíjí věci, jež pro něj byly důležité, nepodstatným podnětům přisuzuje zvláštní důležitost. Rozvinutá psychóza vyžaduje většinou hospitalizaci a vždy užití psychofarmak.

Období vyhasínání (reziduální období)

Doba jeho trvání je individuálně dlouhá, psychotické příznaky začínají ustupovat do pozadí. Mohou přetrvávat reziduální příznaky jako jsou občasné halucinace, pocit vnitřní prázdnoty, netečnost, podezíravost, smutek apod. V tomto období je důležité zařazení psychoterapie.

²⁴ PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a její léčba*, Praha: Maxdorf, 2001, s. 23

²⁵ BOUČEK, J. *Speciální psychiatrie*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, s. 51

²⁶ KALINA, K. *Jak žít s psychózou*, Praha: Portál, 2001, s. 29-31

Období úpravy (remise)

V období remise nemoc ustoupila, mohou přetrvávat některé negativní příznaky. V tomto období hrozí riziko relapsu. Nejkritičtější období je prvních 9 - 12 měsíců po odeznění nemoci.

1.5 Schizotypální porucha (F 21)

Diagnostikování této poruchy je častým sporem mezi psychiatry. Jedním z důvodů je obtížná odlišitelnost od schizofrenie. Příznaky této poruchy se mohou vyskytovat i u schizofrenie, ale jejich intenzita a vliv na psychiku jsou u schizofrenie menší. Porucha je charakterizována výstředním chováním, stereotypním a planým myšlením, malou schopností se soustředit a řídit vlastní myšlenky. Mohou se vyskytnout paranoidní nebo bizarní nápady, ale nikoliv pravé bludy, nedochází k rozbíhání myšlenek. Pacienti jsou nejistí, stále ve střehu a podezíraví ke svému okolí.

Pro stanovení této diagnózy je potřeba, aby příznaky trvaly minimálně dva roky.²⁷

1.6 Poruchy s trvalými bludy (F 22)

Tato porucha je charakterizována jedním nebo více bludy, jejichž trvání je nejméně 3 měsíce. Tyto bludy nejsou organické ani afektivní povahy. Typické jsou bludy perzekuční, erotomanické, žárlivecké a hypochondrické. Bludy často navazují na nějakou příhodu ze života pacienta, jejich stavba je logická. Mohou se navzájem velmi dobře doplňovat a zcela ovládnout pacientovo jednání a prožívání. Na rozdíl od schizofrenie se nevyskytují poruchy emocí, myšlení ani halucinace. Diferenciální diagnostika se zaměřuje na odlišení této poruchy od disociačních poruch nebo poruch osobnosti.²⁸

1.7 Akutní a přechodné psychotické poruchy (F 23)

Toto onemocnění je charakterizováno akutním začátkem, bez prodromálního období. Vyskytují se psychotické symptomy jako bludy,

²⁷ RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*, Praha: Galén, 2001, s. 251-252

²⁸ RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*, Praha: Galén, 2001, s. 251

halucinace a poruchy vnímání s prudkými poruchami běžného chování, doprovázené vyčerpávající vzrušeností nemocného. Nevyskytují se negativní příznaky. Zmatenost je častá, ale dezorientace místem, časem a osobou není trvalá. Na počátku onemocnění je většinou stresová událost, která předchází onemocnění o jeden až dva týdny.²⁹

1.8 Indukovaná porucha s bludy (F 24)

Porucha s bludy postihující vždy dvě či více osob žijících v těsné vzájemné emoční vazbě. Nemocná bývá pouze jedna osoba, která přenáší blud na osoby další. Pokud jsou od sebe osoby odděleny, porucha zpravidla odezní.³⁰

1.9 Schizoafektivní porucha (F 25)

Jedná se onemocnění, při kterém se vyskytují schizofrenní poruchy s poruchami nálady, a to buď současně, nebo v rozmezí nejvýše několika dní. Pokud je nálada chorobně zvýšená, doprovázená expanzivním chováním, zvýšeným sebevědomím nebo podrážděností, jedná se o manický typ. U depresivního typu je nálada skleslá, dochází k celkovému útlumu, přítomny mohou být autoakuační bludy, halucinace i suicidální jednání.

Pro diagnostiku schizoafektivní poruchy musí být vždy přítomny příznaky charakteristické pro schizofrenii (viz výše). Mnohdy se k uvedené symptomatice přidružují další netypické příznaky, především poruchy vědomí. Prognóza je příznivější než u schizofrenie.³¹

²⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*, Praha: WHO, 2008, s. 200

³⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*, Praha: WHO, 2008, s. 202

³¹ RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*, Praha: Galén, 2001, s. 249

2. PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE

2.1 Definice psychosociální rehabilitace

Z latinského slova „habilitas“ označující schopnost, předpona „re“ pak znamená navrácení schopnosti.

Psychosociální rehabilitace označuje celkový přístup k osobám se závažným duševním onemocněním, který zahrnuje jak farmakoterapii, tak psychoterapii. Cílem psychosociální rehabilitace je zvýšit každodenní fungování pacientů v běžném životě, maximální rozvoj jejich schopností a dovedností a to s co nejmenší mírou trvalé profesionální pomoci.³²

Psychóza je onemocnění, které se dá léčit, ne u všech pacientů však dojde k úplnému uzdravení. Podle lékařských statistik se přibližně u jedné třetiny podaří docílit úplného uzdravení, u další třetiny nemocných probíhá onemocnění v atakách, následném návratu do normálu a poté opětovným relapsem. U ostatních pacientů onemocnění trvale progreduje, dochází ke zhoršování stavu.³³

Aby byla léčba účinná, měla by být dlouhodobá a individuální. Důležitá je multidisciplinární spolupráce zahrnující kromě psychiatrů také psychology, zdravotní sestry, sociální pracovníky, pracovní terapeuty apod.³⁴

Psychosociální rehabilitace pacientů je založena na několika principech:

- Komplexnost
- Partnerství
- Respekt
- Individualita
- Emancipace
- Normalizace
- Participace

³² PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 94

³³ RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*, Praha: Galén, 2001, s. 237-238

³⁴ HÖSCHL, C. LIBIGER, J. ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*, Praha: Tigis, 2002, s. 395

2.2 Odmítání léčby

V léčbě psychotických poruch se mohou psychiatři setkat s odmítáním léčby ze strany pacienta. Tento odmítavý přístup má několik důvodů:

Pacienti se domnívají, že léčbu nepotřebují

U somatických onemocnění je nemoc jasně definována. Pacient i lékař se shodnou na tom, že nemoc existuje a léčba je potřebná. Překážkou léčby u psychotických poruch je anozognozie - neschopnost rozpoznat vlastní onemocnění. Pacienti sami mnohdy nepocítují, že mají problém, nemají tedy potřebu vyhledat odbornou pomoc.

Pacienti se domnívají, že jim léčba bere jejich svět, životní náplň a hodnoty

Mnoho osob s psychózou se cítí být neschopní žít „normálním životem“. Psychóza pro ně znamená určitý únik z reality do jejich „vnitřního světa“, kde se cítí bezpečně. Mohou se cítit ohrožení, jelikož léčba zasahuje jejich psychotický svět, který je pro ně určitou jistotou.

Pacienti se bojí ztráty samostatnosti a závislosti na někom

Jednou z překážek může být také obava ze ztráty nezávislosti. Důležitou úlohou psychiatra v této fázi je, aby pacientovi vysvětlil, že v určitých situacích může být přijetí pomoci projevem samostatnosti a zralosti.

Obávají se reakce rodiny a okolí na psychiatrickou léčbu

Stigmatizace osob s psychiatrickou diagnózou je i v dnešní době frekventovaným problémem. Pacienti se musí naučit vyrovnávat se s těmito názory a snažit se být méně závislí na mínění okolí.³⁵

2.3 Nespolupráce při léčbě

Nespolupráce pacienta při léčbě se označuje jako non - compliance. Všechna chronická multifaktoriální onemocnění, včetně psychóz, kladou velký důraz na pacientovu spolupráci a podílení se na léčbě. Nedávné výzkumy ukázaly, že podle doporučeného postupu lékaře nepostupuje až 77 % pacientů.³⁶ Mezi porušované oblasti léčby patří v první řadě užívání léků, méně pak

³⁵ KALINA, K. *Jak žít s psychózou*, Praha: Portál, 2001, s. 51-54

³⁶ VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*, Praha: Portál, 2010, s. 501-502

dodržování denního režimu. Vynechávání léků nebo jejich užívání nahodilým způsobem přitom přináší řadu zdravotních, psychických a sociálních problémů. Může se jednat o relaps onemocnění, hospitalizaci, zhoršení vztahů, pracovní fungování a s tím spojený pokles kvality života. Důvodů non - compliance pacientů je několik; obava ze závislosti na lécích, problémy s akceptováním pravidel, nedostatek informací a také samotný průběh onemocnění.³⁷

2.4 Farmakoterapie

Léčba psychóz se v současné době opírá o farmakoterapii antipsychoticky působících léků. Pokud má být farmakoterapie účinná, je zapotřebí jasně stanovit diagnózu, sestavit individuální léčebný plán a začít s léčbou co nejdříve. Odborníci dokonce vyslovují názory, že by se měla léčba farmaky „preventivně“ indikovat i u vysoce rizikových jedinců s prodromálními nebo kognitivními příznaky. Psychofarmaka jsou schopna zajistit vymizení symptomů, intrapsychické systémy však nejsou tímto ovlivnitelné a jsou nadále zdrojem pacientových obtíží. Medikace slouží ke zklidnění pacienta, pokud se k ní však nepřipojí komplexní psychoterapie, je výhledově neúčinná.³⁸

Přelom v léčbě nastal v 50. letech 20. století zavedením chlorpromazinu do klinické praxe. Farmaka můžeme rozdělit na klasická neuroleptika a „atypická“ antipsychotika II. generace. Od užívání neuroleptik se v některých případech ustupuje, z důvodů vedlejších motorických příznaků, jejich výhodou však je, že mohou být podávána v injekcích.³⁹

V současné době se antipsychotika II. generace stávají léky první volby při léčbě schizofrenie (F 20). Tyto léky mají menší vliv na sekreci prolaktinu, nezhoršují kognitivní příznaky a působí také na negativní symptomatiku schizofrenie. Mezi nejpoužívanější patří klopazin, risperidon, olanzapin, quetiapin, sertindol, ziprasidon, amisulprid a aripiprazol. U schizotypální poruchy (F 21) je léčba stejná jako u schizofrenie, avšak dávky podávaných léků

³⁷ URL: < <http://www.remedia.cz/Okruhy-temat/Psychiatrie/Compliance-a-adherence-spoluprace-pri-lecbe/8-1n-bl.magarticle.aspx> >[18.2.2011]

³⁸ ZEIG, J. *Umění psychoterapie*, Praha: Portál, 2005, s. 429-431

³⁹ HÖSCHL, C. LIBIGER, J. ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*, Praha: Tigis, 2002, s. 390

jsou nižší. Poněkud složitější je farmakoterapie u trvalé poruchy s bludy (F 22). Jen málo pacientů podstupuje léčbu antipsychotiky, z důvodů podezřívavosti pod vlivem bludu. V tomto případě je dominantní psychoterapie. U akutních a přechodných psychotických poruch (F 23) bývá nutná hospitalizace a podávání antipsychotik, popřípadě kombinace s benzodiazepiny. Léčba schizoafektivních poruch (F 25) je kombinací léčby psychózy a poruchy nálady. Užívají se atypická antipsychotika v kombinaci s antidepresivy.⁴⁰

⁴⁰ HÖSCHL, C. LIBIGER, J. ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*, Praha: Tigris, 2002, s. 390-392

3. PSYCHOTERAPIE

3.1 Definice a cíle psychoterapie

„Psychoterapie je léčebná činnost, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky. Při psychoterapii využívá psychoterapeut své osobnosti a dovedností k tomu, aby u klienta došlo k navození žádoucích změn, k uspokojivějšímu prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění.“⁴¹

„Psychoterapie je proces, ve kterém terapeut pomáhá posílit klienta, aby klient mohl dosáhnout něčeho, co si předsevzal, ale doposud neměl prostředky k dosažení takového cíle, protože ve skutečnosti nevěřil, že je to možné.“⁴²

Psychoterapie se nezabývá pouze terapií (sekundární prevence) duševních nemocí, ale také jejich profylaxí (primární prevence) a u poruch zdraví psychosociální etiologie jejich rehabilitací (terciární prevence). Cílem profylaxe je včasné rozpoznání vyšší dispozice k nemoci a zamezení vzniku psychického onemocnění. Terapie spočívá v léčbě již vzniklého problému využitím určitých psychologických strategií a prostředků podle typu poruchy. Cílem terapie je obnova zdraví. Rehabilitace se pak pomocí psychoterapeutické pomoci snaží o zmírnění důsledků plynoucích z onemocnění a o sociální začlenění. Cílem rehabilitace je návrat do původního stavu. Obecně lze říci, že cíl psychoterapie vidíme v určité změně pacienta, dosažené v průběhu psychoterapie. Může se jednat o změnu osobní, kdy je pacient veden k větší sebeakceptaci a rozvoji svých potenciálů. Dalším cílem může být zmírnění nebo odstranění psychopatologických symptomů, podpora v dočasné životní krizi nebo úprava sociálních vztahů.⁴³

Psychoterapie je vědní disciplína nalézající své uplatnění v klinické medicíně, poradenské a klinické psychologii, speciální pedagogice a sociální práci.

⁴¹ VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*, Praha: Portál, 2010, s. 30

⁴² ZEIG, J. *Umění psychoterapie*, Praha: Portál, 2005, s. 29

⁴³ VYMĚTAL, J. et al. *Obecná psychoterapie*, Praha: Grada, 2004, s. 23-24, 42-44

3.2 Účinnost psychoterapie

Výzkumy zjistily, že psychoterapie má pozitivní vliv na 60 – 90 % pacientů, kteří se jí zúčastní. U 5 – 10 % pacientů dojde vlivem psychoterapie ke zhoršení psychického stavu nebo ji sami hodnotí jako neúčinnou.⁴⁴

3.3 Rozdělení psychoterapie

Psychoterapie se rozděluje podle délky trvání na:

- **Krátkodobou** – délka trvání je do 3 měsíců
- **Střednědobou** – délka trvání je 3-6 měsíců
- **Dlouhodobou** – délka trvání nad 6 měsíců

Zpočátku je kontakt mezi pacientem a terapeutem častější (2-3x týdně), ke konci terapie jsou setkání v delších časových intervalech (1x za 2-3 týdny). Délka jednoho sezení bývá zpravidla 50 minut, pokud se jedná o terapii individuální, u skupinové terapie je to obvykle 90 minut.⁴⁵ Výzkumy dokazují, čím vyšší počet sezení, tím vyšší procento vyléčených. Podstatné změny probíhají u pacienta v průměru při 9. sezení, k uzdravení vede u poloviny pacientů 11 - 21 sezení. Přesný počet sezení nelze stanovit předem, záleží na průběhu terapeutického procesu.⁴⁶

Psychoterapie může být užívána jako:

Psychoterapie systematická je hlavním postupem při profylaxi, léčbě a rehabilitaci duševních onemocnění, jež vznikají vlivem psychosociálních činitelů. Jejím hlavním cílem je podnícení změny na straně pacienta.

Psychoterapie podpůrná bývá indikována u všech vážně a dlouhodobě nemocných osob, nejen s duševními poruchami. Bývá často v kombinaci s farmakoterapií a doplňuje ji. Podpůrná psychoterapie není zaměřená na změnu, ale na doprovázení člověka v jeho tíživé životní situaci, kterou nemůže změnit.⁴⁷

⁴⁴ VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*, Praha: Portál, 2010, s. 34

⁴⁵ VYMĚTAL, J. et al. *Obecná psychoterapie*, Praha: Grada, 2004, s. 28-29

⁴⁶ VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*, Praha: Portál, 2010, s. 43

⁴⁷ VYMĚTAL, J. et al. *Obecná psychoterapie*, Praha: Grada, 2004, s. 28

Podle formy z hlediska jejího objektu se psychoterapie dělí na:

Individuální (dyadickou)

V této formě psychoterapie se setkává terapeut pouze s jedním pacientem. Individuální terapie je indikována tam, kde není souvislost mezi pacientovým stavem a rodinnou situací nebo tam, kde si pacient přeje účastnit se terapie sám. Terapie je vedena formou řízeného rozhovoru, na jehož podkladě se postupně odhalují příčiny potíží.⁴⁸

Skupinovou

Tento typ psychoterapie zahrnuje buď společnou terapii rodiny a pacienta, nebo terapii skupiny pacientů s podobnými problémy. Základním prostředkem skupinové terapie je rozhovor, často doplněný expresivní terapií. Přestože se skupinové terapie účastní více pacientů, terapeut by měl být schopen se jim individuálně věnovat. Někteří odborníci vyslovují názor, že skupinová terapie je správnou volbou pro každého pacienta. Skupiny vnášejí do terapie lidskou přirozenost, která v individuální terapii chybí. Pacienti se ve skupině rychleji mění, velkou výhodou je povzbuzení, jež poskytují ostatní pacienti s podobnými problémy. Ve skupině je také snadnější o některých věcech mluvit, pokud pacienti cítí účast a empatii od ostatních účastníků.⁴⁹

3.4 Faktory ovlivňující účinnost a průběh psychoterapie

Všechny tyto faktory jsou navzájem provázané a na jejich kombinaci záleží výsledek terapie.⁵⁰

Psychoterapeutický vztah

Psychoterapeutický vztah je relace mezi osobami účastnícími se terapie. V případě individuální terapie se jedná o vztah mezi terapeutem a klientem, u skupinové terapie i o vztahy mezi jednotlivými pacienty. Již Sigmund Freud zdůraznil důležitost vztahu mezi pacientem a terapeutem po celý průběh léčby. Pevné terapeutické spojení, které patří mezi doporučení k úspěšné léčbě, je společným faktorem, na němž se shodují všechny psychoterapeutické směry.

⁴⁸ VYMĚTAL, J. et al. *Obecná psychoterapie*, Praha: Grada, 2004, s. 68

⁴⁹ ZEIG, J. *Umění psychoterapie*, Praha: Portál, 2005, s. 498-508

⁵⁰ VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*, Praha: Portál, 2010, s. 34

Jednotlivé psychoterapeutické směry se však liší v tom, jak velký význam je tomuto vztahu přikládán. Napříč různými směry může být vztah pojímán jako a) předběžná podmínka; b) proces změny; c) obsah, který je třeba změnit.⁵¹

„Nejméně za 10 % výsledků různých psychoterapií - proč se pacient v psychoterapii zlepšil - zodpovídá terapeutický vztah.“⁵²

Aby byly naplněny parametry kvalitního terapeutického vztahu, musí pacient klientovi důvěřovat a spolupracovat s ním. Spolupráce by neměla mít formu pasivního přijetí, ale měla by znamenat neustálé „dohadování“ dvou subjektů navzájem si rovných.⁵³ Psychoterapeut by měl mít určité osobnostní předpoklady, které se promítají i do jeho vztahu s pacientem. Jedná se o empatii, kongruenci, vstřícnost, nesoudící chování směrem k pacientovi, autentičnost, pozitivní přístup, pozornost, sebeuvědomění. Dříve často užívaný paternalistický přístup, kdy byl ve vztahu terapeut autoritou a pacient podřízeným, je již překonán. V dnešní době se klade důraz na princip partnerství, respektu, flexibility, poskytování informací a srozumitelnou komunikaci.⁵⁴

Proměnné na straně pacienta

Na výsledku terapie také závisí, jak se k ní staví sám pacient. Obecně platí, že nelze léčit někoho, kdo se na léčbě alespoň částečně nepodílí. Podle více než 150 provedených studií je terapie tím úspěšnější, čím více pacient důvěřuje svému terapeutovi a jeho očekávání jsou pozitivní.⁵⁵

Použité techniky

Terapeutický vztah a použití určitých technik spolu úzce souvisí. Vztah sám o sobě se považuje za techniku v terapii, jeho kvalita má vliv na účinnost techniky. V řadě psychoterapeutických směrů lze pozorovat odchýlení se od technik směrem k péči o dobrý terapeutický vztah.⁵⁶

⁵¹ PROCHASKA, J. NORCROSS, J. *Terapeutické systémy: průřez teoriemi*, Praha: Grada, 1999, s. 19-20

⁵² BERGIN, LAMBERT in PROCHASKA, J. NORCROSS, J. *Terapeutické systémy: průřez teoriemi*, Praha: Grada, 1999, s. 19

⁵³ PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 37-38

⁵⁴ VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*, Praha: Portál, 2010, s. 35-36

⁵⁵ PROCHASKA, J. NORCROSS, J. *Terapeutické systémy: průřez teoriemi*, Praha: Grada, 1999, s. 19

⁵⁶ VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*, Praha: Portál, 2010, s. 35

3.5 Prostředky psychoterapie

Mezi prostředky psychoterapie se řadí psychoterapeutický vztah, uspořádání situací v terapii, rozhovor, imaginace, učení, sugesce a expresivní postupy. Prostředky psychoterapie mohou být verbální (rozhovor, sugesce) a neverbální (imaginace, relaxační metody).⁵⁷

Rozhovor

„Terapeutický rozhovor je velmi komplexní děj, který obsahuje kromě verbálních i četné neverbální (mimika) a paraverbální (intonace) prvky.“⁵⁸

Na rozhovoru obecně i na jednotlivých tématech, která se v něm vyskytují, se vždy podílejí dvě strany. Způsob jakým se rozhovor uplatňuje při léčbě, je odlišný v každém terapeutickém přístupu. Každý terapeutický přístup však využívá rozhovor v úvodní části léčby, kdy se jím zjišťují pacientovy problémy, domlouvají se pravidla a průběh léčby. Terapeut by měl flexibilně reagovat na rozdílné vyjadřovací schopnosti pacientů, zejména u těžších duševních poruch, kdy mohou mít slova naprosto konkrétní charakter. K zjištění nových informací nebo ověření údajů užívá terapeut kladení otázek. Kladené otázky mohou mít různou formu- sugestivní, přímé, nepřímé, projektivní nebo otevřené. Terapeut volí formu kladení otázek podle aktuální situace. Součástí rozhovoru je také udržování očního kontaktu, které by měl terapeut přizpůsobit tomu kterému pacientovi. Důležité místo v průběhu rozhovoru hraje také vyjadřování podpory a povzbuzování pacienta.⁵⁹

Sugesce

Suggestivní postupy jsou založeny na imperativním působení terapeuta na pacienta tak, aby s vyloučením racionální kontroly přejal určitou ideu. Sugescce vyjadřuje zvláštní druh psychického vlivu člověka na člověka. V psychoterapii se používá buď vigilní sugesce, kdy je pacient v bdělém stavu, nebo hypnotická sugesce využívající hypnózu. Míra ovlivnitelnosti sugescemi se označuje jako sugestibilita, která je u každého člověka jiná. Suggestivní postupy se využívají

⁵⁷ VYMĚTAL, J. et al. *Obecná psychoterapie*, Praha: Grada, 2004, s. 73-74

⁵⁸ VYMĚTAL, J. et al. *Obecná psychoterapie*, Praha: Grada, 2004, s. 75

⁵⁹ VYMĚTAL, J. et al. *Obecná psychoterapie*, Praha: Grada, 2004, s. 75-79

u pacientů všech věkových kategorií. Hypnóza je jedním z nejdéle používaných postupů v psychoterapii.⁶⁰

Imaginace

Slovo imaginace znamená fantazii, obrazotvornost. Imaginační postupy jsou využitelné u všech věkových kategorií. Imaginace se dělí na **spontánní a záměrnou**.

Spontánní imaginace je užívána častěji u dospělých a představují ji sny. Sigmund Freud popsal dvě roviny snů - manifestní (zřejmou) a latentní (skrytou). Sny v té podobě v jaké se nám zdají, mají manifestní obsah, tedy pravý (latentní) obsah snu zůstává skrytý. Úkolem terapeuta je pomocí volných asociací pomoci odhalit pacientovi pravý obsah snu. **Záměrná imaginace** je prováděna prostřednictvím techniky katatymního prožívání obrazů.⁶¹

Relaxační metody

Cílem relaxačních metod je uvolnění a dosažení lepší fyzické a psychické pohody. Jednou z nejpoužívanějších metod je autogenní trénink J. H. Schultze. Autogenní trénink se může provádět vleže nebo i vsedě. V průběhu této relaxační metody nacvičuje terapeut s pacientem navození pocitu tíhy a tepla v těle, klidnou dechovou a srdeční činnost a pocity tepla v oblasti břicha.⁶²

⁶⁰ URL: < http://web.quick.cz/psychologies/sugesce_a_hypnoza.htm > [20.2.2011]

⁶¹ VYMĚTAL, J. et al. *Obecná psychoterapie*, Praha: Grada, 2004, s. 79

⁶² URL:< <http://www.relaxace.psyhoweb.cz/> > [22.2.2011]

4. VYUŽITÍ PSYCHOTERAPIE PŘI LÉČBĚ PSYCHÓZ

4.1 Specifika psychoterapie u pacientů s psychózou

Původně uznávaný biomedicínský model udával, že důvodem vzniku psychózy je patologie mozku. Léčba pak spočívala v podávání farmak a další somatické léčbě. Tento názor je v současné době překován. Rozvíjí se model, jež chápe člověka jako bytost bio-psycho-sociální. Z tohoto paradigmatu se vyvinul model vulnerabilita - stres, který označuje citlivost a stres jako proměnné ovlivňující vznik a rozvoj psychóz.⁶³

Při léčbě psychóz se používá jak psychoterapie podpůrná, tak psychoterapie systematická, která však není vhodná pro všechny pacienty. Prostředky využívané v terapii jsou jak verbální (rozhovor), tak neverbální (expresivní terapie), jež jsou u psychóz pro pacienty velmi přínosné. Psychoterapie může být kvalitně prováděna pouze za hluboké znalosti psychotické osobnosti a jejích reakcí na stres. Pacienti jsou uzavřeni ve svém světě, ztrácí kontakt s realitou, na počátku terapie považují své pocity za nesdělitelné. Zásadou účinnosti psychoterapie je v tomto případě ještě více než u jiných onemocnění navázání kvalitního terapeutického vztahu.⁶⁴

Navázání vztahu s osobami, které přerušily styk s vnějším světem, je v mnoha ohledech obtížné. Pacienti mají problémy s důvěrou, blízkostí, závislostí na někom (v tomto případě terapeutovi). Terapeut musí na počátku překonat pacientův pocit osamocení a vytvořit nový vztah, kde bude pacient přijímán a respektován i s „jeho světem“. Tito lidé vnímají velmi citlivě vztah s terapeutem, nesou lhaní, neúčast nebo lhostejnost, naopak dokážou ocenit lidský zájem. Jediná možnost jak se přiblížit reálné rovině komunikace s pacientem, je jeho akceptace a nesnažení se hned na počátku terapie vytrhnout ho z jeho světa. V rámci upevnění terapeutického vztahu by měl terapeut rozvíjet dialog s pacientem v jeho termínech, jeho jakkoliv bizarní fakta nevyvracet, ale přijímat jako smysluplná. V průběhu terapie se objevují problémy v komunikaci,

⁶³ PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 34-35

⁶⁴ KONDÁŠ, O. *Psychoterapia a reedukacia*, Martin: Osvěta, 1989, s. 193-194

terapeut nemusí rozumět významu slov, jež pacient používá, jeho verbální a nonverbální projev mohou být v rozporu. Terapeut musí u pacienta vyvolat pocit, že je pochopen, přijímán a přestává být se svou situací sám.⁶⁵

Lidé s psychózou mohou mít problém s formulací a sdělením svých pocitů, mohou mít pochybnosti o kompetentnosti pracovníka. Čím závažnější onemocnění, tím výraznější bude vliv neuvědomělých překážek bránit vytvoření důvěry, blízkosti a spolupráce s terapeutem. U osob s dlouhodobým charakterem onemocnění mohou plynout také překážky z jeho opakované zkušenosti s lékaři a systémem péče o osoby s duševním onemocněním. Nemusí se jednat vždy o zkušenosti pozitivní, proto je někdy problém nevnášet do nového terapeutického vztahu negativní zkušenosti z minulosti.⁶⁶

4.2 Psychoedukace

„Psychoedukace je terapeutická technika, jejímž hlavním úkolem je poskytnout nemocným a jejich příbuzným důkladné informace o povaze, průběhu a úskalích nemoci, metodách a technikách léčby.“⁶⁷

Osoby s psychiatrickou diagnózou nemají často dostatek relevantních informací o své nemoci, obávají se relapsu, mají problém s komunikací, jak s lékařem, tak se svou rodinou. Pokud má být léčba úspěšná, měl by být naplněn princip partnerství mezi pacientem a lékařem, tedy předávání všech informací, nezamlčování zdravotního stavu pacienta apod.

4.2.1 Individuální psychoedukace

Individuální psychoedukace je indikována přímo pro pacienta a pomáhá mu porozumět svým emocím a pochopit své obavy z léčby. Cílem je vzbudit v pacientovi pocit důvěry ke svému lékaři, navázání kvalitního terapeutického vztahu, zlepšení vzájemné komunikace a adaptace na onemocnění.⁶⁸

Individuální psychoedukace se zaměřuje na:

⁶⁵ KONDÁŠ, O. *Psychoterapia a reedukacia*, Martin: Osvěta, 1989, s. 195-197

⁶⁶ PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 43-46

⁶⁷ PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a její léčba*, Praha: Maxdorf, 2001, s. 32

⁶⁸ DUŠEK, K. VEČERŮVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, Praha: Grada, 2010, s. 587

Rozpoznání počátku psychotické epizody

Pacient by měl vědět, že k rozvoji psychotické epizody většinou nedochází náhle. Období před propuknutím ataky může být doprovázeno zvýšenou úzkostí, ztrátou schopnosti se soustředit, emoční zploštělostí, zvýšeným napětím. Pokud pacient tyto příznaky pociťuje, je důležité, aby nepropadl panice, ale pokusil se uklidnit. Doporučuje se rozhovor s blízkým člověkem, jednoduchá činnost, poslech hudby či jiné relaxační techniky. Důležité je, aby pacient nezůstával se svými problémy sám, ale našel si ve svém okolí někoho, komu on sám důvěřuje.⁶⁹

K rozpoznání časných varovných signálů psychózy slouží originální český projekt ITAREPS,⁷⁰ který využívá moderní komunikační a informační technologie. Účastníky tohoto projektu jsou pacient, rodinný příslušník a ošetřující psychiatr. ITAREPS kombinuje komunikaci přes SMS a e-mail s cílem včasné intervence propuknutí relapsu. Projekt je založen na pravidelném týdenním zasílání dotazníku časných varovných příznaků pacientovi, ten ho spolu s rodinným příslušníkem vyplňuje a zasílá zpět. Pokud se od posledního vyplnění změní jednotlivé položky dotazníku, jedná se o časně varovné příznaky, které ohlašují možnost propuknutí psychotické ataky. V tomto případě zasílá systém ITAREPS varovnou zprávu na e-mail ošetřujícího psychiatra. Kladným aspektem projektu je kontakt pacienta se svým lékařem bez ohledu na jeho aktuální dostupnost.⁷¹

Dostatek informací o onemocnění

Jedním z nejlepších způsobů jak zajistit dobrou spolupráci mezi psychiatrem a pacientem je dostatek informací jak o onemocnění samotném, tak o léčebných postupech a jejich jednotlivých výhodách a nevýhodách. V průběhu akutní fáze psychotické ataky je většinou nutná hospitalizace, i toto je třeba s pacientem probrat. Mnohdy mívají pacienti pocity viny, studu a nejistoty, což může pramenit z nedostatku informací o nemoci. Cílem je, aby pacient neztrácel kontrolu nad tím, co se děje.⁷²

⁶⁹ PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a její léčba*, Praha: Maxdorf, 2001, s. 39-40

⁷⁰ ITAREPS- Information technology Aided Relapse Prevention in Schizophrenia

⁷¹ URL: < <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/nefarmakologicke-postupy-v-lecbe-onemocneni-schizofrenniho-okruhu-452514> > [22.2.2011]

⁷² PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a její léčba*, Praha: Maxdorf, 2001, s. 42

Dodržování užívání léků

Má-li být léčba psychofarmaky účinná je nutné, aby byli pacienti informováni o správném užívání léků, jejich vedlejších účincích a léčebném režimu. Velká část pacientů odkázanost na léky špatně snáší, cítí se závislí a nesvobodní. Je potřeba pacientům vysvětlit, že v současné době jsou psychofarmaka základem léčby psychóz. Na správně probíhající léčbu psychofarmaky pak navazuje psychoterapie. Mezi začátkem nasazení léků a nástupem jejich účinku může uplynout až několik týdnů. Důležité je aby pacienti braly léky dlouhodobě, pravidelně bez náhodného vysazování tzv. „lékových prázdnin“. Nesplnění výše uvedených podmínek zvyšuje mnohanásobně procento relapsu. Délka léčby léky je individuální, zpočátku jsou většinou podávány vyšší dávky léků. Po první psychotické atace pak následuje tzv. udržovací medikace minimálně jeden rok, která snižuje výskyt relapsu až o 50 %.⁷³

Jednou z hlavních nevýhod léčby psychofarmaky jsou vedlejší příznaky. Jedná se především o svalovou ztuhlost, třes, neklid dolních končetin, nechť k pohybu, snížení sexuální touhy, ztráta koncentrace, hypobulie, přibývání na váze apod. Vedlejší příznaky jsou pro pacienty velmi nepříjemné, bývají jedním z důvodů vysazování léků. V současné době není k dispozici lék bez vedlejších účinků, pacienti je musí přijmout jako nepříjemný doprovod svého léčení.⁷⁴

Psychohygienu

„Psychohygienu, někdy také nazývána jako duševní hygiena je vědní obor, zkoumající biologické a sociální faktory, které podmiňují chování, upevnění a rozvoj duševního zdraví. Úkolem psychohygieny je zkoumání optimálních podmínek duševní činnosti, jež by umožňovaly spokojený život ve všech jeho fázích“.⁷⁵ Psychohygienu se zabývá rovněž způsoby nápravy a odstraněním nepříznivých vlivů u jedinců s určitým narušením (v tomto případě psychóz). Psychohygienu nalézá své uplatnění ve všech oblastech lidského života. Jako

⁷³ PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a její léčba*, Praha: Maxdorf, 2001, s. 30-31

⁷⁴ KALINA, K. *Jak žít s psychózou*, Praha: Portál, 2001, s. 74-76, 81-82

⁷⁵ BARTKO, D. *Moderní psychohygienu*, Praha: Orbis, 1976, s. 151

stěžejní se v souvislosti s duševním onemocněním uvádí: rodina, pracovní proces, životospráva, denní režim a odpočinek.

Každý člověk potřebuje ke svému zdravému rozvoji podnětné prostředí, kontakty s ostatními lidmi a pocit sounáležitosti. Hlavním důvodem frustrace psychotických pacientů je ztráta kontaktů s lidmi, rodinou a z toho vyplývající pocity osamění. Klinické výzkumy dokazují, že pacienti, kteří se vrátí domů do zdravého domácího prostředí, se rychleji adaptují, prognóza onemocnění je lepší a mají větší šanci na opětovné začlenění do běžného života.⁷⁶

Potřebou každého člověka je pracovní uplatnění. Bohužel i v dnešní době zůstává zaměstnávání osob s duševním onemocněním problémem, většina pracovišť nemá přizpůsobené podmínky pro zaměstnávání těchto osob. Práce slouží k získávání a upevňování dovedností a také k potvrzení normality člověka s duševním onemocněním. Důležité je pracovat s přiměřenou zátěží, nespěchat, snažit se vyhnout stresu a napětí.⁷⁷

Dodržování životosprávy a denního režimu nemůže psychózu samo o sobě vyléčit, ale může v léčbě výrazně napomáhat. Režim dne by měl být pravidelný bez výkyvů v činnostech. Pravidelné vstávání, vymezení času na úklid, vyřizování osobních záležitostí, čas na odpočinek apod. Strava by měla být pestrá a pravidelná. Důležitý je dostatek kvalitního spánku. Pacient by měl být také upozorněn na zákaz pití alkoholu a užívání drog v průběhu léčby farmaky.⁷⁸

Odpočinek a relaxace jsou pro člověka biologickou nutností, u osob s duševním onemocněním je to navíc prevence relapsu. Za důležitý je považován kontakt s přírodou a s vlastním tělem. Kontakt s vlastním tělem mohou nemocní nejlépe pocítit při sportovních aktivitách, či procházkách.

4.2.2 Rodinná psychoedukace

Je zaměřena na rodinu pacienta. Rodina je základní společenskou skupinou v rámci které jsou uspokojovány základní potřeby člověka. Pro osobní rozvoj člověka a jeho uzdravení z nemoci je podstatné, aby byl blízkými osobami

⁷⁶ BARTKO, D. *Moderní psychohygienu*, Praha: Orbis, 1976, s. 351

⁷⁷ BARTKO, D. *Moderní psychohygienu*, Praha: Orbis, 1976, s. 352-353

⁷⁸ PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a její léčba*, Praha: Maxdorf, 2001, s. 42-43

respektován, cítil sounáležitost a podporu. Účast rodiny v psychoedukaci znamená ochotu a připravenost ke spolupráci, přičemž tento přístup je prevencí snižování kvality života celé rodiny. Klinické výzkumy také dokazují, že více než 80 % rodinných příslušníků nemocných psychózou trpí snížením kvality života a značnými emocionálními, finančními a praktickými problémy.⁷⁹

Téměř tři čtvrtiny pacientů se po propuštění z nemocnice vracejí zpět do rodinného prostředí. Právě rodina může výrazně ovlivnit proces zotavení u člověka s psychózou. Důležité je podat veškeré informace o povaze nemoci, škodlivosti stresu, drog a důvodech léčebných zákroků. Výskyt psychotického onemocnění v rodině je spojen s velkým tlakem, který může vést až k frustraci. Časté jsou pocity viny, rodiče mají pocit, že ve výchově dítěte selhali. Se vznikem napětí v rodině souvisí také změna komunikace mezi jejími členy. Dochází ke zvýšené kritice, neustálým diskuzím a hádkám, vměšování se do záležitostí nemocného, málo efektivnímu naslouchání.⁸⁰

Cílem rodinné psychoedukace je snížení napětí v rodině, vytvoření pozitivního klimatu a zlepšení vzájemných vztahů v rodině. V České Republice je používán projekt PREDUKA (PREeventivně EDUKAční program proti relapsu psychózy), určený pacientům s psychotickým onemocněním a jejich rodinám. Jedná se o jednodenní šestihodinový skupinový program, vedený psychiatrem, psychologem a zdravotní sestrou. Pro větší srozumitelnost se pracuje s počítačovou prezentací a informačními brožurami.⁸¹

⁷⁹BANKOVSKÁ, L. DRAGOMIRECKÁ, E. ČERMÁK, J. et al. Rodinná psychoedukace u schizofrenie: demografické charakteristiky a kvality života příbuzných. *Psychiatrie*, 2009, roč. 13, č. 4, s. 136-138

⁸⁰ PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 200-203

⁸¹ URL:< <http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/PREDUKA.htm> >[25.2.2011]

4.3 Psychoanalytická psychoterapie

4.3.1 Definice psychoanalýzy

Psychoanalýza je metoda, která zkoumá duševní nevědomé procesy v dlouhodobém, vysokofrekvenčním, psychotherapeutickém procesu za použití volných asociací, analýzy chování, myšlení, fantazií a snů.⁸²

„Psychoanalýza popisuje duševní pochody jako výsledek vzájemně se ovlivňujících a protirečících si vnitřních sil a struktur, mezi nimiž vznikají intrapsychické konflikty.“⁸³

4.3.2 Psychoanalýza a její využití

Podle psychoanalytické teorie je mysl člověka strukturovaná a skládá se z: Já (Ego - v hlubších složkách nevědomá část mysli odpovídající za integraci a obsahující obranné mechanismy), Ono (Id - nevědomá složka mysli reprezentující instinkty) a Nad - já (Superego - reprezentuje ideály a svědomí). Vznik psychózy připisuje psychoanalýza konfliktu Ega a vnější reality. Možnost využití psychoanalýzy u psychóz považoval Freud za problematický, ne-li zcela nemožný. K rozvoji několika teoretických modelů léčby psychóz docházelo postupně již od roku 1907 a rozvíjí se do dnešní doby. Tyto modely se liší v teorii vzniku psychózy, mají však společný názor na její léčbu a to takový, že psychózu lze psychoanalytickou terapií léčit.⁸⁴

Názory na indikaci psychoanalýzy u tohoto druhu pacientů se v dnešní době liší. Někteří odborníci ji pokládají za kontraindikanou, jiní se přiklání k názoru, že u některých pacientů může znamenat psychoanalytická terapie výraznou pomoc. Podle výzkumů je kognitivně - behaviorální terapie výrazně účinnější než léčba psychoanalytická.⁸⁵

4.3.3 Východiska psychoanalýzy při léčbě psychóz

Psychoanalytici vychází při léčbě psychóz z:

⁸² VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*, Praha: Portál, 2010, s. 111

⁸³ PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 49

⁸⁴ PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 49-51

⁸⁵ PRAŠKO, J. MOŽNÝ, P. ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně behaviorální terapie psychotických poruch*, Praha: Triton, 2007, s. 768-769

- a) Zkušenosti z raného dětství ovlivňují pozdější rozvoj člověka. V etiologii psychózy hrají významnou roli psychologické a environmentální faktory.
- b) U psychóz typické poruchy Ega mají základ v raném neúspěchu diferenciaci člověka od okolí. U těchto pacientů nedošlo k vytvoření bezpečného pocitu vlastní identity.
- c) Skrze terapeutický vztah, a s ním spojený fenomén přenosu a protipřenosu, může pacient porozumět vztahům s jinými lidmi a světem.
- d) Porozumění dynamice vnitřních pochodů a jejich souvislostí může přinést pochopení psychotické zkušenosti.
- e) U pacientů s psychózou se vyskytuje rigidita obranných mechanismů, jejich pocit ohrožení je vysoký. Jako obranné mechanismy užívají racionalizaci a popření.
- f) Popírají impulzy spojené s ohrožující skutečností.
- g) Jejich vlastní neakceptovatelné pocity připisují druhým lidem, realita je deformovaná.
- h) Psychotické symptomy (bludy, halucinace) jsou chápány jako výsledek obranných a kompenzačních mechanismů organismu.⁸⁶

4.3.4 Průběh terapie

Na počátku terapie absolvuje každý pacient dva úvodní rozhovory, na kterých se domluví s terapeutem o čase sezení, jejich počtu a celkovém uspořádání. Psychoanalytická terapie je dlouhodobá a vysokofrekvenční, probíhá nejčastěji 2x týdně. Důležité je navázání terapeutického vztahu, utvoření pracovního společenství mezi analyzandem (pacient) a analytikem (terapeut). Pracovní společenství je vědomá rovina aktuálního terapeutického vztahu. V práci s psychotickými pacienty je prvořadá orientace na dění zde a teď, ve vztahu se projevuje nedůvěra a strach z blízkosti. Průběh terapie často doprovází zhoršení nebo krize.⁸⁷

Za hlavní nástroj změny je v psychoanalýze považována interpretace. Interpretací se označuje proces porozumění analytika nevědomým výrazům

⁸⁶ PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 48-54

⁸⁷ PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 57-59

sdělení a chování pacienta a také všechny analytickovy zásahy, které vyvolávají psychickou změnu. V psychoanalýze psychotických pacientů varují mnozí autoři před předčasnými interpretacemi. Doporučuje se spíše citlivé popisování aktuálních situací než interpretace verbálních sdělení.⁸⁸

Přenos je dalším z fenoménů psychoanalýzy. „Přenos je specifickou formou vzpomínání, kdy analyzand přenáší na analytika své minulé zkušenosti, typ vazbového chování a někdy zcela nerealistická očekávání a emoce.“⁸⁹

Analyzand opakuje v terapeutickém vztahu jak svou ranou zkušenost, tak i své obranné mechanismy a strategie. S přenosem souvisí také protipřenos, což je přenos analytika na pacienta. Analytik na pacienta reaguje, tyto reakce jsou založeny buď v přítomné interpersonální situaci, nebo v minulé analytickové zkušenosti, kterou aktuální situace oživuje stejně, jako na pacientově straně působí přenos. Psychoanalytici pracující s pacienty s dlouhodobým duševním onemocněním zažívají velmi výrazné protipřenosové pocity související s jejich nestálými emočními stavy a chováním. Zásadní je pro analytika snažit se pochopit emoční obsah pacientova sdělení, nevycházet pouze z konkrétních sdělení ale sledovat mimiku a řeč těla. Analytik musí pracovat také se svými emocemi a tělesnými prožitky. U pacientů s psychózou dochází v zátěžových situacích k regresi. V tomto případě je regresi myšlen návrat k dřívějším selháním, aktivace obranných mechanismů, výrazná úzkost a změny ve fungování Ega a Superega. Skrze psychoanalýzu dochází k odkrývání těchto úzkostných raných zkušeností, analytik a pacient s nimi pak dále pracují. Otázkou využití psychoanalýzy u psychóz zůstává, zda oživení starých bolestí, úzkostí a obran nemůže vyvolat ještě větší poškození.⁹⁰

⁸⁸ VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*, Praha: Portál, 2010, s. 123

⁸⁹ KOCOURKOVÁ in VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*, Praha: Portál, 2010, s. 118-119

⁹⁰ PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 60-63

4.4 Kognitivně-behaviorální terapie

4.4.1 Definice kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně - behaviorální terapie (dále KBT) vznikla na počátku 80. let 20. století integrací dvou různých směrů: kognitivní a behaviorální terapie. Z behaviorální terapie využívá KBT behaviorální analýzu a teorii učení, z kognitivní terapie pak analýzu kognitivních a emocionálních procesů. Léčba KBT je zaměřená na konkrétní problém a je relativně krátkodobá, vždy začíná podrobným vyšetřením pacienta. Počet sezení je individuální podle dané poruchy, většinou od jednoho do dvaceti sezení. KBT vychází vždy z podrobné analýzy problémů pacienta, je zaměřena na přítomnost, na řešení současných problémů. Velmi zřídka se KBT zaměřuje na řešení dávných příčin problémů, důraz je kladen na faktory, které problém udržují. Pravidelným procvičováním a učením je pacient veden k samostatnosti. KBT klade důraz hlavně na ovlivňování psychických procesů, jako je sebehodnocení, interpretace a emocionální prožívání. Důležitým pilířem KBT je vztah mezi terapeutem a pacientem, jejich vzájemné porozumění a důvěra, a také vnitřní motivace pacienta ke změně.⁹¹

4.4.2 Behaviorální a kognitivní analýza

Na základě údajů zjištěných během vstupního vyšetření provádí terapeut behaviorální a kognitivní analýzu. Behaviorální analýzu tvoří ABC model, který představuje základní pilíř KBT. V rámci tohoto modelu je A spouštěčem (situace, jež vyvolávají nežádoucí příznaky), B představuje pacientovu interpretaci daného problému (vlastní problémové chování) a C následky tohoto chování v emocích a dalším jednání. Kognitivní analýza se zabývá jednotlivými kognitivními procesy, na jejichž základě terapeut s pacientem utváří kognitivní schémata, z nichž dané kognitivní procesy vychází.⁹²

⁹¹VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*, Praha: Portál, 2010, s. 195-201

⁹² VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*, Praha: Portál, 2010, s. 205-206

4.4.3 KBT a její využití u psychóz

KBT je od 80. let 20. století úspěšně používána k ovlivnění halucinací a bludů. Zaměřuje se na zvládání a zmírňování příznaků psychózy, jejím cílem je zlepšení kvality života pacientů. Délka terapie je obvykle 20 - 30 sezení po dobu půl roku.⁹³

Důvodů pro zavedení léčby psychoterapií bylo několik:

- U části pacientů přetrvávaly halucinace a bludy i přesto, že dlouhodobě užívali psychofarmaka.
- Velká část pacientů měla negativní postoj k dlouhodobé léčbě psychofarmaky.
- Užívání psychofarmak bylo doprovázené nepříjemnými vedlejšími účinky.
- I přes pravidelné užívání léků docházelo k častým relapsům.⁹⁴

Proces KBT u psychóz se člení na 6 fází:⁹⁵

První fáze: Vytvoření terapeutického vztahu

Úspěšnost terapie spočívá v navázání kvalitního terapeutického vztahu. K základním předpokladům vytvoření dobrého vztahu patří motivace a schopnost spolupráce ze strany pacienta. Terapeut musí být schopen zajistit pacientovi pocit bezpečí a vzájemnou spolupráci. V KBT vystupuje terapeut v roli odborníka, pacient je pokládán za člověka s určitým problémem, který potřebuje pomoc. V této fázi probíhá také zjišťování všech údajů týkajících se pacienta a jeho onemocnění.

Druhá fáze: Návik metod umožňující lepší zvládání psychotických příznaků

Terapeut spolu s pacientem hledají způsoby, jak zmírnit dopad psychotických příznaků na prožívání. Typické jsou metody zmírňující stresové situace např. sebe - instruktáž, odvedení pozornosti, stažení se, relaxace.

⁹³ PRAŠKO, J. MOŽNÝ, P. ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně behaviorální terapie psychotických poruch*, Praha: Triton, 2007, s. 778

⁹⁴ PRAŠKO, J. MOŽNÝ, P. ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně behaviorální terapie psychotických poruch*, Praha: Triton, 2007, s. 776

⁹⁵ FOWLER, GARETYOVÁ, KUIPERSOVÁ in PRAŠKO, J. MOŽNÝ, P. ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně behaviorální terapie psychotických poruch*, Praha: Triton, 2007, s. 778-783

Třetí fáze: Vytvoření modelu vzniku a udržování psychických problémů

Nejčastěji se vychází z modelu vrozené vulnerability k prožívání stresových situací. Terapeut se snaží vysvětlením potíží pacientovi zmírnit jeho pocity selhání, sebeobviňování a podporovat ho ve stanovování reálných cílů.

Čtvrtá fáze: Zpochybňování bludných přesvědčení a halucinací

Klíčovým krokem v terapii bludů je diskuze s pacienty o jejich bludných přesvědčeních a hledání alternativního vysvětlení jejich rozvoje. Terapeut nesmí zpochybňovat pacientovy bludné prožitky, ale nabízet mu možná vysvětlení. Pro porozumění obsahu bludu je nutné, aby se terapeut zaměřil na období jeho formování, jelikož vzniku bludného přesvědčení často předchází určitá traumatická událost. Terapeut vytváří tzv. kognitivní schéma, zkoumá postoje a hodnoty pacienta v době, kdy došlo k rozvoji bludu. Pacient by měl být v průběhu terapie schopen připustit, že blud je jeho názor na realitu, ale nemusí být vždy pravdivý, a že bludná přesvědčení mu způsobují celkové problémy. KBT se zaměřuje také na zmírnění dopadu halucinací na život pacienta. Ten se v první části terapie učí odvádět svou pozornost od hlasů, v druhé části se učí věnovat hlasům pozornost a změnit svůj postoj vůči nim. K odvedení pozornosti od halucinací se užívá např. poslech hudby, čtení, luštění křížovek, rozhovor apod. Při přístupu zaměření se na halucinace, vede terapeut pacienta, aby si všiml svých halucinací, zkoumal jak často a kdy k nim dochází. V průběhu terapie se pacient učí porozumět svým halucinacím, dát jim určitý smysl.⁹⁶

Pátá fáze: Zpochybňování dysfunkčních přesvědčení

Terapeut se snaží odkrývat a měnit negativní sebehodnocení pacientů jak o sobě samých, tak i o lidech kolem sebe.

Šestá fáze: Upevňování nových vzorců zvládnání problémů

V této fázi hraje důležitou roli terapeutova podpora pacienta. Dochází ke stanovování cílů s postupným osamostatňováním pacienta.⁹⁷

⁹⁶ PRAŠKO, J. MOŽNÝ, P. ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně behaviorální terapie psychotických poruch*, Praha: Triton, 2007, s. 778-783

⁹⁷ PRAŠKO, J. MOŽNÝ, P. ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně behaviorální terapie psychotických poruch*, Praha: Triton, 2007, s. 777-778

4.5 Rodinná terapie u psychóz

Pokud se u člena rodiny vyskytne psychotické onemocnění, zasahuje tato situace vztahy v celé rodině. Jak moc změní onemocnění rodinu a vztahy v ní závisí na rodinném vztahu, na povaze poruchy, prognóze onemocnění a také na osobních charakteristikách každého člena.

V 60. a 70. letech 20. století bylo vytvořeno několik modelů rodinné terapie u psychotických pacientů, v současné době je rodinná terapie součástí všech programů psychosociální rehabilitace těchto pacientů. Rodinná terapie vychází z toho, že chování má vždy význam v kontextu vztahů, proto se zaměřuje jak na rovinu chování, tak na rovinu významů. V terapii se hledá porozumění pro to, o co se členové rodiny snaží, jak se chovají a jak jejich chování může pomoci k zlepšení prognózy pacienta.⁹⁸

Aby rodina dokázala řešit vzniklou situaci, potřebuje mít dostatek informací o léčbě, onemocnění a prognóze. Tyto informace by ji měly být poskytnuty v psychoedukaci. Samotná rodinná terapie se pak zaměřuje na silné stránky v rodině a jejich podporu. Rodina se učí správné komunikaci s přiměřeným vyjadřováním emocí. Častým jevem u rodin s psychicky nemocnými členy je komunikace s nadměrnou emoční angažovaností,⁹⁹ která se projevuje častou kritičností, nepřátelstvím. Komunikace v rodině by měla být jasná a důsledná bez vzájemného obviňování. Pozornost se klade také na snižování kritických a negativních poznámek. Další oblastí, kterou se rodinná terapie zabývá, je řešení problémů v rodině. Postupuje se krok po kroku, od jednodušších problémů, po složitější. Cílem rodinné terapie je obnovení společenských vazeb nejen v rodině, ale i mezi přáteli.¹⁰⁰

Jednou z úspěšně aplikovaných rodinných terapií je KBT. Doba trvání terapie je přibližně 9 měsíců, frekvence setkání byla na počátku terapie jednou

⁹⁸ DUŠEK, K. VEČEŘOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, Praha: Grada, 2010, s. 358-359

⁹⁹ Nadměrná emocionální angažovanost je označuje termínem expressed emotion tzv. míra vyjadřování emocí.

¹⁰⁰ PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 204-206

týdně, postupně se snižovala. Terapie se skládá ze tří složek; psychoedukace rodiny, zaměření se na zvládání stresu a plánování a dosahování cílů.¹⁰¹

4.6 Expresivní terapie

Expresivní terapie, někdy také nazývána jako kreativní terapie nebo také non-verbální terapie, využívá k dosažení terapeutické změny umění. Podstatou expresivní terapie je sebevyjádření člověka, který se stává tvůrcem prostřednictvím vlastní aktivity. Tvůrčí činnost člověka spouští uzdravné mechanismy, rozhybe vnitřní a vnější svět člověka. V průběhu tvorby se projevují nejen vědomé procesy ale také nevědomí člověka. Expresivní terapie vedou k relaxaci, excitaci, změnám kognitivních funkcí, uvědomění si sebe sama, vytvoření rovnováhy a integrace všech složek psychiky. V průběhu terapie dochází u klienta prostřednictvím vlastní aktivity k hlubšímu sebepoznání a porozumění sobě sama. Neverbální vyjádření umožňuje terapeutovi širokou škálu možností v interpretaci. Úkolem terapeuta je vzniklý artefakt nebo proces verbálně reflektovat a dále s ním pracovat.¹⁰²

Terapeut by měl již při prvním setkání pozorovat svého klienta a snažit se odhadnout budoucí metody a možnosti práce s ním. Důležitý je také aktuální psychický stav klienta. Základem expresivních terapií je „vyzvednutí klienta, z místa kde se nachází a doprovázení ho“. Teprve po navázání terapeutického vztahu založeného na důvěře je možné zabývat se klientovými problémy do hloubky.¹⁰³

Expresivní terapie je indikována jak intaktní populaci, tak k léčbě a rehabilitaci nemocných lidí. Jak jsem již zmínila výše, jedná se o terapii nonverbální. Verbální komunikace je nedokonalá, často selhává, naráží na komunikační bariéry některých lidí. Naproti tomu umění je slovy nevyjádřitelné, umění je tedy univerzálním nástrojem komunikace. U osob s duševním onemocněním je verbální projev často omezen, jelikož člověk po psychotické atace

¹⁰¹ Tarrrier at al. In PRAŠKO, J. MOŽNÝ, P. ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně behaviorální terapie psychotických poruch*, Praha: Triton, 2007, s. 793-794

¹⁰² PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 72

¹⁰³ PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 73-74

bývá sám sebou znejistěn, cítí se zranitelný, stydí se a nevěří svému vnímání a cítění. Navíc spousta pacientů není schopná řečí vystihnout to, co se v nich děje, slova jsou pro ně příliš jednoznačná. Negativní vztah k verbální komunikaci však ještě neznamena neschopnost nebo nemotivovanost k jakékoliv komunikaci. Právě v těchto situacích nalézá uplatnění expresivní terapie. Neverbální projev může skrze expresivní terapii rozvíjet projev verbální, a to právě posílením důvěry člověka a sebepoznáním.¹⁰⁴

Expresivní terapii dělíme do čtyř hlavních skupin: dramaterapie, arteterapie, muzikoterapie a taneční pohybová terapie.

4.6.1 Dramaterapie

Definice

Termín dramaterapie pochází ze spojení původního řeckého slova „drán“ - což znamená jednat a řeckého slova „therapeia“ - léčení.

„Dramaterapie je léčebně - výchovná disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.“¹⁰⁵

Drama se používalo jako léčebný postup již od dob starověkého Egypta a Řecka. Vznik dramaterapie jako samostatného oboru se datuje do 30. let 20. století, největší rozmach zaznamenala Česká Republika v 90. letech 20. století. Toto období je spojeno se jménem Michaela D. Reimana, který začal využívat dramaterapii při práci s lidmi s psychotickou poruchou.¹⁰⁶

Ráda bych ještě uvedla rozdíl mezi dramaterapií a psychodramatem. Psychodrama je terapeutická technika, kde pacient ztvárňuje sám sebe, svá přání, zážitky. V dramaterapii vstupuje pacient do projektivních rolí nebo do modelových situací, které zažívá, nebo by mohl zažívat v každodenním životě. Prostřednictvím metod dramaterapie lze nalézt nadhled a řešení situace.

¹⁰⁴ STRNADLOVÁ, H. Teorie, indikace a předpoklady arteterapie II, *Arteterapie*, 2006, 12, s. 3-4

¹⁰⁵ VALENTA, M. *Dramaterapie*, Praha: Grada, 2007, s. 23

¹⁰⁶ PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 178

Primárním účelem terapie není umělecká tvorba a estetické působení, ale proces kreativní tvorby spojený se sebepoznáním člověka.¹⁰⁷

Cíle a cílové skupiny dramaterapie

Do cílové skupiny dramaterapie spadají osoby s mentálním postižením, psychiatrickou diagnózou, se specifickými vývojovými poruchami učení a chování, osoby zasažené sociální patologií aj. Cíle dramaterapie se liší podle cílových skupin, jimž je určena. Mezi obecné cíle dramaterapie patří: odblokování komunikace, rozvoj důvěry a integrace pacientů, získání schopnost uvolnit se, kontrola emocí, spontánní chování a rozvoj sociálních vztahů. Dramaterapie využívá verbální i neverbální složku komunikace.¹⁰⁸

Formy a prostředky dramaterapie

Dramaterapie probíhá častěji ve formě skupinové, individuální terapie se využívá velmi ojediněle. Dramaterapie staví na skupinové dynamice, terapeut nejen řídí skupinu, ale je i její součástí. Vstupuje do různých rolí, čímž zajišťuje větší plynulost a spontaneitu jednání.¹⁰⁹

Mezi prostředky dramaterapie je řazena improvizace, vyprávění příběhu, rituály, mimická a řečová cvičení, hry, pantomima, hra s maňásky apod. Improvizace je jeden ze základních prostředků dramaterapie, znamená projev bez běžné přípravy. Improvizace odráží aktuální vnitřní stav pacienta, dává svobodu v experimentování s různými rolemi, buduje schopnost okamžité reakce a má blízko ke skutečnému životu.¹¹⁰

Využití dramaterapie při léčbě psychóz

Dramaterapie vyžaduje ochotu ke spolupráci, schopnost vnějšího projevu a schopnost konfrontace s realitou. Osoby s psychózou tohoto nejsou na počátku terapie schopny. Přestože mají intenzivní potřebu sdělení svých pocitů, jejich zveřejňování a projevení se před ostatními lidmi jim činí značné problémy. Využití dramaterapie je v tomto případě vhodnější než psychodrama, jelikož pacienti s psychózou se neradi před druhými lidmi otvírají a přehrávají své vnitřní pocity.

¹⁰⁷ VALENTA, M. *Dramaterapie*, Praha: Grada, 2007, s. 14-15

¹⁰⁸ VALENTA, M. *Dramaterapie*, Praha: Grada, 2007, s. 31

¹⁰⁹ PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 179

¹¹⁰ VALENTA, M. *Dramaterapie*, Praha: Grada, 2007, s. 33

Výchozím bodem v dramaterapii nemusí být problémová oblast, ale zaměření se na posílení zdravé oblasti a pozitivních vlastností pacientů. Jednou z vhodných technik u toho druhu pacientů je hra s maňásky. Tato technika využívá jednoho z příznaků psychózy - úniku z reality jako formy komunikace. Pacient nehraje sám sebe, přesto prezentuje své postoje a aktuální psychický stav, jenž se projevuje ve výrazu a chování maňáska. Cílem dramaterapeutických technik je dosáhnout u těchto pacientů korektivní emoční zkušenosti.¹¹¹

Dramaterapeutické setkání má určitou strukturu. Na počátku každého setkání probíhá přivítání se skupinou, vrácení se k minulému setkání. Po přivítání následuje rozehrání, zaměřeno na fyzické uvolnění a aktivizaci pacientů. Pro nastartování hry jsou využívány různé terapeutické techniky, na které volně navazuje hlavní část dramaterapie. V hlavní části vstupují jak terapeut, tak i pacienti do rolí a pracují s nimi. Hlavní část je ukončena návratem, kdy všichni vystupují ze svých rolí zpět do reality. Terapie je většinou ukončena zpětnou reflexí a rozloučením se.¹¹²

Dramaterapie, stejně jako ostatní terapie s psychotickými pacienty, klade vysoké nároky na terapeuta, jeho schopnost pohotové reakce, tvořivost a kondici.

4.6.2 Arteterapie

Definice

Termín arteterapie pochází ze spojení latinského slova „ars“ - umění a řeckého slova „therapeia“ - léčení.

Podat ucelenou definici arteterapie není jednoduché, protože o jejím postavení v systému věd se vedou diskuze. Někteří odborníci se přiklánějí k tomu, že arteterapie je jednou z forem psychoterapie, jiní ji pokládají za autonomní disciplínu. Ve své práci se přikláním k názoru prvnímu a z toho také vycházím.

„Arteterapie je zvláštní forma psychoterapie prostřednictvím grafické, malířské, a sochařské činnosti. Je to organizovaný, cílený terapeutický proces, realizovaný

¹¹¹ SYŘIŠŤOVÁ, E. et al. *Skupinová psychoterapie psychóz*, Praha: Univerzita Karlova, 1982, s. 127-128

¹¹² PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 180

individuálně nebo ve skupině, který řídí a usměrňuje speciálně vyškolená osoba-arteterapeut.“¹¹³

Arteterapie je terapeutická metoda multidisciplinárního charakteru, svoje poznatky čerpá a uplatňuje v psychologii, medicíně, umění, sémantice a antropologii. V České Republice není arteterapie vymezená jako samostatná profese, proto je u nás vykonávána odborníky z jiných pomáhajících profesí.

Arteterapie zahrnuje veškeré tvůrčí činnosti s výtvarným materiálem jako je hlína, kámen, dřevo, písek, papír, plátno, barvy, fotografie, kreslicí materiál apod. Výsledným produktem arteterapie je artefakt, který má svou výpovědní hodnotu. Terapeut nehodnotí artefakt podle estetických nebo výtvarných parametrů ale proces jeho tvorby a vztahuje ho k jeho tvůrci, jeho životu a léčebnému procesu.¹¹⁴

Cíle a cílové skupiny arteterapie

Mezi obecné cíle patří navození kompenzačního procesu, aktivizace, zprostředkování kontaktu a hlavně komunikace prostřednictvím výtvarného projevu. K cílům individuálním jsou řazeny uvolnění, sebevímání, uspořádání zážitků, rozvoj fantazie, nadhled a celkový rozvoj osobnosti.¹¹⁵

Současným trendem arteterapie je její využití u různých druhů poruch nebo potíží, u všech věkových skupin, u různorodých klinických obtíží a to alespoň v určité podobě. Praktikuje se např. v psychiatrických léčebnách, nemocnicích, rehabilitačních střediscích, ve výchovných zařízeních, domovech důchodců apod.

Formy arteterapie

Arteterapie může být aplikována buď formou individuální, nebo skupinovou. Skupinová forma zahrnuje i rodinnou a partnerskou terapii. Skupinová terapie je hodně využívána právě při léčbě psychóz. Její vedení je pro terapeuta náročnější, má však řadu výhod. Ve skupině probíhá sociální učení rychleji, lidé se stejnými problémy se mohou podporovat, vzniká zpětná vazba od ostatních účastníků. Individuální terapie se účastní pouze klient a terapeut, vzniká mezi nimi úzký kontakt. Tento druh terapie je vhodný pro klienty, kteří potřebují

¹¹³ ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*, Praha: Portál, 2002, s. 31

¹¹⁴ PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 74-75

¹¹⁵ ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*, Praha: Portál, 2002, s. 33, 61

z důvodu závažného duševního stavu individuální přístup nebo jejichž chování by mohlo narušovat skupinovou terapii.¹¹⁶

Využití arteterapie při léčbě psychóz

Využití arteterapie u duševně nemocných osob na přelomu 19. a 20. století pomohli prosadit švýcarský psychiatr Walter Morgenthaler a jeho kolega Hans Prinzhorn. Oba tito lékaři sbírali po psychiatrických léčebnách výtvarná díla, diskutovali o nich a stanovili první diagnostické parametry. Na základě této sbírky Prinzhorn publikoval svou práci, jejíž vydání způsobilo růst zájmu o využití umělecké tvorby u duševně nemocných. Jako terapeutická technika pro osoby s psychiatrickou diagnózou se arteterapie začala rozvíjet až v druhé polovině 20. století.¹¹⁷

Arteterapie zpřístupňuje komunikaci s psychotickými pacienty, umožňuje jim vyjadřovat verbálně nesdělitelné obsahy jejich prožívání a chápání světa. Expresivní činnost pacientů je v tomto případě mnohdy jedinou formou vyjádření, pro terapeuta znamená přístupovou cestu k pacientovi. Mezi všemi duševními onemocněními jsou právě pacienti s psychózou ve svých výtvarných projevech nejvíce spontánní. Výtvarný projev je pro ně adekvátní prostředek pro vyjádření všech psychických změn. Tvorba nemusí být jejich momentálním patologickým stavem pouze narušena, ale také vystupňována.¹¹⁸

Cílem arteterapie u osob s psychózou je naučit se porozumět sami sobě, svému prožívání a myšlení formou skrze výtvarnou činnost. Umělecká činnost umožňuje pacientům reflektovat své problémy, které často neumí vysvětlit. Tím že ztvární svůj vlastní prožitek, jsou schopni ho pojmenovat a komentovat. Výtvořiny pacientů jsou východiskem pro jejich osobnostní a společenskou realizaci, k obnovení vazeb se společností. Důležitým úkolem arteterapeuta je najít hranici mezi ponecháním volnosti v expresi či produkci pacienta a jeho případným směřováním a korigováním jeho tvorby.¹¹⁹

¹¹⁶ ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*, Praha: Portál, 2002, s. 43-44

¹¹⁷ ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*, Praha: Portál, 2002, s. 26-27

¹¹⁸ KONDAŠ, O. *Psychoterapia a reeducacia*, Martin: Osvěta, 1989, s. 203-204

¹¹⁹ ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*, Praha: Portál, 2002, s. 76

Arteterapie bývá většinou zařazována jako léčba doplňková k farmakoterapii či individuální psychoterapii, proto je mnohdy obtížné odlišit její léčebný efekt od terapií ostatních. Existují však případy, kdy je arteterapie hlavním pilířem léčby a stává se smyslem života nemocných. Důležité je navázání kvalitního terapeutického vztahu, na který poté navazují jednotlivé techniky. Terapeut vytvoří s pacientem kontrakt, domluví se, na čem chce pacient pracovat a jaké techniky chce využít. Postupem času dochází k prohlubování důvěry a spolupráce, terapeut pak pracuje jak se vztahem (prvky psychoterapie), tak s fenoménem umění. Snaží se pochopit a reagovat na výtvořiny pacientů, navigovat směrem do „bezpečí“. Pacientovy výtvarné produkty poskytují materiál, který je dobrým zdrojem informací o symptomatologii onemocnění. Chronologická posloupnost kreseb umožňuje sledovat průběh onemocnění v čase. Arteterapie s lidmi trpícími duševním onemocněním je velmi náročná, klade vysoké požadavky na terapeuta a liší se případ od případu.¹²⁰

Arteterapie vyvinula řadu technik používaných u psychóz. Patří k nim technika volného čmárání, volná kresba a malba, autoportrét, tematická kresba, malba snů, fantazií, kresba portrétů, které často citlivě zachycují vnitřní stav pacienta a jeho pojetí druhých lidí.¹²¹

Výtvarný projev, jak jsem již uvedla výše, je silně ovlivňován nevědomými mechanismy. Na počátku každého duševního onemocnění, psychózy nevyjímaje, je úzkost. Na obranu proti úzkosti se aktivují nevědomé mechanismy, které vytvářejí specifický vnitřní svět pacienta a ovlivňují jeho expresi. Výtvarný projev pacienta se v průběhu psychózy mění právě v závislosti na aktuálním duševním rozpoložení. Pacienti v akutní fázi schizofrenie nejsou obvykle schopni tvorby. Papíry buď trhají, pokrývají je nesmyslnými čmáranicemi nebo seskupeními slov bez významu. Po stabilizování stavu psychofarmaky začínají být pacienti schopni vlastní tvorby, mnoho z nich se snaží na papíře vybudovat svůj nový, bezpečnější, svět. Průběh arteterapeutické tvorby se popisuje u schizoafektivní poruchy, jelikož se jedná o kombinaci schizofrenie a poruchu nálady. Pokud se pacienti nachází

¹²⁰ STRNADLOVÁ, H. Teorie, indikace a předpoklady arteterapie. *Arteterapie*, 2006, 11, s. 3-5

¹²¹ KONDAŠ, O. *Psychoterapia a reeducacia*, Martin: Osvěta, 1989, s. 205-206

v depresivní fázi, nejsou většinou schopni tvorby. Ve stavu mánie pak dochází k změti námětů, erupci barev, rozpínání tvarů, přesahování daného formátu papíru.¹²²

Ve výtvarném projevu osob s psychózou se vyskytují charakteristické znaky. „Jsou to: chudoba námětů, strnulé figury, časté symboly smrti (černí ptáci), náměty sebevraždy, utrpení, hrobu, zármutku, obrazům chybí smysl. Vyskytují se symboly, bizarní nebo strnulé tváře, horní polovina těla je jasně ohraničená, zkroucené části těla, postavy jsou nezakotvené, jakoby se vznášející ve vzduchoprázdnu, geometrické vzory, vpisované texty, postavy poskládané z částí. Časté je použití nevšedních barev (častá je červená a zelená), kompozice bývá nevyvážená (malují v horní polovině papíru), narušená prostorová organizace, příliš vypracované detaily. Zpracování je precizní, často se vyskytují deformace. Evidentní je regres výtvarného výrazu, návrat zpět k primitivním vyjadřovacím schopnostem, symboly připomínající hieroglyfy, rámování, groteskní zobrazení. Dochází k oscilaci mezi dvěma póly a to výrazově bohatou tvorbou a chudou reflexí bez námětu“. Na rozdíl od poruch nálad se u schizofrenních onemocnění neprojevuje typické používání barev. V těchto případech mají barvy individuální symbolický význam.¹²³

4.6.3. Muzikoterapie

Definice

Termín muzikoterapie pochází ze spojení slova „moisika“ – muzika, hudba a řeckého slova „therapeia“ – léčení.

Můžeme rozlišit dva druhy přístupů využití hudby při léčbě nemocí:

Psychohygienický přístup

V tomto přístupu je zkoumán vliv hudby na osobnost, utváření estetického cítění, tvorba morálních zásad. Jedná se tedy o přístup spíše obecnější.

Psychoterapeutický přístup

¹²² LEDVINOVÁ, J. Specifika výtvarného projevu pacientů trpících psychózou a hraniční poruchou osobnosti. *Arteterapie*, 2000, 2, s. 16

¹²³ VAĐUROVÁ, L. Možnosti a meze arteterapie u dívky s léčeným psychotickým onemocněním. *Arteterapie*, 2002, 2, s. 12-15; LEDVINOVÁ, J. Specifika výtvarného projevu pacientů trpících psychózou a hraniční poruchou osobnosti. *Arteterapie*, 2002, 2, s. 17

Muzikoterapie je zde chápána v užším slova smyslu. Používá se k léčbě psychických nebo somatických poruch.¹²⁴

„Muzikoterapie je cílený proces, během něhož terapeut pomáhá klientovi zlepšit, udržet nebo obnovit pocit duševní pohody. Využívá k tomu hudební prožitky a jako dynamickou hnací sílu využívá vztahy, jež se vytváří skrz hudební prožitky.“¹²⁵

V České republice se začíná muzikoterapie rozvíjet až v 70. letech 20. století. Ze začátku se používala u dětí s poruchami řeči, chování a u mentální retardace, později se do centra jejího zájmu dostaly také osoby s psychickým onemocněním. V současné době se využívá u osob s neurologickým a psychiatrickým onemocněním. Kvůli silnému emočnímu ladění by měla být muzikoterapie u pacientů s psychózou, depresí a úzkostnou poruchou indikována opatrně.¹²⁶

Cíle a cílové skupiny muzikoterapie

Muzikoterapie se odlišuje od jiných hudebních aktivit, jejím primárním cílem je léčebné působení na pacienta. Hudba vyvolává v každém posluchači jiné reakce, v muzikoterapii se používá se záměrem redukovat napětí, k vyvolání určitých emocí a s cílem umožnit komunikaci s pacientem. Hudební nástroje, jejich zvuk a hra se v muzikoterapii využívá ke zpracování nevědomých konfliktů, symbolická funkce hudby představuje důležitý mechanismus, na jehož základě probíhá léčivý proces. Každý člověk má svou vlastní symboliku, emoce mohou být vyjádřeny všemi druhy nástrojů.¹²⁷

Metody muzikoterapie

Metody muzikoterapie se dělí na:

Receptivní - patří zde poslech hudby, relaxace při hudbě a imaginace

Aktivní - zde se řadí vlastní práce s hudbou nebo zvukem, jako prostředek vyjádření zvuku se používá hlas, hra na hudební nástroj nebo hra na tělo.¹²⁸

¹²⁴ SYŘIŠŤOVÁ, E. et al. *Skupinová psychoterapie psychóz*, Praha: Univerzita Karlova, 1982, s. 108

¹²⁵ BRUSCIO in MORENO, J. *Rozehráť svou vnitřní hudbu*, Praha: Portál, 2005, s. 15

¹²⁶ PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 182

¹²⁷ ZELENIOVÁ, J. *Muzikoterapie*, Praha: Portál, 2007, s. 24-25, 120-121

¹²⁸ VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*, Praha: Portál, 2010, s. 531

Využití muzikoterapie při léčbě psychóz

Při léčbě psychóz se muzikoterapie užívá jako jedna ze složek terapeutického programu. Při indikaci muzikoterapie pacientovi s psychózou je třeba zohlednit jeho problémy a možnosti a podle nich zvolit techniky.

Muzikoterapie je silnou prožitkovou terapií, může navozovat pozitivní změny člověka. Práce se zvuky pomáhá pacientům rozlišovat mezi vnitřními zvuky (hlasy) a zvuky přicházejícími z vnějšího prostředí. Hudba svým neverbálním charakterem umožňuje psychotickým pacientům vyjádřit snadněji své prožitky a emoce. Pacienti se skrze hudbu mohou naučit porozumět svým příznakům, naučit se s nimi žít. Terapeut by měl být nedirektivní, měl by klienta podporovat a „doprovázet“. Pacient by měl mít možnost vybrat si jakýkoliv hudební nástroj a způsob hry, skrz hudbu se dostat do kontaktu se svým vnitřním světem.¹²⁹

Mezi specifické cíle muzikoterapie osob s psychózou patří:

- Navázání kontaktu s klientem prostřednictvím zvuku
- Vyjádření emocí hudbou nebo zvukem s pocitem bezpečí a ochrany
- Společná hudební produkce a volná regulace délky, hloubky a intenzity zvukového kontaktu.

Pacienti dostávají v průběhu terapie možnost postupně si stanovovat hranice, jak vůči sobě, tak vůči požadavkům ostatních. Na počátku terapie je jejich hra nevýrazná, celkově pomalejší, bez emocionální a logické stavby. Pacienti užívají převážně rytmické a bicí nástroje, nástroje melodické si vybírali až v pozdějších fázích terapie. Často nedávají najevo žádné otevřené reakce, ale uvnitř mohou být hluboce zapojeni do prožívání.¹³⁰

V hudebním projevu osob s psychózou se vyskytují tyto charakteristické znaky: neschopnost tvořit tonální melodii, problém projevit dynamiku rozdílnou hlasitostí úderu, rozkolísaná, náhodná hra bez emocionálního výrazu, omezenost při strukturování hry. Pacienti odmítají rychlou hudbu, vybírají si raději hudbu pomalou, citově nabitou, podněcující fantazii. Tempo hudby je stejné či podobné

¹²⁹ PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 183-184

¹³⁰ ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*, Praha: Portál, 2007, s. 167-170

jako u zdravých lidí. Klient se nechá ovlivnit terapeutem, ale málo imituje a projevuje vlastní iniciativu. Hudební výraz je rozporuplný, inkoherentní, opakující se, bez výrazu.¹³¹

Muzikoterapie probíhá individuální nebo skupinovou metodou, častěji se volí skupinová forma. Jedna z metod uplatňovaná ve skupinové terapii je hudební improvizace. V hudební improvizaci tvoří klient hudbu na hudební nástroje nebo na tělo. Pacient se může sám rozhodnout jaký nástroj nebo hru použije. Tato možnost volby mu umožňuje vyjádřit své aktuální pocity. Skupinová improvizace probíhá tak, že každý člen skupiny dostane prostor, aby se vyjádřil, zatímco skupina tvoří stálý hudební doprovod. Tímto způsobem probíhá ve skupině výměna informací, sdílení pocitů a podpora. Nástroje doporučené pro hudební improvizaci jsou: bubny, tamburíny, chrastidla, zvonky apod. Jejich výhodou je, že znějí dobře i bez předchozí hudební zkušenosti a podporují tak sebedůvěru pacientů.¹³² U psychotických pacientů není z bicích nástrojů doporučován gong, kvůli svému nestrukturovanému a neohrazenému zvukovému masivu.¹³³

4.6.4 Taneční pohybová terapie

Definice

Taneční pohybová terapie využívá tanec a pohyb jako léčebný nástroj. Vychází se z myšlenky propojenosti těla a mysli, tedy naše pohyby vyjadřují naše myšlenky a pocity. Tanec a pohyb se stávají komunikačním kanálem, vyjádřením pacienta. Novodobá taneční terapie vznikla na počátku 20. století, kdy se stala jednou z možných forem psychoterapie.¹³⁴

Cíle taneční pohybové terapie a její využití u psychóz

Cílem je dosažení integrace jedince ve všech aspektech jeho osobnosti, umožnit pacientům bezpečným způsobem zkoumat jejich pocity a asistovat jim při snaze porozumění vlastnímu chování. Osoby s duševním onemocněním jsou častými klienty taneční pohybové terapie. Tento typ terapie je neverbální, pacienti se zaměřují na své tělo a práci s ním. Tělo je pevnou stránkou osob s psychózou,

¹³¹ ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*, Praha: Portál, 2007, s. 171

¹³² MORENO, J. *Rozehrát svou vnitřní hudbu*, Praha: Portál, 2005, s. 26

¹³³ ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*, Praha: Portál, 2007, s. 120

¹³⁴ VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*, Praha: Portál, 2010, s. 519-520

mohou ho snáze kontrolovat, ovládat a důvěřovat mu. Kontakt s vlastním tělem přináší více jistoty, možnost kontroly sebe sama. U psychotických pacientů se klade důraz na integraci osobnosti, pacienti si musí nejdříve vytvořit představu vlastního těla, než mohou tvořit vlastní ego.¹³⁵

Metody taneční pohybové terapie

Taneční pohybová terapie může být uskutečňována jak v individuální tak skupinové formě, přičemž skupinová terapie je častější. Tak jako většina expresivních terapií využívá taneční pohybová terapie kreativitu, metaforu, konkretizaci a synchronii pohybu. Objevení vlastní kreativity při vytváření pohybu, dávání podoby prožitkům a myšlenkám, má důležitou rehabilitační a povzbuzující funkci. Konkretizace je zachycení a ztvárnění prožitků v danou chvíli, vyjádření emocí může přinést pacientům uvolnění a odreagování. Metafora je často užívanou metodou v taneční pohybové terapii, přináší potřebný odstup, přirovnává pohyb k něčemu pro pacienty méně osobnímu. Synchronie pohybu přináší pocit sounáležitosti, pacienti tvoří jeden celek.¹³⁶

¹³⁵ PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009, s. 188

¹³⁶ VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*, Praha: Portál, 2010, s. 522

Závěr

Když se podívám do minulosti, tak duševní nemoci provázeli lidstvo od „nepaměti“. V každé době existovali lidé, kteří se vymykali normě a byli pro společnost nezařaditelní. Stejně tak dlouhou dobu si lidé pokládají otázku: „Je možné tato onemocnění léčit?“ Dnešní doba přináší pozitivní rozvoj jak v diagnostice, tak na poli léčby. Na druhou stranu, i přes tyto pokroky se počet duševně nemocných nejenom nesnížil, ale naopak neustále vzrůstá.

Cílem této práce pro mě bylo uceleně přiblížit jeden z druhů léčby psychotických onemocnění- psychoterapii. Nejdříve bylo nutné si vyjasnit, jaká onemocnění vlastně spadají do skupiny psychóz. Ve své práci jsem vycházela z 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, podle níž jsem rozdělila psychózy. Pozastavením u každé z nich jsem se snažila o komplexní klasifikaci, ale také o objasnění původu, příčin a projevů. Právě pochopení příčin tohoto komplikovaného onemocnění může být jedním ze způsobů, jak „bojovat“ proti stigmatizaci a vymýcení předsudků. Nemocní psychózou jsou součástí společnosti, mají své potřeby, přání a zájmy, jen potřebují na jedné straně odbornou pomoc a na straně druhé společenské přijetí, i přes svou diagnózu.

I když medicína udělala ohromné pokroky a usnadnila léčbu duševních nemocí, hlavně v rovině objevů nových psychofarmak, zcela základním a klíčovým prvkem je lidský vztah. Ať už je myšlen v rovině přátelské, partnerské nebo rodinné či v rovině terapeut x klient. Lidské slovo, vzájemné sdílení se, schopnost naslouchat a snažit se porozumět je bránou k novému začátku. Ani sebevzdělanější terapeut, který není schopen empatie a přiblížení se k problému klienta, nemůže udělat tolik jako terapeut, jež „přijímá pacienta se všemi jeho omezeními“. Na druhou stranu, ani empatie a porozumění nepomůže určit správnou diagnózu a vybrat kombinaci těch nejvhodnějších léků.

Každý pacient má jiné projevy a jiné oblasti, v nichž potřebuje podporu. Neexistuje šablona, podle které by mohli být léčeni všichni pacienti stejně. Toto platí i při využití psychoterapie, která je nezbytnou součástí komplexní léčby. Terapeut věnující se těmto pacientům musí být schopen přizpůsobení

a individuálního přístupu ke každému pacientovi. Podle daného psychického stavu pacienta volí terapeut formu terapie a terapeutické prostředky. V psychoterapii snad nejvíce záleží na tom, zda mezi klientem a terapeutem vznikne vztah založený na důvěře, otevřenosti a vzájemné spolupráci. Když se podaří lékaři vysvětlit důležitost otevřeného sdílení pocitů klienta a nemocný uvěří v odbornost svého lékaře, pak je možné posunout vývoj nemoci k velkému zlepšení. U třetiny pacientů se podaří úplné vyléčení, v dalších dvou třetinách je úkolem psychoterapie stabilizaci nemoci, aby opětovných propuknutí onemocnění bylo co nejméně. Cílem psychoterapie nemusí být pouze úplné vyléčení, ale zvýšení kvality života každého pacienta.

Seznam použité literatury a pramenů

Literatura

BANKOVSKÁ, Lucie; DRAGOMIRECKÁ, Eva; ČERMÁK, Jan, et al. Rodinná psychoedukace u schizofrenie: demografické charakteristiky a kvality života příbuzných. *Psychiatrie*, 2009, roč. 13, č. 4, s. 136-139. ISSN 1802-422X.

BARTKO, Daniel. *Moderní psychohygiena*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1976. 452 s. ISBN 11-072-76.

BOUČEK, Jaroslav, et al. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 244 s. ISBN 80-244-1354-X.

DUŠEK, Karel; VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.

HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.

HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan; ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 247 s. ISBN 80-7178-563-6.

KONDÁŠ, Ondrej, et al. *Psychoterapia a reedukácia*. 2. dopl. vyd. Martin: Osvěta, 1989. 293 s. ISBN 80-217-0014-9.

LEDVINOVÁ, Jana. Specifika výtvarného projevu pacientů trpících psychózou a hraniční poruchou osobnosti. *Arteterapie*, 2002, č. 2, s. 16-18. ISSN 1214-4460

MORENO, Joseph. *Rozehrát svou vnitřní hudbu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 127 s. ISBN 80-7178-980-1.

PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava. (eds.) *Psychózy: Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.

PRAŠKO, Ján, et al. *Psychotická porucha a její léčba: Příručka pro nemocné a jejich rodiny*. 1. vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2001. 90 s. ISBN 80-85912-65-1.

PRAŠKO, Ján; MOŽNÝ, Petr; ŠLEPECKÝ, Miloš. *Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 1063 s. ISBN 978-80-7254-865-1.

PROCHASKA, James; NORCROSS, John. *Terapeutické systémy: průřez teoriemi*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 479 s. ISBN 80-7169-766-4.

RABOCH, Jiří; ZVOLSKÝ, Petr, et al. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-2460-390-X.

STRNADLOVÁ, H. Teorie, indikace a předpoklady arteterapie. *Arteterapie*, 2006, č. 11, s. 3-9. ISSN 1214-4460.

STRNADLOVÁ, H. Teorie, indikace a předpoklady arteterapie II. *Arteterapie*, 2006, č. 12, s. 3-6. ISSN 1214-4460.

SVOBODA, M. *Psychopatologie a psychiatrie*, 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.

SYŘIŠŤOVÁ, Eva, et al. *Skupinová psychoterapie psychóz*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1982. 172 s. ISBN 60-137-82.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.

VAĎUROVÁ, L. Možnosti a meze arteterapie u dívky s léčeným psychotickým onemocněním. *Arteterapie*, 2002, č. 2, s. 10-15. ISSN 1214-4460.

VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1819-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

VONDRÁČEK, Vladimír; DOBIÁŠ, Jan. *Lékařská psychologie*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1969. 280 s. ISBN 08-024-69.

VYMĚTAL, Jan, et al. *Obecná psychoterapie*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. 340 s. ISBN 80-247-0723-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. 2. přeprac. vyd. Praha: WHO, 2008. 862 s. ISBN 978-80-904-259-0-3.

ZEIG, Jeffrey K. *Umění psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 712 s. ISBN 80-7178-972-0.

ZELEIOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie: Východiska, koncepty, principy a praxe*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 256 s. ISBN 978-80-7367-237-9.

Internet

URL: <<http://www.remédia.cz/Okruhy-temat/Psychiatrie/Compliance-a-adherence-spoluprace-pri-lecbe/8-1n-bl.magarticle.aspx>> [18.2.2011]

URL: <http://web.quick.cz/psychologies/sugesce_a_hypnoza.htm> [20.2.2011]

URL: < <http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/PREDUKA.htm> > [25.2.2011]

URL:< <http://www.relaxace.psychoweb.cz/> > [22.2.2011]

URL: < <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/nefarmakologicke-postupy-v-lecbe-onemocneni-schizofrenniho-okruhu-452514> > [22.2.2011]

URL: < <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/endogenni-psychoticke-poruchy-283663> >[10.1.2011]

Anotace

Jméno a příjmení:	Lucie Wawreczková
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Pavel Škobrtal, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011
Název práce:	Využití psychoterapie při léčbě psychóz
Název v angličtině:	Utilisation of psychotherapy during psychoses treatment
Anotace práce:	Práce se zabývá využitím psychoterapie u funkčních psychotických poruch, klasifikovanými podle 10. revize mezinárodní zdravotnické organizace. V práci popisují etiologii, projevy a průběh onemocnění. Samostatná část je věnovaná obecné psychoterapii, jejím formám, metodám a účinnosti. Podrobně se věnuji všem druhům a formám psychoterapie, využívaných při léčbě psychotických onemocnění: psychoanalytické, kognitivně - behaviorální, rodinné, expresivní terapii a také psychoedukaci.
Klíčová slova:	psychóza, psychoterapie, schizofrenie, arteterapie, dramaterapie, psychoedukace, muzikoterapie, mezinárodní klasifikace nemocí, kognitivně-behaviorální terapie
Anotace v angličtině:	The work deals with the use of psychotherapy for functional psychotic disorders, classified according to the 10th revision of world health organization. The work describes the etiology, symptoms and course of the disease. There is a separate section is devoted to general psychotherapy, its forms, methods and effectiveness. I focus on all types and forms of psychotherapy used to treat psychotic disorders: psychoanalytic, cognitive-behavioral, family, expressive therapy and psychoeducation.

Klíčová slova v angličtině:	psychoses, psychotherapy, schizophreia, art therapy, dramatherapy, psychoeducation, music therapy, international classification of diseases, cognitive - behavioral therapy
Přílohy vázané v práci:	žádné
Rozsah práce:	60 stran
Jazyk práce:	český