

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta

Bakalářská práce

Univerzita Palackého v Olomouci

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Specifika paradivadelní intervence u jedinců s duševním
onemocněním

Olomouc 2017

Vedoucí práce: Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně, pod odborným vedením vedoucího práce a že veškeré zdroje, ze kterých jsem čerpala, uvádím v seznamu citované literatury.

V Olomouci dne 20. 4. 2017

.....

Eva Petrová

Poděkování

Děkuji svým rodičům, kteří mi umožňují kráčet cestou univerzitního poznání a všem dalším blízkým osobám, které jsou součástí mého života a mou velkou oporou.

Dále děkuji všem svým spolužákům, díky kterým jsem v průběhu studia získala mnoho cenných zkušeností a všem vyučujícím, kteří nás během tří let vedli.

S ohledem na tuto práci děkuji zvláště těm spolužákům a kolegyním ze staršího ročníku, kteří se mnou spolupracovali v praktické části práce a následně mi poskytli rozhovor.

Děkuji Mgr. Martinu Dominiku Polínkovi, Ph.D. za odborné vedení této práce.

Obsah

Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1. Duševní zdraví a duševní onemocnění	9
1.1. Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20 – F29).....	10
1.1.1. Symptomy a postižení psychických funkcí.....	11
1.2. Průběh nemoci.....	13
1.2.1. Osobnost nemocného jedince.....	14
1.2.2. Léčba.....	16
1.2.3. Psychoterapie psychotických onemocnění.....	18
2. Speciálně pedagogická intervence u osob s psychotickým onemocněním	20
2.1. Paradivadelní systémy.....	21
2.2. Vybrané paradivadelní systémy.....	23
2.2.1. Dramatická výchova, divadlo a výchova	23
2.2.2. Psychodrama	24
2.2.3. Dramaterapie	24
PRAKTICKÁ ČÁST.....	26
3. Centrum psychosociální rehabilitace Společnosti Mana o.p.s.....	27
4. Výzkumný problém a cíl výzkumné studie	28
4.1. Výzkumné otázky	28
5. Charakteristika výzkumné studie	29
5.1. Kvalitativní přístup	29
5.1.1. Typ výzkumu.....	29
5.2. Výzkumný soubor.....	30
5.3. Etika výzkumu.....	30
6. Metody získávání dat.....	32
6.1. Pozorování.....	32
6.2. Rozhovor	32
7. Realizace výzkumu	34
7.1. Dramaterapeutický program v Centru	34
8. Metody zpracování výzkumu.....	35
9. Výsledky výzkumu a jejich interpretace	36
10. Diskuze	53

Závěr	56
Seznam literatury	57
Seznam obrázků	59
Seznam příloh	59

Úvod

Duševní zdraví a duševní nemoc jsou pojmy, které se týkají každého z nás. Mohou být chápány jako součást stejného kontinua, na kterém se v průběhu našeho života a v průběhu různých situací pohybujeme. Ač bychom si to často přáli, nemáme stoprocentní vládu nad svými myšlenkami, emocemi, chováním. Tušíme, že spousta procesů, které se v nás odehrávají, mají svůj původ a podstatu ukryty v nevědomí, tak jak o tom již hovořili významní psychologové nebo představitelé jiných oborů. Není jednoduché si sám se sebou v mnoha situacích poradit.

I přes neustále se vyvíjející vědecké obory, které se věnují zkoumání fungování lidského mozku a jeho souvislosti s psychikou, je v této oblasti pro nás ještě příliš mnoho otazníků na to, abychom mohli tvrdit, že lidské psychice a sami sobě rozumíme. S tím souvisí mimo jiné i nedostatečná znalost příčin vzniku některých duševních onemocnění a procesů, které by mohly vést k jejich úplné úzdavě. Vnímám proto lidskou psychiku jako velmi křehký orgán, jehož fungování může být změněno či narušeno různými způsoby, a to i v neprospěch „uživatele“. Z tohoto důvodu mne zajímá práce s těmi klienty, kteří mnohdy nedobrovolně bojují s duševními obtížemi.

Svou práci jsem pojala jako teoretickou i praktickou sondu do života lidí s duševním onemocněním. Vzhledem k oboru, který studuji, jsem se zaměřila na možnost využití paradivadelní intervence při realizaci speciálně pedagogických cílů u této klientely. V průběhu půl roku jsem realizovala paradivadelní program v Centru psychosociální rehabilitace Společnosti Mana o.p.s. v Olomouci. Cílem programu bylo nabídnout klientům vhodné aktivity, které odpovídají jejich potřebám a mohou jim poskytnout psychickou úlevu, možnost osobního rozvoje nebo příjemně strávený čas. Cílem mé práce dále bylo popsat specifika práce s touto klientelou a následně formulovat praktická doporučení budoucím lektorům, kteří by měli zájem vést paradivadelní skupinu u jmenované klientely. Průběh a výsledky tohoto šetření uvádím v praktické části práce.

V teoretické části pak podávám výklad skutečností vztahujících se k paradivadelnímu procesu práce se skupinou a k povaze samotných duševních poruch. Zaměřuji se zde převážně na duševní onemocnění, která byla příčinou obtíží těch klientů, se kterými jsem v Centru pracovala.

TEORETICKÁ ČÁST

Nejprve se pozastavíme nad problematikou kontinua duševní zdraví – duševní nemoc a pokusíme se do něj zasadit psychotické onemocnění. Věnujeme se základní charakteristice nemoci, projevům psychotického klienta a možnostem jeho léčby a rehabilitace, které současná doba nabízí.

Dále popisujeme speciálně pedagogický přístup k dané klientele s důrazem na využití paradivadelní intervence. Pojem paradivadelní intervence blíže specifikujeme a uvádíme základní postupy, které byly využity při práci s klienty s psychotickým onemocněním.

1. Duševní zdraví a duševní onemocnění

Každý, kdo se zabývá duševním onemocněním a jeho diagnostikou, musí brát v úvahu také normu duševního zdraví. Názory na tuto otázku jsou však různorodé (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Podobně Syřist'ová uvádí, že stanovení normality lidského chování by mělo logicky předcházet diagnostice a terapii chování abnormálního. Nicméně dodává, že toto vymezení normality lidské osobnosti má spíše povahu pracovní hypotézy (Syřist'ová, 1969).

V historii psychiatrie bylo vytvořeno několik klasifikačních systémů, které se snažily třídít psychické poruchy podle různých hledisek, např. etiologického nebo syndromologického. Ač v této oblasti existuje také řada nedořešených otázek, v současnosti se k diagnostice duševních onemocnění v mnoha zemích včetně České republiky uplatňuje **desátá revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN-10)**, kterou vypracovala Světová zdravotnická organizace (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Tato klasifikace popisuje jednotlivé duševní poruchy a zavádí kritéria pro jejich diagnostiku. Klinické obrazy duševních poruch jsou však rozličné a u mnoha onemocnění neznáme ani jejich původ. Proto je diagnostika v psychiatrii jedním z nejobtížnějších medicínských oborů (ibid).

Otázky duševního zdraví patří dle Dzúrové k hlavním aktuálním problémům naší společnosti. Poukazuje také na to, že na rozdíl od ostatních onemocnění, velký podíl duševně nemocných zůstává v populaci skryt, a to v případech, které nebyly vůbec diagnostikovány nebo byly diagnostikovány pod jinými onemocněními (Dzúrová, 2000).

V následujícím textu se budu věnovat konkrétně okruhu psychických poruch, který má vztah k praktické části mé práce, přičemž terminologicky vycházím z klasifikace MKN. Zaměřuji se na základní charakteristiku nemoci, projevy klienta a způsoby jeho léčby, včetně možnosti využití paradivadelní intervence.

1.1. Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20 – F29)

„Od nepaměti se ptáme, jak mozek myslí, uchopuje vnější svět a orientuje se v něm. Možná, že odpovědi leží i tam, kde je myšlení narušeno, svět je uchopován zdeformovaně a dá se v něm velmi snadno ztratit. Výzkum schizofrenie je zároveň i cestou za poznáním nejhlubších principů fungování mozku.“ (Bankovská Motlová, Španiel, 2013, s. 37).

Pojem schizofrenie (z řeckého *schizein* = rozštěp, *phren* = mysl) je označením pro skupinu několika nemocí, pro které je jednou z hlavních charakteristik „rozštěp“ různých psychických funkcí. Dle Bankovské Motlové a Španiela jsou dále symptomy tohoto onemocnění tak rozmanité, že jeho různé varianty v současnosti chápeme spíše jako syndromy, než jednoznačně vymezené diagnostické jednotky (Bankovská Motlová, Španiel, 2013).

Schizofrenie patří mezi závažné psychické poruchy a vzniká nejčastěji v období mladé dospělosti v rozmezí od dvaceti do třiceti let. Vyskytuje se přibližně stejně často u mužů i žen (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015; Bankovská Motlová, Španiel, 2013). Bankovská Motlová a Španiel dodávají, že celoživotní prevalence psychotických onemocnění ze schizofrenního okruhu (diagnostická kategorie F20 – F29 v MKN-10) je v populaci 2 – 3%. Dále je podle nich tento počet velmi podobný v různých částech světa (Bankovská Motlová, Španiel, 2013). S tím se shoduje i Dzúrová, která udává, že: *„Obecně je schizofrenie zastoupena v každé populaci cca 2% bez výrazných rozdílů v demografických či geografických charakteristikách.“* (Dzúrová, 2000, s. 35).

Schizofrenii označují Bankovská Motlová a Španiel za neurovývojové onemocnění, které má tendenci degenerovat prvních pět let po první epizodě (Bankovská Motlová, Španiel, 2013).

Jako nejvýraznější odchylky, které jsou projevem nemoci na neurobiologické úrovni popisují snížení objemu šedé hmoty v oblastech hipokampu a po obou stranách Sylviovy rýhy, což jsou mimochodem nálezy překrývající se s poznatky o autismu, a narušení bílé hmoty ve frontálním a temporálním laloku (Bankovská Motlová, Španiel, 2013).

1.1.1. Symptomy a postižení psychických funkcí

Bankovská Motlová a Španiel rozdělují symptomy schizofrenie do 4 skupin:

1. **pozitivní symptomy** - psychotické symptomy;
2. **negativní symptomy** - poruchy iniciativy a motivace doprovázené sociálním stažením;
3. **kognitivní symptomy** - poruchy poznávacích funkcí, především paměti, pozornosti a exekutivních funkcí;
4. **afektivní symptomy** - symptomy depresivní nebo manické.

Dále uvádějí, že klinický obraz je doprovázen také symptomy *nespecifickými* – např. poruchy spánku, změny chuti k jídlu, úzkost, pocity napětí (Bankovská Motlová, Španiel, 2013).

Pozitivní symptomy jsou dle Duška a Večeřové-Procházkové takové příznaky, které se u zdravého jedince nevyskytují (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Na jejich přítomnosti či nepřítomnosti je dnes založena diagnóza schizofrenie a jedná se převážně o: *ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek, bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládání, zřetelně se projevující pohyby těla či končetin, zvláštní myšlenky, činnosti nebo pocity, bludné vnímání, halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo mezi sebou hovoří, nebo jiné typy hlasů, které přicházejí z některých částí těla, neustálé bludy jiných typů, které nemohou být podmíněné příslušnou kulturou a jsou zcela nepatřičné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidská moc nebo schopnost...* (Bankovská Motlová, Španiel, 2013).

Bludem rozumíme mylné přesvědčení, které vzniklo na základě chybné interpretace vjemů či prožitků. Nemocného však není možné přesvědčit o jejich nepravdivosti, a to ani když existují nesporné důkazy. Může jít např. o pocity, že svět kolem člověka se na něj zaměřil – lidé si o něm povídají, dívají se na něho, je odposloucháván, ovládán, manipulován, dále o přesvědčení, že má člověk výjimečné schopnosti nebo že mu jde o život (ibid).

Halucinace je vjem, kdy člověk „vnímá“ neexistující podněty a opět je přesvědčen o jejich realitě. Mohou se týkat všech smyslů, např. halucinace *sluchové* – neexistující zvuky nebo hlasy, které komentují člověkovu chování, kritizují jej, přikazují, radí nebo se mezi sebou prou, *zrakové* – neexistující osoby, věci, zvířata, situace, scény, krajiny, *čichové* – neexistující

pachy a vůně, většinou nepříjemné, *hmatové* – pocity píchání, hlazení, pálení, pohyb hmyzu po kůži atd., *pohybové* – pocity pohybu těla nebo jeho částí, *orgánové* – vjemy změn, přesunů, odumírání vlastních orgánů, dále halucinace *intrapsychické* – vkládání a odnímání myšlenek (Orel, 2012).

Dále Bankovská Motlová a Španiel k pozitivním symptomům řadí *deorganizaci* – nesouvislé myšlení a mluvení z cesty, a *poruchy motoriky* – pacient může být buď velmi neklidný nebo se nehýbat vůbec.

Absence náhledu klienta na vlastní symptomy má samozřejmě vliv na jeho spolupráci, což komplikuje léčbu, na tom se shoduje více autorů (Bankovská Motlová, Španiel, 2013; Orel, 2012; Probstová, Pěč, 2014).

Na rozdíl od toho **negativní symptomy** schizofrenie znamenají spíše jisté ochuzení psychiky vzhledem k normě. Patří sem např. *psychomotorický útlum*, *zpomalená reaktivita*, *hypobulie* nebo *abulie*, *ztráta spontaneity* a *autismus* (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Bankovská Motlová a Španiel k tomu přidávají: *afektivní oploštění* nebo *otupění*, které se může projevovat neměnným výrazem v obličeji, chudostí pohybů, nedostatkem expresivních gest, absencí očního kontaktu, neadekvátními afekty, nedostatečnou modulací hlasu, dále *neschopnost hovořit* – chudost řeči, chudost obsahu řeči, *zárazy*, *apatii* – nedostatečná péče o zevnějšek, nedostatek energie, a *anhedonii* a *sociální stažení* – neschopnost prožívat radost a nezájem o sociální aktivity (Bankovská Motlová, Španiel, 2013).

Zde bych ráda poukázala na to, že výše uvedené zejména negativní symptomy onemocnění zahrnují základní prvky, které jsou součástí divadelního vyjádření (mimika, pohyby, modulace hlasu, obsah řeči...) a nabízí se zde tedy okamžitě úvaha o využití paradivadelní intervence.

Mezi **kognitivní poruchy**, které se nejčastěji zjišťují u schizofrenie patří: *poruchy pozornosti*, *rychlosti zpracování informace*, *poruchy pracovní i dlouhodobé paměti*, *exekutivních funkcí*, *abstraktního myšlení* a *poruchy sociální kognice*. Tyto kognitivní funkce se měří neuropsychologickými testy.

Jak Bankovská Motlová a Španiel píší, např. sociální kognice je nezbytná pro úspěšnou mezilidskou komunikaci. Psychóza může narušit schopnost rozumět mezilidským interakcím

a zhoršit komunikační dovednosti člověka. Proto je důležité, že tyto schopnosti se dají trénovat a zlepšit. Vhodný je proto zejména nácvik sociálních dovedností (ibid).

Také paradivadelní intervence nabízí mnoho možností práce s verbální i neverbální komunikací a vztahy mezi klienty, v určitém bodě se může i překrývat s uvedeným nácvikem sociálních dovedností.

V případě, že kromě schizofrenních symptomů jsou u klienta přítomny také **afektivní symptomy**, řadíme onemocnění do *schizoafektivních poruch* (kategorie F25). Afektivní symptomy mohou nasedat na předchozí schizofrenní onemocnění nebo doprovázet či střídat trvalou poruchu s bludy jiného typu. Klient může být spíše *manický, depresivní nebo smíšený typ* (MKN-10, 2008).

1.2. Průběh nemoci

Etapu, která předchází rozvoji onemocnění označujeme jako **období zdraví**. V něm se člověk projevuje svými charakteristickými rysy, vlastnostmi, temperamentem. Hovoříme o **premorbidní osobnosti**.

Před samotným rozvojem onemocnění můžeme různě dlouhou dobu sledovat nespecifické psychické i somatické problémy (únava, podrážděnost, narušený spánek,...), které však nelze spolehlivě určit jako příznaky duševní choroby. Jedná se o **období premorbidních projevů**.

V **prodromálním stadiu** již potíže nabývají na intenzitě, jsou sice stále nespecifické, ale postižený člověk často sám vyhledá lékaře. V tomto stadiu je možné vhodným zásahem proces zastavit nebo zvrátit (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). V případě schizofrenního onemocnění se však prodromální příznaky těžce odlišují například od komplikovaného dospívání (Bankovská Motlová, Španiel, 2013).

Pokud se nepodaří proces zvrátit, nemoc se dále rozvíjí do **úvodního akutního nebo subakutního stadia**, kdy se již začínají objevovat specifické příznaky a je možno rozlišit mezi základními kategoriemi psychických poruch.

V **období manifestace poruchy** začínají nespecifické příznaky ustupovat a je možno diagnostikovat duševní poruchu (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). V případě poruchy

z okruhu schizofrenie hovoříme o **atace akutních psychotických příznaků**, které mohou být pozitivní, negativní i kognitivní. Obvykle trvá 6 měsíců a pacient v tomto období bývá hospitalizován (Bankovská Motlová, Španiel, 2013).

Po několika týdnech léčby začínají specifické příznaky zpravidla ustupovat a opět se objevují projevy premorbidní osobnosti, mohou přetrvávat některé nespecifické potíže (únava, slabost), reziduální změny osobnosti nebo projevy způsobené biologickými terapiemi. Zlepšuje se kontakt nemocných s okolím, péče o vlastní osobu. Hovoříme o **období doznívání příznaků a období rekonvalescence** (Bankovská Motlová, Španiel, 2013; Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Bankovská Motlová a Španiel zdůrazňují, že mozek po psychotické atace není ještě plně výkonný a hrozí nezvládnutí předčasného návratu do plné zátěže ve škole či práci. Oslabený mozek vyžaduje postupnou a přiměřenou zátěž (Bankovská Motlová, Španiel, 2013).

Dušek a Večeřová-Procházková uvádějí jako poslední etapu průběhu duševní nemoci **období obnoveného zdraví**, ke kterému dochází v optimálním případě při úplném odeznění specifických i nespecifických projevů onemocnění (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

V případě psychotických onemocnění však ve velkém procentu případů dochází po čase k **relapsu**, tedy k návratu nemoci, prožitku další psychotické ataky. Tomu opět často předcházejí varovné příznaky (např. nesoustředěnost, konflikty s okolím) a nemocný jedinec, který již ataku v minulosti prožil, se může naučit tyto příznaky u sebe zachytit a rozpoznat (Bankovská Motlová, Španiel, 2013).

Období mezi atakou a relapsem nazýváme **remise**, jedná se o dočasné vymizení symptomů nemoci (Valenta, 2015).

1.2.1. Osobnost nemocného jedince

Významná česká psycholožka a psychoterapeutka Eva Syříšťová, která se dlouhodobě věnuje psychoterapii osob se schizofrenním onemocněním, uvádí, že při práci s uvedenými jedinci je nutností znát typologické zvláštnosti schizofrenní osobnosti. Ty podstatně ovlivňují schizofrenikův kontakt s okolním světem a zároveň utváří sociální prostředí, ve kterém

jedinec žije (Syřišťová, 1982). Tuto problematiku obsáhle rozvádí ve svých publikacích, pokusím se vyzdvihnout zásadní poznatky, které vycházejí z praxe její i dalších autorů.

Již v premorbidním období si u jedince můžeme povšimnout zvláštností jeho stálé osobnostní struktury. Přestože neexistuje všeobecně platný model premorbidní osobnosti, velkou pravděpodobnost rozvoje onemocnění nacházíme u tzv. **schizoidního typu osobnosti**, který popsal ve své teorii temperamentu německý psychiatr Ernst Kretschmer. Syřišťová však dodává, že samozřejmě ne každý takto predisponovaný jedinec vždy musí skutečně onemocnět (Syřišťová, 1965). Rozvoj onemocnění souvisí s mnoha faktory, kromě vrozených predispozic na úrovni tělesné konstituce a fungování CNS hraje významnou roli i specifická sociální a psychologická situace jedince, jednoduché kauzální vysvětlení vzniku nemoci tedy nelze uvést (Bankovská Motlová, Španiel, 2013).

Základními problémy v existenci člověka se schizofrenním onemocněním jsou **samota, izolace, bezvztahovost, odtrženost od reálného dění a ztráta životního smyslu**.

Pokud hledáme kořeny těchto potíží, můžeme je vystopovat v jednom z nejdůležitějších předpokladů psychické stability, integrity a vývoje člověka, a to *přijetí lidského jedince druhým*. Autonomie a identita člověka se může realizovat jedině v sociální interakci. Právě komplikace v naplnění této specificky lidské sociální potřeby souvisí s rozvojem patologických schizofrenních symptomů (Syřišťová, 1965; Syřišťová, 1982). S prohlubující se frustrací z absence pozitivního sociálního ocenění dochází ke stále intenzivnějšímu hledání náhradních cílů, které stále méně odpovídají přijatelným sociálním normám. „*Neúspěch za neúspěchem postupně podryvá poslední zbytky pocitu bezpečí, které se koneckonců snaží individuum těžit ze snových fantazií.*“ (Syřišťová, 1965, s. 20). Nakonec dochází k celkové dezorganizaci psychické činnosti.

Počínající schizofrenní psychóza je tak vyhocením zvláštního vztahu schizofrenní osoby ke světu, lidem i k sobě samému, a znamená základní změnu v jeho osobnostní, emoční a kognitivní struktuře.

Pro nemocné jedince je charakteristická **polarita mezi úplnou izolací od vnějšího světa a bezbranným vydáním se na pospas vnějším podnětům**. Schizofrenikům schází hranice, pevná struktura a meze v myšlení, rozhodování a jednání (Syřišťová, 1982).

Schizofrenní jedinci se tak často cítí průhlední a zranitelní ostatními. Připadají si prázdní, znečitlivělí, odpoutaní od prožitků a od jiných lidí. V důsledku negativních zkušeností

s konfrontací s vnějším světem mají tendence unikat do spánku nebo svého vnitřního světa, izolovat se od ostatních. Ve vztazích kolísají mezi intenzivním připoutáním se k jedné osobě, které důvěřují a snahou stáhnout se z kontaktu s ostatními (Probstová, Pěč, 2014).

Neschopnost navázat reálný naplněný vztah a prožít lidskou blízkost popisuje také Syřišťová, podle které k tomu schizofreníkům chybí potřebná distance, ve které by se vztah realizoval (Syřišťová, 1982). Tématu vzájemných vztahů ve skupině psychotických klientů, se kterými jsem pracovala, se věnuji v praktické části práce (viz kap. 9.).

Dle Probstové a Pěče lidé se schizofrenií často poukazují na své problémy s pozorností, cítí se zavaleni spoustou naléhavých myšlenek, které však ostatním lidem nedávají smysl a prožívají tak pocity zmatku. Jejich myšlení ztrácí logiku a jimi sdělovanému obsahu nemusí jít v krajních případech vůbec rozumět. Typické jsou pro ně pocity úzkosti, ohrožení, hrůzy.

Mají problém v sobě identifikovat nějaký pocit a vyjádřit ho. Jejich chování často odráží vliv bludů a halucinací. Můžeme u nich pozorovat neklid či zvýšené psychomotorické tempo. Hrozí také sebevražedné jednání či spáchání trestné činnosti (Probstová, Pěč, 2014).

Intelekt dle Duška a Večeřové-Procházkové u tohoto onemocnění postížen nebývá. Problém může být v netečnosti a pasivitě klienta, ale pokud se nám je podaří překonat, zjistíme, že intelektové funkce nejsou narušeny (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Bouchalová však také uvádí, že obecně je výška intelektu jedním ze základních kritérií pro zařazení klienta se schizofrenií do psychoterapeutické skupiny. Pouze u klientů s intelektem od pásma normy výše můžeme totiž předpokládat psychoterapeutickou ovlivnitelnost, u klientů s nižším intelektem jsou doporučovány především sociálně-aktivizační postupy (Bouchalová in Syřišťová, 1982).

1.2.2. Léčba

Jelikož onemocnění má řadu příčin a jeho rozvoj je ovlivněn řadou různých faktorů, léčebné postupy tomu musí odpovídat a zabývat se člověkem po **biologické, psychologické i sociální stránce**. Při léčbě je nejvýhodnější spolupráce multiprofesního týmu, složeného z psychiatrů, klinických psychologů, praktických lékařů, psychiatrických sester, sociálních pracovníků, ergoterapeutů apod. (Probstová, Pěč, 2014). Také Syřišťová považuje schizofrenní psychózu za multidimenzionální problém (Syřišťová, 1965).

Cílem léčby je dle Bankovské Motlové a Španiela jednak *odstranění symptomů*, jednak *znovunabytí schopnosti obstat v životních rolích*. Toho lze dosáhnout včasným zahájením léčby kombinující farmakoterapii, která pacienty neléčí, ale upravuje průběh nemoci, a **psychosociální intervenci**.

Farmakoterapii zdůrazňují jako zcela nezbytnou, bez ní neumí moderní medicína schizofrenii léčit. (Bankovská Motlová, Španiel, 2013). Vzhledem k povaze tohoto textu se však nebudu biologickou léčbou podrobně zabývat.

Podstatná je informace, že léky ve svém důsledku zabraňují pacientům ve tvorbě dalších nesouvislých myšlenek, abstraktních významů a ztrátě kontaktu s realitou. Pacienti by měli po prvních dvou atakách užívat léky ještě několik let nebo v případě opakovaných potíží celý život, většina z nich však po určité době léky samovolně vysazuje a v 70% případů tak dochází do jednoho roku k relapsu (Bankovská Motlová, Španiel, 2013).

Bankovská Motlová a Španiel s určitostí kladou důraz na **PREVENCI RELAPSU** jako na **základní prioritu v dlouhodobé léčbě schizofrenie**. Nejdůležitější jsou podle nich úplné začátky onemocnění: „..., v bitvě během prvních 5 let po prvních příznacích se rozhoduje o celé válce. K tomuto zápasu musíme mobilizovat vše – rodinné příslušníky, zapojit psychoedukační aktivity, položit důraz na trpělivé budování vztahu s nemocným, využít programy prevence relapsu psychotického onemocnění.“ (Bankovská Motlová, Španiel, 2013, s. 40).

Je tomu tak proto, že během relapsů dochází prokazatelně k nevratným strukturálním a funkčním změnám CNS, které mají následně negativní vliv na celou léčbu. S každým dalším relapsem se snižuje pravděpodobnost úplné remise a také schopnost pacienta obstat v běžném životě (Bankovská Motlová, Španiel, 2013).

Pacienti se schizofrenií mají dle řady výzkumů oslabenou oblast mozku zvanou **neurokognitivní terén**, což má za následek jejich sníženou odolnost vůči stresu. Jsou tak zranitelnější hlavně při působení chronických stresových faktorů. Jedním ze způsobů, jak posílit jmenovanou oblast mozku je právě pravidelné užívání léků a dále **psychosociální intervence**, které se formou nácviku snaží posílit pacientovu odolnost vůči stresu. Také je nutné pracovat na tom, aby byly odstraněny podmínky vyvolávající chronický stres a namísto toho vytvořit bezpečné, předvídatelné a přiměřeně stimulující prostředí. Nemalý význam mají i zdravá životospráva a pravidelný denní režim (Bankovská Motlová, Španiel, 2013).

Sociálně psychologický přístup ke schizofrenním psychózám má v léčbě významnou roli, protože si všímá nemocného jedince v sociální interakci. Zabývá se jím jako sociálním individuem a hledá souvislosti mezi vznikem onemocnění a sociálním kontextem, jehož je jedinec součástí. Syřišťová však uvádí, že spolu s psychosociálními vlivy formují schizofrenní chování i vrozené zvláštnosti psychiky predisponovaných jedinců (Syřišťová, 1982).

V každém případě je však nutné se zabývat sociálním charakterem duševních onemocnění, protože život lidského jedince není možný bez sociálních vazeb. Psychologické přístupy k léčbě osob se schizofrenií jsou založeny na budování nových pozitivních zkušeností v sociální interakci a směřují k začlenění pacienta do jeho přirozeného sociálního prostředí (Syřišťová, 1982).

Bouchalová dodává, že cílem terapie u schizofrenních jedinců není úplné zrušení jejich specifických reakcí a odlišného vnímání světa, ale pouze odstranění těch prvků, které způsobují pacientu a jeho okolí utrpení (Bouchalová in Syřišťová, 1982).

Speciálně pedagogický přístup, který úzce souvisí a prolíná se s ostatními uvedenými příbuznými obory (medicína, sociologie, psychologie), si všímá psychotických klientů jako sociálně znevýhodněné minoritní skupiny obyvatelstva a zabývá se především jejich edukací, reedukací, kompenzací, diagnostikou, terapeuticko-formativní intervencí, rehabilitací, integrací, inkluzí, socializací či resocializací (Valenta, 2014). Tento přístup bude popsán v samostatné kapitole níže v textu.

1.2.3. Psychoterapie psychotických onemocnění

Na počátku cesty k psychické úzdavě psychotika musí být vytvoření klíčového důvěrného vztahu, opěrného bodu v jeho životním chaose bez hranic a struktury. Je třeba s ním pracovat na nalezení reálné životní úlohy a dále vytváření nových pozitivních reálných vztahů.

Syřišťová tak doporučuje zejména kombinaci **individuální a skupinové psychoterapie**. Nejdříve je totiž podle ní třeba vybudovat základní terapeutický vztah klient-terapeut, na jehož podkladě je klient následně schopen začít si vytvářet vztahy k ostatním členům skupiny. Bez této zkušenosti, jen pouhým začleněním do skupiny, by to pro schizofrenního klienta nebylo možné. Individuální psychoterapie tak podporuje a urychluje uzdravný proces skupiny (Syřišťová, 1982).

Je doporučováno, aby psychoterapeutická skupina byla složena jen z psychotických klientů, názory na složení skupiny dle věku a pohlaví se různí.

U otevřených skupin se osvědčil počet osm klientů ve skupině. V případě těchto skupin je také třeba brát na vědomí fáze onemocnění jednotlivých klientů (Bouchalová in Syřišťová, 1982).

Bouchalová také uvádí, že zvláštnosti komunikace schizofrenika kladou na terapeuta zcela specifické požadavky (Bouchalová in Syřišťová, 1982).

Toto téma dále rozvádí Kalina, který uvádí následující základní principy vedení terapeutické skupiny psychotických klientů:

1. **soulad verbálního a neverbálního projevu** – psychotici jsou dle Kaliny velmi citliví na vnímání nesouladu v této oblasti a může to mít vliv na jejich postoj k činnosti (např. kradný pohled na hodinky může zbrzdit dobře se rozvíjející skupinovou aktivitu), terapeut si proto musí dávat pozor, aby byl jeho verbální a neverbální projev v souladu;
2. **emoční podpora** – souvisí s pacientovou potřebou být přijímán a chráněn;
3. **jednoznačné strukturování skupinových vztahů, norem a hodnot** – ve skupině má být pokud možno jasně určena každá osoba, vzájemné vztahy, způsoby řešení problému apod., toto určení terapeut klientům vysvětluje, zprostředkovává a musí trvat na jeho udržení;
4. **respektování autonomie a celistvosti jednotlivce i skupiny, potencování zodpovědnosti a tvořivosti;**
5. **začleňování psychotické zkušenosti pacientů do skupiny** – terapeut má umožnit klientovi převést jeho vlastní psychotickou zkušenost do bezpečného prostředí skupiny, vnímat ji jako něco, co má význam;
6. **konstituování společného tématu, které představuje budoucnost a růst skupiny a jejích členů** – „společné téma“ je něco, co skupinu spojuje a tvoří její jádro.

(Kalina in Syřišťová, 1982).

Jako nejvíce osvědčené formy psychoterapie a následné psychosociální rehabilitace se považují: *individuální psychodynamická psychoterapie, kognitivně-behaviorální psychoterapie, podpůrná psychoterapie, psychoedukace, skupinová psychoterapie, rodinná terapie, kognitivní rehabilitace, trénink sociálních dovedností* (Probstová, Pěč, 2014).

2. Speciálně pedagogická intervence u osob s psychotickým onemocněním

Cílem speciálně pedagogického přístupu je dle Pipekové: „*maximální rozvoj osobnosti jedince s postižením či znevýhodněním a dosažení maximální úrovně jeho socializace*“ (Pipeková in Slowík, 2007, s. 16).

Klienty s psychotickým onemocněním bychom mohli v rámci speciální pedagogiky zařadit jednak do systému **psychopedie**, která se věnuje problematice mentálního postižení i jiných duševních poruch, jednak do systému **etopedie** jako disciplíny zaměřené na rozvoj jedince s psychosociálním ohrožením či narušením (Valenta, 2014).

Podle Valenty se speciální pedagogové (psychopedi) v praxi často setkávají s klienty s různým duševním onemocněním, a to v domovech pro osoby se zdravotním postižením, stacionářích, v nápravných zařízeních apod. (Valenta, 2014).

Duševní onemocnění pro člověka představuje handicap z hlediska společenského i pracovního uplatnění. Jak píše Bankovská Motlová a Španiel, menší odolnost vůči stresu a zátěži, problémy s mezilidskou komunikací a stigmatizace nemoci mají negativní vliv na klientovu schopnost a snahu účastnit se společenského života (Bankovská Motlová, Španiel, 2013). Chromý popisuje stereotypní obraz duševně nemocného člověka v představách laické veřejnosti jako člověka neinteligentního, bezcenného, neupraveného, nepředvídatelného a nebezpečného, v pozdějších výzkumech také např. jako podivného, napjatého, silného, nespolehlivého (Chromý, 1984).

Z výše uvedených důvodů klient potřebuje podporu v **socializaci a resocializaci**, které jsou jedním z hlavních cílů speciálně pedagogického přístupu. Intervencí se snažíme předejít vzniku nebo prohloubení stavu **deprivace**, vznikající v důsledku neuspokojování základních psychických potřeb člověka, a projevům **rizikového chování**, které mohou znamenat zdravotní, sociální, psychické, edukační nebo jiné ohrožení samotného člověka nebo okolní společnosti (Polínek in Valenta, 2014).

Speciálně pedagogickou intervencí je tak možno realizovat jako prostředek následné **sociální rehabilitace klientů**, a to nejčastěji v zařízeních, které jim nabízejí sociální služby jako např. v denních stacionářích, psychosociálních centrech či centrech sociální rehabilitace.

V návaznosti na lékařskou péči také může speciální pedagog podporovat rozvoj narušených psychických funkcí – myšlení, vnímání, emoční prožívání, a využít tak speciálně pedagogických prostředků **reedukace a kompenzace** (Valenta, 2014).

Široké možnosti reedukace, kompenzace i sociální rehabilitace nabízí využití paradivadelních přístupů, které jsou dále popsány.

2.1. Paradivadelní systémy

Pod pojmem „paradivadlo“ můžeme na internetovém on-line výkladovém slovníku arts managementu a arts marketingu nalézt následující varianty výkladu:

1. divadelní představení herců – paraplegiků (postižených zejména ochrnutím dolních končetin),
2. herecký soubor skládající se z takto postižených osob,
3. terapeutické „divadlo mimo divadlo“ (Heřmanová, 2012).

Poslední z uvedených variant odpovídá významu, v jakém u nás termín šíří Valenta. Ten jej dále specifikuje jako: „*použití*“ *divadla k nedivadelnímu účelu, tedy k účelu, který prvotně nesleduje uměleckou hodnotu či estetický zážitek, ale jehož cílem je jakési „praktičtější“ využití dramatu, ...*“ (Valenta, 2011, s. 12).

V praxi se jedná o využití principů a postupů dramatu/divadla při práci s rozmanitými cílovými skupinami, např. s dětmi navštěvujícími obor dramatická výchova na základních uměleckých školách, dětmi na běžných školách během vyučování, všemi věkovými kategoriemi lidí, kteří mají zájem o rozvoj osobnosti či kreativity, osobami, které jsou nějakým způsobem (zdravotně, sociálně...) znevýhodněny nebo jedinci potýkajícími se s psychickými problémy (Valenta, 2011).

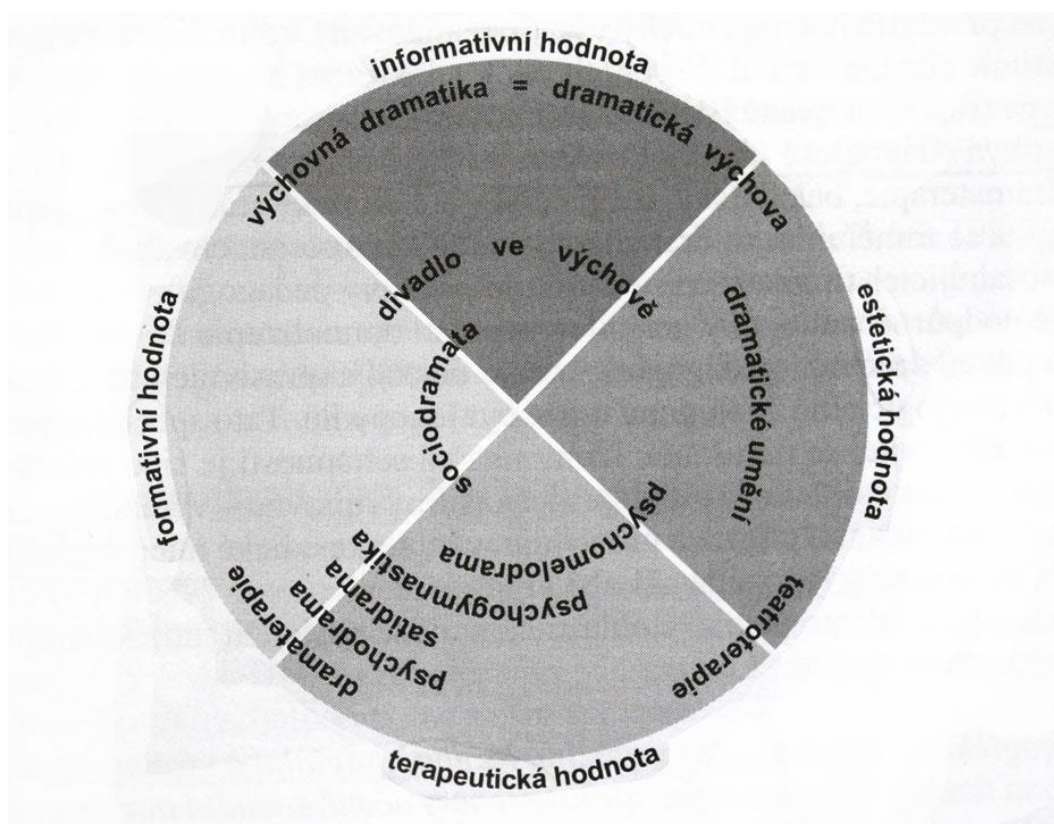
Jednotlivé paradivadelní systémy využívají často podobné nebo stejné prostředky, ale mírně se liší svými cíli a zaměřením.

Hlavní rozdělení určuje dvě skupiny, a to paradržadelní systémy:

- **edukační povahy**, kam můžeme zařadit hlavně **dramatickou výchovu a divadlo ve výchově**;
- **terapeutické povahy**, kam dle Valenty řadíme zejména **psychodrama, sociodrama, psychogymnastiku, teatroterapii a dramaterapii** (Valenta, 2011).

Na hranicích paradržadelních systémů můžeme uvažovat o **terapii hrou a pozicí herního specialisty**, jako systémy využívající principy obou skupin bychom pak mohli zmínit **techniky a postupy divadla Augusta Boala – divadlo utlačovaných, divadlo fórum, legislativní divadlo, politické divadlo, neviditelné divadlo, dále divadlo reminiscence, playback divadlo či divadlo ve vězení** (Valenta, 2011).

Vztahy mezi jednotlivými paradržadelními systémy a jejich vzájemné postavení v oboru dle zaměření vidíme na následujícím obrázku. Valenta však dodává, že rozdělení je spíše zjednodušené a ilustrativní, protože každý ze systémů se v různé míře zabývá všemi navrženými hodnotami (Valenta, 2011).



Obrázek 1. Vzájemné postavení paradržadelních systémů (zdroj: Valenta, 2011, str.29)

Dále jsou popsány systémy, které mají nejbližší k povaze parativadelních intervencí, které byly realizovány s psychotickými klienty v Centru psychosociální rehabilitace.

2.2. Vybrané parativadelní systémy

2.2.1. Dramatická výchova, divadlo a výchova

Dramatickou výchovu popisuje Machková jako: „*učení zkušeností, tj. jednáním, osobním, nezprostředkovaným poznáváním sociálních vztahů a dějů, přesahujících reálnou praxi zúčastněného jedince.*“ (Machková, 1998, str. 32). Její podstatou je prozkoumávání mezilidských vztahů a situací i vnitřního života jedince prostřednictvím hry v roli, dramatického jednání v situaci (Machková, 1998).

Valenta ve své definici uvádí, že dramatická výchova je: „*improvizovaná, k předvádění neurčená a na vnitřní proces práce orientovaná forma dramatu, v níž jsou účastníci vedeni vedoucím (učitelem) k představování si, hraní a reflektování lidské zkušenosti.*“ (Valenta J., 1999, str. 18). Využívá dramatických prostředků (např. improvizace, interpretace, vstupování do rolí) k dosažení psychologických a pedagogických cílů (Valenta M., 2011).

Dramatická výchova je však dle Machkové i Mackové pojem, který je vhodný spíše pro označení školního vyučovacího předmětu na úrovni základních škol (Machková, 1998; Macková, 2004). Jako synonyma můžeme užít pojmy **výchovná dramatika, tvořivá dramatika, tvořivé drama, dramika** (Macková, 2004; Valenta, 2011). Macková pak navrhuje pojem **divadlo a výchova** pro specifické využití divadla v práci s dětmi, mládeží, dospělými neprofesionály, sociálně slabšími skupinami, menšinami a handicapovanými. Cílem tohoto přístupu je podle ní poskytnout jedincům maximální prostor pro jejich tvůrčí podíl ve všech složkách učení se divadlu a o divadle (Macková, 2004).

Uvedené přístupy se však neliší v působení na rozvoj určitých dovedností jedince. Jedná se o **psychosomatické dovednosti**, tedy rozvoj verbální a neverbální komunikace, hlasového a tělesný projev, který vede k citlivějšímu vnímání a porozumění lidem kolem sebe, jejich chování a prožívání a také k srozumitelnějšímu sdělování vlastních pocitů.

Další rozvíjenou oblastí jsou **herní dovednosti**, neboli schopnosti přijímat fiktivní situace a prostor, a v nich dramaticky jednat. Současně dochází k rozvoji empatie, schopnosti zažívat, experimentovat či nalézt chování adekvátní situaci, řešit problémy a konflikty.

V neposlední řadě je podpořen rozvoj **sociálně komunikačních dovedností** jako např. komunikace, kooperace, reflexe, sebereflexe (Macková, 2004).

2.2.2. Psychodrama

Psychodrama je terapeutická metoda, kterou vytvořil Jacob Levy Moreno ve 20. letech dvacátého století. Na rozdíl od klasického verbálního dialogu poskytuje jedinci možnost zkoumat svůj problém aktivně přehráváním konfliktních situací s podporou vedoucího a dalších členů skupiny (Moreno J. J., 2005).

Dle Hicksona je psychodrama: „*akční metoda skupinové terapie, jejíž pomocí člověk znovu prožívá svůj konflikt s cílem vyřešit své problémy.*“ (Hickson, 2000, str. 20). Hlavním prostředkem je hraní rolí, cílem je podpořit klienty v získání nových zkušeností, které následně ovlivní jejich život. Do přehrání klientova příběhu jsou zapojeni všichni zúčastnění (Hickson, 2000).

Valenta dodává, že kromě dramatizace konkrétních zážitků klienta může jít také o ztvárnění přání, postojů a fantazií. Vždy se řeší osobní problém klienta, jde o významnou pomocnou metodu skupinové psychoterapie. Využívané techniky dodnes vycházejí z původních morenovských postupů (Valenta, 2011).

2.2.3. Dramaterapie

„*Dramaterapie je léčebně-výchovná (terapeuticko-formativní) 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.*“ (Valenta, 2011, s. 23).

Jako mladá disciplína si zatím dramaterapie hledá své vymezení, v současné době můžeme specifikovat nejméně jedenáct jejích pojetí, které se často v mnoha případech překrývají.

Od psychodramatu se odlišuje zaměřením se na skupinovou aktivitu, spíše než na problémy konkrétního jedince a dále také větším využitím divadelních prostředků, kreativity, stylizace a uměleckých metafor (Valenta, 2011). Také dle Hicksona se dramaterapie nezabývá všední skutečností, ale vytváří divadelní skutečnost prostřednictvím divadelních metafor. Navozuje tak divadelní odstup, který člověku umožní zkoumat situaci úplně jiným způsobem (Hickson, 2000).

Schéma dramaterapeutické lekce i používané metody jsou podobné lekci dramatické výchovy, rozdíl obou přístupů však nacházíme v mírně odlišných cílech (dramaterapie spadá do terapeuticko-formativních disciplín) a cílové klientele (v případě dramaterapie široká klientela osob se specifickými potřebami) (Valenta, 2011).

Dle Hicksona je dramaterapie vhodná pro jedince se specifickými potřebami zvláště proto, že podporuje jejich sebedůvěru, kontakt s druhými a převzetí aktivní úlohy v plánování vlastního života (Hickson, 2000).

O dramaterapii můžeme také uvažovat v souvislosti s psychoterapií jako o svébytném psychoterapeutickém směru nebo o využití vybraných dramaterapeutických postupů v rámci jiných psychoterapeutických škol (Valenta, 2011).

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části se věnujeme popisu a analýze paradivadelních intervencí, které byly realizovány v Centru psychosociální rehabilitace Společnosti Mana o.p.s. v Olomouci. Jelikož se jedná o dílčí výzkum kvalitativní povahy, při interpretaci dat je nutno přihlídnout k řadě faktorů, např. k charakteru samotného zařízení a klientů, kteří využívají jeho služby.

3. Centrum psychosociální rehabilitace Společnosti Mana o.p.s.

Společnost Mana o.p.s. má celkem tři hlavní oblasti zájmů a služeb. Tou první jsou Expertní služby v podobě lektorské a publikační činnosti členů Společnosti, koučinku a supervizi zprostředkovaných jiným osobám či poskytovatelům sociálních služeb.

Druhou oblastí je provoz psychologické poradny se zaměřením na adiktologickou problematiku, komorbiditu návykového chování a duševních obtíží.

Třetí činností Společnosti je provoz Centra psychosociální rehabilitace (dále jen „Centrum“), který představuje nejvýraznější díl jejích aktivit. Centrum poskytuje aktivizační, sociálně podpůrné, psychoterapeutické a také sociálně terénní služby osobám s duševním onemocněním v Olomouckém kraji.

Zaměřuje se převážně na závažně duševně nemocné klienty, kteří mají psychiatrickou diagnózu z okruhu psychóz, dále pak na klienty s diagnózou z oblasti poruch nálad. Podmínkou využívání služeb je spolupráce s ambulantním psychiatrickým lékařem a dodržování naordinované léčby.

Sociální pracovníci a terapeuti centra využívají principy komunitní sociální práce, hlavní důraz je kladen na skupinové aktivity, mezilidské vztahy, podporu rodinného zázemí uživatelů služeb a zejména na dobrovolnost a respektující přístup (Hrubý, 2013).

V praxi funguje Centrum jako místo, kde se mohou klienti v provozních hodinách během dne scházet a trávit čas společným povídáním nebo tvůrčími aktivitami, dále Centrum organizuje pro své klienty výlety a společenské akce, a poskytuje podporu při řešení osobních či pracovních záležitostí.

4. Výzkumný problém a cíl výzkumné studie

V literatuře nenacházíme dostatek informací, které se týkají využití parativadelního přístupu v práci s lidmi s duševním onemocněním. Na jedné straně zde máme poznatky z psychoterapie či sociální rehabilitace těchto onemocnění, na straně druhé můžeme čerpat ze znalostí obecných principů dramaterapie, popř. informací o jejím využití v práci převážně s jinou klientelou. Speciální pedagogika nám pak udává směr v maximální podpoře rozvoje osobnosti klienta a jeho socializaci. Lektor, plánující parativadelní intervenci u osob s duševními poruchami, se však v konkrétních záležitostech musí spolehnout spíše na vlastní empatii a vydat se cestou společného hledání s klienty.

Cílem výzkumné studie proto bylo na základě dílčího výzkumu přinést poznatky o využití parativadelního přístupu v práci s lidmi s duševním onemocněním, popsat specifika této práce a formulovat doporučení budoucím lektorům, kteří by měli zájem pracovat s touto klientelou.

4.1. Výzkumné otázky

Na základě výzkumného problému a cílů jsme stanovili následující výzkumné otázky:

1. Jaká jsou specifika parativadelní práce s klienty s duševním onemocněním?
2. Jak probíhal vývoj skupiny daných klientů?
3. Jaká obecná doporučení bychom mohli formulovat pro práci s danou klientelou?

5. Charakteristika výzkumné studie

Tato kapitola blíže pojednává o povaze realizovaného výzkumu a souvisejících náležitostech.

5.1. Kvalitativní přístup

Vzhledem k charakteru výzkumného problému a cílů jsme zvolili kvalitativní přístup k výzkumné studii. Ač dle Miovského od sebe kvalitativní a kvantitativní přístup v praxi často nelze oddělit (Miovský, 2006), náš výzkum odpovídá spíše principům prvního z uvedených přístupů.

Kvalitativní přístup zohledňuje jedinečnost a neopakovatelnost fenoménů a přihlíží k tomu, že je lidé mohou vnímat v mnoha směrech odlišně. Dále předpokládá, že většina pravidel a zákonitostí v psychologii neplatí obecně, nýbrž jsou vázány na kontext celé situace. V neposlední řadě si všímá procesu, ve kterém se fenomény odehrávají, respektuje jeho dynamiku a pracuje s porozuměním vzájemného ovlivňování se výzkumníka a procesů, které zkoumá (Miovský, 2006).

5.1.1. Typ výzkumu

Dále jsme se rozhodli pro zrealizování případové studie, což je dle Miovského jeden z nejrozšířenějších typů výzkumů v rámci kvalitativního přístupu a jeho využití má v psychologii velkou historii. Zabývá se určitým případem, což může být osoba, skupina, organizace apod. (Miovský, 2006).

V našem výzkumu se tedy jedná o **případovou studii sociální skupiny**.

Dle Miovského tuto studii využíváme, pokud chceme zkoumat určitou jasně vymezenou skupinu osob, které mají specifické vzájemné vazby, a zajímá nás vývoj jejich vzájemných vztahů.

Jako základní charakteristiky případové studie dále Miovský uvádí: zdůraznění komplexnosti celého případu, popis a vysvětlování vlivu různých souvislostí a faktorů, a možnost využití této metody ke zpětné kontrole výsledků dosažených jinými postupy (ibid).

5.2. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl vybrán metodou záměrného výběru, která patří v kvalitativním výzkumu mezi nejpoužívanější. Jedná se o způsob výběru, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle určitých vlastností (Miovský, 2006).

V případě našeho výzkumu šlo o osoby duševně nemocné, které jsou uživateli služeb Centra psychosociální rehabilitace Společnosti Mana o.p.s., a které se účastnily dramaterapeutického programu.

Na program, který měl své stanovené místo v časovém rozvrhu centra, mohl dojít kdokoliv z přítomných osob, a to vždy dobrovolně. Výraznou charakteristikou výzkumného souboru tak byla skutečnost, že se jednalo o otevřenou skupinu – na každé lekci byl jiný počet a jiná skladba klientů. Tato charakteristika podstatně určovala způsob práce a bude popsána detailněji při analýze výzkumných dat.

Během sledovaného období (11 lekcí v časovém rozmezí říjen až březen 2017) se programu zúčastnilo 15 klientů, z toho 4 ženy a 11 mužů. Průměrná účast na jednotlivých lekcích byla 4 klienti.

Chtěli bychom zdůraznit, že nikdo z lektorů neznal přesné diagnózy jednotlivých klientů, ani průběh jejich onemocnění. Vyplývalo to z naší pozice dobrovolníků, jakožto kteří jsme neměli přístup k jejich osobním údajům. Byli jsme obeznámeni pouze s obecným zaměřením Centra, které v popisu své činnosti uvádí orientaci na klienty s psychotickým onemocněním. Celkově se v Centru snaží uplatňovat lidský přístup ke klientům a předcházet tzv. labellingu, což nám sociální pracovnice uvedla také kromě zmíněné ochrany osobních údajů jako jeden z důvodů, proč nám nesdělí konkrétní diagnózy.

5.3. Etika výzkumu

Účast na výzkumu je dle pravidel výzkumu přísně dobrovolná, a osoby ke své účasti musí udělit tzv. informovaný souhlas. Ten by měl mít písemnou formu, avšak u některých cílových skupin jej může být problém získat (Miovský, 2006).

V našem případě jsme na doporučení starších kolegyně a sociální pracovnice neusilovali o udělení písemného informovaného souhlasu od klientů, kteří se účastnili dramaterapeutických lekcí. Hrozilo zde narušení důvěry v počátku dramaterapeutického procesu.

Od klientů, kteří jsou součástí výzkumu, se mi podařilo získat informovaný souhlas ústní formou, a to zpětně po uplynutí příslušné doby, která je ve výzkumu zahrnuta. Klienti byli obeznámeni s podstatou a účelem výzkumu, a byla jim zdůrazněna dobrovolnost jejich účasti, ochrana osobních údajů a právo od výzkumu kdykoliv odstoupit.

Jména klientů nejsou v textu práce z důvodu ochrany osobních údajů uvedena. Aby však bylo možné pracovat s některými charakteristikami klientů, v textu jsou označeni specifickým kódem. Ten se skládá z počátečního písmena K jako klient, dále čísla, které určuje pořadí klientovy první návštěvy dramaterapie, a jako poslední písmena M nebo Z určující pohlaví.

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu byl v písemné podobě získán od ostatních lektorů.

6. Metody získávání dat

Z ověřených metod jsem zvolila **pozorování** a **rozhovor**, které jsou dle Miovského jedním z základních způsobů získávání psychologických poznatků a jejich vhodnou kombinací můžeme pro výzkum vytěžit maximum (Mioviský, 2006).

6.1. Pozorování

V rámci této metody můžeme rozlišit **introspektivní** a **extrospektivní přístup**.

Kratina zdůrazňuje, že je třeba introspekci řadit mezi hlavní metody psychologického výzkumu, neboť předmětem psychologického zkoumání je prožívání vnitřního i vnějšího světa (Kratina in Mioviský, 2006). Mioviský pak uvádí, že introspektivní přístup se z historického hlediska ve vědě objevuje již velmi brzy a má ve výzkumu specifické postavení (Mioviský, 2006).

Extrospektivní přístup je obecně vnímán jako vědecká metoda s větší samozřejmostí, neboť se zaměřuje na pozorování vnějších procesů a jevů.

V naší výzkumné studii byla využita kombinace obou variant metody, které se uplatnily při pozorování chování klientů během dramaterapeutických lekcí a zároveň pozorování vlastního prožívání lektorů ve stejných situacích. Z extrospektivního přístupu pak bylo konkrétně využito **otevřené zúčastněné pozorování**, během kterého se dle Miovského pohybujeme v prostoru, kde se vyskytují jevy, které pozorujeme a stáváme se jejich přímými účastníky (ibid).

6.2. Rozhovor

Data získaná metodou pozorování byla následně doplněna informacemi, které poskytl jeden z lektorů formou **polostrukturovaného rozhovoru**.

Při využití tohoto postupu máme připravený určitý okruh otázek, můžeme však jejich pořadí zaměňovat a upravovat, stejně jako se doptat na doplňující informace a vysvětlení odpovědi účastníka (Miovský, 2006).

7. Realizace výzkumu

Hlavní část výzkumu (pozorování) byla realizována v dramaterapeutickém programu Centra psychosociální rehabilitace Mana o.p.s..

7.1. Dramaterapeutický program v Centru

V rámci aktivit Centra se uskutečňoval a v současnosti stále uskutečňuje dramaterapeutický program od října roku 2016, kdy jej založily a vedly studentky druhého ročníku navazujícího magisterského studia oboru Speciální pedagogika – dramaterapie na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Od října roku 2017 jsme pak vedení programu převzali ve skupině čtyř studentů třetího ročníku bakalářského studia stejného oboru. Starší kolegyně nám při předávání vedení programu předaly cenné informace o dosavadním vývoji skupiny, které byly taktéž podkladem pro kvalitativní výzkum jejich diplomové práce.

Náš program se uskutečňoval zpravidla 1x týdně, a to ve středu nebo v úterý v časovém rozmezí 13:00 – 14:30. Byla nám poskytnuta středně velká místnost s menším kobercem a dostatkem židlí, která slouží ke schůzím pracovníků Centra a klienti ji využívají jen při výjimečných skupinových aktivitách. Většinu času tráví ve společenské místnosti o patro níže, která je vybavena gaučem, křesly, stoly a kuchyňským zázemím. Místnost byla průchozí do kanceláře, ale toto vyrušení při lekci proběhlo jen několikrát.

Program byl založen na skupinových aktivitách, které vycházely převážně z dramaterapeutického přístupu nebo metod dramatické výchovy. Aktivity jsme připravovali na základě vlastní zkušenosti z prožitých lekcí dramaterapie nebo inspirace v literatuře či na internetu. Počet klientů i lektorů na každé lekci se lišil.

Cílem programu bylo nabídnout klientům vhodné aktivity, které odpovídají jejich potřebám a mohou jim poskytnout psychickou úlevu, možnost osobního rozvoje nebo příjemně strávený čas.

8. Metody zpracování výzkumu

Pro fixování výsledků pozorování byl využit **záznamový arch pro terénní poznámky**. Tuto formu archu navrhla autorka textu na základě vymezení podstatných prvků dramaterapeutické lekce, které mají význam pro její zpětnou reflexi i získání výzkumných dat. Jako podstatné prvky, které obsahuje záznamový arch byly vymezeny: údaj o pořadí lekce a časovém rozmezí, ve kterém se konala; vyjmenování všech zúčastněných osob; stanovení cílů lekce; popis struktury a průběhu lekce; popis jednotlivých aktivit spolu s popisem chování či konkrétních vyjádření klientů; popis specifických situacích, ke kterým došlo; popis následné reflexe se sociální pracovníci; shrnutí lekce. Po skončení každé lekce autorka svá pozorování zapsala.

Záznamové archy všech lekcí jsou součástí přílohy. Ve sledovaném období bylo zaznamenáno celkem 11 lekcí.

Rozhovor byl fixován formou **audiozáznamu na diktafon** a následně pro účely analýzy převeden do písemné podoby.

Dle Miovského a dalších autorů nemůžeme analýzu kvalitativních dat zcela odlišit od procesu zpracování a systemizace dat, neboť se k obou fázím opakovaně vracíme. Dále také Miovský považuje analýzu za právem nejobtížnější fázi realizace studie. A to z důvodu velké míry volnosti výkladu jednotlivých metod, nízké standardizaci dílčích postupů a obrovského množství možností využití metod a jejich variací.

Ve kvalitativním výzkumu má významné místo uplatnění **deskriptivního přístupu**, kterým se snažíme podat co nejpřesnější popis daných jevů a situací. Kvalitní deskripce by měla vždy předcházet jakékoliv interpretaci, obě části od sebe nelze oddělit (Miovský, 2006).

Při fixaci dat tedy autorka textu dbala na důkladné popsání celé situace. Během této fáze si v zápiscích povšimla témat, která se opakovala a která se jevila relevantní vzhledem k výzkumným otázkám.

Využili jsme proto analytickou **metodu vytváření trsů**, která slouží k seskupení dat do skupin podle podobného významu. Následně jsme formou propojování dat hledali spojitosti mezi objevenými tématy a výzkumnými otázkami.

9. Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Uvádíme jednotlivé kategorie (trsy), které vznikly na základě analýzy výzkumných dat. U každé kategorie jsou uvedeny relevantní data získaná metodou otevřeného pozorování i polostrukturovaného rozhovoru.

a) ÚČAST KLIENTŮ NA LEKCI

a. Motivace klientů k tomu jít na lekci

V praxi jsme se setkali s klienty, kteří se na program těšili a začali chodit pravidelně, s klienty, kteří se účastnili lekce jen jednou a poté již nepřišli (k tomuto tématu dále v textu), s klienty, kteří chodili jen občas, i s klienty, kteří vůbec neprojevíli zájem na program jít. Účast na lekci se někdy také odvíjela od aktuální nálady klientů nebo od toho, jestli měli chuť dělat navržené aktivity. Někteří klienti si také v době konání lekce potřebovali vyřídit jiné, např. pracovní záležitosti.

V souvislosti s tím je nutné poukázat na charakter činnosti Centra, které poskytuje ambulantní služby klientům, kteří jsou momentálně ve stavu remise (viz kap. 1.1.2). U některých klientů však znovu propukne akutní fáze nemoci a vrací se do lékařské péče, což je důvodem jejich následné absence v Centru. Dále klienti kombinují dobrovolnou docházku do Centra se svými dalšími zájmy i pracovními povinnostmi.

Obecně je však jedním z negativních symptomů provázejících schizofrenní onemocnění *ztráta motivace k výkonu činnosti, snížený zájem o výkon sociální aktivity* ve formě *hypobulie* nebo *abulie* (viz kap 1.1.1.), které jsme u klientů v určité míře zaznamenali.

Osvědčilo se nám, když jsme před začátkem lekce chodili za klienty do společenské místnosti, povídali s nimi, snažili se jim přiblížit, co budeme dělat a pozvali je na lekci. Došlo tak k navázání kontaktu, již jsme nebyli cizí osoby. Někteří klienti i přesto na program nikdy nepřišli, ale myslíme si, že tento kontakt může být základem jejich případné motivace.

Zdroj dat – záznamové archy lekcí:

- L2: klient K2M se vyjádřil, že se na lekci těšil

- L3: klient K2M sdílel, že se do programu těší, protože „dole se celkem nicmoc neděje“
- L4: rozeběhla se diskuze o tom, proč nechodí více lidí. Klient K7M řekl, že lidé si chodí sem do centra někdy vyřídit např. i pracovní záležitosti na PC, a proto nemají zrovna na program čas
- L5: nejdřív chtěli jít na lekci jen klienti K2M a K7M, proto jsme hledali ještě alespoň jednoho člověka, nakonec souhlasil klient K12M
- L6: někteří klienti si vyzkoušeli pantomimu, ale na lekci nešli
- L7: někteří klienti byli zaujati tím, že budeme používat hudební nástroje... nikdo nový se ale nepřidal
- L8: klient K12M dnes odmítl, protože byl unavený a nechtěl dělat pohyb
- L9: klient K11M se rozhodl na program nejít, protože si chtěl povídat s ostatními
- L10: klient K12M říkal, že pokud budeme dělat aktivity jako dnes, nebude už chodit... Jinak prý zase rád zajde.

Zdroj dat – rozhovor s lektorem:

OTÁZKA 1: Proč si myslíš, že někteří klienti na lekce chodili a někteří ne?

- P: *Hmmm... Tak tam je určitě spousta důvodů... tož do hlavy jim nevidím. Hmmm... tak třeba je to mohlo nebavit, nebo je to mohlo bavit... velký rozdíl... což už by znamenalo, že to museli zkusit. Hmmm.... nebo buď jsme jim sedli nebo jsme jim nesedli... nebo měli prostě jiné věci, nebo je to nezajímalo...*

Jó jako určitě jim to něco přinášelo, ať už nějakou zábavu nebo se tam třeba i něco naučili, nějakou formu odreagování, možná rozvoj kreativity – to nejsem schopen posoudit za tu dobu... hmmm... Možná i to, že my jsme tam jako jiní lidi, kteří jsou mimo tu organizaci... ještě... no hlavně to, že jsme my jako ti dobrovolníci, což ukazuje zájem, když už tam chodíme dobrovolně... takže nejsme takoví ti placení kamarádi, jsme víc na té pozici autentických bytostí v úvozovkách...

b. Počet klientů na lekci

Předem neurčitý počet klientů kladl na lektory několik zásadních požadavků. Především ve flexibilitě programu, protože se stávalo, že klienti na lekci dorazili v jiném počtu (často menším) než bylo vhodné pro plánované aktivity. V našem případě jsme využili počet lektorů, který byl většinou dva až tři, a doplnili jsme tak potřebný počet do aktivit. Určitě je ale výhodné mít připravené alternativní programy pro různé počty účastníků.

Vyhovující počet klientů pro psychoterapeutickou práci s psychotickými klienty je v literatuře vymezen jako osm (viz kap. 1.1.4.1.). Naše práce však v zásadě nebyla psychoterapeutická, spíše měla charakter zábavného volnočasového programu a počet klientů měl tak nejvíce vliv na typ aktivit, které bylo možno realizovat.

Zdroj dat – záznamové archy lekcí:

- L1: vůbec jsme nevěděli, kolik klientů přijde a jak na nás budou reagovat... byli jsme mile překvapeni...
- L3: diskutovali jsme o tom, zda je lepší, když do programu přijde více lidí nebo méně. Shodli jsme se, že je dobré, když se to střídá, protože obojí má své výhody – když je menší počet účastníků, práce může být více individuální, pokud je lidí více, je zase větší zábava.
- L5: Dnešní lekce byla kratší než obvykle a zatím v nejmenším počtu účastníků. Jako lektorka jsem zde byla sama a necítila jsem se proto úplně příjemně, bylo pro mne těžší vytvořit uvolněnou atmosféru.

Zdroj dat – rozhovor s lektorem:

OTÁZKA 1: Jak se Ti pracovalo, když bylo klientů na lekci méně a když více? Byl v tom pro Tebe nějaký rozdíl?

- P: ... *hmm, vzpomínám si právě na jednu lekci, kterou jsem vedl já a Klárka, kdy jsme byli dva lektori a jeden klient, a v okamžiku... já jsem měl nachystaný program a byl jsem úplně mimo vůbec jsem neměl tucha co s ním dělat... a v ten okamžik se úplně skvěle ukázala Klárka, která ty moje nápady plus to svoje žonglování naráz prostě přizpůsobila... a byla to podle mě hodně fajn lekce, hodně jsme si pokecali s tím klientem, no ale... jo jakože se stávalo, že nás jako těch lektorů... nebo – tys byla ten*

hlavní lektor, my jsme byli takoví asistenti, že nás bývalo občas více než klientů, no... asi by bylo lepší, líp by se mi pracovalo v tom s velkou skupinou... Rozhodně se lépe cítím s větší skupinou, řekněme třeba osm je ideál...

OTÁZKA 2: A mělo vlastně na tvou práci jako lektora taky vliv, když jsme vlastně nevěděli, kolik tam klientů přijde? Že to nebylo jenom o tom větší/menší, ale že jsme vlastně nikdy nevěděli...?

... tak určitě je hrozně fajn si nachystat nějaký alternativní program... hmmm... jo jakože na tohle už jsem zvyklý z jiné služby jako... taky z dramataku, ale prostě, že nikdy nevíme... hmmm ano třeba tady to bylo řešené tím, že nás chodilo celkem dost lektorů, většinou jsme se tam tři ukázali, takže šlo doplnit dobře ten počet, šly dělat ty hry...

b) STRUKTURA A ORGANIZACE LEKCE

a. Délka lekce

Délku lekce jsme nejprve plánovali na 1,5 hodiny. Brzy se však ukázalo, že klientům vyhovuje pouze 1 hodina a to hlavně z jejich návyku kouření. Nutit je být v lekci déle by určitě nebylo efektivní.

Zajímavý byl ale nápad lektora Petra zrealizovat některý den prodlouženou lekci např. na 2 hodiny s přestávkou. Byla by tím také umožněna hlubší práce s klienty, kteří by ten den byli přítomni.

Zdroj dat – záznamové archy lekcí:

- L2: klient K7M začal být ke konci lekce nervózní a stále se díval na hodinky, upozornil mne, že minulý rok lekce trvala jen hodinu, a že potřebuje jít kouřit.
- L3: lekci jsme ukončili vzhledem k času
- L9: lekci jsme dnes mírně přetáhli a klient K12M hned upozornil, že již potřebuje jít kouřit, takže jsme lekci ukončili
- L11: klientka K13Z se v druhé polovině lekce zeptala, zda už budeme končit

- L11: ke konci hodinové lekce jsem se zeptala klientů, jestli dnes chtějí již skončit nebo pokračovat dál... nikdo se výrazně nevyjádřil, že by chtěl skončit (v lekci dnes nebyl přítomen klient K7M, ani K12M)

Zdroj dat – rozhovor s lektorem:

OTÁZKA: Vnímali si délku lekce jako vyhovující pro Tebe i klienty?

- P: *Tak ono se vlastně začínalo s hodkou a půl, a pak se to kvůli klientům, kteří si potřebovali zapálit kleslo na hodinu... což... jo zas, je to takové, že v okamžiku kdy nejsou splněny ty potřeby a člověk prostě myslí na ně, ať už je to prostě jít na záchod, napít se, nebo jít si zapálit... taková zajímavá biologická potřeba... tak jo, ten člověk už z toho pak nic nemá, nebo jakože furt stejně myslí na to...*

... obecně si myslím, že hodka je málo, že ideální čas je hodina a půl... ale současně s jejich energií asi jo... jakože třeba by bylo možná zajímavé udělat to na dvě hodiny... s tím, že by po té hodině byla třeba 15 min přestávka a potom zase třeba ta hodina... takže by to bylo dvě hodky a čtvrt... s tím, že už by se třeba více dokázalo do toho zabrousit... že by to nebylo, logicky to bylo hodně povrchné... a vlastně ta dramka tam asi nemá moc potencionál se dostat více do hloubky, skrz to jak se neustále střídají klienti, někdo chodí, nechodí... a že tohle by mohlo být ten prvek, který by... mohlo se dostat více do té hloubky... alespoň trochu, třeba o 2 až 3 centáky, ale někam by se to víc... že by to nebylo takové plácání...

b. Pravidla

Při paradivadelní práci se skupinou klientů, pro které je tento způsob práce nový, jsme zvažovali, zda a jakým způsobem zařadit do procesu tvorbu skupinových pravidel. Rizikově jsme vnímali již slovo „pravidla“, které v rámci dobrovolného programu působilo trochu nepatřičně a klienty by mohlo odradit, zejména v seznamovací fázi. Dále jsme si také mysleli, že by klienti zpočátku nemuseli mít představu o tom, jaká pravidla by měli navrhnout bez zkušeností v konkrétních situacích. Proto jsme skupinu zpočátku k vytvoření pravidel nevedli. Časem se však v konkrétních situacích ukázala výhoda a nezbytnost zařazení tohoto prvku do struktury lekce. Následně došlo k vytvoření pravidel a dále se s nimi v programu bude určitě pracovat.

Zdroj dat – záznamové archy lekcí:

- L2: Klientka K1Z sama od sebe navrhovala, aby pro dnešní lekci platilo pravidlo „nemusíme být dokonalí“ a ptala se, zda může „plácát blbosti“.
- L10: ... klient K12M prohlásil, že tyto aktivity jsou dětinské a primitivní, a že jestli budeme dělat takové aktivity, tak odejde... klient K12M rozčilený odešel z lekce (řekl „Je mi s váma fajn, ale raději jdu...“).
- L10: (*diskuze se soc. pracovníci o situaci s klientem K12M*) pracovnice navrhla variantu připomenout v tu chvíli pravidlo STOP – navrhnout klientovi, že se aktivity nemusí účastnit, může počkat v místnosti a zapojit se, až bude chtít... ukázalo se, že bude nutné toto pravidlo spolu s dalšími zopakovat na začátku každé lekce, aby klienti opravdu věděli, že nejsou do ničeho tlačeni a uměli si poradit se situací, kdy jim nějaká aktivita není příjemná
- L11: (*následná tvorba pravidel*) První jsem se zeptala klientů, jaká pravidla by potřebovali, aby se cítili dobře a bezpečně. Dvě pravidla navrhl klient K2M – nekřičíme na sebe, dodržujeme osobní vzdálenost. Ostatní klienti o pravidlech diskutovali, ale sami žádné nenavrhli. Dodala jsem a vysvětlila klientům pravidlo STOP, klient K2M i klientka K13Z přitom souhlasně pokyvovali. Klientka K13M se během diskuze již ptala, jestli začneme s aktivitami.

Zdroj dat – rozhovor s lektorem:

OTÁZKA 1: Vnímal někdy v průběhu lekcí potřebu stanovení pravidel, když tam ještě nebyly stanovené, a v jakých situacích?

- P: *...asi úplně mě nic nenapadá, nějaká krizová situace, kdy by to bylo potřeba... a já jsem se jako takhle cítil relativně v pohodě, nemůžu mluvit za ostatní... já vím, že prostě na tyhle aktivity pravidlo STOP nepotřebuji, ale současně myslím, že jsem ho jednou použil, když mi nebylo dobře a... já si myslím, že ty pravidla jsou fajn, ale jakože spousta z nich je už takových přirozených... rozhodně je lepší, když se řeknou na začátek, když jsou si všichni prostě jistí tohle tohle tohle... ale nebyla tam žádná situace, kdy bych je opravdu nutně požadoval...*

OTÁZKA 2: A vzhledem k těm klientů, že ti třeba přišlo, že jim mohlo být něco nepříjemné, ale šli do toho, protože to třeba nevěděli, že mají to pravidlo STOP?

- P: *Já si myslím, že oni se hodně drželi zpátky klienti často, takže ho tam tak nějak přirozeně měli, jakože v nich bylo to „ne tohle mi nevyhovuje, tohle nebudu dělat“.*

c. Rituál

Jeho využití v programu jsme také zvažovali. V počátečních lekcích jsme na úvod zařadili rituál ve formě symbolického otevření dveří a vstoupení do lekce dramaterapie. Klienti jej po instrukci spolu s námi lektory provedli, ale z jejich opakovaných projevů jsme měli dojem, že činnost provádí spíše mechanicky bez patřičného vnitřního významu. Přemýšleli jsme nad jinou formou rituálu, která by pro klienty mohla být poutavější, ale nakonec jsme se rozhodli rituál úplně vynechat.

To podle našeho počátečního úsudku nijak nenarušilo chod lekcí, zpětně jsme však reflektovali negativně, že jsme nevyužitím rituálu přišli o minimálně o zajímavý prvek, který by mohl podpořit skupinového ducha a energii. Proto znovu na zavedení rituálu pracujeme a budeme se snažit vytvořit spolu s klienty jeho opravdový význam.

Zdroj dat – rozhovor s lektorem:

OTÁZKA 1: Vnímali si během lekcí, když jsme prováděli rituál, význam toho rituálu?

- P: *Podle mě se rituál nestačil zritualizovat, takže jsem neviděl význam... nebo tím, že... rituál se stává rituálem až opakovaným... zkušeností s tím rituálem... teda pseudorituálem, protože to úplně není rituál, že...*

Jo, jo, jo, jo, jo. Právě, tento dramaterapeutický rituál má velký význam, hlavně jako s tím, že ošetřuje ten vstup a výstup do role... současně my jsme tam až na dvě lekce nijak extra nepracovali se vstupem do role... přiznám se, že si úplně nepamatuju, jak si to měla ošetřené, jestli si to měla nebo ne... A takže, nevím o žádném konkrétním případě, kdy jsem si řekl „jó teď by byla potřeba“, že by tam nebyl...

OTÁZKA 2: A pracoval bys teda s tím rituálem dál v lekcích?

- P: *Rituál má obrovskou moc, tady tento dramaterapeutický... Za prvé odděluje „teď jsme tady“ a hrozně v člověku může nabudit energii... když už je to prostě jako*

ustanovené dlouhodobě, tak prostě to je taková ta: „Jo, jdem do toho!“, prostě jo... což si myslím, že takhle klientela potřebuje... a současně pro nováčky je rituál většinou velice jednoduchá věc, takže pro ně není problém se ho naučit prostě... poprvé ho nějak zvládnou, napodruhé, když se končí, už ho umí... a už je tam nějaký ten úspěch, jo naučil/a jsem se to!... Já si myslím, že je jako hodně fajn.

c) VZTAHY

a. Seznámení s novými členy skupiny

Při práci s otevřenou skupinou je třeba počítat s tím, že na každou lekci může přijít nový klient. Není tedy možné považovat seznamovací fázi za ukončenou, protože nový klient se vždy ocitá v nové situaci a s novými lidmi – minimálně ve vztahu k lektorům. Určitě je vhodné zavést ustálený způsob přivítání nového člena skupiny a přiblížení mu charakteru programu.

Zavedli jsme následující postup: *vzájemné představení se – otázka na ostatní členy skupiny, jestli mu mohou představit, co v programu děláme – společné sdělení pravidel, důraz na pravidlo STOP – návrh klientovi, že se v lekci může spíše dívat, a zapojit se, až bude chtít – podle potřeby hra na jména nebo jiná seznamovací*

Postup seznámení by mohl proběhnout i jinou formou, spíše je hlavní na tuto skutečnost myslet a pracovat s ní.

Zdroj dat – rozhovor s lektorem:

OTÁZKA 1: Jakým způsobem bys pracoval s novými klienty, kteří přijdou na lekci poprvé?

- P: *...dle mých zkušeností, co používáme jinde, tak tam hned na začátku si hned sedáme do kruhu a říkáme si navzájem ty pravidla, co si kdo pamatuje, popř. my je máme na papíru, takže tak nějak ještě prostě říkáme na co se zapomene... tím se ten člověk alespoň trochu dostane do obrazu... co může nemůže... a pravidla je fajn si furt opakovat... a myslím si, že je vždycky nutnost dát nějakou hru na jména, pokud ten člověk nezná... a taky dát... vysloveně dát tomu člověku tu možnost toho, že dneska to může mít spíše divací pokud mu... prostě zdůrazňovat takové to pravidlo STOP pokud mu něco nebude příjemné... pokud se bude chtít zapojit tak jo, budeme hrozně rádi, pokud se nebude chtít zapojit, bude se chtít spíše koukat, tak je to úplně v pohodě...*

spíše dát takovou tu možnost... A takhle se jako trochu zbavit té zodpovědnosti tvé... každý člověk je zodpovědný sám za sebe... a říct tomu člověku... prostě je to na něm, co si on vezme z té lekce je na něm... jak mu to bude příjemné, jak ne...

b. Vztahy ve skupině

Z počátku jsme se na vztahy ve skupině zaměřovali málo. Vzhledem k tomu, že klienti spolu tráví většinu času v Centru, nepředpokládali jsme úlohu dramaterapeutického programu ve vytváření jejich vzájemných vztahů. Klienti spolupracovali a většina lekcí se nesla v příjemné atmosféře. Později jsme si však všimli, že interakce mezi nimi mimo zadané aktivity nejsou tak časté, jako bychom očekávali právě u skupiny klientů trávící spolu tolik času. Ukázalo se, že jejich vzájemné vztahy nejsou příliš bohaté a že mají spíše mají tendenci vztahovat se k pracovním a dobrovolníkům Centra. Do budoucna nám přijde zajímavé stanovit si jako dílčí cíl rozvoj jejich vzájemných interakcí a spolupráce. Určitě je však třeba být v této oblasti opatrný a klienty k ničemu nenutit.

Zdroj dat – rozhovor s lektorem:

OTÁZKA 1: Jak si vnímal vztahy mezi klienty?

- P: *Hmm, já bych řekl, že takové obyčejné typické vztahy lidí, kteří jsou v sociální službě... (smích)... Což dlé mého... já mám pocit, že lidi, co chodí do sociálních služeb se mezi sebou neznají moc... klienti a uživatelé... že mezi těmito lidmi je hlavní důraz „zajímám se o ty pečující“... a jo, tihle lidi na jednu stranu spolu strávili spoustu času, ale myslím si, že se znají jen povrchně... jakože, je hrozně hrubé ode mne tohle říct, že... protože je znám z jedné lekce, ale to je asi jen takový můj obecný názor, na lidi, co chodí jako uživatelé/klienti sociálních služeb...*

OTÁZKA 2: A přišlo by ti zajímavé s tím třeba dál pracovat?

- P: *To zase záleží na tom cíli, co tam je... Cíl může být rozvoj kreativity – kreativita je v podstatě monolog, takže tam není potřeba mít nějaký extra vztah, vždycky už je další úroveň, když oni zase spolupracují s někým dalším...*

Takže, tam by měla být ta vidina, že se... ale, ti lidi spolu tráví mnohem více času, než

my trávíme s něma, my jsme tam na jednu hodinu týdně, hod'ka a půl plus minus... a jsou mnohem podstatnější vztahy mezi nimi, než mezi námi lektory a jimi...

d) TECHNIKY

a. Nefungující techniky

Některé techniky a aktivity se s klienty nepodařilo zrealizovat. Zpětně však hodnotíme, že neúspěch byl z velké části způsoben nedostatečnou přípravou a vynecháním jednodušších kroků. Nelze tedy zobecnit, že by některé aktivity vůbec nešlo s klienty provést.

Specifický zádrhel jsme však zpozorovali při aktivitách, které obsahovaly složitější instrukce nebo zapamatování si např. několikati vět, které se mají opakovat. Při vysvětlování bychom se tak dále snažili mluvit co nejvíce jednoduše a srozumitelně a hry, které obsahují velké množství pravidel, bychom úplně vynechali. Podle nás se pak někteří klienti hodně soustředí na zapamatování si pravidel a ztrácí se radost ze hry a energie ve skupině.

Dodáváme však výrok Bouchalové ve vztahu k psychoterapii: „*Jakákoliv aplikace technik a prostředků ve skupinové psychoterapii schizofrenie musí však pro terapeuta zůstat pouze prostředkem a pomocníkem psychoterapeutického působení. Základní psychoterapeutická nosnost spočívá v hodnotě psychoterapeutického vztahu.*“ (Bouchalová in Syřišťová, 1982). Věříme, že tento princip je aplikovatelný také do jiných než čistě psychoterapeutických oblastí.

Zdroj dat – záznamové archy lekcí:

- L7: (*prvky muzikoterapie, hledání společného rytmu s nástroji*) Společný rytmus se vůbec nedařilo nalézt, každý hrál ten svůj a dohromady to vůbec neladilo.
- L8: (*ZIP-ZAP*) Klientům se úplně nedařilo zapamatovat si instrukce a nedařilo se udržet rytmus.
- L9: (*ZIP-ZAP*) Po přidání funkcí KRYT a BUM se hra ukázala jako složitá. Po chvíli jsme aktivitu kvůli tomu ukončili.
- L10: (*předávání si imaginární ryby po kruhu*) ...celkově se nedařilo udržet žádoucí rytmus hry, proto jsem raději přešla k následující aktivitě.

- L10: (*Kdo ukradl sušenky*) ...hned ze začátku se nepodařilo dostat do společného rytmu, pro uživatele bylo těžké zapamatovat si věty a některé zapomněli říkat, což narušovalo rytmus... vzhledem k energii skupiny jsem již v aktivitě nepokračovala a přešli jsme dále.

Zdroj dat – rozhovor s lektorem:

OTÁZKA 1: Které aktivity, techniky, cvičení podle Tebe vůbec nefungovaly a proč?

- P: *Hmm, napadá mě jenom ta muziko... ta podle mě nefungovala, protože to bylo moc rychlé... že se nezačalo od toho prvního kroku, ale možná od toho druhého, nebo že si pak vynechala nějaké půlkroky, že to bylo hodně rychlé ta lekce... zase chápu, na hodinu to narvat je hrozně těžké, když... správně by se prostě jedna věc měla dělat dvacet minut ale... to stihneme udělat tři kroky a je konec lekce... já nevím, já asi nějak moc nevěřím na techniky, takže... si myslím, že na nich moc nezáleží, na těch technikách... jó, jako je fajn znát nějaké hry, ale... to jestli je to bude bavit, to stejně rozhodnou oni sami... jako skupina, nějaký skupinový duch, takže...*

b. Práce s tělem

Tělo je nástrojem herce a divadelní techniky jsou často založeny na práci s pohybem a uvědoměním si vlastního těla. Kromě toho je pohyb přirozenou součástí i velké části dalších aktivit, které v paradivadelní práci využíváme – živé obrazy, pantomimické hry, hrané scény... Hodinová lekce většinou od klientů vyžaduje zapojení celého těla různými způsoby. Někteří klienti často uváděli pohybové aktivity jako náročné. Může to mít souvislost s jejich duševním stavem, věkem i životním stylem. Pohybové aktivity je vhodné zařadit, ale být opatrný a postupovat pomalu, nedělat nic, co by bylo klientům nepříjemné. Objevila se také specifická situace, kdy klientovi bylo nepříjemné chodit se zavřenýma očima a zdůvodnil to narušenou psychomotorikou, což je obecně také jeden z častých symptomů duševního onemocnění (viz kap 1.1.1.)

Zdroj dat – záznamové archy lekcí:

- L2: (*protažení těla, hledání různých pohybů – nejlepší, nejdivnější*) Tyto pohybové aktivity jsme dělali kratší dobu, než jsem čekala... protažení jim stačilo krátké... při instrukci „nejdivnější pohyb“ se klient K7M tvářil rozpačitě, a evidentně nevěděl, jaký

pohyb zvolit, ale poté něco vymyslel... I klient K8M vypadal, že se cítí celkem nepřírozeně. Klientka K1Z i klient K2M problém neměli.

- L2: Na hudbu se všichni rozešli po místnosti, každý sám vnímat svůj dech, chůzi, své okolí... Proběhlo bez problémů.
- L2: (*technika zrcadla*) Pohyby dělali vedoucí pohybu často velmi rychle...
- L2: (*živé obrazy s pohybem*) Při pohybu bylo také vidět, že nevyužívají celé tělo a dělají je spíše náznakově...
- L3: (*pantomima*) Po poslední uhodnuté pantomimě klient K10M odešel s tím, že je to pro něj příliš náročné a že musí jít kouřit.
- L10: (*práce s tělem - nafukování balónku*) Zároveň však klient K15M a klientka K13Z říkali, že je to pro ně náročné fyzicky.
- L10: (*chůze a běh se zavřenýma očima*) Klient K15M říkal, že je to pro něj náročné, protože má narušenou psychomotoriku a špatně se mu chodí se zavřenýma očima.
- L11: (*pantomimický řetězec*) Klient K11M říkal, že je to náročné fyzicky.

Zdroj dat – rozhovor s lektorem:

OTÁZKA 1: Když jsme pracovali s klienty s tělem, všiml sis něčeho specifického? Jak bys popsal způsob, jak vlastně klienti třeba vnímají nebo pracují se svým tělem?

- P: *...tak... skáče mi do hlavy slovo takový „strnulý/strnulejší“, ale já si myslím, že je to hodně tím věkem, jakože většina lidí je tam pětatřicet a výš...? Myslím, takový odhad... A nejsou to tanečníci, protože tanečníci mají takový hodně specifický pohyb, že... a možná já si myslím jakože ten druh pohybu je zase tím věkem trochu jiným, a tím, jakože ti lidi možná nebo asi nejsou nějakí velcí sportovci nebo tanečníci nebo něco... i když vlastně jeden říkal, že dělá tance... ale no, zase si myslím, že to je tím jiným věkem... jakože nejsou zvyklí se tak hýbat...*

c. Užitečnost

Při plánování paradiavadelní intervence je na místě otázka, jaký typ aktivit může být pro klienty prakticky přínosný a v čem. Podle lektora Petra byly pro klienty nejužitečnější

modelové situace ze života, ve kterých jsme si s klienty zkoušeli různé způsoby chování a reakcí. Také sociální pracovnice se vyjádřila, že to v jistém ohledu klienti určitě potřebují.

Uvedená data se shodují s údaji, že velmi často využívaným přístupem v léčbě a rehabilitaci osob s duševním onemocněním je právě nácvik sociálních dovedností, asertivní trénink či trénink komunikace, na jejichž principu byly postaveny aktivity v našich lekcích. Názor samotných klientů však neznáme, podle jejich reakcí však usuzujeme, že je tento nácvik bavil.

Přesto však Kalina, který popsal terapeutické funkce skupiny psychotiků, varuje před předčasným zdůrazněním modelové funkce skupiny, protože je bez přípravy konfrontuje s původním patologickým prostředím a může tak prohloubit jejich rozštěp. Tato funkce by se tak měla vytvořit pozvolna a pro každého člena samostatně. Zpočátku by se měl zájem soustředit na novou zkušenost se skupinou „tady a teď“ (Kalina in Syřišťová, 1982).

Naše skupina nebyla samozřejmě psychoterapeutická, ale přesto je dobré mít tento princip na paměti. V modelových situacích ze života klienti někdy samovolně sdíleli i závažné osobní téma nebo jsme se dotkli rodinných vztahů, a to mohlo být z psychického hlediska rizikové. Pokud lektor není psycholog nebo psychoterapeut, jako jsme ani my nebyli, je nutné v případě potřeby klienty odkázat na kvalifikované pracovníky zařízení nebo sami pracovníky informovat o vzniklých situacích a poradit se o dalším vhodném postupu. Z vlastního záměru pak řešení podobných potenciálně závažných témat ve skupině neiniciovat nebo iniciovat opatrně, s přihlédnutím ke vzájemnému vztahu a důvěře.

Zajímavým podnětem pro budoucí práci je také návrh lektora Petra využít s danými klienty techniky divadla utlačovaných.

Zdroj dat – záznamové archy lekcí:

- L4: *(diskuze se soc. pracovníci o modelových situacích ze života)* Klienti se zdají, že je tato aktivita baví. Také podle sociální pracovnice je to užitečné, protože si všimá, že klienti se často neumějí správně vyjádřit, požádat o něco nebo odmítnout při situacích, které s nimi v centru zažívají.
- L10: *(diskuze s klientem K12M, který měl na lekci námitky)* Zopakoval mi svůj názor, že lekce byla dětinská a primitivní, neměla podle něj smysl. ... Podobný nesmysl podle něj byla aktivita se sušenkami. Raději byl prý dole a pracoval na své nástěnce,

což byl pro něj užitečněji strávený čas. Podle něj bylo perfektní, když jsme v předchozích lekcích dělali scénky, to podle něj mělo smysl.

Zdroj dat – rozhovor s lektorem:

OTÁZKA 1: Přišly Ti některé aktivity pro klienty užitečné a proč?

- P: *Nejužitečnější byly modelovky podle mě, a ... protože se tím získávaly jejich zkušenosti, my jsme tím něco získali, oni tím něco získali a byly to konkrétní případy, které je zajímaly, z jejich života... s kterými se potýkali nebo si třeba nebyli úplně jistí... a třeba i... tam se mi hrozně líbilo, co jsi třeba vybrala jako první téma, že... doted' si ho pamatuju... že spěcháme na vlak a jsme v hrozně dlouhé frontě na nákup... a prostě potřebujeme stihnout ten vlak, který nám jede za pět min a musím někoho požádat, aby nás pustil... taková hrozně banální situace a... současně je tam prostě hrozně moc... je i těžká, jakože oslovit cizího člověka, požádat ho...*

...a vlastně tohle bylo třeba i tím startovačem, proč ten klient přišel se svým tématem, které se pak mohlo řešit... takže to si myslím, že je jedno z nejužitečnějších.

OTÁZKA 2: A které jiné aktivity, které jsme nedělali, by podle Tebe mohly být pro klienty užitečné?

- P: *Techniky divadla utlačovaných, ty si myslím, že by byly nejlepší, pro tuhle klientelu... které pomáhají chápat svět v sociálních vztazích, v útlaku... myslím si, že tohle by bylo nejužitečnější...*

Divadlo utlačovaných je pro lidi, kteří jsou utlačováni situací. Tihle lidi jsou utlačováni tím, že jsou nazváni za lidi s psychickým onemocněním, duševní poruchou... a vytváří to obrovský sociální tlak, mají problém sehnat práci, lidi se na ně dívají skrz prsty, předsudky, obrovské množství témat a techniky divadla utlačovaných se tímhle směrem hodně pohybují. Snaží se dávat „hlas“ lidem, kteří jsou utlačení... A z tohohle sociálního hlediska by mohli být považováni za utlačované...

e) REAKCE A PROJEVY KLIENTŮ

a. Pozitivní reakce

Jedním z významných dílčích cílů naší práce bylo zjistit, jaké aktivity klienty baví a na čem s nimi tak pracovat. Proto jsme si všímali situací, kdy byla ve skupině příjemná energie a klienti se projevovali smíchem, vtipkováním, nadšením, příp. se slovně pozitivně vyjádřili.

Z vlastního pozorování soudíme, že klienty nejvíce bavily aktivity, jejichž cílem bylo převážně odreagování a zábava, a při kterých se zapojila celá skupina buď hromadně nebo v rozdělení na dvě spolupracující skupiny. Využili jsme tak nejvíce různé formy pantomimy, živých obrazů, hraných scének apod.

Reakce však u klientů byly mnohdy individuální a stávalo se, že některé aktivity část skupiny bavily a část ne. Pokud pracujeme s malou skupinou klientů, jejichž preference už známe, nabízí se možnost přizpůsobit program vždy tak, abychom prostrídali prvky, které baví různé klienty.

Zdroj dat – rozhovor s lektorem:

OTÁZKA 1: Vnímali si nějaké pozitivní reakce ze strany klientů během lekce? V jakých situacích nebo při jakých aktivitách?

- P: *Tak nějaká zapálenost do hry tam byla... teď mě třeba napadlo, jak jsme měli za úkol přejít po pěti papírech celou místnost nebo novinách nebo něčem takovém, tak to mě alespoň tehdy přišlo, že do toho byli všichni... zaujatí tou hrou řekněme, a to vnímám hodně pozitivně... a pro mě je nejlepší zpětná vazba to, že ten člověk dojde znovu... což znamená, že jsme zábavnější než sezení tam dole u nich na kafičku pro ně v ten okamžik... nebo podstatnější nebo zajímavější...*

OTÁZKA 2: Které aktivity klienty podle Tebe bavily?

- P: *Ty modelovky nejvíce. Jo ty modelovky jsou prostě něco, co pro ně mělo smysl. Když je v tom ten smysl, tak to toho člověka zaujme, baví ho to. Na druhou stranu člověk si sám určuje, jestli ho ta věc bude bavit, nebo ne, je to o jeho vlastním rozpoložení. Takže zase, nezáleží na technice, záleží na tom setkání nebo na tom zájmu. Technika je úplně jedno jaká je. Prostě záleží na tom, jestli se tam člověk setká s tím nebo ne.*

b. Negativní reakce

V některých situacích aktivity klientům přirozeně nesedly, nebavily je nebo z jiných důvodů vyvolaly negativní odezvu. Bylo to většinou způsobeno buď fyzickou náročností aktivit nebo velkou složitostí pravidel, v těchto případech bylo nutné zpomalit tempo a dbát na jednoduchost a pochopitelnost. Dále jsme ve specifické situaci zjistili, že klienti většinou neumí moc dobře anglický jazyk a nelze tedy počítat s aktivitami, které jej využívají. Stalo se také, že klient označil aktivity za dětinské a primitivní, a následně odešel z lekce.

Aktivity, které jsou zaměřené na samostatnou práci sám se sebou, podle našeho názoru neodpovídají aktuálním potřebám klientů. Hlavním cílem programu je uvolnění a odreagování klientů, z výše popsaných důvodů (viz kategorie VZTAHY) je také spíše vhodné zaměřit se na spolupráci a tvorbu skupinového ducha.

Negativních reakce klientů hodnotíme jako významnou zpětnou vazbu pro vhodné přizpůsobení programu. Je třeba dbát na to, aby negativní reakce nepřevládaly nebo nezůstaly v klientech po lekci, a nevytvořily v něm tak nechut' účastnit se lekcí. Je dobré mít připravené aktivity, u kterých víme, že klienty většinou baví (např. pantomima, scénky) a využít je v případech, kdy energie ve skupině není vysoká.

Zdroj dat – záznamové archy lekcí:

- L3: (*hádání pantomimy*) Klient K10M se 2x pokusil uhodnout pantomimu a když neuhodl, chtěl již skončit, tak jsme mu prozradili odpověď.
- L4: (*opakování anglické fráze*) Klienti měli nejdříve problém s anglickým jazykem, který příliš neovládají a proto se nejdříve museli větu naučit.
- L5: (*stejná aktivita*) Opět se ukázal problém s AJ, klient K12M se větu v tomto jazyce nechtěl učit, proto jsme ji převedli do češtiny...
- L5: (*klienti mají neverbální komunikací stiskem ruky vyjádřit situaci*) Klient K7M sdílel, že ho moc nebavila aktivita s podáváním rukou.
- L6: (*pantomima ve dvojicích*) Klient K11M říkal, že je pro něj obtížně dělat jen pantomimu, protože je ukecaný a chtěl by i mluvit.

- L7: (*lekce s prvky muzikoterapie*) Klienti s nástroji zacházeli spíše rozpačitě a nefungovalo nalezení společného rytmu.
- L10: (*Kdo ukradl sušenky*) Je pravda, že energie ve skupině nebyla moc vysoká, ale to mohlo být také tím, že jsme teprve vysvětlovaly průběh hry a ještě jsme nechytili společný rytmus.
- L10: (*klienti přecházeli místnost se zavřenýma očima*) Klient K15M říkal, že to pro něj bylo náročné, protože má narušenou psychomotoriku a špatně se mu chodí se zavřenýma očima.
- L10: (*stejná aktivita*) ...ostatní taky říkali, že jim je chůze se zavřenýma očima nepříjemná)

Zdroj dat – rozhovor s lektorem:

OTÁZKA 1: Vnímali si nějaké negativní reakce ze strany klientů během lekce? V jakých situacích nebo při jakých aktivitách?

- P: *Zase to byla ta krizová situace s tou paní, která se tam rozbřečela nebo skoro rozbřečela, teď nevím a nechci to řešit na nahrávce...*

10. Diskuze

V kapitole 4.1. jsme stanovili výzkumné otázky, které se nyní pokusíme zodpovědět.

Otázka č.1: *Jaká jsou specifika paradivadelní práce s klienty s duševním onemocněním?*

Odpověď na tuto otázku se ukázala být nejednoznačná, vzhledem k více spolupůsobícím faktorům. Především je nutno specifikovat, že mluvíme o zaléčených klientech ve fázi remise, jejich projevy tedy nejsou tolik symptomatické jako v akutnějších fázích nemoci. Dále se u klientů, stejně jako u všech ostatních lidí, přirozeně projevují individuální charakterové zvláštnosti a preference, proto i při paradivadelní práci je nutno **uplatňovat individuální přístup** a bylo by mylné snažit se některé charakteristiky zobecnit.

Nepodařilo se přímo dokázat, že by některé projevy klientů během práce byly v přímé souvislosti s duševním onemocněním z lékařského či psychologického hlediska, na to rozsah této výzkumné studie nestačí. Duševní onemocnění má však také vliv na sociální postavení klientů a jejich způsob života, což jsou osobnostní charakteristiky, které se mohou promítat také do paradivadelní práce s těmito jedinci.

Z tohoto hlediska je možno mít na paměti, že osoby s duševním onemocněním často nejsou zaměstnané a řeší řadu dalších specifických záležitostí, které mohou být **překážkou k tomu, aby se programu někdy vůbec zúčastnili**. Dále je typická jejich **nízká motivace se programu účastnit, kterou je nutno podporovat**.

Co se týče pohybových aktivit, často pro klienty bývají náročné a je tak vhodné postupovat pomalu. Jedním ze základních cílů při práci s touto klientelou by mělo být **uvolnění a odreagování, zábava je významný faktor, který na klienty působí pozitivně**. Pro dané klienty je také typické, že mezi sebou nenavazují plné vztahy, přestože spolu tráví dost času. Je vhodné prostřednictvím paradivadelních technik opatrně **podporovat spolupráci a tvorbu vztahů ve skupině**. Dále je třeba počítat s tím, že klienti většinou nemají výraznou předchozí zkušenost s dramatickými aktivitami, a **začínáme tak postupně od nejjednodušších kroků**. Dalším faktorem **návyk klientů často kouřit**, který měl v našem případě vliv na zkrácení lekcí.

Jako jev, který by mohl mít přímou souvislost s onemocněním, bych uvedla **potíže při pochopení náročnějších instrukcí, pravidel, zapamatování si najednou více vět apod.**

Otázka č.2: *Jak probíhal vývoj skupiny daných klientů?*

Pracovali jsme s otevřenou skupinou klientů, proces se tedy vyvíjel v odlišných fázích než u častější skupiny uzavřené.

V počáteční fázi šlo hlavně o navázání kontaktu a seznámení se s klienty Centra, a to i s těmi, kteří na program nechodili. Dále se pak vytvořilo určité jádro klientů, kteří chodili více pravidelně a s těmito klienty se podařilo vytvořit důvěru a postupovat v práci. Vždy jsme se však snažili oslovit i nové klienty a pokud se někdo nový přidal, pracovali jsme s jejich uvedením do skupiny námi stanovený způsobem. V současnosti má již jádro klientů určitou zkušenost s dramatickou prací, na které je možné dále stavět a skupina je také otevřena příchodu nových členů.

Otázka č.3: *Jaká obecná doporučení bychom mohli formulovat pro práci s danou klientelou?*

Na základě vlastního výzkumného šetření formulujeme následující doporučení:

- *Počítat s počáteční nemotivovaností klientů zúčastnit se programu. Klienty lze částečně motivovat tím, že s nimi navážeme neformální kontakt mimo program a přiblížíme jim aktivity, které program obnáší.*
- *Jako jedny z hlavních cílů programu mít zábavu, odreagování.*
- *Pokud pracujeme s otevřenou skupinou, je vhodné mít připravený alternativní program pro případ, že přijde více nebo méně klientů, než očekáváme.*
- *Délka lekce by měla odrážet potřeby klientů.*
- *Zavedení pravidel ve skupině s důrazem na pravidlo STOP.*
- *Nepodceňovat význam rituálu, ale počítat s tím, že jeho zavedení do skupiny může nějakou dobu trvat.*
- *Při práci s otevřenou skupinou zohlednit nové klienty, kteří přijdou na lekci poprvé a zavést ve skupině způsob uvítání nového člena.*
- *Snažit se rozvíjet vztahy mezi klienty, ale opatrně.*
- *Vybírat aktivity, které odpovídají úrovni klientů nebo dbát na dostatečnou přípravu, abychom předešli pocitu neúspěchu klientů.*
- *Zařadit práci s tělem, ale postupovat podle tempa klientů (spíše pomaleji a opatrně).*

- *Využít prvky nácviku sociálních dovedností, aby být si vědomi toho, že hraní modelových situací na osobní témata může u klientů vyvolat i nepříjemné psychické reakce.*
- *Nebát se spolupracovat s ostatními pracovníky (psycholog, sociální pracovník,...) instituce.*
- *Využívat spíše skupinové než individuální aktivity.*

Výsledky výzkumu potvrzují některá teoretická východiska, která jsme získali z literatury věnující se problematice osob s psychotickým onemocněním. Jedná se např. o často uváděný stav *hypobulie* či *abulie*, tedy snížené vůle k činnosti, kterou jsme v praxi skutečně v určité míře zaznamenali.

Dále můžeme potvrdit sníženou tendenci navazovat mezilidské vztahy, která je uváděna jako jeden z hlavních jevů provázející onemocnění hlavně Syřišťovou (Syřišťová, 1965). Pro autorku textu je toto zjištění významné, protože se projevilo ve větší míře, než čekala. Autorka textu považuje za vhodné se tímto fenoménem dále zabývat a pracovat s ním také prostřednictvím paradivadelních intervencí.

Z hlediska speciálně pedagogického přístupu je schopnost navazovat mezilidské vztahy a žít ve společnosti klíčová, proto je otázkou, jak lze vhodně podpořit klienty s psychotickým onemocněním, které tuto schopnost výrazně narušuje.

Výsledky výzkumu mohou být užitečné pro lektory, kteří by měli zájem pracovat se skupinou podobným způsobem. Zároveň se však otevírají možnosti porovnávání výzkumných aktivit a potvrzení či vyvrácení uvedených výsledků.

Závěr

V teoretické části jsem se věnovala fenoménu kontinua duševní zdraví – duševní nemoc. Podrobněji jsem se zaměřila na diagnózu schizofrenie, kterou jsem charakterizovala z hlediska symptomů, prožívání klienta i jeho následné léčby. Využila jsem přitom poznatky převážně českých autorů, velkou teoretickou studnicí pro mne byly zvláště publikace významné české psychoterapeutky a psycholožky Evy Syřišťové. Na literaturu všech citovaných autorů bych ráda zájemce o problematiku odkázala.

Předmětem praktické části práce byla kvalitativní analýza případové studie paradivadelní intervence s psychotickými klienty Centra psychosociální rehabilitace Společnosti Mana o.p.s., které jsem realizovala společně se svými spolužáky. Vést program pro mne bylo velkou zkušeností a do budoucna v něm plánuji pokračovat.

Výzkumem byly ověřeny některé literaturou popisované jevy související s duševním onemocněním a také popsány skutečnosti provázející paradivadelní intervenci u dané klientely.

Doufám, že má práce byla pro čtenáře přínosem, ať už z teoretického, praktického či jiného hlediska.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. 2013. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2993-3.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

DZÚROVÁ, Dagmar. 2000. *Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech: (výsledky výběrového šetření v České republice)*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 80-238-6038-0.

Heřmanová, Eva. 2012. *Paradivadlo*. Arts lexikon [online]. [cit. 2017-03-31]. Dostupné z: WWW: < <http://www.artslexikon.cz/index.php?title=Paradivadlo>>.

HICKSON, Andy. 2000. *Dramatické a akční hry ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-387-0.

Hrubý, 2013. *Mana o.s.* Mana o.p.s. [online]. [cit. 2017-03-31]. Dostupné z: WWW: < <http://www.manaol.cz> >.

CHROMÝ, Karel. 1984. *Sociologie duševních poruch*. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků.

MACKOVÁ, Silva. 2004. *Dramatická výchova*. Brno: Janáčkova akademie múzických umění. ISBN 80-85429-93-4.

MACHKOVÁ, Eva. 1998. *Úvod do studia dramatické výchovy*. Praha: IPOS. ISBN 8070681039.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-. ISBN 978-80-904259-0-3.

MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

- MORENO, Joseph J. 2005. *Rozehrát svou vnitřní hudbu: muzikoterapie a psychodrama*. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 8071789801.
- OREL, Miroslav. 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.
- PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.
- SLOWÍK, Josef. 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.
- SYŘIŠŤOVÁ, Eva et al. *Skupinová psychoterapie psychóz (ve vztahu ke schizofrennímu onemocnění)*. 1982. Dotisk. Praha: Univerzita Karlova. Skripta pro posluchače FF.
- SYŘIŠŤOVÁ, Eva, Josef VÁŇA, Vladimír VONDRÁČEK, et al. 1972. *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 231 s.
- SYŘIŠŤOVÁ, Eva. 1965. *Možnosti a meze psychoterapie schizofrenního onemocnění*. Praha: Nakladatelství Československé akademie věd, 99 s. Rozpravy Československé akademie věd. Řada společenských věd.
- SYŘIŠŤOVÁ, Eva. 1973. *Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy*. Praha: Universita Karlova. Acta Universitatis Carolinae. Philosophica et Historica. Monographia.
- VALENTA, Josef. 1999. *Dramatická výchova a sociálně psychologický výcvik: (srovnání systémů)*. Praha: ISV. Pedagogika (ISV). ISBN 8085866404.
- VALENTA, Milan. 2011. *Dramaterapie*. 4., aktualiz. a rozš. vyd., V nakl. Grada 2. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3851-2.
- VALENTA, Milan. 2014. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0602-6.
- VALENTA, Milan. 2015. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0937-9.

Seznam obrázků

Obr.1. Vzájemné postavení paradivadelních systémů

Seznam příloh

Příloha 1. Ukázka záznamového archu – Lekce 3

Příloha 2. Ukázka záznamového archu – Lekce 6

Příloha 1.

Lekce 3

Délka: 13:00 – 14:15

Účastníci: klient K2M, nově přítomni: klient K9M, klient K10M, klient K11M

Lektoři: Petr, Klára, Eva

Cíle:

- Spolupráce ve skupině.
- Vyzkoušet si hru v roli v běžně známé sociální situaci.
- Asertivní trénink.

Lekce:

- *Úvodní kolečko*
 - Na začátek byli přítomni pouze klient K8M a K2M. Všichni jsme se představili novému klientovi. Lekce probíhala po dvou týdnech, takže jsem se ptala, co je u nich nového. Oba klienti řešili pracovní záležitosti. Klient K8M sdělil, že bude mít pracovní pohovor. Ptala jsem se jej, jestli by si chtěl vyzkoušet modelovou situaci nanečisto pracovní pohovor, řekl, že raději ne.
- *Rituál*
 - Před zahájením rituálu přišel další nový klient K10M, seznámili jsme se s ním podáním rukou. Poté rituál vstup do dveří dramaterapie.
- *Proč jsem přišel pozdě*
 - Vysvětlila jsem podstatu aktivity. Jeden dobrovolník jde za dveře, bude představovat zaměstnance, který přichází pozdě do práce. Skupina se dohodne na tom, z jakého se to stalo důvodu. Poté další osoba ze skupiny představuje šéfa, který si nechá zaměstnance zavolat a ptá se na důvod pozdního příchodu. Ostatní členové skupiny stojí za zády šéfa a pantomimicky předvádí dohodnutý důvod, zaměstnanec se snaží uhodnout, oč jde a omluvit se tak šéfovi. Šéf se však může kdykoliv otočit a pokud uvidí, že se někdo ze skupiny hýbe, osoba vypadává ze hry.
 - Prvním dobrovolníkem byl klient K10M.

- Klienti ve skupině vymýšleli jednoduché důvody např. „zaspal jsem“, „ujel mi autobus“, poté přistoupili na návrh lektorky „kočka snědla budík a proto jsem jej neslyšel“
 - Klient K10M se 2x pokusil uhodnout pantomimu a když neuhodl, chtěl již skončit, tak jsme mu prozradili odpověď.
 - Dále se v roli zaměstnance vystřídali i klienti K2M a K9M. Klient K2M měl docela kreativní nápady při hádání (např. ušpinil jsem si kalhoty).
 - Po poslední uhodnuté pantomimě klient K10M odešel s tím, že je to pro něj příliš náročné a že musí jít kouřit.
 - Klienty tato aktivita docela bavila.
- Následně přišel další nový klient K11M, takže jsme se opět všichni představili.
- *Scény z reálného života*
 - Navrhla jsem, že si můžeme zahrát následující situaci: Osoba v supermarketu u pokladny spěchá a chce požádat osobu ve frontě před ní, zda by ji pustila před sebe.
 - Dobrovolně jsme si rozdělili role – lektorka Eva je pokladní, lektor Petr dotazovaná osoba ve frontě a klient K11M pospíchající osoba.
 - Klient K11M se slušně zeptal a lektor Petr jej pustil. Následně jsme diskutovali o tom, co zafungovalo, jak se nejlépe slušně zeptat, jak by to být nemělo atd.
 - Výměna rolí ještě 2x, jednou byl klient opět puštěn a podruhé ne.
 - Klient K11M prohlásil, že „ale já bych to stejně neudělal, ani kdyby mi to ujelo...“. Následně jsme diskutovali o tom, jaké mohou být důvody toho, že někteří lidé mohou být v podobných situacích nepříjemní (např. jsou naštvaní, mají špatnou náladu).
 - Dále se klient K11M svěřil se svou situací, že jej u něho na vesnici slovně a skoro i fyzicky napadá nějaký muž. Znělo to docela vážně a klient K11M se nás vyloženě ptal na radu, jak by se měl zachovat.
 - Lektora Petra napadlo situaci si přehrát, aby klient K11M představoval útočníka a lektor Petr klienta, byla tak zajištěna distance. Zdálo se ale, že situace je neřešitelná, protože na útočníka nic nezabíralo.
 - Dále jsem nad problémem diskutovali a s lektory se snažili dát klientovi K11M nějakou radu, což nebylo později reflektováno jako

ideální – vhodnější by bylo nechat prostor jemu pro vymyšlení vlastního řešení.

- Klienti K2M a K8M byli v tuto chvíli trochu mimo děj, protože jsme řešili hlavně klienta K11M. Dávali ale pozor a občas se zapojili.
- Lekci jsme ukončili vzhledem k času. Klient K9M odešel ještě před závěrečnou reflexí, na dotaz, zda se cítí v pořádku odpověděl, že ano, a že „se uvolnil a třeba se mu zítra podaří ten pohovor.“
- *Závěrečné kolečko*
 - Klient K11M se dále rozhovořil o situacích, které mu dělají v životě problém – např. vůbec neumí říct ne, když ho někdo požádá o peníze, tak mu je dá, neumí odmítnout pozvání na návštěvu. Nemá dobré vztahy se sousedkou, která mu nadává, on to řeší tak, že jí nic neřekne, ale nadává na ni doma pro sebe taky.
 - Inspirovali jsme se tím jako materiál pro další práci, pokud by klient K11M chtěl s tímto dále pracovat. Lektora Petra napadlo navázat příští lekci prací se statusem – vysoký, střední, nízký, a objasnil mu princip. Klient K11M souhlasil.
 - Klient K2M sdílel, že „se do programu těší, protože dole se celkem nic moc neděje“.
 - Dále jsme diskutovali o tom, zda je lepší, když do programu přijde více lidí, nebo méně. Shodli jsme se, že je dobré, když se to střídá, protože obojí má své výhody – když je menší počet účastníků, práce může být více individuální, pokud je lidí více, je zase větší zábava.

Reflexe se soc. pracovníci:

Rozebírali jsme hlavně situaci s klientem K11M a vhodné způsoby reakce. Bylo nám doporučeno nedávat přímo klientovi rady či návody, ale snažit se jej dovést k vlastnímu řešení.

SHRNUTÍ LEKCE:

Lekce byla opět jiná než předchozí lekce. Většina účastníků byla na lekci poprvé, bylo nutné tedy znovu několikrát zařadit představení. Druhá část lekce se zabývala hlavně jedním klientem, vyvstala tedy otázka jak pracovat s tím, když se objeví téma jednoho člena – nakolik z něj udělat téma pro celou skupinu. Jelikož byla skupina dnes menší, bylo umožněno ponechat více prostoru pro jednoho klienta.

Příloha 2.

Lekce 6

Délka: 13:00 – 14:00

Účastníci: klient K2M, klient K7M, klient K11M, nově přítomni: klientka K13Z

Lektoři: Eva, Petr, Katka

Cíle:

- Pokusit se motivovat nové klienty k tomu jít na program
- Vyjádření emocí
- Vnímání neverbální komunikace
- Uvolnění, odreagování
- Návuk pantomimy

Lekce:

Asi 10 min před začátkem lekce jsme všichni lektoři sešli do společenské místnosti za klienty a chvíli si s nimi povídali. Přinesla jsem s sebou papírky s napsanými osobnostmi, a zahráli jsme si společně pantomimu – byla dobrá atmosféra a klienti se smáli. Potom kdo chtěl, šel s námi nahoru na program. Někteří klienti si pantomimu vyzkoušeli, ale poté na program nešli.

- *Úvodní kolečko*
 - Dnes jsme vynechali povídání, které z velké části proběhlo již dole, místo toho každý znázornil rukou výšku své nálady. Ta byla většinou tak středně vysoká.
- *Vyjádření emocí*
 - Zůstali jsme sedět v kruhu a každý si vytáhl na papírku napsanou emoci. Poté každý jednotlivě po kruhu znázornil beze slov svou emoci. Ostatní zatím nehádali, jen se dívali.
- *Chůze v prostoru*
 - Ve stejné emoci, kterou si vytáhli. Postupně si našli někoho do dvojice, se kterým se cítí podobně nalazeni.
 - Při vybírání partnera do dvojice bylo vidět, že si moc neví rady koho vybrat, nejspíš to pro ně bylo těžké určit podle emocí.

- *Situace ve dvojicích*
 - Dvojice si vytáhla na papírku napsanou situaci. (Rodič s dítětem se dohadují o pořízení domácího zvířete – dítě chce, rodič ne./Člověk jde na policii ohlásit ztrátu kola./Kamarádi se dohadují, na jaký film jít do kina – chtějí jít na úplně jiný žánr.). Tuto scénu měli předvést ostatním pantomimicky, charakter postavy měl mít vybranou emoci, kterou si pořád drželi. Ostatní hádali o jakou situaci a emoci jde. Dále proběhlo ještě jedno jedno kolo, každý si vybral novou emoci pro svůj charakter.
 - Emoce byly většinou dobře rozpoznány, situace se odhadovala hůře. Klienti se ale svými výstupy bavili.
 - Dvojice klient K2M a klient K7M si vždy jen nastínili, co budou ve svém výstupu dělat a nechtěli si scénku předem vyzkoušet. Klientka K13Z působila trochu roztěkaně a instrukce se jí musely vysvětlit několikrát. Také chtěla několikrát v průběhu lekce odejít, ale poté, co jsme jí navrhli, že by bylo fajn, kdyby zůstala, tak neodešla.
 - Klient K11M říkal, že je pro něj obtížně dělat jen pantomimu, protože je ukecaný a chtěl by i mluvit.
- *Pantomimický řetězec*
 - Seděli jsme v kruhu na židlích otočení zády dovnitř, kromě jednoho člověka, který byl dovnitř otočen čelem. První dobrovolnice klientka K13Z šla za dveře, domluvila jsem se s ní na činnosti, kterou bude pantomimicky předvádět (stavění sněhuláka). Klientka předvedla pantomimu člověku, který byl otočen čelem do kruhu. Ten následně předvedl stejnou činnost, tak jak ji pochopil, sousedovi vedle sebe, který se otočil. Tak to postupovalo dále, až se pantomima předvedla poslednímu člověku v kruhu, který hádal, o jakou činnost jde.
 - V prvním případě se činnost stavění sněhuláka přeměnila na stavění zdi. V druhém kole byla zadána činnost rybaření a stal se z ní řezník. Většina klientů ale dovedla dobře rozpoznat pantomimu. V prvním kole se pantomima změnila u lektorů, kteří ji pochopili jinak než klienti a ve druhém kole u klientky K13Z. Bylo těžší jí vysvětlit instrukce a při zadávání pantomimy bylo nutné jí i inspirovat jak má činnost znázornit. Také si nebyla jistá tím, zda to dělá dobře, ale když jsme ji ujistili, že jí to jde, tak se aktivit účastnila.

- *Závěrečné kolečko*
 - Proběhlo krátce, klienti opět ohodnotili svůj stav nálady zvednutím ruky, bylo znát malé zvýšení.

Reflexe se soc. pracovníci:

Pracovnice mi řekla, že na klientech po lekci zaregistrovala zvednutí nálady. O klientce K13Z mi řekla, že taková bývá často, většinou chce během nějakých aktivit odejít. Sdílela jsem, co jsme dělali a nic dalšího jsme podrobněji neprobíraly.

SHRNUTÍ LEKCE:

Navázali jsme na vyjádření emocí a hraní scének z minulých lekcí. Zapojili jsme pantomimické vyjádření. Do skupiny se přidala nová klientka, která byla specifická v tom, že potřebovala podporu při pochopení instrukcí a při ujištění, že se jí v aktivitách daří. Lekce proběhla v dobré atmosféře.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Eva Petrová
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph.D.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Specifika paradivadelní intervence u jedinců s duševním onemocněním
Název v angličtině:	The specifics of paratheatrical intervention for individuals with mental illness
Anotace práce:	Bakalářská práce se věnuje využití paradivadelní intervence založené na speciálně pedagogickém přístupu u jedinců s psychotickým onemocněním. V teoretické části charakterizuje nemoc, její dopady na osobnost člověka a způsoby léčby, dále pak vymezuje pojem paradivadelní intervence a problematiku speciálně pedagogického přístupu. V praktické části formou kvalitativního výzkumu analyzuje realizované paradivadelní intervence v Centru psychosociální rehabilitace Mana o.p.s. v Olomouci a formuluje doporučení pro další lektory, kteří by se této práci chtěli věnovat.
Klíčová slova:	dramaterapie, paradivadlo, paradivadelní systémy, paradivadelní intervence, psychotické onemocnění, psychózy, schizofrenie, centrum psychosociální rehabilitace
Anotace v angličtině:	Bachelor thesis deals with paratheatrical intervention based on special educational attitude to people with psychotic disease. In theoretical part it characterises the disease, its influence on the personality of an human and the ways of its treatment, then it also delimits the term paratheatrical intervention and the special educational attitude. In practical part it analyses paratheatrical interventions in the Centre of psychosocial rehabilitation Mana o.p.s. in Olomouc and gives advices to next lecturers for their work.

Klíčová slova v angličtině:	dramatherapy, paratheatre, paratheatrical systems, paratheatrical intervention, psychotic disease, psychosis, schizophrenia, centre of psychosocial rehabilitation
Přílohy vázané v práci:	Ilustrace
Rozsah práce:	59 strán
Jazyk práce:	CZ