

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2010

Klára Myšáková

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyriľometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Klára Myšáková

**Význam skupinové psychoterapie v léčbě a
rehabilitaci schizofrenního onemocnění**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Krylová, Ph.D.

2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a všechny použité prameny a literaturu jsem uvedla v seznamu bibliografie.

V Olomouci dne 8. 11. 2010

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především mým nejbližším přátelům a rodině za jejich trpělivost a podporu. Chtěla bych také poděkovat Mgr. Haně Krylové, Ph.D. za její odbornou pomoc a vstřícnost, kterou mi v době naší spolupráce, projevila.

Obsah

Úvod.....	7
1. Schizofrenie a možnosti léčby.....	8
1.1 Příznaky a klasifikace schizofrenního onemocnění.....	9
1.2 Průběh a prognóza schizofrenního onemocnění.....	12
1.3 Léčba.....	13
1.3.1 Farmakoterapie.....	14
1.3.2 Psychoterapie.....	15
1.4 Stigmatizace osob se schizofrenním onemocněním.....	17
2. Psychiatrická rehabilitace psychóz.....	19
2.1 Význam psychiatrické rehabilitace.....	19
2.2 Význam jednotlivých profesí v psychiatrické rehabilitaci.....	21
2.3 Úrovně psychiatrické rehabilitace.....	22
2.3.1 Pracovní rehabilitace.....	23
2.3.2 Podporované vzdělávání.....	25
2.3.3 Rehabilitace v oblasti bydlení.....	25
2.3.4 Sociální rehabilitace a rehabilitace trávení volného času.....	27
2.3.5 Terapeutická komunita.....	29
2.3.6 Svépomocná hnutí.....	30
3. Skupinová psychoterapie u lidí se schizofrenním onemocněním.....	32
3.1 Skupinová psychoterapie.....	32
3.1.1 Příprava a přijetí členů do skupinové psychoterapie.....	33
3.1.2 Prostředí, první zahájení, zásady práce skupiny.....	34
3.1.3 Strukturovanost skupinového sezení.....	36
3.2 Skupinová terapie psychóz.....	37
3.2.1 Osobnost a role terapeuta v psychoterapii schizofrenního onemocnění.....	38
3.2.2 Vytváření terapeutického vztahu s lidmi se schizofrenním onemocněním.....	41

3.2.3	Podstata skupiny v psychoterapii u lidí se schizofrenním onemocněním	42
3.3	Vybrané formy speciálního skupinového sezení	43
3.3.1	Arteterapie	43
3.3.2	Muzikoterapie	47
3.3.3	Psychodrama	50
3.3.4	Dramaterapie	51
	Závěr	53
	Seznam bibliografie	57

Úvod

Pro téma své bakalářské práce jsem si vybrala význam skupinové psychoterapie v léčbě a rehabilitaci u lidí se schizofrenním onemocněním. Cílem práce je vyzdvihnout význam skupiny v léčbě a rehabilitaci těchto osob. Význam skupiny je právě nejviditelnější v rámci skupinové psychoterapie, ale také v rehabilitaci. Skupina je významná z toho důvodu, že má možnost jedince motivovat, podporovat, má možnost korektivních emočních zkušeností. Proto je její význam v léčbě schizofrenního onemocnění nenahraditelný.

Schizofrenie je velmi závažné duševní onemocnění, spadající do skupiny psychóz. Proto se v první kapitole věnuji její charakteristice a léčbě, která spočívá ve farmakoterapii a psychoterapii. Na závěr první kapitoly uvádím stigmatizaci, která bohužel v dnešní době k duševním onemocněním patří a ovlivňuje tak kvalitu života nemocných lidí.

Druhá kapitola analyzuje psychiatrickou rehabilitaci u lidí s diagnózou duševní onemocnění. Dále zmiňuji multidisciplinární tým, tedy uskupení lidí, kteří v rámci psychiatrické rehabilitaci vytvářejí léčebný plán nemocné osoby a další postupy v léčbě. Následně druhá kapitola pokračuje výčtem forem psychiatrické rehabilitace, do kterých spadá pracovní rehabilitace, bydlení, podporované vzdělávání, sociální rehabilitace a trávení volného času, terapeutická komunita a svépomocná hnutí.

Třetí kapitola pojednává o skupinové psychoterapii nejprve ovšem na obecné rovině a poté na to navazují skupinovou psychoterapií u lidí se schizofrenním onemocněním. Hlavním bodem třetí kapitoly jsou vybrané formy skupinové psychoterapie, které jsou nejvyužívanější právě u tohoto typu onemocnění. Je to arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie a psychodrama. Přímo u těchto terapeutických technik zmiňuji jejich specifčnost u lidí s diagnózou schizofrenie.

1. Schizofrenie a možnosti léčby¹

Schizofrenie je řazena mezi psychotické onemocnění. Psychóza se popisuje se jako duševní stav člověka, kdy dochází k narušení reality a vztahů s ostatními lidmi a okolním světem, tedy zjednodušeně, dochází k patologickému narušení kontaktu s realitou.² Takovéto narušení kontaktu s realitou se projevuje například tím, že nemocný začne prožívat sebe sama vzhledem k jeho okolí odlišně, prostřednictvím halucinací a bludů. Začíná se především měnit jeho chování. Uzavírá se před svou rodinou a okolím, které se pro něho stává cizí. Taková změna bývá pro blízké nemocného velice těžká, mají pocity ohrožení, obviňují se, že jeho změnu chování způsobili svým chování k němu oni. To vede k tomu, že je okolí vůči nemocnému člověku opatrné chová se rezervovaně. Takto lze obecně definovat psychózu. Definice je společná řadě onemocnění patřících do skupiny psychóz. Skutečnost je tedy taková, že psychóza je syndrom, nikoli jedno onemocnění.³

Psychózy se rozdělují do tří základních skupin, do nichž patří organické psychózy, které jsou charakteristické tím, že došlo k zjistitelnému poškození mozkové tkáně. Jako další jsou psychózy toxické vznikající tehdy, pokud byla mozková tkáň ovlivněna specifickou chemickou sloučeninou jako je LSD, THC a nebo amfetamin a posledním třetím typem jsou psychózy funkční. U funkčních psychóz se nedá s jistotou říci, co hrálo hlavní roli při jejich vzniku, protože je neprovází zjistitelné nebo typické poškození a ani nebylo zjištěno, ovlivnění činnosti mozkové tkáně. Toxické a organické psychózy jdou mimo rámec tématu mé práce, dále se tedy věnuji jen psychózám funkčním. Do funkční skupiny psychóz se řadí schizofrenie, ale nejen ona, jsou to také akutní a přechodné polymorfni psychotické poruchy, porucha s bludy, schizoafektivní porucha a schizotipální poruchy. Schizofrenie je z této skupiny psychóz nejzávažnějším onemocněním.⁴

¹ Tato kapitola je z části převzata z mé AP: K. Myšáková, *Schizofrenie a její vliv na rodinné vztahy*, [práce odevzdaná na CARITAS – VOŠ sociální Olomouc v dubnu 2010], s. 7-8, s. 10, s. 16-20.

² Srov. FIŠAR, Z., A KOLEKTIV, *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*, s. 215.

³ Srov. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E., HONS, J., *Psychóza v životě - život v psychóze, příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*, s. 10.

⁴ Srov. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E., HONS, J., *Psychóza v životě - život v psychóze, příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*, s. 10- 11.

1.1 Příznaky a klasifikace schizofrenního onemocnění

Schizofrenie, jak jsem již výše zmínila, patří do skupiny funkčních psychóz. Samotný termín schizofrenie, jako první použil Eugen Bleuler v roce 1911. Schizofrenii označil jako rozštěpení mysli, to znamená schizma mezi jednotlivými duševními kvalitami jako je myšlení, emoce a chování. Schizofrenie tedy není rozdvojením osobnosti, za co je lidmi často mylně označována.⁵ Nástup schizofrenie je velice individuální, obecně se dá říci, že schizofrenie propuká obvykle v adolescenci nebo časně dospělosti, právě toto období je důležité pro profesionální a osobní život⁶. Schizofrenní onemocnění se objevuje tehdy, kdy se člověk nalézá v hektickém životním období a svými rozhodnutími, tak rozhoduje o svém dalším budoucím směřování.

Schizofrenní onemocnění je doprovázeno pozitivními a negativními příznaky. Pozitivní příznaky jsou hůře rozpoznatelné než příznaky negativní. Právě negativní příznaky často okolí nemocného člověka upozorní jako první, že s jeho psychikou není něco v pořádku. Negativní příznaky jsou oploštění emocí, neschopnost se radovat, snížená vůle, nedostatečná verbální komunikace, selhávání v pochopení abstraktních významů a převaha konkrétního myšlení. Pozitivními příznaky jsou bludné představy a myšlenky, halucinace, dezorganizovanost řeči, dezorganizované chování nebo katatonii projevy.⁷

Klasifikace schizofrenie podle MKN-10

Z hlediska mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) existuje několik druhů schizofrenie. Podle MKN-10 spadá schizofrenní onemocnění do kategorie F20-F29 . Schizofrenie je pod označením F20 a má několik druhů.

Paranoidní schizofrenie F20.0

Je jednou z nejčastějších klinických forem schizofrenie.⁸ Charakteristickým znakem jsou trvalé persekční bludy, které doprovázejí sluchové, čichové, chuťové, sexuální a jiné tělesné halucinace a poruchy vnímání, kde jsou zjizvitelné hlasy, které vyhrožují, rozkazují,

⁵ Srov. FIŠAR, Z., A KOLEKTIV, *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*, s. 216.

⁶ Srov. BOUČEK, J., A KOLEKTIV, *Speciální psychiatrie*, s. 78.

⁷ Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, s. 59.

⁸ Srov. BOUČEK, J., A KOLEKTIV, *Speciální psychiatrie*, s. 82.

dále jsou to elementární sluchové halucinace.⁹ Méně nápadné nebo velmi těžko rozpoznatelné příznaky jsou afektivní poruchy, poruchy vůle, poruchy řeči a katatonní symptomy.¹⁰

U paranoidní schizofrenie je průměrný věk jejího vzniku vyšší než u ostatních forem schizofrenie, může být také u nemocného zjištěn lepší stav psychiky a organismu před vypuknutím nemoci, to zlepšuje prognózu onemocnění. Akutní vznik a přítomnost stresu při začátku onemocnění je také známkou nadějnější prognózy.¹¹

Hebefrenní schizofrenie F20.1

Afektivní změny jsou velmi nápadné, halucinace a bludy jsou částečné a prchavé, nemocní se často chovají neodpovědně a nepředvídatelně. Obvyklý je manýrismus, který se vyznačuje nepřiměřeně bizarními projevy v chování. Nálada je plochá a neodpovídá daným situacím, ve kterých se nemocný nalézá (nepřiléhavá). Řeč je inkoherní- nesouvislá, myšlení dezorganizované, typický je sklon k sociální izolaci. Tato forma schizofrenie bývá často diagnostikována v dospívání a u mladých dospělých

Prognóza u tohoto typu schizofrenie je velice špatná hlavně kvůli rychlému rozvoji negativních symptomů, zvláště oploštění afektů a ztrátě vůle.¹²

Katatonní schizofrenie F20.2

Jsou u ní typické psychomotorické poruchy, které se ubírají mezi hyperkinézou¹³ a stuporem¹⁴ nebo povelovým automatizmem a negativismem. Náhlé vzrušení může být nahrazeno snovým stavem s živými scénickými halucinacemi. Co se týče strnulých postojů, jejich délka není nijak určena, mohou trvat například i hodiny.¹⁵

Nediferencovaná schizofrenie F20.3

Jak již vyplývá z názvu nediferencovaná, to znamená, že tato forma schizofrenie splňuje všechny kritéria schizofrenního onemocnění, ale svými příznaky neodpovídá paranoidní, hebefrenní ani katatonní schizofrenii. Buď nejsou příznaky dostatečně vyjádřené,

⁹ Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, s. 60.

¹⁰ Srov. MKN-10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decennální revize*, s. 197.

¹¹ Srov. ZVOLSKÝ, P. A KOLEKTIV, *Speciální psychiatrie*, s. 73.

¹² Srov. MKN-10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decennální revize*, s. 198.

¹³ Zvýšená mimovolní pohyblivost, hybnost, motorická aktivita.

¹⁴ Chorobný stav, ve kterém dochází k setrvání ve strnulých často i nepřírozených polohách.

¹⁵ Srov. MKN-10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decennální revize*, s. 198.

nebo je příznaků tolik, že splňují kritéria pro více forem onemocnění. Někdy bývá nazývána atypickou schizofrenií.¹⁶

Postschizofrenní deprese F20.4

Depresivní stav se objevuje jako dozvuk schizofrenní nemoci. Symptomy pozitivní či negativní zcela nezmizely, ale již nejsou v popředí klinického obrazu. Pokud symptomy zcela vymizely, pak je možné diagnostikovat depresivní epizodu. Jestliže jsou symptomy stále přítomné a akutní a viditelné, diagnóza by měla zůstat jako F20.0-3. Nemocní často mají suicidální stavy.¹⁷

Reziduální schizofrenie F20.5

U tohoto typu schizofrenie je charakteristické psychomotorické zpomalení, afektivní otupělost, nemocní jsou často unavení, snižuje se u nich péče o vlastní osobu, mají narušené sociální projevy. Řeč je chudá v obsahu i množství, špatná non-verbální komunikace obličejem, očima. Celkově je u nich utlumena aktivita.¹⁸

Schizophrenia simplex F20.6

Je pro ni typické podivínské chování. Z důvodu úpadku jejich celkového projevu, nejsou schopni vyhovět společenským normám. Negativní jevy jsou jako u reziduální schizofrenie a to ztráta vůle, afektivní plochost apod. Vývoj je bez zřejmých poruch vnímání, formálních i obsahových poruch myšlení a poruch chování, jinými slovy bez psychotických příznaků.¹⁹

Jiná schizofrenie F20.8, Schizofrenie NS F20.9

¹⁶ Srov. HANUŠ, H., A KOLEKTIV, *Speciální psychiatrie*, s. 83.

¹⁷ Srov. MKN-10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decennální revize*, s. 198.

¹⁸ Srov. tamtéž.

¹⁹ Srov. tamtéž.

1.2 Průběh a prognóza schizofrenního onemocnění

Průběh schizofrenního onemocnění má několik stadií, která se střídají a mají i odlišný vliv na život nemocného.

V *premorbidním stádiu*²⁰ se schizofrenie klinicky neprojevuje, latentní poruchy kognitivních funkcí nebo povahové zvláštnosti, ale mohou být přítomny.²¹ Dalším stádiem je *prodromální stádium*, v němž soubor nespecifických příznaků ohlašují příchod nemoci, ty způsobují mírný pokles funkční zdatnosti nemocného. V důsledku jejich nespecifičnosti, často uniknout pozornosti okolí a samotnému nemocnému. Je časté, že po první prodělané psychotické atace se nemocný odhodlá vyhledat odbornou pomoc.²² Včasná terapie v tomto stadiu pomáhá k prevenci nepříznivého průběhu schizofrenie.²³

V *progreďetní stadium*, zde se střídají období ataků a zklidnění, ústupkem příznaků. Bohužel, právě toto střídání má za následek zhoršení zvláďání života nemocného, jeho kvalita života se zhoršuje. Nakonec dochází ke stabilizaci psychopatologie s občasnými dekompenzacemi rezidua²⁴.

Je důležité brát na věďomí, že každá prodělaná ataka je velkou psychickou zátěží pro nemocného a zanechá stopy v jeho psychice, která je oslabená. Nemocný člověk je více citlivý vůči okolnímu světu, hůře zpracovává informace, je si sám sebou a ostatními nejistý, má horší prožívání. Pro mnohé je to tak negativní zkušenost, že se rozhodnou se nemocí postavit čelem.²⁵

Jaký bude mít schizofrenní onemocnění dopad na nemocnou osobu a na její celkový vývoj, záleží na prognóze onemocnění. Proto níže uvádím faktory, které prognózu schizofrenního onemocnění ovlivňují.

Dobrá a špatná prognóza schizofrenního onemocnění

Dobrou a špatnou prognózou se rozumí to, jak se dále bude schizofrenie vyvíjet a jakého rozsahu u nemocného dosáhne. Uvádím, zde činitele, kteří jsou směrodatní u stanovování dobré a špatné prognózy nemocné osoby.

Dobrá prognóza je charakteristická následujícími činiteli, je to akutní začátek nemoci, dobré nemorbidní funkce sociální a pracovní, v rodině se objevila v minulosti afektivní

²⁰ Stav psychiky, organismu i somatu před onemocněním

²¹ Srov. BOUČEK, J., A KOLEKTIV, *Speciální psychiatrie*, s. 55.

²² Srov. tamtéž.

²³ Srov. tamtéž.

²⁴ Srov. tamtéž.

²⁵ Srov. tamtéž, s. 56.

porucha, je přítomna afektivní symptomatika, nemocný je schopný kritického náhledu na chorobu, převažují pozitivní příznaky.²⁶ U špatné prognózy jsou to činitelé jako je plíživý začátek, špatná premorbidní sociální a pracovní anamnéza, časný věk začátku, autistické chování, v rodině se již vyskytla schizofrenie, převaha negativních příznaků, přítomnost neurologických příznaků.²⁷

Znamená to tedy, že pokud je prognóza dobrá, nemoc v mnoha případech nemusí mít katastrofické důsledky. Člověk s diagnózou schizofrenní onemocnění může žít život bez toho, aby mu nemoc výrazně nezasahovala do jeho osobního a profesionálního života. Bohužel naopak je tomu, kdy je prognóza nemoci špatná. Je potřeba neustálý dohled odborníků ve všech směrech života nemocného. To znamená, že ve velké většině se nemocný člověk neobejde bez neustálé profesionální pomoci.

1.3 Léčba

Ještě dnes převládá v podvědomí široké veřejnosti, ten názor, že obecně u psychotických onemocnění, je léčba z velké části omezená. Schizofrenii lze léčit. Nezáleží jen na typu psychotického onemocnění, ale také na tom, jak nemocný člověk spolupracuje s lékařem a jestli dodržuje správné užívání léků. Velkou roli také hraje postoj rodiny k léčbě nemocného.²⁸

Nejrozšířenější metodou v léčbě psychiatrických nemocí je léčba psychofarmaky. Psychoterapie je další metodou léčby psychiatrických poruch tedy i schizofrenie. Je ovšem nutné, abych zdůraznila, že tyto dvě metody v léčbě schizofrenie nejsou svými protipóly, ale naopak se v léčbě doplňují.²⁹ Další fází léčby je rehabilitace, která je úzce spjata s psychoterapií. Dalo by se říci, že psychoterapie a rehabilitace jsou metody léčby, které se také doplňují. Psychoterapie klientům pomáhá navracet jejich kontakt s přirozeným prostředím, tím se rozumí rodina, přátelé, bydlení, práce, vzdělávání. Rehabilitace v těchto zmíněných úrovních pomáhá nemocným osobám do těchto sfér života nemocného jedince znovu proniknout, avšak s ohledem na nedostatky způsobené jejich onemocněním.

Pokud jde o léky, které se využívají v léčbě schizofrenního onemocnění, jsou to antipsychotika první a druhé generace nebo jiným označením neuroleptika. Označení neuroleptikum a antipsychotikum se ve svém významu nijak neliší, jedná se o identické léky.

²⁶ Srov. HANUŠ, H., A KOLEKTIV, *Speciální psychiatrie*, s. 93.

²⁷ Srov. tamtéž, s. 93- 94.

²⁸ Srov. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E., HONS, J., *Psychóza v životě - život v psychóze: příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*, s. 22.

²⁹ Srov. VYMĚTAL, J., *Úvod do psychoterapie*, s. 247.

Antipsychotika mají zamezit vzniku relapsu³⁰ a zhoršování psychotických příznaků a invaliditě nemocného.³¹

Ještě před objevem neuroleptik se v léčbě schizofrenie využívaly hlavně barbituráty, bromové přípravky, rostlinné anticholinergní alkaloidy. K používaným biologickým terapiím patřila metazolová konvulze, inzulinová kómata, atropinová kómata i nefrontální lobotomie. Od těchto metod léčby pro její rizika a komplikace, bylo opuštěno. Při léčbě neuroleptiky, bylo zjištěno zlepšení stavu při jejich podávání u 70- 80% nemocných. Neuroleptika snižují riziko dalšího návratu příznaků nemoci, snižují potřebu další hospitalizace a pomáhají nemocnému dát prostor pro rehabilitaci a návrat do života.³²

Aby byla léčba úspěšná, musí být uzpůsobena fázi nemoci, ve které se nemocný momentálně nachází. Fáze se dají rozdělit na akutní stav, kdy je nemocný léčen psychofarmaky, u psychotických onemocnění trvá minimálně 6 měsíců, u schizofrenie je to 18 měsíců. Jestliže remise trvá dalších 6 měsíců, přistupuje se ke snižování dávek léků. U pacienta, který se léčí dlouhodobě, je primární návrat do premorbidního stádia.³³

Následuje fáze léčby, kdy se snaží předcházet relapsu nemoci, a stále je velmi důležité užívání psychofarmak. V období mezi akutními epizodami, kdy dojde ke zmírnění nebo vymizení příznaků se uplatňuje metoda léčby pomocí psychoterapie. Jestliže následkem nemoci došlo k poškození sociálních dovedností, je třeba využít prostředků, které nemocnému nabízí rehabilitační program.³⁴

1.3.1 Farmakoterapie

Jak jsem již výše zmínila, k léčbě schizofrenie se v dnešní době využívá antipsychotik. Antipsychotika se rozlišují na antipsychotika 1. generace a 2. generace, každé mají své specifickými účinky.

Nejprve tedy antipsychotika 1. generace. Jako první použité neuroleptikum v léčbě schizofrenie byl chlorpromazin, on a další antipsychotika první generace blokují dopaminergní receptory v mezolimbické, nigrostriální a tuberofundibulární oblasti. Ovšem ovlivnění nigrostriální oblasti způsobuje rozvoj extrapyramidálních příznaků.³⁵

³⁰ Navrácení psychotických příznaků, které byly již zaléčeny.

³¹ Srov. BEER, M., PEREIRA, S., PATON, C., *Intenzivní péče v psychiatrii*, s. 63.

³² Srov. BOUČEK, J. A KOLEKTIV, *Speciální psychiatrie*, s. 62.

³³ Srov. BEER, M., PEREIRA, S., PATON, C., *Intenzivní péče v psychiatrii*, s. 61.

³⁴ Srov. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E., HONS, J., *Psychóza v životě - život v psychóze: příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*, s. 23.

³⁵ Srov. RABOCH, J., JIRÁK, R., PACLT, I., *Psychofarmakologie pro praxi*, s. 67.

Mezi extapyramidální příznaky se řadí akutní dystonie, akatizie, parkinsonoid a v pozdních extrapyramidálních nežádoucích účincích se objevuje tardivní dystonie³⁶ a dyskinéze. Akutní dystonie se objevuje hned do 1-2 dnů po podání antipsychotika. Převažuje u mladých mužů, je charakteristická projevem ve svalstvu v jazyce, rtů, čelistí, trupu a končetin. Akatizie je popisována jako subjektivní pocit neklidu, který doprovází pohyby rukou a noh, kdy nemocný ustavičně vstává a přechází z místa na místo. Parkinsonoid se objevuje měsíc od podávání antipsychotik, je častější u žen a starších osob. Jeho projevem je chůze o malých krůčcích se shrbeným postojem a silným třesem.³⁷

Prvním představitelem antipsychotik 2. generace je klozapin. Byl uveden na trh v roce 1972. Nové období, tak je označována doba, kdy došlo k zavedení atypických antipsychotik v léčbě schizofrenie, někdy bývají antipsychotika 2. generace označována jako atypická. Atypická antipsychotika umožnila nemocným zlepšit kvalitu života, možnost rehabilitace a zapojení se v chráněných dílnách a to hlavně proto, že pracují na jiném principu, než antipsychotika první generace, je u nich omezený výskyt nežádoucích příznaků a zlepšily se i takzvané negativní schizofrenní příznaky. Extrapyramidové příznaky buď zcela vymizely, nebo jsou méně zřetelné. Nasazují se při prvních atakách schizofrenie. Jedinou jejich nevýhodou oproti antipsychotikům první generace je jejich podstatně vyšší cena.³⁸ Farmakoterapie představuje biologickou léčbu schizofrenního onemocnění. Další fází léčby, kdy je nemocný člověk farmakologicky stabilizovaný, určitý druh psychoterapie. Psychoterapie může být individuální či skupinová. V dalších kapitole se podrobněji věnuji skupinové psychoterapii a jejím vybraným formám, proto se věnuji v následující podkapitoly nazvané Psychoterapie jen její definici a definici psychoterapie individuální.

1.3.2 Psychoterapie

V úvodu léčby schizofrenního onemocnění jsem zmínila, že psychoterapie je léčebná metoda, která probíhá souvisle s farmakoterapií, s tím rozdílem, že farmakoterapie je důležitá v tom smyslu, že ovlivňuje a zasahuje primárně centrální nervový systém a ovlivňuje psychické funkce. Stabilizují tudíž nemocnou osobu do té míry, aby byla schopna účastnit se psychoterapie.³⁹

³⁶ Mimovolné pohyby, které jsou pomalejšího charakteru a jsou bolestivé, pacient si je uvědomuje.

³⁷ Srov. BEER, M., PEREIRA, S., PATON, C., *Intenzivní péče v psychiatrii*, s. 65.

³⁸ Srov. RABOCH, J., JIRÁK, R., PACLT, I., *Psychofarmakologie pro praxi*, s. 73.

³⁹ Srov. VYMĚTAL, J., *Úvod do psychoterapie*, s. 247.

Psychoterapii může vést, jak psychiatr, psycholog, tak psychoterapeut, který je vzdělaný v některém z psychoterapeutických směrů nebo sociální pracovník, který má psychoterapeutický výcvik.⁴⁰ Na samotném začátku podkapitoly považují za důležité vymezit pojem psychoterapie a dále se již věnovat definici individuální psychoterapie, aby bylo patrné, v čem spočívá rozdílnost mezi skupinovou a individuální psychoterapií, které se věnuji v mé práci. V psychoterapii existuje několik směrů, těm se ovšem nebudu věnovat, jelikož se netýkají podstaty mé práce.

Význam slova psychoterapie pochází z řeckého jazyka a je složen ze dvou slov: *psyché* a *therapeón*. Slovo *psyché* vyjadřovalo motýla, ale i duši ve významu původní životní síly, která měla zdroj v sobě samé. Slovo *therapeón* znamenalo služebník, průvodce, opatrovník bohů⁴¹. Jan Vymětal chápe psychoterapii takto:

"Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciální prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy."⁴²

Psychoterapie je považována za samostatný obor skládající se ze dvou částí teoretické a aplikační. Těmito dvěma složkami se rozumí duševní život člověka, jeho chování a projevy, které ovšem v době, kdy se s nimi psychoterapeut setkává, se nenacházejí v optimální rovině, se souhlasem klienta a na jeho přání se je pokouší v rámci jejich spolupráce měnit.⁴³ Je to proces, který záměrně, vědomě, strukturovaně a vědecky probíhá ve vzájemném působení mezi terapeutem a pacientem.⁴⁴

Jak jsem již zmínila v úvodu této podkapitoly, psychoterapie se dělí na individuální a skupinovou. Třetí kapitola se podrobněji věnuje psychoterapii skupinové, proto její definici zde uvádět nebudu, pouze definici psychoterapie individuální.

Individuální psychoterapie je nazývána také dyadickou, protože se jí účastní jen terapeut a jeho klient. V praxi patří mezi nejrozšířenější. Mezi klientem a psychoterapeutem vzniká velmi úzký a intenzivní vztah, vycházející z chování a přístupu terapeuta ke klientovi. Nejen terapeut ovlivňuje svým chováním klienta, ale v průběhu terapie i sám klient ovlivňuje terapeutovo prožívání, chování a myšlení.⁴⁵

⁴⁰ Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., A KOL., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 93–94.

⁴¹ Srov. VYMĚTAL, J., *Úvod do psychoterapie*, s. 12–13.

⁴² VYMĚTAL, J., *Obecná psychoterapie*, s. 20.

⁴³ Srov. VYMĚTAL, J., *Úvod do psychoterapie*, s. 11.

⁴⁴ Srov. VYMĚTAL, J., *Obecná psychoterapie*, s. 20.

⁴⁵ Srov. tamtéž, s. 68.

V individuální terapii pracuje terapeut se slovem, akcí a obrazem. Slovem je myšleno, že terapie probíhá prostřednictvím rozhovoru, sdělují se významy. Obraz znamená, že důraz terapeut klade na imaginaci, asociování. Akce je určitá činnost, kterou společně terapeut a klient, provádějí nácvik, například autogenní trénink, nebo spolu něco vytvářejí a dělají.⁴⁶

Nejprve než se začnu věnovat další kapitole s názvem psychiatrická rehabilitace psychóz, zmíním fenomén, negativní, který je úzce spjat se schizofrenním onemocněním a tedy i s duševními onemocněními obecně. Tím fenoménem je stigmatizace.

1.4 Stigmatizace osob se schizofrenním onemocněním

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které má dopad na kvalitu života nemocných.⁴⁷ Kvalita života je u člověka trpícím schizofrenií závislá na rozsahu jeho onemocnění a jeho spoluprací při léčbě, přičemž se počítá v rámci dobré prognózy nemoci i spolupráce rodiny.⁴⁸ Dopad duševní nemoci na člověka je nejvýraznější v rámci jeho sociálního fungování. Především proto, že za mnoho let si většinová společnost vytvořila mýty o duševně nemocných lidech. Lidé těmto mýtům věří ne proto, že by byli hloupí, ale jsou málo informováni. Duševně nemocným osobám nejvíce škodí špatná informovanost veřejnosti. Jen pro ilustraci uvedu dva mýty, které tuto neinformovanost demonstrují.⁴⁹

Jedním z nich je, že lidé s diagnózou schizofrenie jsou násilníci a jsou pro své okolí nebezpeční. Samozřejmě mohou se vyskytnout osoby, u kterých neprobíhá žádné léčení a z toho důvodu, mohou spáchat násilný čin. Těchto případů ovšem není tolik, aby se z nich vytvořilo pravidlo. Naopak je mnohem častější, že bývá násilný čin páchan na těchto osobách. Ve společnosti také panuje přesvědčení, že lidé s duševním onemocněním jsou nespolehliví a nemohou aktivně pracovat. Je pravdou, že duševní nemoc zhoršuje průčeschnost, ale pomocí pracovní rehabilitace mohou nemocní lidé dosáhnout optimálních pracovních schopností. Je, ale třeba s těmito lidmi pracovat a dlouhodobě se jim věnovat.⁵⁰

Lidé osoby s duševním onemocněním nálepkují, jinými slovy dochází k jejich stigmatizaci. Stigmatizace znamená, že osoby s psychotickým onemocněním dostanou nálepku duševně nemocné osoby a jen velmi těžko se jí pak zbavují. Toto nálepkování omezuje nemocné například v budování partnerských vztahů, v zaměstnání, v kontaktu

⁴⁶ Srov. VYMĚTAL, J., *Úvod do psychoterapie*, s. 68.

⁴⁷ Srov. MOTLOVÁ, L., DRAGOMIRECKÁ, E., *Schizofrenie a kvalita života*, [Online], Datum poslední aktualizace neuvedeno. [cit. 2010-10-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psych203/04.htm>>

⁴⁸ Srov. PEČENÁK, J. A KOLEKTIV, *Kapitoly o schizofrenii*, s. 172–173.

⁴⁹ Srov. BIBIAKOVÁ, M., VENGLÁŘOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 20-21.

⁵⁰ Srov. MAHROVÁ, K., VENGLÁŘOVÁ, M., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 126-127.

s okolím. Společnost je pomalu vylučuje a oni se dostávají do sociální izolace. Jedním z řešení, jak se vyhnout stigmatizaci duševně nemocných osob je přesunout péči z lůžkových zařízení do komunit, denních stacionářů a jiných zařízení fungujících na podobném principu. A to hlavně proto, že nemocní lidé nejsou vytrženi ze sociálního prostředí a tím neztratí své schopnosti a dovednosti, ale naopak je ještě více posilují.⁵¹

⁵¹ Srov. BIBIAKOVÁ, M., VENGLÁŘOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 20.

2. Psychiatrická rehabilitace psychóz

První kapitolu jsem ukončila podkapitolou stigmatizace osob se schizofrenním onemocněním. I rehabilitace může sloužit ke změně názorů na duševně nemocné osoby, jelikož v rámci rehabilitačního procesu s těmito osobami mohou lidé přicházet do přímého kontaktu. Mohou se s nimi setkávat v práci, ve školách nebo se mohou stát jejich sousedy. Smyslem psychiatrické rehabilitace je pomoci nemocné osobě její narušený vztah s okolím změnit do, co nejvyšší možné míry, které je nemocný člověk schopen.

Tato kapitola pojednává o psychiatrické rehabilitaci psychóz. Literatura je v pojmenování rehabilitace duševně nemocných lidí nejednotná. Někteří autoři označují rehabilitaci duševních nemocí jako psychiatrickou rehabilitaci, ovšem jiné zdroje používají pojmu psychosociální rehabilitace. Jelikož není v obou označeních žádný rozdíl, rozhodla jsem se pracovat s pojmem psychiatrická rehabilitace.

V úvodu kapitoly nejdříve představím obecně termín rehabilitace, vymezím pojem psychiatrická rehabilitace a kategorii osob, u kterých se uplatňuje a její účel. V psychiatrické rehabilitaci pracuje multidisciplinární tým, což znamená, že jsou v něm zainteresované různé profese, které by měly spolupracovat.⁵² Proto zmiňuji i jejich jednotlivé úlohy v týmu.

2.1 Význam psychiatrické rehabilitace

Obecně termín rehabilitace představuje souhrn opatření a postupů, které nahrazují porušené tělesné funkce a orgánové defekty. Pomáhá zvyšovat soběstačnost a ulehčuje návrat k tělesné, duševní a pracovní výkonnosti. Je to komplexní přístup, který usiluje o obnovení celkové funkční zdatnosti jedince a zvyšuje kvalitu jeho života.⁵³

Jak jsem na začátku zmínila v této kapitole, budu používat v rámci rehabilitace duševně nemocných lidí pojem psychiatrická rehabilitace. Psychiatrická rehabilitace tedy proto, že navazuje na léčbu psychiatrickou, do které spadá léčba biologická nebo psychoterapeutická.⁵⁴ Definice psychiatrické rehabilitace dle Williama Anthonyho a jeho spolupracovníků zní takto:

⁵² Srov. PĚČ, O., VÁCHKOVÁ, L., WOGURKOVÁ, D., MUŽÍK, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V.(eds), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 129.

⁵³ Srov. OREL, M., FACOVÁ, V. A KOLEKTIV, *Člověk, jeho smysly a svět*, s. 201.

⁵⁴ Srov. PĚČ, O., VÁCHKOVÁ, L., WOGURKOVÁ, D., MUŽÍK, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 94.

"Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svoji schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory."⁵⁵

Vzhledem k tématu této kapitoly je důležité vymezit, kdo jsou to osoby s diagnózou duševní onemocnění. Jsou to osoby, jejichž duševní onemocnění má střednědobý až dlouhodobý charakter a jeho důsledkem došlo k výraznému narušení psychických, sociálních a pracovních schopností a rolí, nebo toto nebezpečí může hrozit. Těmito onemocněními se myslí především schizofrenie, afektivní poruchy nebo poruchy osobnosti. V několika posledních letech se upustilo od označení chronicky či dlouhodobě duševně nemocná osoba, a dnes se používá označení závažná duševní nemoc.⁵⁶

Psychiatrická rehabilitace se zaměřuje na zvyšování schopností a kompetencí lidí s psychiatrickým postižením. Pracuje s prostředím klienta a to tak, že se snaží o obnovu jejich sociálních rolí, kdy klient prosazuje svoje práva a své postavení. Důležité je zdůraznit, že klienta by měla společnost a prostředí, ve kterém se pohybuje, respektovat s jeho omezeními. K tomu, aby klient mohl žít na co největším stupni samostatnosti vzhledem k jeho onemocnění, se rehabilitace zaměřuje na zvyšování dovedností v oblasti bydlení, vzdělávání a práce, dále je to oblast sociálních vztahů, trávení volného času terapeutické komunity a svépomocná hnutí terapeutické komunity a svépomocná hnutí. V tomto směru se rehabilitace snaží klienta orientovat na každodenní fungování. Nedá se, ale zaručit úspěch rehabilitace ve všech oblastech. To není ani jejím cílem. Cílem psychiatrické rehabilitace je se pokusit uspět v oblastech, které jsou vzhledem ke klientovi onemocnění dosažitelné. Psychiatrická rehabilitace může probíhat v rámci hospitalizace či jejím ukončení. Jedná se o proces uzdravování, který má osobám s duševním onemocněním pomoci, aby byli schopni, co největšího stupně samostatnosti a dokázali svůj život prožít plnohodnotně s přihlédnutím na jejich zdravotní stav.⁵⁷

Co bývá na samém začátku rehabilitačního programu důležité, je aby klienti měli naději. Naději, že s pomocí profesionálů a jimi vytvořených programů, lze jejich schopnosti a dovednosti vzhledem k jejich nemoci opět obnovit nebo zlepšit.⁵⁸

⁵⁵ ANTHONY, W., Psychiatric Rehabilitation Journal. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 94.

⁵⁶ Srov. PĚČ, O., VÁCHKOVÁ, L., WOGURKOVÁ, D., MUŽÍK, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 97.

⁵⁷ Srov. tamtéž, s. 99 – 100.

⁵⁸ Srov. tamtéž, s. 99.

2.2 Význam jednotlivých profesí v psychiatrické rehabilitaci

V úvodu kapitoly jsem zmínila, že v psychiatrické rehabilitaci působí multidisciplinární tým. Jedná se o to, že společně při léčbě duševních onemocnění musí spolupracovat hned několik odborníků z různých profesí. Je to psychiatr, zdravotní sestra, sociální pracovník, ergoterapeut, klinický psycholog a osobní asistent. Každá z těchto profesí má určitý význam při léčbě duševní nemoci. Důležitou náplní práce tohoto týmu je psychoedukace nemocné osoby, jeho rodiny, popřípadě blízkých osob nemocného. Prostřednictvím psychoedukace se nemocnému a jeho příbuzným zprostředkovávají informace o nemoci. Její velký význam je zdůrazňován především u psychotických nemocí, a to hlavně u schizofrenního onemocnění. Psychoedukace je často nazývána jako léčebné učení. Probíhá v rámci hospitalizace nebo ambulantně. Informace o nemoci jsou podávány srozumitelnou formou, tak aby jim lidé s duševním onemocněním rozuměli a jejich rodiny rovněž. Orientace v problematice psychotického onemocnění, snižuje rizika relapsů a je základním kamenem v léčbě. Psychoedukaci může vést zdravotní sestra, psycholog, sociální pracovník či psychiatr⁵⁹

Vrátím-li se ke složení týmu, který působí v rámci psychiatrické rehabilitace, začnu nejprve profesionálem, který tento tým vede.

Ve většině případů profesionálních týmů bývá vedoucí týmu *psychiatr*. Psychiatr přispívá hlavně v týmu svými dovednostmi ve vyšetřování pacientů. Sleduje a vyhodnocuje rozličné aspekty psychických poruch. Stanovuje diagnózu, vede farmakoterapii, vytváří léčebné společenství a zasahuje do psychiatrické rehabilitace. Učí rodinné příslušníky pacienta a ostatní členy týmu rozeznávat známky a symptomy relapsu onemocnění.

Dále je to *zdravotní sestra*, která pomáhá pacientovi v jeho aktuálních potřebách při jeho hospitalizaci, pečuje o jeho tělesnou stránku. Soustřeďuje se na pacientovi zdravotní potřeby, na tělesné projevy, které souvisejí s medikací a léčbou samotnou. Již jsem napsala, že může být jednou z osob v týmu, která má na starosti psychoedukaci.⁶⁰

Některé sestry mohou působit i v přirozeném prostředí pacienta. To znamená, že zdravotní sestra dochází do domácnosti klienta. Takováto forma péče o klienta je v rámci služeb sociální péče.⁶¹

⁵⁹ Srov. VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 246.

⁶⁰ Srov. PĚČ, O., VÁCHKOVÁ, L., WOGURKOVÁ, D., MŮŽÍK, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., *Psychiatrická rehabilitace*. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V.(eds.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 131.

⁶¹ Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 42

Oblast zaměřující se na sociálně právní poradenství a možnou resocializace, to je sféra působnosti sociálního pracovníka jako dalšího člena týmu. Jeho práce spočívá ve spolupráci s pacientovou rodinou a také s ostatními odborníky a institucemi.⁶² Co se týče rodiny, pomáhá klientovi například v navázání kontaktu s rodinou, také může mít na starosti její psychoedukaci. Podle zákona č. 108/2006, Sb., o sociálních službách má povinnost každé zařízení poskytující sociální služby poskytovat sociální poradenství. Sociální pracovník je tedy osobou, která jej klientovi zprostředkovává. Sociální poradenství, které se dělí na základní a odborné. Základním poradenstvím se rozumí poskytování potřebných informací, které pomůžou klientovi řešit jeho nepříznivou sociální situaci. Odborné poradenství směřuje klienta k tomu, aby dokázal uplatnit svá práva a zájmy, které jsou důležité při obstarávání jeho záležitostí. Dále mu nabízí možnosti sociálně terapeutické činnosti a kontakt se společenským prostředím.⁶³ Dalšími odborníky v týmu jsou to ergoterapeut a klinický psycholog. Doménou ergoterapeuta je pracovní rehabilitace a každodenní činnosti spadající do klientova života. Klinický psycholog pokud je i zároveň psychoterapeutem poskytuje individuální, skupinovou nebo rodinnou psychoterapii. Pacienty vyšetřuje za účelem stanovení diagnózy, na jejím základě vytvoří vhodnou rehabilitaci⁶⁴ Členem týmu je i *osobní asistent*. Podle zákona o sociálních službách je definován jako osoba, která má pomáhat lidem, jejichž osobní soběstačnost je snižena a to vzhledem k jejich nemoci, stáří či postižení. Tento druh služby se poskytuje v přirozeném prostředí klienta a je časově neomezená. Záleží na klientovi, jak dlouho chce takovýto druh služby využívat.⁶⁵

Profese, které jsem zmínila, jsou součástí základního týmu, který ovšem mohou rozšířit odborníci jako je arteterapeut, muzikoterapeut či dramaterapeut. Těmto profesím a jejich terapeutickým činnostem se věnuji ve třetí kapitole, proto je již zde nebudu dále rozvádět.

2.3 Úrovně psychiatrické rehabilitace

V předchozích podkapitolách jsem se věnovala psychiatrické rehabilitaci v obecné rovině. Avšak psychiatrickou rehabilitaci jde rozdělit do několika úrovní. Je to pracovní rehabilitace, podporované vzdělávání, rehabilitace v oblasti bydlení a rehabilitace v sociální

⁶² Srov. VENGLÁŘOVÁ, M., BABIÁKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 150.

⁶³ Viz §37 zákon č. 108/2006, Sb., o sociálních službách.

⁶⁴ Srov. PĚČ, O., VÁCHKOVÁ, L., WOGURKOVÁ, D., MŮŽÍK, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., *Psychiatrická rehabilitace*. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V.(eds.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, 131-132.

⁶⁵ Viz § 39 zákon č. 108/2006, Sb., o sociálních službách.

oblasti a volného času. V následujících podkapitolách podrobněji rozebírám jednotlivé druhy psychiatrické rehabilitace a jejich specifika.

2.3.1 Pracovní rehabilitace

V životě každého člověka hraje práce důležitou roli, opakem tomu není ani u lidí s duševním onemocněním. U lidí s duševním onemocněním má práce, ještě větší rozměr a to ten, že během pracovní činnosti se setkávají s novým prostředím a lidmi. Může se zdát, že na tom není až tak nic výjimečného, ale je pravdou, že lidé s diagnózou duševní onemocnění nemají mnoho možností se setkávat s lidmi, kteří nepatří do jejich bezprostředního okolí nebo s jiným prostředím, než ve kterém žijí. Práce tedy vytváří sociální kontakt, kterého duševně nemocné osoby mají velký nedostatek. Významné je také to, že práce lidem s duševním onemocněním pomáhá rozvíjet jejich dovednosti a schopnosti, se kterými souvisí i rozvoj jejich sebedůvěry⁶⁶.

Pracovní rehabilitace se může uskutečňovat v denních centrech, klubových zařízeních, chráněných dílnách, dále jako přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání. Chod v denních centrech nebo klubových zařízeních klienti zabezpečují sami, což znamená, že neposkytují služby pro veřejnosti, ale jen pro vlastní zájmy. Klubová zařízení také mohou mít v provozu kavárny jídelny, prádelny. V rámci center mohou nezávisle fungovat sociální firmy.⁶⁷

Chráněné dílny poskytují nejvyšší stupeň chráněnosti, co se pracovní rehabilitace týče. Nejznámější jsou tréninkové resocializační kavárny. U nich se mluví především o jejich smysluplnosti náplni práce. U chráněných dílen je nutné podotknout, že finanční ohodnocení není pro klienty žádné nebo jen velmi symbolické. Kromě kaváren jsou to dílny, které pracují například se starými řemesly.⁶⁸ Ovšem Pěč a Probstová ve své knize mluví o tom, že chráněné dílny nejsou zrovna vhodným typem pracovní rehabilitace. Tradiční dílny v nemocnicích nebo mimo ně jsou kritizovány, protože nejsou schopny smysluplného naplnění pracovní činnosti, která je často nevyužitá. Klient se na typu této rehabilitace stává závislý, ovšem nutné je podotknout, že pro mnohé z nich je to jediná možnost, jak se seznámit a zdokonalit v

⁶⁶ Srov. ŠUPA, J., *Expertiza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“*, s. 7. [Online], Datum poslední aktualizace není k dispozici. [cit. 2010-10-18]. Dostupné na WWW: <http://www.domovynapulcesty.cz/main/docs/expertiza_odo.doc>

⁶⁷ Srov. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, s. 149.

⁶⁸ Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. A KOL., *Sociální práce s duševním onemocněním*, s. 132.

pracovních dovednostech. Chránění dílny především mají klienta připravit na budoucí pracovní činnost.⁶⁹

Přechodné zaměstnávání je pro klienta přímým kontaktem s trhem práce. Firmy zaměstnávají především klienty, kteří jsou vyléčeni nebo podstupují léčbu. Nechybí ani pomoc psychologa nebo asistenta, té by měl klient využívat jen v případech, kdy si neví rady a potřebuje se s někým poradit.⁷⁰

Klienti pracují po dobu šesti měsíců mimo své organizace, pracovní doba je formou zkráceného úvazku. Pracovní místa nejsou podmíněna kvalifikovaností. Tento typ pracovní rehabilitace má klienta připravit na běžné zaměstnání nebo do podporovaného zaměstnání. Pokud by měl klient zájem, může si vyzkoušet další místo přechodného zaměstnávání než bude pokračovat v přechodu na podporované zaměstnávání.⁷¹

Následujícím typem pracovní rehabilitace je *podporované zaměstnávání*. Klient vstupuje do zaměstnání, kde se zohledňuje jeho zdravotní stav. Opět je klientovi k dispozici terapeut či asistent, kteří klientovi radí při jakýchkoli potížích, jako jsou absence nebo nezvládnutí rytmu práce.⁷² Před nástupem na pracovní místo jsou posuzovány klientovi předpoklady pro dané místo. Zkoumají se jeho silné stránky, které souvisejí s náplní pracovního místa. Spolupráce s rodinou klienta a jeho sociálním prostředím při podporovaném zaměstnávání je také velmi významné pro jeho setrvání v práci.⁷³

Matoušek uvádí, že takovýto typ rehabilitace je doprovázen mnoha organizačními komplikacemi. Bohužel v dnešní době je podporované zaměstnávání pro některé z klientů jedinou možností, jak být zaměstnání.⁷⁴ S prací souvisí i výdělek. Klienti dostávají plat od zaměstnavatele a z důvodu jejich nemoci je jim vyplácen invalidní důchod. Jeho výše je závislá na pracovní schopnosti posuzované osoby. Invalidní důchod je rozdělen do tří stupňů, prvního, druhého a třetího, s tím, že částka se od prvního stupně postupně zvyšuje, ale zvyšuje se i míra neschopnosti pracovat.⁷⁵

⁶⁹ Srov. PĚČ, O., VÁCHKOVÁ, L., WOGURKOVÁ, D., MUŽÍK, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.), *Psychózy: psychoterapie, psychózy a komunitní péče*, s. 119.

⁷⁰ Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. A KOL., *Sociální práce s duševním onemocněním*, s. 132.

⁷¹ Srov. PĚČ, O., VÁCHKOVÁ, L., WOGURKOVÁ, D., MUŽÍK, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.), *Psychózy: psychoterapie, psychózy a komunitní péče*, s. 120.

⁷² Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. A KOL., *Sociální práce s duševním onemocněním*, s. 132.

⁷³ Srov. PĚČ, O., VÁCHKOVÁ, L., WOGURKOVÁ, D., MUŽÍK, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.), *Psychózy: psychoterapie, psychózy a komunitní péče*, s. 120.

⁷⁴ Srov. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., *Sociální práce v praxi: specifiky různých cílových skupin a práce s nimi*, 150.

⁷⁵ Viz §39, zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

Závěrem bych chtěla zdůraznit, že práce je důležitá, jelikož během ní se člověk učí strukturovat čas, má možnost rozvíjet sociální kompetence, navázat a získat sociální kontakty. Proto je nezbytným pilířem při poskytování kvalitní péče.⁷⁶

2.3.2 Podporované vzdělávání

V postindustriální době vede dobré vzdělání k dobrému sebeuplatnění lidí na pracovním trhu. Duševní onemocnění nastává v období vzdělávání, což má za následek, že mnoho duševně nemocných lidí své vzdělání nedokončí nebo jim komplikuje životní dráhu v zaměstnání.⁷⁷ Podporované vzdělávání může probíhat jednak ve speciálních třídách, kde mohou být lidé se stejným handicapem, nebo student s psychiatrickým onemocněním dochází do školy. Ve škole je mu k dispozici jeho osobní asistent nebo case manager. Především mladí lidé jsou pro tento přístup podporovaného vzdělávání vhodní, protože umožňují zvyšovat jejich kompetence, které jsou potřebné pro jejich budoucí kariéru.⁷⁸ Další možností vzdělávání duševně nemocných lidí je, že se využívá možností dané lokality, kde se osoba s duševním onemocněním vzdělává. Nevytváří se speciální programy, ale soustředí se na využití zdrojů, které jsou dosažitelné pro všechny studenty na kolejích a univerzitách. Pokud během vzdělávání jde navázat spolupráce se zařízením poskytující psychiatrickou péči je to jen k prospěchu osob, která studují, protože o jejich osobu je pečováno i z hlediska jejich duševního stavu.⁷⁹

2.3.3 Rehabilitace v oblasti bydlení

Bydlení patří mezi jednu z nejdůležitějších složek lidských potřeb. Duševní nemoc omezuje v mnoha případech tuto potřebu dostatečně naplnit. Pro mnohé duševně nemocné osoby je těžké plnit roli nájemníka nebo souseda.⁸⁰ Je časté, že mnoho lidí s duševním onemocněním jsou hospitalizováni, proto se v dnešní době preferuje hospitalizace na co nejkratší dobu, aby člověk nebyl dlouho vytržen z přirozeného prostředí. Dlouhodobá

⁷⁶ Srov. ŠUPA, J., *Expertiza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“*, s. 7. [Online], Datum poslední aktualizace není k dispozici. [cit. 2010-10-18]. Dostupné na WWW: <http://www.domovynapulcesty.cz/main/docs/expertiza_odo.doc >

⁷⁷ Srov. PĚČ, O., VÁCHKOVÁ, L., WOGURKOVÁ, D., MŮŽÍK, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., *Psychiatrická rehabilitace*. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V.(eds.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 120.

⁷⁸ Srov. ŠUPA, J., *Expertiza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“*, s. 7. [Online], Datum poslední aktualizace není k dispozici. [cit. 2010-10-18]. Dostupné na WWW: <http://www.domovynapulcesty.cz/main/docs/expertiza_odo.doc >

⁷⁹ Srov. PĚČ, O., VÁCHKOVÁ, L., WOGURKOVÁ, D., MŮŽÍK, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., *Psychiatrická rehabilitace*. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V.(eds.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 122.

⁸⁰ Srov. tamtéž.

hospitalizace způsobuje, že člověk ztrácí sociální dovednosti a kompetence a je odloučen od komunity, ve které žil. Návrat domů pro duševně nemocného člověka také nemusí být jednoduchý. Duševní nemoc může zapříčinit komplikace ve vztazích v rodině, protože na rodinu jsou kladeny nároky, na které nebyla dosud zvyklá. Dále se může stát, že ze života člověka s duševním onemocněním odejdou jeho blízcí a on se není schopen o sebe sám postarat, jelikož byl celý život odkázaný na jejich pomoc.⁸¹

V polovině dvacátého století byla péče o duševně nemocné převážně typu institucionální péče, která nebyla pro duševně nemocné osoby nijak vyhovující v případě jejich návratu do přirozeného prostředí. Proto v mnoha západních zemích v 60. letech se začal objevovat trend deinstitucionalizace. Za tímto záměrem byly vytvářeny chráněná bydlení, domy na čtvrt, půl a tři čtvrtě cesty, chráněná skupinová bydlení, chráněné byty, internáty, pečovatelské domy, venkovská bydlení, jež jim poskytovaly, jak bydlení, tak práci. Specifická byla různou formou podpory a omezení. Výsledným efektem mělo být klienta naučit, co největší samostatnosti v bydlení s ohledem na rozsah jeho onemocnění. I přes to, že tyto typy podpory v bydlení vedly klienty k větší samostatnosti, byly formou určité miniinstitucionalizace. Hlavně proto, že způsob, jakým se klienti učili samostatnosti v bydlení, v rámci těchto druhů podporovaného bydlení, nebyl použitelný, pokud by jednou klienti bydleli úplně samostatně. Dovednosti, které se naučí klient ve společném bydlení se skupinou dalších lidí je jen omezeně použitelný, jestliže by jednou chtěl v bydlení dosáhnout úplné samostatnosti.⁸²

Od devadesátých let dvacátého století se podpora v bydlení začala soustředit na kontinuální péči. Klientovi by měla být poskytována péče, co nejdéle v jednom prostředí. Nácvik dovedností by měl být, co nejvíce přiblížen nejběžnějším podmínkám bydlení. V této souvislosti i nácvik sociálních dovedností by měl být směřován k prostředí, které je klientovi nejpřirozenější.⁸³

V České republice patří mezi nečastěji rozšířené typy bydlení domy na půl cesty, chráněné byty, podporované bydlení a sociální byty. *Domy na půl cesty* jinými slovy komunitní bydlení jsou charakteristické tím, že v jednom domě bydlí několik klientů. Režim bydlení je upraven tak, aby se každý z nich podílel na společném bydlení. Dvacet čtyři hodin je klientům k dispozici terapeut. Tento typ bydlení je klientům nabízen jen na určitou dobu.

⁸¹ Srov. ŠUPA, J., *Expertiza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“*, s. 7. [Online], Datum poslední aktualizace není k dispozici. [cit. 2010-10-18]. Dostupné na WWW: <http://www.domovynapulcesty.cz/main/docs/expertiza_odo.doc>

⁸² Srov. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, s. 145 – 146.

⁸³ Srov. tamtéž, s. 146.

Má být před stupněm k další formě samostatnějšího bydlení. Stále častěji se ozývají hlasy kritiky, že mnozí klienti jsou schopni jen určitého stupně samostatnosti v bydlení. Proto časté přesouvání klientů z jednoho typu bydlení do jiného není příliš optimální.⁸⁴

Chráněné byty jsou především pro klienty, kteří po ukončení hospitalizace potřebují znovu získat některé schopnosti spojené s bydlením, nebo se chtějí osamostatnit. Délka pobytu v chráněných bytech je časově omezená a to na rok nebo až na rok a půl. Tato doba slouží k tomu, aby si klienti zkusili samostatné bydlení. Po dobu jejich pobytu jim pomáhají asistenti, které zajišťují asistenční služby. V lepších případech by klienti po době, kterou strávili v chráněných bytech, měli přestoupit do sociálních bytů. Hlavně u mladých lidí hrozí to, že po odchodu z chráněného bytu se vracejí domů, do primární rodiny a vše, co se naučili, zapomenou.⁸⁵

Dalším typem bydlení je *podporované bydlení* probíhající ve vlastním bytě klienta. Služba je soustředěna na potřeby klienta, to znamená, že se zaměřuje na oblasti, ve kterých klient potřebuje pomoc. Jedná se o nácvik dovedností spojené s vedením domácnosti. Jak dlouho taková podpora bude trvat, závisí na stanovených cílech klienta⁸⁶

A jako poslední jsou to sociální byty, které jsou nutné převážně u mladých klientů. Pro mladé lidi s duševním onemocněním jsou sociální byty možností, jak se odpoutat od primární rodiny a být, více samostatnější, i vzhledem k jejich onemocnění.⁸⁷ U všech forem bydlení jde především o to, aby lidé s duševním onemocněním zvládali obstarat chod domácnosti, byli si vědomi bezpečnostních rizik, naučili se platit nájem, aby si dokázali nakoupit, hospodařit s penězi a také si rozvrhnout, jak trávit volný čas. V současné době služby, které jsou nabízeny lidem s duševním onemocněním v oblasti bydlení, jsou v České republice sférou neziskových organizací. Ty ovšem musejí přizpůsobit nabízené služby dle svých finančních možností a kapacitám v oblasti personálního zajištění služeb. Od toho se odvíjí forma, délka a intenzita nabízených služeb.⁸⁸

2.3.4 Sociální rehabilitace a rehabilitace trávení volného času

Duševní onemocněním je důvodem ztráty sociálních rolí, například sociálně role jako člověka s rodinou, nebo jako studenta, a pomalu je nahrazuje pouze role pacienta. Mnoho lidí

⁸⁴ Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 131.

⁸⁵ Srov. tamtéž.

⁸⁶ Srov. PĚČ, O., VACHKOVÁ, L., WOGURKOVÁ, D., MŮŽÍK, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., *Psychiatrická rehabilitace*. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 125-127.

⁸⁷ Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 131.

⁸⁸ Srov. PĚČ, O., VACHKOVÁ, L., WOGURKOVÁ, D., MŮŽÍK, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., *Psychiatrická rehabilitace*. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 126.

s duševním onemocněním pro jejich nemoc přicházejí o původní zázemí a často se po odchodu z hospitalizace nemají na koho obrátit. Což může také skončit bezdomovectvím. Sociální pracovník je osoba, která by měla během hospitalizace zmapovat rodinné podmínky klienta a zajistit mu takovou službu, která by jej ochránila právě před bezdomovectvím.⁸⁹

Nemoc snižuje nemocným osobám psychosociální schopnosti a schopnost komunikovat s okolím a navazovat sociální kontakty. Rehabilitace v oblasti sociálních kontaktů a trávení volného času je první, která se u klientů uplatňuje.⁹⁰

Sociální rehabilitace spočívá v náviku sociálních rolí, podpoře sebeúcty, zvládnání stresu a podpoře soběstačnosti a nezávislosti u osob, kterým nemoc snížila sociální dovednosti a schopnost komunikovat. Nejen sociální rehabilitace, ale i skupinová psychoterapie se soustředí na to, jak v ní obnovit či pomoci posílit sociální role nebo sociální dovednosti. Například z vybraných forem speciálního skupinového sezení se náviku sociálních rolí věnuje dramaterapie. O skupinové psychoterapii mluvím v následující kapitole, proto budu dále pokračovat v sociální rehabilitaci a rehabilitaci volného času.

Nemusí se vycházet jen z formalizované péče, ale odborníci mohou hledat pomoc i v rodině, u přátel, spolupracovníků či spolupacientů. Pro každého člověka je také velmi důležitým pocitem někam patřit nebo mít kam jít, tím myslím, například za přáteli, do zájmového kroužku.⁹¹ Právě zájmové kroužky jsou možností, jak trávit volný čas.

Klienti se v rámci volnočasových aktivit učí spolupracovat, plánovat a prožívat momenty, které společně zažívají. Při výletech, společenských akcích a podobných volnočasových aktivitách je důležité, aby poznali a pocítili prvek sounáležitosti, dokázali se navzájem podpořit a pomoci si. Během trávení volného času se samozřejmě objevují i krizové situace, které učí klienty, jak reagovat a jak s nimi zacházet.⁹²

Co se týče zařízení, které poskytují takovouto formu rehabilitace, jsou to například denní stacionáře nebo centra denních aktivit.⁹³

Denní stacionáře jsou formou intermediální péče, což znamená, že jsou na hranici ambulantní a lůžkové péče. Poskytují ambulantní služby a to především osobám, které

⁸⁹ Srov. PĚČ, O., VACHKOVÁ, L., WOGURKOVÁ, D., MUŽÍK, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 126.

⁹⁰ Srov. tamtéž, s. 128.

⁹¹ Srov. ŠUPA, J., *Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“*, s. 8. [Online], Datum poslední aktualizace není k dispozici. [cit. 2010-10-18]. Dostupné na WWW: <http://www.domovynapulcesty.cz/main/docs/expertiza_odo.doc>

⁹² Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 96-97.

⁹³ Srov. PĚČ, O., VACHKOVÁ, L., WOGURKOVÁ, D., MUŽÍK, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 128-129.

vyžadují každodenní léčbu a rehabilitaci, ale na druhou stranu ještě nevyžadují hospitalizaci. Jsou součástí, jak zdravotnických, tak nezdravotnických zařízení.⁹⁴ Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je základní činností denních stacionářů poskytování pomoci při hygieně a při běžných úkonech v péči o vlastní osobu. Dále jsou to výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, které souvisejí právě i s volným časem klientů. Důležité je také to, že denní stacionáře se zaměřují na poskytování společenského kontaktu s prostředím, nabízejí sociálně terapeutické komunity a pomoc při naplňování práv a zájmů a obstarávání osobních záležitostí svých klientů.⁹⁵

Co se týče *center denních služeb* jejich poslání je obdobné jako u denních stacionářů, tedy poskytování ambulantních služeb lidem se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, protože jejich stav vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.⁹⁶ Centra denních služeb zařizují služby, které se týkají osobní hygieny klientů nebo podmínek pro ni, poskytují stravu nebo opět její zajištění, výchovné, vzdělávací a aktivizační služby.⁹⁷

2.3.5 Terapeutická komunita

Existují dvě pojetí terapeutické komunity a to širší a užší. V širším pojetí se jedná o řízení léčebného oddělení, kde se podporuje otevřená komunikace. Co se týče rozhodování a léčení je zde spolupráce, jak pacientů, tak členů lékařského týmu. Významným prvkem tohoto pojetí je, že pacienti s lékařským týmem spolupracují, vyměňují si navzájem informace, prodiskutovávají vzniklé problémy. Dále je charakteristické pro širší pojetí terapeutické komunity setkávání personálu, kdy projednávají vztahy v léčebné jednotce, tak mezi sebou.⁹⁸

Užší pojetí je založeno na modelových situacích společenské skupiny lidí k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. Pacienti se při každodenních činnostech na sebe nějakým způsobem působí, dostávají se do konfliktních situací, musí tedy řešit problémy. To je učí poznávat jejich podíl na vytváření, udržování a opakování svých životních problémů a konfliktů. Na druhou stranu učí se tím hlavně osvojovat si přizpůsobivější vzorce chování.⁹⁹

⁹⁴ Srov. SLEZÁKOVÁ, L., A KOLEKTIV, *Ošetřovatelství pro gynekologické asistenty III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*, s. 188.

⁹⁵ Viz. §46, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

⁹⁶ Srov. ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R., *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*, s. 106.

⁹⁷ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, s. 36.

⁹⁸ Srov. KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 176.

⁹⁹ Srov. tamtéž.

Terapeutická komunita má mnoho definic, ovšem ani jedna nevystihuje název doslovně. Jedna z definic terapeutické komunity zní takto:

Terapeutická komunita je skupina lidí, kteří se řídí určitými základními interpersonálními principy, jejichž pomocí mohou překonávat utrpení pramenící z izolace a maladaptivního chování, a kteří mají vysokou schopnost a ochotu pomáhat druhým, předtím odcizeným osobám, aby dosáhli jasného smyslu komunitní sounáležitosti; je to společenství, které ví, jak se lidé, kteří byli mimo společenství, mohou opět do společenství vrátit.¹⁰⁰

V terapeutické komunitě jde především o její demokratické fungování. Jejím hlavním významem je, aby motivovala a podporovala pacienty, zvyšovala jejich sebevědomí ohledně jejich rozhodování a sociálních dovedností. Je organizační formou lůžkové nebo ambulantní péče. Pacienti, jak jsem již zmínila na samotném úvodu terapeutické komunity, se podílejí na fungování oddělení a to tím, že probíhá vzájemná spolupráce mezi nimi a lékařských týmem.¹⁰¹ Co se týče významu terapeutické komunity u lidí se schizofrenním onemocněním, je důležitá z hlediska bezpečí, zodpovědnosti, empatie, jistoty a diskrétnosti. Tyto faktory jsou ovšem převážně na bedrech lékařského týmu, jelikož lidé s diagnózou schizofrenie je málokdy aktivují tyto faktory jako první. V rámci terapeutické komunity probíhají aktivity individuální nebo skupinové, které jsou psychoterapeutické tak rehabilitačně socializačního charakteru. Terapeutická komunita je pomáhá jedinci opět obnovit sociální vztahy, pomáhá mu získat sociální sebevědomí a také pocit potřebnosti pro společnost.¹⁰²

2.3.6 Svěpomocná hnutí

Princip práce svěpomocných hnutí vychází z toho, že lidé, kteří jsou jejich členy, mají zkušenosti s psychiatrickou péčí a tato jedinečná zkušenost jim umožňuje kvalitní vzájemnou podporu. Na druhou stranu jim umožňuje jejich zkušenost vnést do poskytování psychiatrické péče nové myšlenky a nápady a tak ji zkvalitnit. Aktivity svěpomocných hnutí se dají rozdělit do formálních a neformálních okruhů jejich působení. U neformálního okruhu působnosti jde o spontánní aktivity pacientů a klientů lůžkových a nelůžkových zařízení. Další okruhem svěpomocných aktivit jsou aktivity formální, které jsou již organizované.¹⁰³

Ve světě jsou svěpomocná hnutí nebo také svěpomocné skupiny velmi rozšířené. Tvoří přechod mezi uměle vytvořenou skupinou a skupinou přirozenou, protože je klienti

¹⁰⁰ KALINA, K., *Terapeutická komunita: obecná model a jeho aplikace v léčbě závislosti*, s. 21.

¹⁰¹ Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁOVÁ, M., BIBIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 80.

¹⁰² Srov. BOUCHALOVÁ, B., *Terapeutická komunita při léčbě Schizofrenie*. In SYŘIŠŤOVÁ, E., *Skupinová psychoterapie psychóz (ve vztahu ke schizofrennímu onemocnění)*, s. 82-83.

¹⁰³ Srov. JANČE, F. A KOL., *Svěpomocné aktivity uživatelů psychiatrických služeb: Příručka k programům svěpomoci*, s. 8-9.

vytvářejí sami bez asistence, pomoci či vedení odborníků.¹⁰⁴ Tato hnutí se v psychiatrii snaží, působit v různých oblastech jako jsou práva duševně nemocných osob, poradenství, také poskytují vzdělávání svým členům, odborníkům a veřejnosti. Jejich jedním z cílů je boj proti stigmatizaci, jejíž problém jsem zmínila na konci první kapitole.¹⁰⁵

Účelem těchto zařízení a jejich služeb je, aby pomohly vnést smysluplnou náplň do dne nemocných osob, rozvíjet mezilidské vztahy, protože se pak kvalita jejich života zvyšuje a vede k duševní pohodě.

Psychiatrická rehabilitace je důležitá v podpoře lidí s duševním onemocněním. Pomocí rehabilitace klienti snáze poznají, jaké jsou jejich možnosti. Znovu se učí dovednostem, které z důvodu jejich nemoci zapomněli nebo si nestihli osvojit. Rehabilitace by měla naučit duševně nemocné žít s jejich nemocí vyrovnaně i s ohledem na to jaké omezení jim způsobuje. Důležité je také to, že nejsou to jen oni sami, ale v rámci rehabilitace přicházejí do kolektivu lidí, tedy skupiny, která je svým způsobem podporuje a učí je zvládat každodenní fungování v práci, ohledně bydlení či vzdělávání. Kolektiv nebo také jinak skupina je nosným pilířem pro osoby s duševním onemocněním v jejich vyléčení a samostatnosti.

¹⁰⁴ Srov. VYMĚTAL, J., *Úvod do psychoterapie*, s. 78.

¹⁰⁵ Srov. BALABÁN, M., *Pohled na svépomocná hnutí v psychiatrii*. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 195.

3. Skupinová psychoterapie u lidí se schizofrenním onemocněním

V předešlé kapitole jsem se věnovala formám psychiatrické rehabilitace, které probíhají ve skupině nebo jednotlivě. Jako je například již zmíněné komunitní bydlení, terapeutická komunita, svépomocné hnutí, pracovní rehabilitace, chráněné dílny. U těchto forem rehabilitace je vyzdvížen význam skupiny jako prostoru, kde se klienti učí ujmout svých práv, zodpovědnosti a povinností. Skupinová psychoterapie má zdůraznit význam skupiny a její význam u zmíněného společného bydlení, práce, vzdělávání, sociální rehabilitace, terapeutické komunity a svépomocných hnutí. Skupina je pro jedince místem, kde získávají podporu, korektivní emoční zkušenost, které je pak mohou posunout ven z patologicky symbiotických vztahů, které jsou dospělejší, a proto souvisejí s jejich zotavením.¹⁰⁶

Tato kapitola se věnuje skupinové psychoterapii a jejím vybraným formám u lidí se schizofrenním onemocněním. V první podkapitole se věnuji obecně popisu skupinové psychoterapie a jejím zásadám, jež musejí být dodržovány pro její úspěšné probíhání. V následujících dvou podkapitolách se již zabývám skupinové psychoterapii u lidí se schizofrenním onemocněním a jejím speciálním formám, z nichž jsem vybrala muzikoterapii, arteterapii, dramaterapii a psychodrama. Vybrala jsem právě takové terapeutické techniky, protože patří mezi nejvyužívanější vzhledem ke schizofrennímu onemocnění.

3.1 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie se rozděluje na dva základní typy a to na uměle vytvořenou skupinu nebo skupinu přirozenou, kdy je klient její součástí i mimo terapii. Uměle utvořené skupiny jsou takovými, kde se pacienti neznají, což je důležitým prvkem takového druhu skupiny, jelikož pak by hrozilo nebezpečí neupřímnosti a komunikační selekce. Přirozené skupiny tvoří lidé, kteří se dobře znají a společně žijí i mimo realitu terapie. Proto nejčastěji jde o rodiny nebo partnery a terapie se nazývá rodinnou či partnerskou. Pro terapeuta má přirozená skupina mnoho specifik. Nevytváří modelové situace, vše, co se odehrává uvnitř skupiny je opravdové. Prožívané a řešené problémy členů skupiny jsou spontánní a týkají se všech účastněných. Z čehož vyplývá, že terapeut nesmí zapomenout u přirozené skupiny přistupovat ke všem zúčastněným jako k celku, nesmí sympatizovat jen s určitými lidmi a

¹⁰⁶ Srov. PĚČ, O., Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni skupiny. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 159.

také by měl dbát na to, aby reflektoval případné tvoření se koalic v průběhu sezení.¹⁰⁷

Ve skupinové psychoterapii se využívá skupinové dynamiky, což znamená, že vztahy a vzájemné působení je, jak mezi členy skupiny a terapeutem, tak mezi členy navzájem. V tomto ohledu se tedy odlišuje například od individuální psychoterapie, kde je vztah a interakce výhradně mezi terapeutem a jedním pacientem. Skupinová dynamika je vytvářena interpersonálními vztahy a interakcí osobností členů skupiny spolu s existencí a činností skupiny a silami z vnějšího prostředí. Do skupinové dynamiky patří normy skupiny, vůdcovství, koheze a tenze, projekce minulých zkušeností a vztahů do aktuálních interakcí, vytváření podskupin a vztahy jedinců a skupiny, dále také, jak se skupina vyvíjí v čase.¹⁰⁸

Počet členů ve skupině se může pohybovat mezi třemi až třiceti členy. Rozlišuje se mezi skupinami malými, středními či velkými. Za malou skupinu se považuje terapeutická skupina do deseti osob. Střední skupina je od jedenácti do dvaceti osob, velká skupina je od jednadvaceti do třiceti členů. Často se, ale stává, že počet členů ve skupině kolísá, takže se počet členů pohybuje mezi osmi až dvanácti, což je přesně něco mezi malou a střední skupinou.¹⁰⁹

3.1.1 Příprava a přijetí členů do skupinové psychoterapie

Připravit členy na skupinovou terapii může spočívat například v poskytnutí předběžných informací a předběžného zážitku. Názory na informovanost o terapii než se jí pacienti zúčastní, se liší. Je to dáno tím, že každá psychoterapeutická škola zastává jiný přístup k informovanosti. Kratochvíl uvádí, že někteří autoři dávají přednost tomu, aby účastník předem o procesu psychoterapie mnoho nevěděl. Účastníci psychoterapie mají všechny procesy, emoce a dění prožívat a poznávat v průběhu zážitku samého, než prostřednictvím toho, že jim budou nejprve sděleny terapeutem na začátku.¹¹⁰ Naopak jiný názor zastává Irving D. Yalom, který tvrdí, že je dobré, aby měl potencionální zájemce o terapii dostatečné informace, jaká je povaha skupiny, délka terapie, co se od něj bude ve skupině očekávat. Předběžná informovanost o průběhu terapie je podle Yaloma stěžejní v tom smyslu, že tak ochrání člověka od předčasného ukončení terapie. Předčasné ukončení terapie může zanechat v člověku negativní emoce a odradit ho vyzkoušet jiný druh terapie.¹¹¹

¹⁰⁷ Srov. VYMĚTAL, J., *Úvod do psychoterapie*, s. 69–70.

¹⁰⁸ Srov. KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 15.

¹⁰⁹ Srov. KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 36. 1995

¹¹⁰ Srov. tamtéž, s. 38.

¹¹¹ Srov. YALOM, I., D., *Teorie skupinové psychoterapie: Teorie a praxe*, s. 285.

Existuje několik forem přípravy na skupinovou terapii. Jednou z možností je nechat kandidátům léčby přečíst populární výklad o skupinové psychoterapii, nebo potenciálním členům zaslat informativní leták, který vysvětluje podmínky léčby a principy skupinové psychoterapie v daném zařízení. Jako další formu přípravy na skupinovou terapii může terapeut zvolit rozhovor o tom, co se bude ve skupině dít a co se od členů skupiny očekává. Jiným řešením bývá to, že terapeut poskytne potenciálnímu zájemci náhled do již fungující terapeutické skupiny či komunity. Terapeut také může spojit již existující a fungující skupinu pacientů s kandidáty, nebo jen na ukázkou vytvořit časově omezenou přípravnou skupinu z potenciálních zájemců.¹¹²

Jedinec, který se chce účastnit skupinové psychoterapie, by měl být v první řadě motivován, což znamená, že má osobní zájem být členem terapeutické skupiny. Pokud se člověk rozhodne účastnit skupinové psychoterapie na nátlak nebo doporučení někoho jiného a ne převážně z motivace své, je terapie předurčena k jasnému neúspěchu. Mnoho terapeutů se shodlo na tom, že pro přijetí do terapie jsou vhodní ti lidé, jejichž problémy se nacházejí v interpersonální rovině. Tím bývá osamělost, stydlivost a sociální uzavřenost, neschopnost intimních vztahů nebo lásky, přehnaná soutěživost, agresivita, výbušnost, hádavost, podezřívavost, problémy s autoritou, narcismus, neschopnost sdílet, být empatický, přijímat kritiku, strach ze sebepoznání, submitivita a závislost. Osoby, které mají zájem účastnit se terapie, si musejí být alespoň z určité části jejich problému vědomi, aby terapie byla účinná.¹¹³ Pokud chce terapeut zjistit na kolik je motivovanost člověka účastnit se terapie velká, volí terapeuti individuální sezení s každým potenciálním členem. Jak terapeut, tak potenciální klient mají možnost zjistit, jestli je zvolený druh terapie právě tím správným. Takto se terapeut i zájemce vyvarují případného zklamání a nenaruší se budoucí fungování skupiny.¹¹⁴

3.1.2 Prostředí, první zahájení, zásady práce skupiny

Skupinová sezení mohou probíhat v jakémkoli prostředí, ale dané prostředí musí poskytovat soukromí, nenachází se v ní rušivé elementy a je možné sedět v kruhu. Obecně dávají terapeuti přednost tomu, kdy jim v cestě ke klientům, nic nestojí. Vnímání celého těla klientů je podstatné proto, že terapeut může vnímat nejen verbální, ale neverbální reakce klientů.¹¹⁵

¹¹² Srov. KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 40 – 42.

¹¹³ Srov. YALOM, I., D., *Skupinová psychoterapie: Teorie a praxe*, s. 280.

¹¹⁴ Srov. COREY, G., ET AL., *Techniky a přístupy ve skupinové psychoterapii*, s. 62.

¹¹⁵ Srov. tamtéž, s. 317.

U prvního skupinového sezení dochází nejprve k vzájemnému představení, vysvětlují se základní pravidla, která jsou důležitá pro funkci skupiny. Je obvyklé, že hned jako první zásada se přijímá to, že se členové skupiny budou oslovovat křestními jmény a tykají si. Ovšem v některých skupinách se otázka tykání nechává spontánnímu vývoji. Jedna z možností, jak pokračovat po společném se představení je, že každý ze členů skupiny vylíčí své obtíže, uvede důvody, kterého je vedly začít s léčením, popíše, co od skupiny očekává. Další typ vedení skupiny závisí na orientaci skupiny, jestliže se bude jednat o skupinové sezení strukturované či nekonstruované, o kterém se podrobněji zmiňuji níže. Zahájit skupinu se dá také technikou. Terapeut může navrhnout techniku jako je například, kdo z účastníků mu připomíná někoho z rodiny, z přátel a podobně, nebo může jít o přirovnání k rostlině či zvířeti. Čímž ve skupině vzniká podnět k diskusi.¹¹⁶

Po takovém to úvodním se seznámení je významné vytvořit normy skupiny. Stane-li se to, že na počátku terapie nemají klienti ucelenou představu jejich očekávání, má terapeut možnost ovlivnit skupinu tak, aby byla podle jeho představ optimálně terapeutická. Mohlo by se zdát, že jde ze strany o jakýsi typ manipulace, ovšem od terapeuta se očekává, že skupině udá jistý směr, proto se v žádném případě o manipulaci nejedná. V průběhu terapie stále terapeut normy ve skupině ovlivňuje, jak vědomě tak nevědomě. Této okolnosti by se měl být terapeut vědom. V každé skupině vzniká soubor nepsaných pravidel, jež určují chování ve skupině. Ideální situací je, že normy, které umožňují terapeutickým faktorům maximální efektivitu.¹¹⁷

Kratochvíl uvádí čtyři významné zásady pro práci ve skupině. První zásadou je zásada otevřenosti a upřímnosti. Ve skupině je důležité, aby její členové mluvili o svých pocitech, i když je mohou považovat za společensky nevhodné. Členové skupiny by se měli vyhýbat lži, pokud si myslí, že nemohou na některou otázku odpovědět upřímně, mají raději využít možnosti se nevyjadřovat, než překrucovat skutečnost. Druhou zásadou je odpovědnost v jednání. Je nutné, aby mezi sebou členové dodržovali pravidla společenského soužití, ať už mimo ve skupině či mimo ni. Je to z toho důvodu, aby se předešlo psychickému, fyzickému či společenskému poškození každého ze členů skupiny. Třetí zásadou je dodržování důvěrnosti. Ze skupiny by se neměly vynášet důvěrná sdělení členů. Důvěra ve skupině hraje významnou roli, co do její efektivity práce. Pocit důvěry slouží k pocitu bezpečí a jistoty uvnitř skupiny a znamená to, že se může mluvit o intimních věcech, které se nedostanou do nepovolaných rukou. Čtvrtou zásadou je právo říci stop. Jestliže účastník cítí, že hovor skupinou směřovaný

¹¹⁶ Srov. KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 44 – 45.

¹¹⁷ Srov. YALOM, I., D., *Skupinová psychoterapie: Teorie a praxe*, s. 143–145.

na jeho osobu, není schopen už dále zvládat, může skupinu zastavit určených stop signálem. Ostatní musí jeho právo stop respektovat. Právě tato zásada je také klíčová v rámci důvěry a jistoty ve skupině.¹¹⁸

3.1.3 Strukturovanost skupinového sezení

Skupinové sezení se dělí na strukturované sezení a nestrukturované sezení. U strukturovaného sezení. U strukturovaného sezení jsou jasně daná vodítka, co v jakém okamžiku dělat. Program je tedy buď předem naplánovaný, nebo jde o sezení volné, kdy má terapeut připravené různé techniky a cvičení, které účastníci sezení dle jeho instrukcí provádějí. Nestrukturované sezení nemá konkrétní vodítka, co se bude nebo nebude ve skupině dělat. Situace v tomto typu sezení je nejasná, neurčitá.¹¹⁹

Každé sezení se musí nějak uvést. Buď je to prostřednictvím mlčení, kdy se čeká, kdo první začne, nebo se sezení zahajují technikou, která má přivést členy do nálady k činnostem, jež budou následovat, a která přivede počáteční materiál k diskusi. Posledním typem, jak skupinu zahajovat je prostřednictvím plnění naplánovaných úkolů.¹²⁰

Dalším důležitým prvkem ve skupinovém sezení je na, co se bude skupina ve svém sezení orientovat. Jednak se může skupinové sezení orientovat na předmět či obsah. Ten se člení na biografická, kdy se skupina zaměřuje na jedince jeho problémy, tematická zaměřená na diskutování o problémech, které jsou společné více členům skupiny a interakční, která se týká zkoumání vztahů a interakcí členů ve skupině. Skupina se může také orientovat z hlediska času na přítomnost, co se aktuálně děje ve skupině nebo na minulost a budoucnost. Poslední orientací je uváděna orientace se na místo, co se děje tady, co se dělo, děje nebo bude dít tam, to znamená, jak ve vlastním prostředí, tak v primárních skupinách členů.¹²¹

Při skupinovém sezení dochází také k preferování určitých psychických procesů. Jednak to může být proces intelektuální, kdy dochází k analyzování současné nebo minulé problematiky nebo se analyzují skupinové situace. Dále to mohou být emoční procesy, kdy se klade důraz na prožitky ve skupině, ač jde o prožitky negativní či pozitivní, emoční podpory, zlosti, dotyků, vřelosti, ve smyslu prožití emoční korektivní zkušenosti nebo jen ve smysl akceptování sebe se svými pocity a zvýšení jejich uvědomělého prožívání. Nebo se může

¹¹⁸ Srov. KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 46 – 47.

¹¹⁹ Srov. tamtéž, s. 71-72.

¹²⁰ Srov. tamtéž, s. 73.

¹²¹ Srov. tamtéž, s. 74.

skupina soustředit na konativní psychické procesy, u kterých jde především o jednání a učení, posilování, napodobování, zkoušení a nacvičování nového chování členů skupiny.¹²²

Ukončení je také velmi důležitým prvkem u skupinové psychoterapie. Jsou dva typy zakončení a to sezení se závěrem anebo bez závěru. Sezení se závěrem mají obvykle rekapitulaci týkající se toho, co se odehrávalo ve skupině, jaký mělo sezení přínos a význam, dále se může ve skupině řešit to, co se bude naplnit dalšího sezení. Ukončit sezení lze uzavírací technikou, která je dobrá pro uvolnění a pocit sejetí skupiny, může se jednat o podání si ruky, obejmutím se všech v kruhu, tancem, zpěvem. Sezení bez závěru končí v přesně stanovený čas, aniž by záleželo, co se právě ve skupině odehrává. Ve skupině je vždy jeden člověk, ať už je to jeden ze členů skupiny nebo terapeut, který hlídá čas a v momentě, kdy nastane hodina, kdy má sezení skončit, tento čas oznamuje. Členové skupiny, která ukončuje sezení bez závěru, často po ukončení mají pocity tenze, sezení v nich zanechá pocit neuzavřenosti a neukončenosti. I když se může zdát, že je takovýto typ ukončování sezení nežádoucí. Jisté výhody má, a to takové, že účastníci skupiny mají dost materiálu na přemýšlení, pokud je součástí sezení vést si deník, zapisují si do něj své komentáře a úvahy týkající se sezení, i sami členové hodnotí sezení bez závěru kladně.¹²³

3.2 Skupinová terapie psychóz

Léčba pomocí skupinové terapie u schizofrenie má již dlouhou historii, probíhá od počátků 20. století. V jejích začátcích bylo zdůrazňované poskytování informací a některé psychoanalytické prvky a v zásadě se měnila v závislosti na charakteru psychiatrické péče. V 50. letech 20. století, kdy byla zavedena neuroleptika či jiným výrazem antipsychotika do léčby schizofrenie a došlo k deinstitucionalizaci a zavedení komunitní péče. V době institucionalizované péče reflektovala skupinová psychoterapie dlouhodobou hospitalizaci nemocí, s příchodem zmíněné deinstitutionalizace se změnila i dlouhodobá hospitalizace na krátkodobou s krátkodobou skupinovou psychoterapií. Dlouhodobá skupinová psychoterapie přešla do ambulantní sféry a to do ambulantních dlouhodobých skupin nebo denních stacionářů. Pozitiva, která přinesla deinstitutionalizace psychiatrické péče byla v tom, že skupinová léčba měla daleko větší, protože dokázala naplnit léčebné cíle. Lidé získali zodpovědnost převzít své osudy do svých rukou, což v uzavřených institucích nebylo možné,

¹²² Srov. KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 74.

¹²³ Srov. tamtéž, s. 75.

jelikož se nemocní cítili být institucí omezováni ve svých životech, proto nemohly být léčebné cíle psychoterapie dojít ke svému naplnění.¹²⁴

Skupinová psychoterapie se stanovuje cíle podle toho, jak pojímá takzvané funkční psychózy. V medicíně jsou funkční psychózy nemocemi, které zasahují do interpersonálních oblastí a znesnadňují život nemocnému v sociální sféře. V tomto případě se skupinová léčba zaměřuje na snížení symptomů dále, aby nemocný přizpůsobil zvládnání interpersonálních vztahů a zlepšily se u něj psychosociální funkce. Následující přístup upřednostňuje jako hlavní osobnostní růst, přenesení a začlenění primitivních agresivních popudů.¹²⁵

Dalším cílem pro pacienta ve skupině je ustanovení a regulace časových, prostorových, a interpersonálních hranic a lepší strukturalizace ego- funkcí, podpora zdravých částí ega, korektivní symbiotická zkušenost s rozpuštěním dyadických přenosových vztahů a vytvoření stabilnějších objektivních vztahů.¹²⁶

3.2.1 Osobnost a role terapeuta v psychoterapii schizofrenního onemocnění

Jak samotný název kapitoly naznačuje, bude se věnovat osobnosti a roli terapeuta v rámci psychoterapie. Psychoterapie je léčba, jež používá psychologické prostředky, které jsou komunikační a vztahové povahy. Nedílnou součástí psychoterapie jako takové je i osobnost psychoterapeuta, jehož osobnost vstupuje do léčby pacientů a to, jak na úrovni profesionálního vztahu s pacientem, tak i osobnostní svéráz terapeuta, která je podmíněna motivací k práci a k pacientovi. Než začne psychoterapeut pracovat se svou vlastní skupinou nebo i jednotlivcem je nutné, aby si prošel sebe zkušenostní částí psychoterapeutického vzdělávání, což znamená, že se na určitou dobu ocitne v roli pacienta. Pro psychoterapeuta to znamená, že se ocitá v procesu psychoterapie. Taková to forma vzdělání mu pomáhá formovat jeho osobnost a pomáhá mu nalézat a rozvíjet žádoucí stránky jeho osobnosti, ke kterým se řadí vnitřní stabilita a úroveň sebepoznání, pak jsou to určité charakteristiky jeho osobnosti, které vedou optimální vztahové nabídce pacientovi.¹²⁷

Vnitřní stabilita je důležitá z hlediska větší toleranci vůči psychické zátěži a je založena na pozitivním přijetí sebe sama. Jestliže jedinec vyrůstal v prostředí, kde byla empatie a respekt rodiny vůči jeho osobě v období jeho dospívání na vysoké úrovni, poskytlo

¹²⁴ Srov. PĚČ, O., Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni skupiny. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 160.

¹²⁵ Srov. tamtéž, s. 161.

¹²⁶ PĚČ, O., Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni skupiny. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 161.

¹²⁷ Srov. VYMĚTAL, J., *Úvod do psychoterapie*, s. 125.

mu bezpečí a jistotu a jeho osobnost byla dobře formována. Tato zkušenost v dospělosti přispívá k zmíněné vnitřní stabilitě v dospělosti. Další zmíněnou stránkou osobnosti je již zmíněné sebepojetí, což znamená, jak jedinec vnímá, hodnotí, myslí a prožívá sám sebe. Člověk, který dokáže přijímat a vnímat objektivní kritiku od svých blízkých přátel či rodiny bývá vnitřně stabilní. Ovšem nejen sebepojetí určuje vnitřní stabilitu psychoterapeuta, dále je to jeho životní situace, která je určována kvalitou jeho nejbližších a těsných vztahů, v nichž žije. Jedná se především o vztahy partnerské a rodinné. Jed samozřejmě, že jestliže člověk žije v harmonickém vztahu, jeho vnitřní stabilita, není nijak ohrožen, avšak pokud je tomu opačně, hrozí její narušení. Pro terapeuta je velmi významné to, aby si plně uvědomoval své pozitivní a negativní osobnostní vlastnosti. Během práce s pacienty promítá nejen své vědomosti a profesionalitu, ale i sebe samotného, proto si musí být vědom svých limitů. Je tedy nutné, aby si průběžně reflektoval zkušenost se sebou samým, aby sám sebe dobře znal, rozuměl a tím, jak dobře sám sebe zná, se také řídil ve svém osobním životě. K tomu slouží supervize. Supervizi se nebudu podrobněji zabývat, jen uvedu, že je to druh kolegiální pomoci mezi psychoterapeuty, konzultace, které se týkají vedení obtížnějších pacientů, při kterém se snadno prolíná subjektivita terapeuta do psychoterapeutického procesu.¹²⁸

Dalším důležitým aspektem u terapeuta jsou role, které ve skupině zaujímá. Terapeut má ve skupinové psychoterapii několik rolí, jednak to může být role aktivního vůdce, role analytika, komentátora, moderátora a experta nebo role autentické osoby. **Role aktivního vůdce** se často očekává ve skupinách složených ze starých lidí nebo z pacientů se závažnými somatickými chorobami, ale také u psychotiků, kteří vyžadují výraznější podporu a vedení. Od terapeuta toho typu se očekává, že bude usměrňovat dění ve skupině, objasňovat, řídit a učit ostatní. Jako vůdce prosazuje svoji moc k tomu, aby ovlivňoval členy skupiny, ale takovým způsobem, který členy podporuje, chrání, konfrontuje, vede a nabádá. Skupina ze začátku takovouto roli od terapeuta potřebuje, obrací se k němu pro jeho rady, podporu a jsou na něm značně závislé. **Role terapeuta jako psychoanalytika** se využívá například v analytické skupinové psychoterapii, psychoanalýze a ve skupinách skupinově analytické psychoterapie. Má být prostředníkem pro přenos infantilních vztahů k otci a matce. Jeho osobnost má zůstat pro členy skupiny hádankou, jako neznámá osobnost. Co se týče dění ve skupině, terapeut do něho nezasahuje, nechává jejímu dění volný průběh.¹²⁹

Terapeut v postavení komentátora podobně jako terapeut analytik ponechává ve skupině volné dění, nijak skupinu aktivně neusměrňuje a neřídí. Ovšem po nějakých časových

¹²⁸ Srov. VYMĚTAL, J., *Úvod do psychoterapie* s. 126–128.

¹²⁹ Srov. KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 49 – 50.

úsecích shrnuje a komentuje dění ve skupině. Neosobní charakter terapeutových komentářů vyvolává ve skupině pocity agrese, kdy skupině začne pochybovat o účelnost takového typu sezení. Ve skupině nejsou přítomny směrnice, struktura a vedení, což vede k reakci členů skupiny. Role komentátora ve skupině má význam převážně v interakčně orientovaném sezení, během něhož se členové skupiny učí chápat neverbální a metakomunikační zřetel skupinové diskuse a skupinové dění. **Terapeut jako moderátor a expert.** V takové to roli terapeut již od samého začátku směřuje skupinu pomocí množstvím technik. V přípravné fázi se pokouší ovlivnit normy ve skupině a informuje členy o pravidlech skupinové terapie. Pravidla, které se snaží ve skupině nastolit, odvozuje od své autority a svých zkušeností. Je důležité, aby je klienti přirozeně převzali za své. Od samého začátku ve skupině vytváří komunikační síť, což má vést k tomu, aby klienti komunikovali převážně mezi sebou a nesměřovaly všechna svá tvrzení k němu. Mnohdy je pro skupinu těžší přirozeně komunikovat mezi sebou a ne převážně s terapeutem, proto je terapeut může vzájemné interakci naučit pomocí příslušných technik. Další variantou, jak členy skupiny přimět k vzájemné komunikaci bez toho, aby se neobraceli neustále na něj, je, že může odmítat odpovídat, zavírat oči, když je osloven.¹³⁰

Terapeut jako **autentická osoba** se ve skupině projevuje jako jeden z jejích členů, účastní se všech aktivit ve skupině, jako její členové také on mluví otevřeně o svých pocitech, které se týkají aktuálních dění ve skupině nebo i on pocitech, které jsou mimo rámec skupiny. Členové skupiny ho tedy vnímají jako jednoho z nich. U tohoto typu role je důležité položit si otázku, kam až může terapeut ve svém lidském přístupu a transparentnosti zajít. Existují omezení vzhledem k vlastnostem terapeuta, cíli i okamžitými potřebami skupiny. Terapeut by měl mít takové osobní postoje a vlastnosti, které jsou pro skupinový vývoj pozitivní. Tím se myslí, že by měl dávat najevo svůj zájem o druhé, což je spojeno s úctou druhému člověku, empatií a vřelým kontaktem. Jestliže se terapeut chová tak, že během sezení ve skupině vztekne a prosazuje svůj názor na úkor ostatních členů skupiny, není to pro skupinu vhodný terapeut a pro něho samotného bude lepší, když si osvojí jiný typ role.¹³¹

Samozřejmě, že terapeut může ve skupině projevit svou nelibost, znučenost, ale měl tyto pocity projevit s nějakým účelem, který bude skupině ku prospěchu, naopak když jsou pocity zlosti a unuděnosti spontánním projevem terapeuta, skupině to jen škodí. Dalším faktorem, jak může terapeut negativně skupinu ovlivnit je odbočení od skupinového cíle. Mohlo by se stát, že skupina se začne zabývat terapeutovými problémy a to také na skupinu

¹³⁰ Srov. YALOM, I., D., *Skupinová psychoterapie: Teorie a praxe*, s. 145–146.

¹³¹ Srov. KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 61–62.

působí negativně. Jak by se mohl terapeut vyhnout tomu, aby se jeho problémy staly pro skupinu nejdůležitějšími, je tak, že se sice vyjadřuje autenticky, ale neotvírá se se svými problémy. Jeho účelem není to, aby skupinu seznamoval se svou anamnézou. Posledním aspektem terapeutova omezení je situace, kdy se terapeut dostane do rozporu, co je v dané chvíli terapeuticky žádoucí. Jako příklad se uvádí situace, v níž se cítí terapeut negativní pocitu vůči jednomu deviantnímu členovi skupiny stejně jako všichni ostatní ve skupině. Přitom si, ale uvědomuje, že vyjádřením těchto pocitů by pozici tohoto člena ve skupině jen zhoršil. Proto se tedy svým pocitem spíše za něj a tím vyváží negativní hodnocení ostatních členů skupiny.¹³²

Zmínila jsem několik typů rolí, které může terapeut zastávat. Vzhledem ke schizofrennímu onemocnění literatura hovoří o tom, že terapeut by měl skupinu řídit a být direktivní. Proto je role terapeuta jako moderátora a experta či jako vůdce vhodná při skupinové psychoterapii lidí se schizofrenním onemocněním.

3.2.2 Vytváření terapeutického vztahu s lidmi se schizofrenním onemocněním

Úspěch terapie nesporně závisí na terapeutickém vztahu. Na počátku rozvíjení se terapeutického vztahu pacient získává emocionální opravňující zkušenost, terapeut se má pacienta pokusit zbavit nejistoty a úzkosti, od kterých se odvíjí pacientovo dlouhodobé neuspokojení, ztráta významných zdrojů motivace k životu, vnitřní protichůdné citové projevy a nesvoboda. Terapeutický vztah má význam právě v přetvoření těchto negativních pocitů a chování pacienta. Společně hledají prostředky a cíle, které jsou důležité pro odstranění frustrace potřeb.¹³³

Účinnost terapeutického vztahu spočívá v tom, že terapeut k nemocnému zastává zcela lidský vztah, kde se nemusí bát strachu a nedůvěry, nejistoty a neřešitelných rozporů. Nemocný musí cítit, že mu terapeut v jejich vzájemném vztahu poskytuje bezpečí. Terapeut se také snaží zbavit nemocného pocitu osamocení. Tím, že terapeut poskytne nemocnému pocit, že rozumí jeho pocitům a v jeho řeči objevuje hodnotu, je pro jejich vztah velmi významné. Samozřejmě terapeutický vztah se schizofrenními pacienty souvisí se zvláštnostmi schizofrenní osobnosti, například v porovnání s neurotiky má velmi odlišný charakter. Psychoterapeutická práce se schizofreniky je o to těžší, protože převážně reagují na podněty snové než na podněty vycházející z reality, protože snová představa bývá pro schizofreniky daleko silnější než představa reálná. Proto i terapeut musí uzpůsobit, hlavně ze začátku,

¹³² Srov. KRATOCHVÍL, J., *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 61 – 63.

¹³³ Srov. SYŘIŠŤOVÁ, E., *Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy*, s. 133.

kontakt s člověkem se schizofrenním onemocněním, to znamená, že využívá k prolomení bariéry pacientových snových představ, tak, že využívá podnětů, které jsou blízké pacientovu imaginárnímu světu.¹³⁴

Terapeut tedy musí proniknout a snažit se pochopit imaginární svět pacienta. To souvisí s respektováním jakkoli bizarních výroků a projevů ze strany pacienta. Takový to postup vede k tomu, že si terapeut pomalu získává pacientovu důvěru a poskytuje mu pocit, že není jediný, kdo má takové to problémy. Kdyby terapeut místo zmíněného postupu volil přístup vzbuzovat v pacientovi podněty běžnými konvenčními způsoby komunikace, a snažit se ho vymanit z jeho vysněného světa, zcela by se jeho práce mýjela účinkem. Syřišťová uvádí, že je to jako bychom na cizince mluvili naší řečí a přitom bychom si mysleli, že nám rozumí. Pokud terapeut s pacientem naváže vztah je nutné dále tento vztah upevňovat a obnovovat.¹³⁵

3.2.3 Podstata skupiny v psychoterapii u lidí se schizofrenním onemocněním

Terapeut by měl v první řadě uplatňovat soulad verbální a nonverbální komunikace. Terapeut by měl umět dobře pracovat s časem, skupině by měl přesně říci, jak dlouho bude terapie probíhat. Příklady v literatuře hovoří o takových situacích, kdy terapeut nezmíní délku trvání sezení a v jejím průběhu kontroluje čas, což narušuje dobře se rozvíjející se aktivity ve skupině. Pokud terapeut dobře využívá psychoterapeutických metod k posílení nonverbální komunikace, pomáhá to k posílení nonverbální a verbální komunikaci v celé skupině. Další nedílnou součástí, aby skupina dobře pracovala a její účastníci se cítili komfortně, je, aby skupinu terapeut emočně podporuje. To spočívá v tom, že terapeut zaměřuje psychoterapii na aktuální potřeby účastníků skupiny, to znamená, že psychoterapie není zaměřena na reprodukování minulosti. Účastníci psychoterapie se cítí být přijímáni, chráněni a uspokojováni. Nikdy by síla vztahu, který je mezi terapeutem a skupinou, neměla přejít do stádia toho, že terapeut se skupinou manipuluje. Důležitým prvkem ve skupinové psychoterapii u psychotiků je také jasné stanovení norem, vztahů a hodnot skupiny. V skupině by měla být určena každá osoba, vztahy, způsoby řešení problémů a další důležité otázky, jež se týkají života ve skupině a jejího se začlenění do mimoskupinové struktury.

¹³⁴ Srov. SYŘIŠŤOVÁ, E., *Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy*, s. 133.

¹³⁵ Srov. tamtéž, s. 134- 136.

Terapeut na sobě tyto prvky na sobě ozřejmuje a zprostředkovává je ostatním členům skupiny. A samozřejmě vyvíjí snahu, aby je udržel.¹³⁶

Udržet a vytvořit identitu, celistvost a dynamickou rovnováhu, dále klást důraz na zodpovědnost člena skupiny jako jedince i skupiny jako celku, to další úlohou terapeuta v rámci skupinové psychoterapie. V podkapitole Vytváření terapeutického vztahu s lidmi se schizofrenním onemocněním jsem uvedla, že pro vytvoření dobrého terapeutického vztahu a získání si pacientovi důvěry, využívat jeho imaginárních představ, což znamená, že pacientovi ukazuje, že terapeut se pacienta snaží pochopit. Také v rámci skupinové psychoterapie je velice významné začlenit psychotické zkušenosti pacientů do skupiny. V praxi se tedy jedná o to, že terapeut umožňuje členům skupiny uvést vlastní psychotické prožívání do kontextu terapeutické skupiny, tak, že se nemusí bát negativního dopadu, kterým je i pokus o tento projev doprovázen. Jako je například sebeobviňování, pocit ohrožení, osamocení a podobně. Tím, že terapeut dává těmto prožíváním význam, otevírá se i jejich smysl, jak pro jedince či celou skupinu. V neposlední řadě, co hraje důležitou roli v podstatě skupinové psychoterapie, je najít společné téma skupiny, kterou skupinu spojuje a dává ji reálnou perspektivu. Společné téma vytváří ve skupině naději, zájem o vlastní osud každého člena, ale i o osud ostatních.¹³⁷

3.3 Vybrané formy speciálního skupinového sezení

V této podkapitole se věnuji formám speciálního skupinového sezení. Arteterapii, muzikoterapii, dramaterapii a psychodramatu, které jsem vybrala právě proto, že jsou nejčastěji využívanými formami skupinové psychoterapie u lidí se schizofrenním onemocněním.

3.3.1 Arteterapie

Arteterapie je mladou disciplínou. Pojem art therapy poprvé použila Margaret Naumburgová ve třicátých letech 20. století. V Evropě se toto označení začalo používat až roku 1940, v osmdesátých letech 20. století započala první éra profesionálních arteterapeutů.

Výraz arteterapie v rozsáhlejší smyslu znamená léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. V užším pojetí arteterapie vyjadřuje pouze

¹³⁶ Srov. KALINA, K., Skupina v psychoterapii schizofreniků. In SYŘIŠŤOVÁ, E., *Skupinová psychoterapie psychóz (ve vztahu ke schizofrennímu onemocnění)*, s. 86.

¹³⁷ Srov. SYŘIŠŤOVÁ, E., *Skupinová psychoterapie psychóz (ve vztahu ke schizofrennímu onemocnění)*, s. 86–87.

léčbu výtvarným uměním. Ovšem úplné začátky arteterapie jsou mnohem starší než samotný výraz *art therapy*.

Nizozemský psychoterapeut Hilarion Petzold definuje arteterapii takto:

"Arteterapie je teoreticky usměrněné působení na člověka jako celek v jeho fyzických, psychických danostech, v jeho uvědomělých i neuvědomělých snaženích, sociálních a ekologických vazbách, plánované ovlivňování postojů a chování pomocí umění a z umění odvozenými technikami, s cílem léčby nebo zmírnění nemoci a integrování nebo obohacení osobnosti."¹³⁸

Účelem arteterapie je naplnit různé cíle každého jednotlivého klienta. Častými cíli je navození kompenzačního procesu, aktivizace, zprostředkování kontaktu, přeformování stereotypů, komunikace prostřednictvím výtvarného projevu, odstranění úzkostných stavů, socializace nebo kanalizace agresivity. Každý výtvarný projev je nutné považovat za tvořivý projev. V arteterapii se v současné době uplatňují hned tři trendy. Prvním je, že se arteterapie používá především k diagnostice výtvarných produktů klientů. Klinicky je chápána čistě psychoanalyticky a jde v ní o analytickou práci s klienty a jejich osobnostními strukturami. Dalším trendem je, že se v interpretaci klientů nehledá nějaký zřejmý smysl. Nesměřuje k analýze klientovi osobnosti, ale k zobecnění poznatků a souvislostí v kulturním kontextu. Posledním třetím trendem je elektrický trend.¹³⁹

Arterapie lze využívat, jak individuálně, tak skupinově. Individuální arteterapie pracuje pouze s jedním klientem, má to tu výhodu, že klient má terapeuta jen pro sebe, navazují spolu úzký vztah a dochází k prožívání intenzivního zážitku s člověkem, který ho chápe. Individuální arteterapie se využívá v případech, kdyby mohl být jeden ze členů skupiny nežádoucí svým chováním, které by rušilo celou skupinu. Je evidentní, že skupinová arteterapie je pro terapeuta daleko náročnější než arteterapie individuální. Má, ale i svoje nesporné výhody v tom, že sociální učení probíhá rychleji a intenzivněji, nebo se mohou členové skupiny, kteří mají podobné problémy podpořit a cítit se kohezně. Dalšími výhodami je například, že zpětná vazba nepůsobí jen na toho, komu byla věnována, ale může sloužit k tomu, aby se nad ní zamyslela celá skupina, je ekonomičtější a demokratičtější. Na všech rozhodnutích se podílejí všichni členové skupiny.¹⁴⁰

K nevýhodám skupinové arteterapie patří těžší organizační zvládnutelnost, terapeut má také omezený čas, který může jednotlivému členovi věnovat, dosahuje nižší diskrétnosti, než

¹³⁸ ŠICKOVÁ – FABRICI, J., *Základy arteterapie*, s. 31.

¹³⁹ Srov. ŠICKOVÁ – FABRICI, J., *Základy arteterapie*, s. 33 - 34

¹⁴⁰ Srov. HORŇÁKOVÁ In ŠICKOVÁ – FABRICI, J., *Základy arteterapie*, s. 44

arteterapie individuální a skupina může dostat nálepku nebo stigma. Šicková – Fabrici zmiňuje vlastní zkušenost Hornákové na skupinovou arteterapii, která tvrdí, že do skupiny se musí zařadit daleko zajímavější techniky s nábojem, aby bylo pro skupinu sezení lákavější. Skupina má podle jejích zkušeností daleko větší sociální a integrační náboj.¹⁴¹

V každé skupině se utváří vztahy a probíhá komunikace na mnoha úrovních pomocí různých prostředků. A to mezi jedincem a jeho vlastním já, mezi jednotlivými členy, skupinami členů, vedoucím skupiny a jednotlivci, vedoucím a skupinou, skupinou a institucí, mezi institucí a širší společností. Komunikace nemusí být jen verbální či neverbální, ale také je to řeč těla. Výtvarná tvorba, která ve skupině probíhá, ovlivňuje vztahy a komunikaci členů skupiny a naopak. Výtvarná činnost lidem dovoluje vnést na povrch pocity, které se ukrývají v jejich nevědomí a tímto způsobem je dokázat zhmotnit, to vede k tomu, že se ve skupině utváří pocit sounáležitosti a členové skupiny se o sobě navzájem a také sami o sobě dozvídají nové věci. Hloubka skupinové práce závisí na tom, k čemu má skupina směřovat, proč vlastně vznikla, což závisí do jisté míry na zkušenostech a metodách terapeuta, který skupinu vede.¹⁴²

Pro skupinu je důležitým prvkem osoba, která ji vede. Často se stává, že po ukončení sezení, mohou mít někteří zúčastnění mnoho materiálu k přemýšlení a nemohou se odpoutat od práce, v tom by jim měl arteterapeut pomoci různými technikami sebekontroly. Arteterapeut musí znát techniky, jak do výtvarného procesu zasahovat, ale také si od něj udržovat jistý odstup. Může tomu napomoci, jeho odlišnost v oblékání nebo se věnuje na konci sezení meditaci a podobně. Své skupině by měl naslouchat, dávat ji zpětnou vazbu.¹⁴³

Techniky arteterapie jsou také velice rozmanité, dalo by se říci, že záleží na osobnosti terapeuta, jakou techniku zvolí. Z technik arteterapie se uskutečňuje například volná kresba, to znamená, že každý tvoří, co chce a terapeut k tomu může jen pro inspiraci dodat okruh témat a námětů. Využívanou technikou je dále komunikace výtvarným uměním, kdy pacienti komunikují pouze pomocí obrázků. Myšlenky a city tedy vystihují tvary a barvami. Dalšími technikami jsou doplňovačky a společné malování. U doplňovaček se zvolí téma, lidská postava, sedí se v kruhu a každý pacient maluje určitou část těla postavy. Tato technika je příkladem spolupráce skupiny, podstatné je, co si kdo vybere a také, jakým způsobem malování pojme. V rámci společného malování se zvolí téma malby jako je například krajina, či skupina lidí a skupina nad tím pracuje. Na konci sezení se pacienti baví nad svými díly, kde se nabízí možnost pro každého z účastníků zjistit, co si o něm jednotlivci nebo celá skupina

¹⁴¹ Srov. HORŇÁKOVÁ In ŠICKOVÁ – FABRICI, J., *Základy arteterapie*, s. 44.

¹⁴² Srov. CAMPBELLOVÁ, J., *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*, s. 21.

¹⁴³ Srov. tamtéž, s. 31.

myslí, skupina může hádat, co chtěl dotyčný svou malbou vyjádřit, sdělit skupině. Pacienti nejenže mohou hádat pocity jiných, ale také mohou při komentování maleb ostatních zapojovat svoje problémy, které v nich kresby ostatních vyvolají.¹⁴⁴

Význam arteterapie u lidí se schizofrenním onemocněním

Právě arteterapie je se schizofrenním onemocněním spjata velmi těsně. Myšlenka využít výtvarnou tvorbu se zrodila ze zájmu o tvorbu schizofreniků. Mezi arteterapií a schizofrenním onemocněním je zvláštní vazba, jelikož arteterapie umožňuje nemocným komunikovat, k čemuž by jinými prostředky docházelo jen velmi těžko. Zmínila jsem, že v arteterapii existují tři trendy. U léčby lidí se schizofrenním onemocněním se používají první dva zmíněné trendy, ovšem existuje několik teoretických přístupů, které implikují různou arteterapeutickou praxi. Do těchto přístupů se zahrnuje přístup činností, které zdůrazňují prvky, jež nejsou specifické pro arteterapii, ale i tak jsou velice cenné. Je to rozvíjení samostatnosti, sebeakceptace spojené se zážitkem autorství, povzbuzování pacientů k sounáležitosti, socializace a podobně.¹⁴⁵

Následujícím přístupem je přístup kreativistický, který chce využít neuvědomělou tvůrčí schopnost důležitou pro vyplnění základního lidského puzení k autenticitě, seberealizaci a sebetranscendenci. Přístup integrativní podtrhuje, že výtvarná tvorba aktivizuje a sjednocuje složky lidské psychiky, emocionalitu, imaginaci, myšlení, percepci a motoriku. Předposledním přístupem je přístup projektivní spatřující hlavní bod arteterapie v práci s obrazovou projekcí materiálu, který si nemocný neuvědomuje a pomáhá odkrýt a zvládnout intrapsychické konflikty. Jelikož to, co nemocný v sobě potlačuje prostřednictvím výtvarné tvorby, snáze uniká cenzuře. Obrazy lze vykládat pomocí volných asociací a interpretovat stejně jako sny. Nakonec přístup komunikativní ukazuje na schopnost výtvarného umění vyjádření v komunikaci a kontaktu. Výtvarné umění dokáže sdělit informace, které jsou komunikací těžko vysvětlitelné, proto u lidí s narušeným slovním kontaktem nahrazuje výtvarná tvorba komunikaci.¹⁴⁶

Odborníky bývají některé tyto přístupy kritizovány, jako například přístup projektivní a to z toho důvodu, že hledá ve výtvarné tvorbě pacienta, protože je nadřazený, lidským výrazem. Autoři orientovaní psychoanalyticky naopak mají pochybnosti o smysluplnosti kreativistického přístupu, argumentují převážně tím, že spousta umělců, které ani jejich

¹⁴⁴ Srov. KULKA, J., *Psychologie umění*, s. 65–66.

¹⁴⁵ Srov. HÁJEK, J., Arteterapie v psychoterapii schizofrenie. In SYŘIŠŤOVÁ, E., *Skupinová psychoterapie psychóz (ve vztahu ke schizofrennímu onemocnění)*, s. 137 -139.

¹⁴⁶ Srov. tamtéž, s. 139-140.

tvořivost nechránila před neurózou a i vážnější psychickou nemocí. Je pravdou, že v teoriích arteterapie se nacházejí sporná místa, arteterapie potřebuje výzkum, týkající se terapeutického procesu a jeho výsledků. Skoro všechny uvedené přístupy lze použít při léčbě schizofrenie. Komunikační náboj je u výtvarné tvorby velmi zřetelný, díky níž se vytváří vazba na realitu, což nemá v jiných činnostech rovnocennou náhražku.¹⁴⁷

3.3.2 Muzikoterapie

Muzikoterapie jako pojem má řecko-latinský původ, řecky *moisika*, latinsky *musica* znamená hudba, řecky *therapeia*, *therapeineio*, latinsky *iatreia* znamená léčit, vzdělávat se, ošetřovat, starat se, pomáhat. Překlad tedy zní jako léčení člověka hudbou, v České republice je ekvivalentem muzikoterapie, terapie hudbou.¹⁴⁸

Muzikoterapii lze definovat mnoha způsoby. Může být považovaná jako umění, kde je spojena se subjektivitou, individualitou, kreativitou a krásou. Dále může být považována jako vědecký obor, který ji charakterizuje jako snahu o objektivnost, univerzálnost, aplikovatelnost a snahu o pravdivost. V poslední řadě je definována jako interpersonální proces, kde je spojována s empatií, komunikací, důvěrou, vzájemností a se vztahy mezi jednotlivými rolemi, které se vytváří během spolupráce terapeuta a klienta. Muzikoterapie se rozlišuje také jako disciplína a profese. Muzikoterapie jako disciplína představuje organizovaný systém poznatků, jež se skládají z teorie, praxe a výzkumu. Profesí se rozumí organizovaná skupina lidí, kteří své vědomosti používají ve svých profesích, ať už se jedná o pedagogy, supervizory nebo klinické pracovníky.¹⁴⁹

U muzikoterapie se nejedná jen o hraní na hudební nástroj, ale jde také i o samotný poslech hudby. Podporuje sjednocení fyzických, emocionálních, rozumových a duchovních sil člověka. Muzikoterapie probíhá v interakci mezi terapeutem a klientem a hudbou za pomoci rytmu, melodie, intenzity a harmonie. Hudba je nástrojem vyjadřování a tvořivého projevu u lidí s verbalizačními a komunikačními potížemi. Například u lidí, kteří jsou sociálně izolovaní, působí hudba jako radostný, pozitivní, úspěšný prvek k navázání mezilidského kontaktu s nimi. V rámci psychoterapie má muzikoterapie význam z hlediska zlepšení sebepojetí a tělesného uvědomování si sebe sama, také zlepšuje komunikační

¹⁴⁷ Srov. HÁJEK, J., Arteterapie v psychoterapii schizofrenie. In SYŘIŠŤOVÁ, E., *Skupinová psychoterapie psychóz (ve vztahu ke schizofrennímu onemocnění)*, s. 140.

¹⁴⁸ Srov. KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. A KOL., *Základy muzikoterapie*, s. 21.

¹⁴⁹ Srov. tamtéž, s. 22.

schopnosti a pomáhá při vytváření mezilidských vztahů, působí pozitivně ve snižování maladaptivních vzorců chování¹⁵⁰, ke zvýšení tvořivosti a spontaneity.¹⁵¹

Jak jsem již výše zmínila, u muzikoterapie jde, jednak o samotný poslech hudby, což se odborně nazývá receptivní muzikoterapií a prostřednictvím hry na hudební nástroj odborně řečeno produktivní muzikoterapii. U produktivní muzikoterapie není důležité, jestli klient umí nebo neumí hrát na hudební nástroj, důležité je, aby pomocí hudebního nástroje dokázal vyjádřit sám sebe, své pocity, odreagoval se, navázal kontakt s ostatními členy skupiny, a dosáhl pocitu společenství. Klient využívá hudební nástroj jako prostředek, kterým se může vyjádřit. Mnohdy je komunikace prostřednictvím hudebního nástroje s ostatními členy skupiny účinnější než komunikace verbální. K hudebnímu nástroji se využívá tance, kde nastupuje další prvek a to tělesný kontakt ve zpěvu.¹⁵²

U receptivní muzikoterapie záleží na fantazii terapeuta a na technikách, které použije. Jde o techniky reaktivní, komunikační a regulační. Nezáleží jen na samotném poslechu hudby, ale terapeut se klientů dotazuje, jaké pocity v nich hudba vyvolává, co vyjadřuje. Hudba slouží tedy k navázání kontaktu ve skupině. Společný poslech hudby vede k překonání nedůvěry. Hudba slouží ve skupině k vybudování důvěry ji ve skupině, protože pomáhá překonat různé psychologické překážky. Aby tento způsob muzikoterapie byl účinný, vybírá se takový druh hudby, jenž vyvolává silné pozitivní emoce, je to například Beethovenova Romance pro housle a orchestr F dur, Vltava ze Smetanova cyklu symfonických básní Má vlast a další skladby jim podobné.¹⁵³

Receptivní muzikoterapie se dále dělí na komunikativní, reaktivní a regulativní. Komunikativní muzikoterapie je společný poslech hudby. Je převážně zaměřená na podpoření vzájemných kontaktů, porozumění a důvěry. Dalším zmíněným typem receptivní muzikoterapie je reaktivní. U reaktivní muzikoterapie se terapeut zaměřuje u pacienta na vyvolání afektivní reakce ve smyslu psychické katarze¹⁵⁴. Poslední je regulativní muzikoterapie, jež se věnuje uvolnění svalstva a vegetativních funkcí a k vyrušení napětí za pomoci hudby.¹⁵⁵

¹⁵⁰ Stereotypní, kompulzivní, impulzivní chování.

¹⁵¹ Srov. VYMĚTAL, J., *Speciální psychoterapie*, s. 284.

¹⁵² Srov. KULKA, J., *Psychologie umění*, s. 67.

¹⁵³ Srov. tamtéž.

¹⁵⁴ Vnitřní duševní očista.

¹⁵⁵ Srov. KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 153 – 154.

Muzikoterapie u lidí s duševním onemocněním

Hudba je pro většinu lidí s psychotickou zkušeností prostředkem, jak nejlépe vyjádřit jejich pocity. Lépe tak mohou získat kontrolu nad psychotickými symptomy, jako jsou vnitřní hlasy, nebo silné neintegrovane emoce tím, že o nich mohou hovořit ve třetí osobě, čímž od nich získávají určitý odstup. Pro člověka s psychotickým onemocněním je velmi důležité, aby se dostal do přímé zkušenosti se symptomy jeho onemocnění, jen tak je schopen pochopit jejich pozitiva a negativa a sledovat k čemu mu slouží. Právě tato hudba skrze sebe nemocnému člověku nabízí. Především u chronických psychotiků hudba slouží k tomu, jak se naučit žít s psychózou, jak zvládat krizové situace a využívat na druhou stranu její potence.¹⁵⁶

Prostřednictvím terapie lze ovlivňovat náladu klienta. Rytmus, melodie, rychlost, intenzita jsou prvky struktury hudby. Vyjmenované prvky struktury hudby pomáhají vnášet organizovanost do chaotického života klientů. Muzikoterapií jde dosáhnout snížení úzkosti u všech typů psychických onemocnění včetně poruch schizofrenního okruhu a poruch nálady.¹⁵⁷

Muzikoterapie je hudební aktivitou, u které jde převážně o stabilizaci momentálního emočního stavu a nalezení nového pohledu do budoucnosti pacientů tak, aby jejich život byl obohacen, dochází v jejím rámci ke zlepšení sociálních dovedností a schopností, vedou k aktivizaci a rehabilitaci pacientových aktivit. U osob s psychotickým onemocněním se hudby využívá převážně proto, že jim umožní se oprostit od jejich vnitřního světa. I kdyby se to mělo dít jen v rámci hudební produkce, je to jistá úleva, jelikož na určitý okamžik přestanou extrémně vnímat symptomy své nemoci. Během tohoto druhu terapie má člověk čas na relaxaci, odpočinek, načerpání nové energie a prožít pocit moci nad všudypřítomnými hlasy.¹⁵⁸

V praxi se muzikoterapie praktikuje prostřednictvím světelných efektů, tělesným cvičením, autogenním tréninkem, psychodramatem¹⁵⁹ a jinými technikami. Terapeuti mohou využít dvou forem muzikoterapie a to aktivní a receptivní – pasivní. Jestliže se jedná o pasivní formu muzikoterapie neznamená to, že člověk je během terapie pasivní, protože ani při poslechu hudby není člověk zcela pasivní. Jak jsem zmínila v předešlých podkapitolách, muzikoterapie může být vedena, jak individuálně tak skupinově. Moje práce se věnuje skupinové psychoterapii, proto věnuji pozornost záměrně skupinové aktivní muzikoterapii a skupinové receptivní muzikoterapii. *Skupinová aktivní muzikoterapie*, kterou Schwabe

¹⁵⁶ Srov. KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 183.

¹⁵⁷ Srov. VYMĚTAL, J., *Speciální psychoterapie*, s. 285.

¹⁵⁸ Srov. VRÁNOVÁ, J., FUTEL, L., Muzikoterapie. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V., *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 184.

¹⁵⁹ Viz další podkapitola.

definoval jako situaci, ve které je skupina terapeutem aktivizována k činnosti různými aktivními formami hudby. Výhodou u aktivní skupinové psychoterapie je, že nabízí větší anonymitu, která usnadňuje projevit se uzavřenějším klientům. Často se stává, že se ve skupině objeví vůdce, který řídí a dělá rozhodnutí za celou skupinu a i sám za sebe. Velký význam to má především pro dlouhodobě nemocné pasivní psychotiky, za které stále někdo rozhodoval a rozhoduje. Aktivní skupinovou muzikoterapii lze skloubit s pasivní skupinovou psychoterapií. Ne vždy u všech lidí s psychózou je vhodné praktikovat jen aktivní formu skupinové muzikoterapie, protože může klienta velmi často rychle unavit a dráždit. Samozřejmě výhody této formy terapie jsou, že je jakou si formou komunikace. U nemocných v takovémto případě docházelo ke zlepšení sociálních vztahů, obnovení důvěry, prodlužovala jim dobu koncentrace, svalová koordinace se zlepšila. *Skupinová pasivní muzikoterapie* je společný poslech hudby, je kombinovaná s autogenním tréninkem, psychoterapeutickým rozhovorem a dalšími metodami. Je prakticky využitelná u všech psychotických onemocnění. Hudba se tedy užívá v psychiatrii ve spojení s psychoterapií, jako léčba zaměstnáváním nebo jako součást prostředí, ve kterém klient žije.¹⁶⁰

3.3.3 Psychodrama

Psychodrama je průkopníkem dramaterapie. Zakladatelem psychodramatické školy byl J. L. Moreno. Tento druh psychoterapie je zaměřený na vyjádření zážitků, přání, postojů a fantazie nemocného. Někteří odborníci uvádějí, že individuální forma je více vhodná pro pacienty s psychotickým onemocněním, naopak skupinová forma je využívána u pacientů s neurózou.¹⁶¹

Projev nemocného je předem nepřipravený a vždy je zaměřen na jeho osobní život, jak jsem již zmínila. Psychodrama se má pět základních nástrojů jako je jeviště, protagonista, režisér, pomocný herec a publikum. Protagonista by měl na jevišti být především sám sebou a ne hercem, od toho je režisér, jehož předvádí terapeut a. Publikum tedy ostatní pacienti nejsou jen pasivní složkou v tomto druhu terapie, ale samozřejmě se mohou aktivně do děje zapojovat.¹⁶²

Psychodramatické inscenace probíhají ve třech fázích. V první fázi jde o uvolnění se, nastolit příjemnou atmosféru a spontánní prostředí. Aby se toho dosáhlo, terapeut volí různé

¹⁶⁰ Srov. MIKULA, VL., Muzikoterapie psychotiků. In SYŘIŠŤOVÁ, E. A KOLEKTIV, *Skupinová psychoterapie psychóz (ve vztahu ke schizofrennímu onemocnění)*, s. 115 – 118.

¹⁶¹ Srov. VALENTA, M., REISMAN, M., *Dramaterapie*, s. 10.

¹⁶² Srov. KULKA, J., *Psychologie umění*, s. 70.

pohybové hry, pantomimické a taneční techniky či besedy a diskuse. Terapeut se může zaměřit na jednoho pacienta nebo nabídnout všem, jestli by někdo z pacientů nechtěl zahrát svůj problém. Ve druhé fázi již pacient přehrává určitou životní situaci, ve které figurují spoluherci, které si vybírá sám nebo je určí režisér tedy psychoterapeut. Důležité je podotknout, že jeviště musí být zcela viditelně odděleno od hlediště. Režisér dění na jevišti pozoruje a podle potřeby do něj zasahuje, pokud je nutné děj zastavit, zopakovat určité pasáže děje, vybídne herce, aby znovu sehráli, co považuje režisér za nutné. Třetí fáze je zapojení publika do děje. Publikum slouží jako zpětná vazba pro protagonistu a pomocné herce.¹⁶³

3.3.4 Dramaterapie

Dramaterapii lze formulovat několika definicemi. Z mého pohledu nejvýstižnější definicí je ta, kterou uvádí Milan Valenta.

"Dramaterapie je léčebně-výchovná (terapeuticko-formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti."¹⁶⁴

Valenta zmiňuje, že podle Courtneyova modelu jsou kořeny dramaterapie hned v několika disciplínách jako je antropologie, psychologie a psychoterapie, sociologie a divadlo. Podle Courtneyho drama má tu funkci, že se během něho jedinec učí. Dá se pokládat za nejefektivnější metodu všech forem vzdělání a výchovy.¹⁶⁵

Na rozdíl od psychodramatu pacient nehraje sám sebe, ale využívá rolí, které jsou typické pro jeho každodenní život. Role terapeuta je v dramaterapii odlišná od role, jež zastává terapeut v psychodramatu. Terapeut je součástí skupiny, vede ji zevnitř, jestliže je potřeba vystupuje a vstupuje do rolí. Aby došlo k dosažení cílů pomocí dramaterapie, využívá se improvizace, vyprávění příběhu, nonverbální komunikace, rituálu, mýtu a hry.¹⁶⁶

Dramaterapie pracuje se třemi základními pojmy, které převzala z psychoterapie a teorie divadla. Je to katarze, abreakce a korektivní emoční zkušenost. Katarze se již objevuje v Aristotelově *Poetice*. Později tento termín převzala psychologie a definuje ho jako ozdravný

¹⁶³ Srov. KULKA, J., *Psychologie umění*, s. 70–71.

¹⁶⁴ VALENTA, M., *Dramaterapie*, s. 23.

¹⁶⁵ Srov. VALENTA, M., REISMAN, M., *Dramaterapie*, s. 23.

¹⁶⁶ Srov. DOČKAL, V., *Dramaterapie*. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 179.

účinek, zbavení se pocitu viny a výčitek svědomí. S pojmem katarze je spojena abreakce, která je potřebná k dosažení katarze. Terapeut pomáhá znovu prožít patogenní emocionální zážitky, které klient potlačil natolik, proto je nemohl prožít naplno. Nejdříve byla abreakce chápána v zúženém psychoanalytickém pojetí. Sigmund Freud ji formuloval jako znovuprožití potlačeného nevědomého materiálu. V dnešní době je abreakce pojímána jako reprodukce či znovuprožití patogenních emočních zážitků, kdy ji doprovází city za účelem uvolnění emoční tenze.¹⁶⁷ Korektivní emoční zkušenost je podle Franze Alexandra, jenž ji v první polovině 20. století, zkušenost, kterou pacient získá tak, že prožije situaci, která je zásadně kontrastní a rozporná s jeho nevhodným chováním. Čímž získává potenciál vedoucí ke změně postoje a tedy i chování.¹⁶⁸

U dramaterapie nejde jen o to zaměřit se na problémy klienta, ale může to být také zdravá oblast jeho osobnosti, kterou je zapotřebí posílit. Mezi obecné cíle dramaterapie se uvádí například rozšíření repertoáru rolí pro život, uchopení vlastních emocí, rozvoj komunikace, zvyšování sociální interakce, schopnost řešit situaci, posílení sebedůvěry, být spontánní a uvolnit se. Pro mnoho klientů je dramaterapeutická skupina místem, kde mohou být sami sebou, fungují jako celek, ovládají své role, jejich snaha konečně nabírá směru. Není ovšem stoprocentní, že každý z klientů tyto zážitky prožije, ale i tak je to zkušenost, na kterou mohou v budoucnu navázat.¹⁶⁹

Všechny uvedené formy terapie u lidí se schizofrenním onemocněním vedou k tomu, aby klient tedy nemocný člověk, pokud je to v možnostech jeho nemoci byl těmito terapiemi podporován k zvládnání své nemoci a to tak, aby mu přinesly určitou úlevu, pochopení a aby také tito lidé věděli, že nejsou ve své nemoci sami. Terapie má vést člověka k tomu, aby byl schopný uchopit svůj život a posunout ho dál. Proto i u člověka se schizofrenním onemocněním je třeba podporovat a pomoci mu se osamostatnit, co do té nejvyšší možné míry. Ovšem není tomu tak ve všech případech. I když má tedy terapie nemocnému pomoci se na krátký okamžik uvolnit, vnímat realitu okolí, i to je velký úspěch terapie.

U všech vybraných forem skupinových psychoterapií je vidět, že skupina má velký vliv na uzdravení nemocné osoby. Skupina má tu sílu ukázat cestu, jak si navzájem pomoci, reflektovat, jak své problémy, tak problémy druhých. Nemocný člověk přichází na to, že skupina je mu pilířem v jeho cestě k uzdravení a pokud je dobře vedena poskytuje mu pocit bezpečí a místo, kam se může vrátit i svěřit se svými případnými neúspěchy.

¹⁶⁷ Srov. VALENTA, M., *Dramaterapie*, s. 91-92.

¹⁶⁸ Srov. tamtéž, s. 92.

¹⁶⁹ Srov. DOČKAL, V., *Dramaterapie*. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V., *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 181.

Závěr

Schizofrenie je psychotické onemocnění spadající do funkční skupiny psychóz, což znamená, že příčina vzniku není dostatečně zjištělná. Schizofrenie je charakteristická tím, že v jejím důsledku dochází u nemocné osoby k narušenému vnímání reality a vztah k okolí. Schizofrenní onemocnění spadá podle MKN 10 pod označení F20 a má několik druhů. Co se týče prognózy schizofrenního onemocnění, je ovlivněno jejím rozsahem a průběhem. Proto je léčba schizofrenního onemocnění velmi důležitá. Léčba se skládá z farmakoterapie, psychoterapie a rehabilitace. Farmakoterapie je základem úspěšné léčby. V dnešní době farmakoterapie využívá léků, jako jsou antipsychotika první a druhé generace. Právě antipsychotika druhé generace jsou revolučními, co do omezení jejich vedlejších účinků. Antipsychotika první generace byla rovněž přelomová, ovšem vedlejší účinky jsou častější než u antipsychotik generace druhé. V závěru samozřejmě záleží na tom, jak jsou organismem každé nemocné osoby přijímána. Jestliže je nemocný člověk stabilizovaný pomocí farmakoterapie, přichází na řadu psychoterapie. Psychoterapie může být, jak individuální, tak skupinová. Individuální psychoterapie je pouze na úrovni klient a terapeut. Skupinová psychoterapie využívá skupiny a její síly. Farmakoterapie a psychoterapie jsou léčebné metody, které v žádném případě nejsou svými protipóly, ale naopak se vzájemně doplňují. Rehabilitace je další úroveň léčby schizofrenie. To, co si nemocní lidé osvojují během psychoterapie, jim pomáhá v rehabilitačním procesu. Je to navazování sociálních kontaktů, učit se strukturovat čas, s čímž souvisí být schopen samostatného bydlení, vzdělávat se, pracovat či trávit volný čas. Pro duševní onemocnění a zvláště pro schizofrenní onemocnění je typický fenomén, který negativně ovlivňuje životy nemocných lidí. Je to fenomén stigmatizace. Nálepka osoby, jež je duševně nemocná je noční můrou mnoha lidí. Proto, když se ve společnosti objeví někdo s takovouto diagnózou, lidé dostanou obavy o svoji bezpečnosti a začnou se chovat velmi rezervovaně. Stigmatizace je důsledkem špatné informovanosti společnosti, v jejímž důsledku dochází k diskriminaci duševně nemocných osob. Proto čím více budou mít lidé pravdivých informací o duševních onemocněních, tím více to pomůže i samotným nemocným lidem zkvalitnit jejich život. Rehabilitace může být cestou, jak většinové společnosti přiblížit duševní onemocnění a osoby, které jimi trpí.

Rehabilitace u osob se závažným duševním onemocněním se nazývá psychiatrická rehabilitace, někdy literatura zmiňuje termín sociální rehabilitace. Název psychiatrická rehabilitace proto, že navazuje na léčbu psychiatrickou, do které spadá léčba biologická a psychoterapeutická. Její účelem je navrátit člověku schopnosti a dovednosti, které v důsledku

nemoci ztratil nebo mu je nemoc do jisté míry omezila. Usiluje dále o to, aby nemocný člověk dokázal kvalitně žít a fungovat v prostředí, které si vybral ke svému životu bez co možná trvalé podpory profesionálů.

V rámci psychiatrické rehabilitace funguje multidisciplinární tým, který se stará o nemocné osoby a to nejen při lůžkové psychiatrické péči, ale také i pokud je osoba v ambulantní péči. Skládá se z psychiatra, který v mnoha případech bývá vedoucím tohoto týmu. Dále je to psychoterapeut, zdravotní sestra, sociální pracovník a ergoterapeut. Mohou to být ovšem i jiní profesionálové jako je například arteterapeut, muzikoterapeut, dramaterapeut nebo psychodramaterapeut. Psychiatrická rehabilitace se rozděluje do několika úrovní. Jednou z úrovní je rehabilitace pracovní. Pracovní rehabilitace umožňuje duševně nemocným lidem být součástí pracovního trhu. Dalším přínosem pracovní rehabilitace pro nemocného člověka je, že během pracovní činnosti se učí rozdělovat si povinnosti, přijde do styku s jiným prostředím a lidmi. Do pracovní rehabilitace spadají chráněné dílny, přechodné a podporované bydlení. Dalším typem rehabilitace v oblasti bydlení, které může být formou komunitního bydlení, podporovaného bydlení a chráněných bytů. Mnoho duševně nemocných lidí v důsledku jejich nemoci ztratilo schopnosti v oblasti bydlení. Bydlení není jenom někde žít, ale je to také jít si nakoupit, řešit povinnosti vyplývající z něho, jako je placení účtů a podobně. Být schopen si uvařit, uklidit. Proto se rehabilitace snaží o to, aby duševně nemocný člověk byl schopen těchto úkonů.

Vzdělání je v dnešní době velmi důležité, hlavně proto, že čím větší vzdělání člověk má, tím má větší šanci získat dobré pracovní místo. Duševní onemocnění často propukne v době, kdy prochází nemocný člověk vzdělávacím procesem. Nemoc tedy způsobí, že na určitou dobu není nemocný člověk schopný se vzdělávat. Rehabilitace v oblasti vzdělávání se snaží, aby učební proces byl pro duševně nemocné osoby, co nejdostupnější. Jako další typy rehabilitace je to sociální rehabilitace a rehabilitace v trávení volného času, terapeutická komunita a svépomocná hnutí. Sociální rehabilitace se zaměřuje na posilování sebevědomí, sebedůvěry, nácviku sociálních rolí a dovedností, které byly v důsledku onemocnění omezeny nebo zcela potlačeny. Návaznost na sociální rehabilitaci má rehabilitace v trávení volného času. I pro nemocného člověka je důležité strávit smysluplně jeho volný čas, tím se zároveň učí svůj denní program plánovat. Posledními typy psychiatrické rehabilitace je terapeutická komunita a svépomocná hnutí. I když se to nemusí na první dojem zdát, je terapeutická komunita a svépomocná hnutí druhem rehabilitace. Učí nemocnou osobu, jak komunikovat a podílet se na zkvalitňování psychiatrické péče. V klientech tedy podporuje zájem o jejich práva, a kde je mohou uplatňovat.

Skupina poskytuje bezpečí, umožňuje jim reflektovat jejich emoce, podporu. Skupina je společenství lidí, kteří společně prožívají různé typy situací, ať už radostné či konfliktní. V rámci skupiny se lidé podporují, rozdělují si úkoly, mluví o svých problémech. Psychiatrická rehabilitace proto důležitosti skupiny využívá. Souvisle s psychiatrickou rehabilitací probíhá psychoterapie. Skupinová psychoterapie učí přijímat skupinu jako bezpečné prostředí. Má ovšem také zásady, které při jejím vzniku musejí všichni její účastníci dodržovat. Významnou roli ve skupině zaujímá terapeut, který může mít mnoho rolí. V rámci skupinové psychoterapie schizofrenního onemocnění je vhodné, aby role terapeuta byla spíše vůdčího typu, jelikož mnoho klientů potřebuje neustále podporovat a někam směřovat. Jak jsem na začátku zmínila schizofrenie je velmi komplikované onemocnění. Proto i formy skupinové psychoterapie jsou specifické. Nejrozšířenějšími formami skupinového sezení u lidí s diagnózou schizofrenie je arteterapie, muzikoterapie, psychodrama a dramaterapie. Každá z těchto forem skupinového sezení pomáhá lidem se schizofrenním onemocněním najít sebe sama různými metodami. Arteterapie využívá k dosažení zlepšení stavu nemocné osoby výtvarné tvorby. Lidé se schizofrenním onemocněním mají v mnoha případech problémy v komunikaci, arteterapie tedy učí nemocné osoby vyjadřovat se jiným způsobem než mluveným slovem. Další formou speciálního skupinového sezení je muzikoterapie.

Muzikoterapie, jak už její samotný název napovídá, využívá hudby a to jako prostředku vyjádření pocitů a ovlivňování nálady nemocného člověka. Hudba disponuje prvky jako je melodie, rytmus, intenzita a rychlost, což vnáší do života člověka určitou strukturovanost. Nemocnému člověku se prostřednictvím hudby přináší uvolnění a možnost oprostít se od jeho nemoci. I kdyby to bylo jen v rámci sezení, je to pro nemocného člověka velice významné. Skupinové sezení, které klienta učí, jak vyjádřit emoce, prožívání a fantazii, to je psychodrama. Psychodrama pracuje především s improvizací. Projev, který se uskutečňuje na pódiu, je předem nepřipravený, což může být pro duševně nemocné osoby těžší, na druhou stranu je jejich projev o to pravdivější. Poslední formou speciálního skupinového sezení je dramaterapie.

V rámci dramaterapie dochází k nacvičování sociálních rolí. Nemocný člověk si postupně zkouší nacvičovat různé role a osvojovat si je. To je velmi důležité u osob se schizofrenním onemocněním, jelikož v důsledku jejich nemoci se jejich sociální role přesouvá ve většině případů do role pacienta. Proto je potřeba znovu jim pomoci získat role, které ztratily.

Skupinová psychoterapie je tedy prostředkem, jak pomoci nemocným osobám orientovat se v jejich nemoci. Najít cestu ven z nemoci a schopnost navázat vztah s okolním

světem a lidmi co v něm žijí. Každá z uvedených forem speciálního skupinového sezení nabízí nemocným osobám různé prostředky k tomu, jak se uvolnit, vyjádřit sám sebe, dát najevo, co jej trápí, ale také jejich přání do budoucna. V rámci rehabilitace mohou tyto zkušenosti a dovednosti využívat a pomalu si je osvojovat za přirozené.

Seznam bibliografie

Literatura

BEER, D., PEREIRA, M., PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Přel. Martin Hollý a Kateřina Šoltysová. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. Přel. z: Psychiatric Intensive Care. Cambridge University Press, 2005. ISBN 80-247-0363-7.

BOUČEK, J. A KOL. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 2006. ISBN 80-244-1354-X.

CAMBELL, J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Přel. Michaela Šárová. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. Přel. z: Creative Art in Groupwork. ISBN 80-7178-428-1.

COREY, G. ET AL. *Techniky a přístupy ve skupinové psychoterapii*. Přel. Dagmar Brejlová. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. Přel. z: Group Techniques, Brooks/Cole, 2003. ISBN 80-7367-160-3.

ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E., HONS, J. *Psychóza v životě – život v psychóze: příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-156-1.

FIŠAR, Z. A KOL. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2737-0.

HANUŠ, H. A KOL. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7187-873-5.

JANČE, F. A KOL. *Svépomocné aktivity uživatelů psychiatrických služeb: Příručka k programům svépomoci*. Praha: Fokus, 2001.

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.

KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. A KOL. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9.

KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 1996. ISBN 80-85824-20-5 .

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. aktualiz. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.

KULKA, J. *Psychologie umění*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247.2329-7.

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. A KOL. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-274-2137-5.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

MATOUŠEK, O., KODÝMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. (eds.) *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MKN-10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Bomton agency s. r. o., 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.

OREL, M., FACOVÁ V. A KOLEKTIV. *Člověk, jeho smysly a svět*. Praha: Grada 2010, ISBN: 978-80-247-2946-6.

PEČEŇÁK, J. A KOLEKTIV. *Kapitoly o schizofrénii*. 1 vyd. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-201-4.

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.) *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

RABOCH, J., JIRÁK, R., PACH, I. *Psychomakologie pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7387-041-6.

SLEZÁKOVÁ, L. A KOLEKTIV. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada 2006, ISBN: 978-80-247-2270-2.

SYŘIŠŤOVÁ, E. *Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1974.

SYŘIŠŤOVÁ, E. A KOLEKTIV. *Skupinová psychoterapie psychóz (ve vztahu ke schizofrennímu onemocnění)*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1980.

ŠIČKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-408-3.

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

VALENTA, M., REISMAN, M. *Dramaterapie*. 1. vyd. Olomouc: Netopejr, 1999. ISBN 80-86096-27-0.

VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, ISBN: 80-247-1151-6.

VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0723-3.

VYMĚTAL, J. A KOLEKTIV. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1315-1.

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2667-0.

YALOM, I. D. *Teorie skupinové psychoterapie: Teorie a praxe*. Přel. Hana Drábková, Martin Hajný. 1. vyd. Hradec Králové: Konfrontace, 1999. Přel. z: *Theory and Practice of Group Psychotherapy*, HarperCollins, 1995. ISBN 80-86088-05-7.

ZVOLSKÝ, P. A KOLEKTIV. *Speciální psychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova, 1996. ISBN 80-7184-203-6.

Prameny

MOTLOVÁ, L., DRAGOMIRECKÁ, E. *Schizofrenie a kvalita života*, [Online], Datum poslední aktualizace neuvedeno. [cit. 2010-10-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psych203/04.htm>>

ŠUPA, J. *Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“*, s. 7. [Online], Datum poslední aktualizace není k dispozici. [cit. 2010-10-18]. Dostupné na WWW: <http://www.domovynapulcesty.cz/main/docs/expertiza_odo.doc>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.