

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Specifika práce s pozitivními příznaky u lidí se  
schizofrenií v terapeutickém rozhovoru**

Bc. Martina Husáková

vedoucí práce: Mgr. Petra Šedivá

**Praha 2014**

**Prague college of psychosocial studies**



**Specifics of work with positive symptomatic at  
schizophrenia clients in therapeutic interview**

Bc. Martina Husáková

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Petra Šedivá

**Praha 2014**

## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením Mgr. Petry Šedivé samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu. Dále prohlašuji, že odevzdaná písemná verze bakalářské práce a verze elektronická jsou totožné.

.....

Bc. Martina Husáková

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Petře Šedivé za cenné rady, náměty a vedení při vypracování bakalářské práce.

Bc. Martina Husáková

## **Anotace**

Téma bakalářské práce zní „Specifika práce s pozitivními příznaky u lidí se schizofrenií v terapeutickém rozhovoru“. Hlavním cílem byla snaha zjistit, jakými způsoby je možné v průběhu rozhovoru pracovat s pozitivními příznaky u lidí se schizofrenií a ukázat jakým způsobem s tím pracují terapeuti v praxi. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou část. Teoretická část je věnována objasnění základních pojmů, seznámením se s onemocněním schizofrenie a jejími příznaky, se specifiky práce s lidmi se schizofrenií a s terapeutickým rozhovorem, jeho strukturou a technikami, které se v průběhu rozhovoru používají. Praktická část obsahuje analýzu polostrukturovaných interview, které proběhly s terapeuty z pomáhajících profesí, pracujících s cílovou skupinou. Zjišťovali jsme, zda se teoretické poznatky při práci s pozitivními příznaky užívají v praxi a jaké techniky jsou v průběhu rozhovoru užívány.

**Klíčová slova:** schizofrenie, terapeutický rozhovor, specifika práce, pozitivní příznaky

## Abstrakt

Topic of bachelor's work is „Specifics of work with positive symptomatic at schizophrenia clients in therapeutic interview“. Main goal is to find out what strategies are effective to work with in therapeutic interview with schizophrenia client with acute positive symptomatic and to demonstrate what techniques therapists are using in praxis to cope with it. Bachelors work is divided into two parts, theoretical and empirical. Theoretical part is dedicated to the clarification of basic concepts, introduction to schizophrenia illness and its symptoms, with specifications of work with schizophrenia clients and with therapeutic interview, its structure and techniques used during the interview. Empirical part consists of analysis of semistructured interviews with therapists of helping professions, having experiences with our target group. We found out whether theoretical knowledge is used in praxis and what techniques are effective in therapeutic interview with client.

**Key words:** schizophrenia, therapeutic interview, specifics of work, positive symptomatic

# OBSAH

ÚVOD .....	9
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ .....	11
2 SCHIZOFRENIE .....	13
2.1 Co je to schizofrenie.....	13
2.2 Průběh onemocnění.....	14
2.2.1 Prodromální stadium .....	14
2.2.2 Ataka.....	16
2.3 Příznaky schizofrenie .....	17
2.3.1 Negativní příznaky .....	18
2.3.2 Pozitivní příznaky.....	19
2.3.2.1 Halucinace .....	20
2.3.2.2 Bludy .....	21
2.3.2.3 Dezorganizace mluvy a komunikace .....	22
2.3.2.4 Dezorganizace chování.....	22
3 SPECIFIKA PRÁCE S ČLOVĚKEM SE SCHIZOFRENIÍ .....	24
3.1 Přístup terapeuta.....	24
3.2 Práce s pozitivními příznaky.....	26
3.2.1 Práce s bludy .....	27
3.2.2 Práce s halucinacemi .....	28
3.2.3 Práce s dezorganizací mluvy a chováním.....	29
4 TERAPEUTICKÝ ROZHOVOR .....	31
4.1 Terapeutický vztah .....	31
4.2 Vedení rozhovoru .....	34
4.2.1 Struktura rozhovoru.....	34
4.2.1.1 Úvod rozhovoru.....	35

4.2.1.2 Jádru rozhovoru .....	35
4.2.1.3 Závěr rozhovoru.....	35
4.3 Techniky vedení rozhovoru.....	35
4.3.1 Kladení otázek .....	36
4.3.2 Zrcadlení.....	37
4.3.3 Parafrázování.....	38
4.3.4 Povzbuzování .....	38
4.3.5 Ocenění, uznání (ukotvení) .....	39
4.3.6 Sumarizace .....	39
4.3.7 Ticho.....	40
4.3.8 Konfrontace .....	40
4.3.9 Vyjadřování vlastního názoru .....	40
4.3.10 Interpretace .....	41
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ .....	42
5.1 Cíl výzkumu a metoda sběru dat.....	42
5.2 Výzkumný plán a typ výzkumu .....	43
5.3 Výzkumný problém a otázky .....	44
5.4 Výzkumný soubor a jeho charakteristika.....	44
5.5 Metoda zpracování a analýza dat .....	45
5.5 Deskriptivní část – analýza polostrukturovaných interview .....	45
5.5.1 Pracuje se s jednotlivými druhy pozitivních příznaků odlišně? .....	45
5.5.2 Využívají se v terapeutickém rozhovoru při práci s člověkem se schizofrenií techniky, které jsou uvedené v teoretické části?.....	52
5.5.3 Je práce s lidmi se schizofrenií specifická v porovnání s jinými cílovými skupinami? .....	54
6 Diskuze .....	58
ZÁVĚR .....	59
SEZNAM LITERATURY .....	61



## ÚVOD

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala na základě osobní zkušenosti s prací s klienty se schizofrenií v neziskové organizaci, kde těžištěm mé práce bylo setkávání se s klienty v rozhovorech a plánování jejich individuálních cílů. V některých případech jsem byla v rozhovoru poměrně ztracená a nevěděla co dělat, což bylo způsobeno i tím, že předchozí zkušenosti s cílovou skupinou byli skupinového charakteru. Abych se lépe zorientovala v procesu individuálního setkání, začala jsem se o tuto tematiku více zajímat.

Lidé se schizofrenií často nedůvěřují světu a ostatním lidem. Většinou mají také velké problémy se vztahovostí a komunikací. V takovém případě navázání vztahu mezi terapeutem a klientem může být náročné. Terapeuti lidí se schizofrenií se musí naladit na stejnou komunikační rovinu, aby klient získal v terapeuta důvěru a mohli společně čelit nesnázím, které onemocnění přináší.

Cílem této práce je snaha zjistit jakými způsoby je možné v průběhu rozhovoru pracovat s pozitivními příznaky u lidí se schizofrenií a ukázat jakým způsobem s tím pracují terapeuti v praxi. Dále popsat specifickou cílovou skupinu a práce s ní. Při práci s klienty se schizofrenií je třeba, aby terapeut byl otevřený vůči prožívání klienta a jeho světu. Jsou zde uvedeny zásady a doporučení pro přístup terapeuta pracujícího s klientem se schizofrenií.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V kapitole první jsou vysvětleny základní pojmy, které se objevují v celé práci. Popis onemocnění schizofrenie je obsahem druhé kapitoly. Kapitola popisuje co to je to schizofrenie, přičemž je zde kladen důraz na její jedinečnost. U každého nemocného jde o individuální kombinaci příznaků. Dále je zde popsán specifický průběh schizofrenie se zaměřením se na fázi ataky, kde se objevují příznaky spojené s tímto onemocněním. Příznaky schizofrenie, jejich vysvětlení a výčet je popsán v samostatné podkapitole.

Díky tomu, že je schizofrenie u každého jedince trochu odlišná a specifická, tím, že je zde narušen kontakt s realitou, potom je i práce s takovýmto klientem specifická. Obsahem třetí kapitoly je právě popis používaných metod při léčbě schizofrenie. Je zde kladen důraz na přístup terapeuta a důležitost pochopení problematiky. Dále se kapitola věnuje práci s jednotlivými pozitivními příznaky.

Celá práce vznikla na podkladě toho, jak se postupuje v průběhu terapeutického rozhovoru. Kapitola čtvrtá se tedy zabývá terapeutickým rozhovorem v celé jeho šíři. Na začátku je zde zmíněna důležitost terapeutického vztahu, protože bez navázání vztahu s klientem není vytvořen prostor pro sdílení klientových myšlenek, názorů a postojů. Proto, aby bylo možné pracovat, je nezbytné vytvořit bezpečné prostředí, kde o sobě bude klient ochoten mluvit s druhým člověkem. V této kapitole se také zabýváme strukturou rozhovoru a technikami, které mohou být v průběhu rozhovoru užívány terapeutem. Je zde kladen stále důraz na to, že i když existují různé techniky a terapeutické přístupy, tak terapeut vždy jedná intuitivně podle situace, které se v rozhovoru děje. Cílem této kapitoly bylo ukázat, že rozhovor má určitou strukturu a je nezbytné vědět, za jakým účelem terapeut používá určité techniky.

Praktická část se zabývá rozhovory s pracovníky pomáhajících profesí a jejich rozbořením. Je zde snaha zjistit, jakým způsobem pracují terapeuti s jednotlivými pozitivními příznaky, jaké k tomu používají techniky v průběhu rozhovoru a v čem vidí specifickou cílovou skupinu. Srovnáváme zde poznatky z teoretické části s poznatky z praxe. Díky tomu spojíme teoretickou část s částí praktickou.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

### Schizofrenie

V dnešní době se pod pojmem schizofrenie vnímá „...závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě“ (BOUČEK, 2006, s. 49). Podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (2006) se uvádí nejčastější formy schizofrenie jako schizofrenie paranoidní, hebefrenická, katatonická, prostá a nediferencovaná. Všechny tyto typy schizofrenie „...se projevují halucinacemi, bludy, ztrátou sociálních kontaktů a kognitivních funkcí, jako je racionální uvažování, abstraktní myšlení a plánování; namísto toho přicházejí bludné výklady, sluchové halucinace, nepřesné, nespojitě a neproniknutelné myšlení...“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2010, s. 524).

### Psychóza

„Psychóza je od konce 19. stol. obvyklým souhrnným označením pro duševní choroby různého druhu se závažným postižením psychických funkcí a narušeným vztahem k realitě“ (MÜLLER a MÜLLER, 2006, s. 344). Podobný pohled vysvětluje psychózu jako „...souhrnné označení těžkých duševních chorob, při nichž jedinec zpravidla ztratil kontakt s realitou, je těžce narušeno jeho vnímání, myšlení, jednání, prožívání, citění i vůle a chybí vědomí nemoci...“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2010, s. 477). Psychotický stav může mít mnoho příčin, proto je i několik druhů psychóz, jako například toxická, organická, traumatická či nejasná. V praxi se poměrně často setkáváme s volným zaměňováním pojmů psychóza a schizofrenie, proto je dobré oba pojmy upřesnit. „Psychóza je obecný sběrný pojem, stejně jako schizofrenie, která je často s psychózou ztotožňována“ (PĚČ A PROBSTOVÁ, 2009, s. 34).

### Pozitivní příznaky

„Schizofrenie nemá jednotný klinický obraz, její symptomy mohou být relativně různorodé. Jednotlivé příznaky je možné diferencovat podle toho, zda jsou projevem nadměrného, resp. zkráceného vyjádření základních funkcí (pozitivní příznaky), nebo

*jejich úbytku (negativní příznaky). Předpokládá se, že pozitivní příznaky (např. bludy, halucinace, vkládání do toku myšlenek, dezorganizace řeči, narušená kontrola chování, katatonii symptomy) jsou projevem zvýšené aktivity různých oblastí mozku“ (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 336).*

### **Blud**

*„Chorobné, mylné přesvědčení, které je na rozdíl od omylu nevývratné; mívá silný náboj; bludy jsou děleny na: expanzivní, extrapotenční, depresivní, autoakuační, insuficienční, megalomaničké, mikromanické, perzekuční, hypochondrické, kverulatoční, emulační, erotomaničké a jiné; po vymizení bludu často prázdnota a smutek“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2010, s. 67). Jiné vysvětlení předkládají autoři, kteří popisují blud takto: „Označuje v sobě uzavřené, druhými lidmi nesdílené prožívání reality, které nelze korigovat obecně sdílenými poznatky a pozorováním“ (MÜLLER a MÜLLER, 2006, s. 48).*

### **Halucinace**

*„Mylný smyslový vjem, který vyvolává pocit skutečnosti, ačkoliv není přítomen vnější podnět nebo činnost smyslového orgánu; osoba je při vědomí a je přesvědčena o skutečné existenci vnímaného pocitu či jevu; halucinace mívají silný afektivní náboj, halucinující o nich zpravidla může mluvit; dělí se na: a) smyslové: zrakové, sluchové, čichové, chuťové a dotekové, b) elementární: jiskry, blesky, hluky, c) složité: popis situace, jevu, děje, hovoru, systému příkazů aj...“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2010, s. 172).*

### **Terapeutický rozhovor**

Rozhovor je *„technika spočívající v dotazování a výměně informací; v sociálních vědách nejužívanější výzkumná a diagnostická technika; dělí se na: nestandardizovaný neboli nestrukturovaný, standardizovaný neboli strukturovaný, polostandardizovaný neboli polostrukturovaný; dále hloubkový, řízený, individuální, skupinový, náhodný, skrytý, panelový“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2010, s. 506). V této práci je pod pojmem terapeutický rozhovor myšleno setkání terapeuta a klienta a formou rozhovoru dát možnost klientovi pro vyjadřování jeho myšlenek, postojů a názorů. SVOBODA (2005) popisuje, že podle cíle rozhovoru rozlišujeme jeho druhy, jako je diagnostický rozhovor, anamnestický, terapeutický, výzkumný, poradenský či výběrový.*

## 2 SCHIZOFRENIE

V této části práce se budeme podrobně zabývat pojmem schizofrenie, popíšeme si co to schizofrenie vlastně je a zaměříme na průběh onemocnění, který je u schizofrenie typický a v závěru této části se podrobně seznámíme s tím, jaké jsou příznaky tohoto onemocnění, protože v empirické části práce budeme s těmito příznaky pracovat.

### 2.1 Co je to schizofrenie

Popsat onemocnění schizofrenie je poměrně nesnadná úloha, protože jak její vznik a vývoj, tak její průběh je velice individuální, i když je možné vysledovat určité typické znaky, které se u lidí trpících tímto onemocněním vyskytují. Jednoduše bychom mohli říci, že schizofrenie je závažné duševní onemocnění, při kterém nemocný není schopen rozlišit vnitřní prožitky od vnějšího, reálného světa. Toto způsobuje značné zmatení a nedůvěru nemocného k okolí, které mu nerozumí (SYŘIŠŤOVÁ, 1989).

Pokud budeme pátrat v historii po prvních zmínkách o tomto onemocnění, dostaneme se až do období antiky, kde toto onemocnění identifikujeme jen na základě popisů příznaků nesrozumitelného jednání nemocných jedinců (VÁGNEROVÁ, 2008). S pojmem schizofrenie, který k označení onemocnění dnes používáme, se setkáme až ve 20. století. Prvním stálejším pojmenováním pro tuto nemoc byl pojem „dementia praecox“ neboli předčasná demence. Tento pojem byl zaveden Emilem Kraepelinem v roce 1898. Pojmenování vzniklo na základě toho, že mladí lidé, většinou ve věku adolescence měli výrazně zhoršené kognitivní funkce a docházelo u nich k celkovému úpadku osobnosti, stejně jako je tomu u demence. V následném vývoji vznikl v roce 1911 pojem schizofrenie, pro stejné onemocnění, který byl zaveden německým psychiatrem Eugenem Bleulerem. Na rozdíl od dementia praecox, která popisuje úpadek kognitivních funkcí, tak název schizofrenie popisuje přítomnost rozštěpení mezi emocemi, myšlením a chováním (DOUBEK aj., 2010).

Schizofrenie je multifaktoriální onemocnění, to znamená, že na jeho vzniku a průběhu se podílí více faktorů dohromady. Nejčastěji jsou zmiňovány biologické a psychosociální vlivy. V biologických vlivech hrají velkou roli vrozené a dědičné dispozice. Do psychosociálních faktorů jsou řazeny vlivy patřící do prostředí, ve kterém

jedinec žije a události, se kterými se člověk v životě setkal (DOUBEK aj., 2010). Proto je průběh onemocnění u každého velmi specifický.

Schizofrenie je poměrně časté onemocnění, kterým trpí zhruba jedno procento populace. Její výskyt je rovnoměrný po celém světě, nezáleží tedy na pohlaví, etnické příslušnosti či lokalitě. Začíná většinou ve věku mezi 15 a 35 let (BOUČEK, 2006). Většinou probíhá jako epizodické onemocnění, což znamená, že se vyskytuje v jednotlivých epizodách neboli atakách. Ataka je akutní projevení symptomů schizofrenního onemocnění. U každého jedince probíhá toto onemocnění jinak, ale obecně lze říci, že každé atace předchází zátěž. Ve většině případů nemoc opět propuká při zvýšené zátěži, která způsobuje stres, například: ztráta blízkého člověka, kritika z okolí, časté změny, fyzická nemoc, úraz a podobně (DOUBEK aj., 2010).

## ***2.2 Průběh onemocnění***

Schizofrenní onemocnění se ve většině případů vyvíjí postupně. Počáteční fáze průběhu onemocnění se nazývá prodromální stádium. Pro toto období jsou typické varovné příznaky, jako například uzavřenost a nedostatek kontaktu s ostatními lidmi, poruchy pozornosti a paměti, změny životních zájmů, poruchy spánku, vztahovačnost a „pocit, že se něco děje“ (PRAŠKO aj, 2005).

### **2.2.1 Prodromální stadium**

Prodromální období může trvat několik měsíců ale také roky. Náhlý nástup onemocnění bez předchozích ukazatelů je ojedinělý a je spojován s lepší prognózou pro léčbu.

V období, před propuknutím nemoci se člověk postupně mění, většinou se uzavírá do vlastního světa a ztrácí kontakt se svým okolím. „*Na začátku onemocnění se často klienti cítí podivně bez radosti, s nepochopitelným napětím a obavou, tělesnou únavou a neschopností se soustředit*“ (PRAŠKO aj., 2005, s. 11). Pokud se setkáme se zvýšením aktivity, je patrné, že tato aktivita je neefektivní, nepřináší jedinci žádné výsledky. Nemocný se snaží vnitřní napětí vybit například přes spoustu nových činností, u žádné z nich ale nevydrží nebo je nedokončí. Okolí tomuto jednání nerozumí a obvykle to dává nemocnému najevo, co způsobuje stažení se z kontaktu s jinými, nemocný se pak raději

skryje do svého vnitřního světa. Prožívání nemocného je popsáno následovně: „*Začínají všude kolem sebe vidět zvláštní souvislosti, jsou nedůvěřiví a úzkostní a z toho může vznikat neklid a nespavost. Přirozené události z jejich okolí mohou vnímat již jako ohrožující a mající zvláštní význam*“ (PRAŠKO aj., 2005, s. 12). Nedůvěra, kterou nemocný prožívá, není pouze vůči svému okolí, ale také vůči vlastnímu vnitřnímu světu, který je náhle velmi vzdálen až cizí. Vzniká pocit, že všechno kolem něj se týká jeho samotného, vše spolu souvisí a nic se neděje bez příčiny, do všeho je „nějak zapleten“.

Z neurčitého pocitu „že se něco děje“ se postupem času může vyvinout celý příběh, neboli bludné přesvědčení, které je velmi často podbarveno pocity pronásledování. Význam těchto příznaků v podobě nevyvratitelných přesvědčení popisuje SYŘIŠŤOVÁ (1989), jako pokus o získání odstupu od strachu z vnitřního rozpadu. „*Amorfni bezmocná úzkost z vlastního ztroskotání může být transformována v blud o hrozícím zániku světa, který oslabuje význam osobní katastrofy. Vnitřní krach se pak již nemocného netýká*“ (SYŘIŠŤOVÁ, 1989, s. 53).

K tomuto se dá dodat následovně: „*Tyto prožitky jsou většinou silnější než reálné; proto jim nemocný zcela uvěří, a naopak nevěří svému okolí*“ (PRAŠKO aj., 2005, s. 12).

S postupem času se k prodromům přidávají další příznaky: nadměrné zaujetí jednotlivostmi a nepodstatnými věcmi, fascinace vírou a magičností, výstřednost v oblékání, zvláštnosti v konzumaci jídla, podrážděnost, úzkost, bludy a halucinace. „*Tyto obtíže se postupně stupňují, až dojde k plnému propuknutí psychotické ataky (období akutních příznaků)*“ (PRAŠKO aj., 2005, s. 18).

### 2.2.2 Ataka

Ataka je vrcholem projevů schizofrenního onemocnění a také vrcholným stádiem ztráty kontaktu s realitou. Každá ataka znamená pro nemocného velký zásah, jak do psychických funkcí, tak do všech oblastí života nemocného. Při akutních psychotických příznacích je změněn vztah nemocného jak k okolnímu světu, tak k sobě samému. Po zálčení a odeznění akutních příznaků, zůstává většinou v životě člověka spousta nepořádku, se kterým se musí dotyčný postupně vyrovnávat. Během ataky je časté, že člověk ztratí přátele, zaměstnání či školu a po „vystřízlivění“ následují velké obavy týkající se budoucnosti. Velkou překážkou se také stává strach ze samotného onemocnění a onálepkování za duševně nemocného (DOUBEK aj., 2010). *„Po první psychotické epizodě se považuje za kritické období prvních dvou až pěti let. Je to období velké zranitelnosti a je nezbytné nemocné v tomto období pravidelně sledovat“* (PRAŠKO aj., 2005, s. 19). Doporučuje se proto rehabilitace a postupné zatěžování nemocného.

Prognóza u schizofrenního onemocnění je spojena s prožitými atakami a je odvozena od třetinové teorie, která popisuje, že zhruba jedna třetina nemocných se úplně uzdraví, druhá třetina má v průběhu života několik opakujících se atak a poslední třetina nemocných má chronický průběh, při kterém přetrvávají příznaky schizofrenie a narušují život člověka (DOUBEK aj., 2010).

SYŘIŠŤOVÁ (1989) popisuje ataku jako zlom, který znamená již viditelné vyhrocení zvláštního vztahu člověka se schizofrenií ke světu, k ostatním lidem i k němu samému. Je to provázeno pocitem úzkosti, že přijde katastrofa, která způsobí ztrátu vlastní já a ztráty vazeb s okolním světem. V takové situaci dochází ke ztrátě hranic mezi „Já“ a okolním prostředím, které jsou neurčité a nekonkrétní. Člověku hrozí „rozplynutí se“, ztrácí se struktura a tvar veškeré psychické aktivity. Tento stav nazývá schizofrenní depersonalizací, při níž je častým jevem buď úplné uzavření se od vnějšího světa, nebo naprosté vydání se vnějším podnětům. Při uzavření se do sebe, nemocný nekomunikuje s okolím, prožívá vůči němu nedůvěru, což je doprovázeno velkou úzkostí. V druhém případě je člověk úplně vydán napospas podnětům z okolí a je tak zbaven veškerých nároků na samostatnou existenci, na vlastní rozhodnutí a nemá za nic odpovědnost. V obou těchto případech se nemocný ztrácí a nevyzná se v tom, co se děje.



U schizofrenie jsou následky onemocnění vážné, právě díky odvrácení se od reality a ztrátě kontaktu s tím, co je vnitřní prožívání a co je vnější svět. Důsledky tohoto zmatení mohou pro nemocného znamenat ztrátu zaměstnání, rodiny, přátel, zdrojů uspokojení a také postupnou ztrátu „já“, protože já se vyvíjí a upevňuje stykem s realitou. *„Toto „já“ pramení nejen z vlastních tělesných pocitů, nýbrž hlavně ze zpětných vazeb od okolí a ze zkušenosti s okolím, ve kterém se člověk začne prožívat jako oddělená, jedinečná entita“* (PONĚŠICKÝ, 2004, s. 165). To se bohužel člověku se schizofrenií nepovede, naopak díky ztrátě kontaktu s realitou se takový člověk neustále obává, že tato odmítaná realita pronikne do jeho duševního světa, proto se musí neustále bránit pomocí složitých manévřů, které jsou pro okolí nesrozumitelné. Mnoho pozitivních symptomů můžeme chápat, jako kompenzační pokusy o vytvoření ztracené reality. Nemocní si tak vytváří svůj vlastní psychotický svět (PONĚŠICKÝ, 2004).

### **2.3 Příznaky schizofrenie**

*„Za hlavní příznaky psychotického onemocnění lze pokládat dezintegraci funkcí já. Důsledkem dezintegrace jáských funkcí je ztráta testování reality (odlišení toho, co přichází zevnitř – vnitřní zkušenost, a co je percepce vnějšího světa) a tedy i hranic sebe“* (PĚČ a PROBSTOVÁ, 2009, s. 34).

Podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (2006) se schizofrenní poruchy vyznačují poruchami myšlení, vnímání a afektivitou, která je buď zvýšená, nebo naopak výrazně snižena. U často probíhajících atak je patrný také kognitivní deficit. Člověk trpící schizofrenií má často pocit, že jeho nejniternější myšlenky a pocity ostatní znají. Také se vyskytují bludné interpretace, že nějaké síly ovlivňují myšlení a jednání nemocného. Velmi běžné jsou sluchové halucinace, komentující chování. Vnímání člověka může být narušeno ještě mnoha dalšími způsoby – barvy a zvuky jsou výraznější, nepodstatné věci se stávají podstatnými a vše se ho týká (je vztahovačný) apod.

Jak jsem již zmínila, začátek onemocnění může být buď akutní, tedy s lepší prognózou, nebo plíživý s postupným rozvojem, kdy je prognóza horší, protože onemocnění se rozvíjí delší dobu. Dle MKN-10 (2006) je pro diagnózu schizofrenie nutné, aby byl přítomen minimálně jeden jasný příznak a většinou dva či více méně jasných příznaků.

Tyto příznaky se musí vyskytovat minimálně jeden měsíc, kdy po celý měsíc by měl být alespoň jeden z níže uvedených příznaků zřetelný.

Mezi jasné příznaky patří: ozvučení vlastních myšlenek, vkládání, odnímání či vysílání myšlenek, pocity ztráty kontroly nad tělem a myslí, různé smyslové halucinace, nebo bludy, které nejsou k dané kultuře patřičné. Mezi méně jasné příznaky patří: přetrvávající halucinace, které se vyskytují denně po několik týdnů nebo měsíců. Dalšími příznaky jsou zárazy myšlenek, které se projevují řečovou inkoherencí nebo neologismy a negativní příznaky.

Ve většině publikací, které se zabývají onemocněním schizofrenie, se mluví o dvou kategoriích příznaků, o pozitivních a negativních. „*Zjednodušeně, lze říci, že pozitivní příznaky znamenají nadměrné nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí a negativní příznaky znamenají oslabení nebo ztrátu normálních funkcí.*“ (DOUBEK aj., 2010, s. 16). Zajímavý přístup k příznakům schizofrenie má PĚČ a PROBSTOVÁ (2009), která je považuje za druhotný jev, kterým se nemocný nevědomě snaží o nastavení nové rovnováhy. Přináší tedy k symptomatice také její možné sebezáchovné funkce. Dle jejich názoru se jedinec díky křehkému psychickému podloží nedokáže vyrovnat s vývojovými úkoly pro dané období a nevědomě kompenzuje tento svůj neúspěch vznikem symptomů neboli projevů schizofrenního onemocnění.

Příznaků schizofrenního onemocnění je velká škála a mohou se objevovat v různých kombinacích a s odlišnou mírou závažnosti. Pro naši potřebu se zaměříme na základní rozdělení příznaků na negativní a pozitivní.

### **2.3.1 Negativní příznaky**

Negativní příznaky většinou nejsou tak nápadné jako ty pozitivní. Častěji se vyvíjejí až v průběhu onemocnění a jejich léčba je založena na postupném tréninku (u kognitivních funkcí) a čase. Po odeznění akutní fáze onemocnění přetrvávají delší dobu, většinou se uvádí šest měsíců (PRAŠKO aj., 2005).

Mezi negativní příznaky patří redukce emočních projevů čili oploštělá afektivita. Při ochuzení citů, nemocný může reagovat, tak jakoby se ho nic netýkalo, chová se často neadekvátně v dané situaci. Potíže jsou značné také u fluence a tvořivosti myšlení a řeči neboli alogie a redukce schopnosti cílevědomě jednat neboli abulie (BOUČEK, 2006).

Při abulii jde o ztrátu vůle, kdy se objevuje chybějící pocit smyslu a cíle jednání. V krajních případech nemocný není schopen vstát z postele, v lehčích případech neboli hypobulii by nemocný chtěl něco dělat, ale nemá energii se do něčeho pustit nebo se velmi rychle vyčerpá. „*Nemocní mohou ztrácet zájem o své cíle, plány a zájmy. Mívají pocit, jako by jejich energie byla pryč, a mají problém se zvládnutím základních aktivit včetně hygieny*“ (PRAŠKO aj., 2005, s. 15). Nemocný se v nezájmu často ocitá sám bez přátel, se kterými nemá chuť se bavit, vyhledává samotu a nicnedělání. Z pohledu KUČEROVÉ (2010) se může při abulii jednat také o problém u samotného rozhodování pro to, vykonávat jakoukoli činnost.

Jako nepříjemné negativní příznaky lze považovat také objevující se problémy s navázáním kontaktu s ostatními lidmi. Komunikace bývá obtížná, protože se objevuje ochuzení obsahu řeči, myšlenky se ztrácejí v průběhu povídání. Omezení bývá i v celkovém vystupování člověka – mimika a expresivita je výrazně snížena, nemocný se může zcela vyhýbat očnímu kontaktu. Člověk tak působí až voskovým dojmem (PRAŠKO aj., 2005).

V neposlední řadě se obtíže objevují v rámci kognitivních funkcí, které nám slouží k udržení kontaktu s okolním světem, a díky nim máme pod kontrolou naše chování. Nejčastěji bývají zasaženy funkce, jako je paměť, pozornost a učení, které jsou nezbytné pro zpracovávání informací z prostředí. V souvislosti s příznaky schizofrenního onemocnění se pak hovoří se o tzv. kognitivním deficitu. „*Ten má za následek selhávání v každodenních činnostech, v práci, při studiu i v kontaktu s ostatními lidmi, v běžných situacích. Nemocný se nedokáže soustředit, odlišit podstatné od nepodstatného, pochopit informace a dále je zpracovávat. Má obtíže naplánovat si činnost nebo ji uskutečnit, řešit problémy*“ (PRAŠKO aj., 2005, s. 16). V této souvislosti se objevují problémy s výkonností, což okolí často chybně interpretuje jako lenost.

### **2.3.2 Pozitivní příznaky**

DOUBEK aj. (2010) popisuje, že klasickými pozitivními příznaky u lidí se schizofrenií jsou halucinace a bludy. BOUČEK (2006) souhlasí s bludy, jako zkreslením či deformací úsudku a halucinacemi v rámci pozitivních příznaků a dále hovoří o

dezorganizaci řeči a komunikace a o silně neorganizovaném či katatonním chování, jako o pozitivních příznacích. VÁGNEROVÁ (2008) tuto škálu ještě doplňuje o vkládání do toku myšlenek. PRAŠKO aj. (2005) pozitivní příznaky obecně představuje, jako změny v kvalitě vnímání (halucinace) a myšlení (bludy).

### 2.3.2.1 Halucinace

Halucinace představují změny v kvalitě vnímání. Lze je definovat jako vjemy, které vznikají bez působení podnětu na smysly. „*Halucinující jedinec promítá své vnitřní psychické obsahy do vnějšího světa. Současně dochází k narušení hranice mezi subjektivním a objektivním, mezi vnitřním světem a vnější realitou*“ (PLHÁKOVÁ, 2007, s. 156). Člověk není schopen rozlišit mezi tím, co se děje ve světě a tím co se děje v jeho hlavě. Nemocný je naprosto přesvědčen o existenci jevů, které vnímá, avšak je to pro něj stále děsivé a vzbuzuje to v něm úzkost, protože přeci jen cítí, že něco není v pořádku (PLHÁKOVÁ, 2007).

PONĚŠICKÝ (2004) hovoří o halucinacích, jako o náhražce ztráty vztahovosti. Člověku se schizofrenií se nepodaří úplně přerušit kontakt s realitou, která ho ohrožuje, proto bývá obsah halucinací spíše úzkostného charakteru.

VÁGNEROVÁ (2008) popisuje halucinace jako vjemy, které jsou klamné a vznikají bez závislosti na vnějším prostředí. Jedinec je ale nevypratelně přesvědčen, že jsou skutečné a díky tomu mohou ovlivňovat i jeho chování. Nemocný nemůže v tu chvíli přijmout fakt, že jsou halucinace jen produktem vlastní psychiky, protože by to popíralo jeho chápání světa. „*Halucinace lze chápat jako poruchu integrace psychických funkcí, která vede k dezorientaci ve světě i v sobě samém, tj. ve vlastním těle i vědomí*“ (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 337).

U halucinací člověk vidí, cítí nebo slyší věci, které ostatní lidé nevnímají. Mohou se tedy týkat všech smyslů. Sluchové halucinace jsou popsány jako „...*mylné vnímání zvuků bez vnějšího podnětu...*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2010, s. 174). Mohou být v podobě jednoduchých zvuků, jako je tikání, tlukot či škrábání anebo v podobě složitějších vjemů, jako jsou hlasy. „*Hlasy k nemocnému hovoří přímo nebo hovoří o něm, anebo komentují jeho jednání. Někdy mohou být tyto hlasy nemocnému příjemné, jakoby mu dělaly společnost. Jindy jsou hlasy velmi nepříjemné až ohrožující*“

(PRAŠKO aj., 2005, s. 13). Není výjimkou, že hlasy nemocnému něco přikazují, což může být nebezpečné pro člověka samotného i jeho okolí. Nemocný pod jejich vlivem jedná, protože jsou silnější než realita.

U vizuálních halucinací může nemocný člověk vidět téměř cokoliv od jednoduchých tvarů, skvrn a barev až po složitější, jako celé osoby či scény. Tělesné halucinace se týkají pocitů spojených s tělem, například pocity pálení, dotyků, změny ve vnitřních orgánech. Halucinace čichové bývají většinou spojeny s halucinacemi chuťovými a dohromady jsou součástí bludu. Je časté, že nemocný cítí nepříjemné pachy, které mohou být například z jídla, člověk má pocit, že je jídlo otrávené což zapadá do celého bludného příběhu. V důsledku toho nemocný potom například odmítá jíst (PRAŠKO aj., 2005).

### **2.3.2.2 Bludy**

*„Blud je nepravdivá, falešná představa, která ale nemocnému připadá naprosto pravdivá a nelze mu ji vymluvit“* (PRAŠKO aj., 2005, s. 13). VÁGNEROVÁ (2008) chápe blud jako soukromé a nesprávné přesvědčení, které nelze vyvrátit. Zpravidla velmi ovlivňuje chování nemocného. U bludů je typické, že dochází často k velmi propracovaným příběhům, do kterých vše dokonale zapadá.

Vytvoření bludu má svůj vývoj, kde začátek je u myšlenky, která nemocného napadá a postupně se rozvine do bludného přesvědčení (PRAŠKO aj., 2005). Nemocní si začínají všimnout běžných věcí více a připisují jim velký význam. Například cestou v dopravním prostředku si člověk začne všimnout, jak se na něj ostatní dívají, což zapříčiní úzkost a pocit, že ho všichni pozorují. Bludné přesvědčení se potom rozvíjí poměrně snadno – všude jsou vidět znamení, která potvrzují nemocnému jeho domněnku, což způsobuje i změnu v chování. Nemocný má strach, že je sledován, proto se uzamkne v pokoji a kontroluje dveře a okna, se strachem, že každou chvíli může někdo do pokoje vtrhnout.

*„Bludy mohou mít různý obsah i zaměření, odráží se v nich narušení vztahu k sobě samému i zvláštnosti orientace v okolním světě“* (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 338). Nejčastějším obsahem bludů jsou paranoidní pocity pronásledování. Mezi další obsahy patří například přesvědčení o nadpřirozených schopnostech, o vlastní výjimečnosti, o ovládnutí cizí silou. Objevuje se i přesvědčení, že jsou nemocnému odstraňovány jeho

myšlenky a vkládány myšlenky cizí, nebo že je možné číst si v jeho hlavě, jako v otevřené knize (PRAŠKO aj., 2005). Obsahy bludů jsou velmi individuální u každého jednotlivce. Může se v nich objevovat náboženská či politická tematika, také například náměty z filmů.

V bludném světě není nemocný nikdy sám, naopak je středem pozornosti, i když obsah nemusí být zrovna příjemný (pronásledování apod.). Je to přesný opak toho, jak to je v realitě, kde je se nemocný často cítí osamocen a kde není schopen navázat kontakt s druhými lidmi, tak aby byl spokojen. Vznik bludu je potom možné chápat i jako obrannou reakci. Ta pomáhá jedinci vyrovnat se s jeho aktuální situací a pomáhá mu řešit jeho problém (VÁGNEROVÁ, 2008).

### **2.3.2.3 Dezorganizace mluvy a komunikace**

MALÁ a PAVLOVSKÝ (2002) popisuje dezorganizaci řeči jako neschopnost udržet hlavní linii projevu s výraznými nesouvislostmi a popřípadě se zárazy. V této souvislosti se popisuje porucha formy myšlení, kde myšlení je tak nesouvislé, že nemocný neudrží linku rozhovoru, nelogicky odbíhá od tématu. „*Někdy je myšlení tak nesouvislé, že mu vůbec nerozumíme, a pak mluvíme o slovním salátu. Někdy je nabídka myšlenek tak velká, že mu slova nestačí, a někdy naopak dojde k bloku myšlenek, jakoby se mu myšlenky zcela zastavily*“ (PRAŠKO aj., 2005, s. 15). I VÁGNEROVÁ (2008) popisuje u schizofrenie nápadnosti ve verbálním projevu jako poruchu myšlení. Projev nemocného se navenek ukazuje jako nesouvislý, inkohrentní a postrádající smysl. Objevuje se opakování stále stejného slova, nebo slovního spojení ve všech situacích či vytváření nových slov, tzv. neologismů. Jak již bylo řečeno krajní variantou je slovní salát, kdy samotná slova smysl mají, ale jejich spojení do věty již nikoli. V takovémto případě je velmi těžké vyznat se v rozhovoru s nemocným. Při rozhovoru, který začíná u konkrétního problému, se nemocný dostane úplně někam jinam.

### **2.3.2.4 Dezorganizace chování**

Při dezorganizaci v chování jde hlavně o nápadnosti, které mohou být impulzem pro zvažování duševního onemocnění. „*Může jít např. o neklid, mluvení k sobě, neadekvátní smích, nebo naopak nápadné omezování kontaktu a aktivity. Mnohé nápadnosti*

*v jednání lze chápat jako projev kognitivních a emotivních poruch“ (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 342). Nemocný reaguje, tak jak situaci rozumí a jak ji zrovna prožívá. Vzhledem k poruše myšlení a vnímání bývá i chování často neadekvátní, nesmyslné či bizarní. Mezi konkrétní příklady může patřit odmítání jídla či tendence k sebepoškození (VÁGNEROVÁ, 2008).*

Nemocný člověk se není schopen orientovat se v prostoru a čase a zároveň ztrácí i sebeuvědomění. Potom se může chovat dle svých halucinací a bludů. V chování jsou možné projevy jako neklid, agresivita či velmi neobvyklé oblékání a u žen i líčení (PRAŠKO aj., 2005).

Změna v chování se projevuje i v úrovni aktivity, kdy jde nejčastěji o zpomalení nebo celkovou nečinnost. Člověku může chybět schopnost cokoli iniciovat. Nápadný může být i ztuhlostí či nemluvností. Na druhou stranu mohou být i projevy nadměrné aktivity, které jsou ale vzácnější a zaměřují se obvykle na jednotlivosti, jako je neustálé opakování slov či pohybů (VÁGNEROVÁ, 2008).

### 3 SPECIFIKA PRÁCE S ČLOVĚKEM SE SCHIZOFRENIÍ

V této kapitole se zaměříme na specifika práce s lidmi se schizofrenií. Důležité je si uvědomit, že lidé trpící schizofrenií jsou velmi zranitelní a ostražití vůči svému okolí. Je to způsobeno tím, že nevnímají pocit bezpečí a přijetí z okolního světa. Zároveň se nemohou spolehnout ani na to, co oni sami vnímají (halucinace, bludy, rozlišení podnětů které jsou reálné a které nejsou). Z toho důvodu je nesnadné navázat s takovým člověkem vztah. Terapeut, který pracuje s člověkem se schizofrenií, musí mít proto specifický přístup, být velmi citlivý a otevřený, ale zároveň i drží strukturu a řád, aby se nemocný neztratil sám v sobě.

#### 3.1 Přístup terapeuta

SYŘIŠŤOVÁ (1989) popisuje, že nezbytnou součástí při práci s člověkem se schizofrenií je postupné vytváření důvěrného vztahu s terapeutem. Může to být velmi složité, protože je potřeba, aby terapeut byl schopen vstoupit do světa klienta. V případě, že se to podaří, je dobře rozehráno a klient může brát terapeuta za schopného spojence, se kterým bude spolupracovat na strategiích proti jeho nebezpečné realitě.

*„V psychoterapii schizofreniků se často nemůžeme zbavit dojmu, že by pacientův stav byl z hlediska průměrné populace „normálnější“, kdyby se podařilo poněkud otupit ostří jeho vnímání a složitost jeho myšlení, jež má ochromující vliv na jeho aktivitu.“* (SYŘIŠŤOVÁ, 1989, s. 57). Tím, že lidé se schizofrenií nejsou schopni rozeznat, co je důležité a co naopak není, ztrácejí schopnost orientace ve složitých životních situacích a vidět možné řešení. Pro člověka trpícího schizofrenií je potom téměř nemožné či velmi nesnadné se rozhodovat. Rostoucí úzkost, zmatek a opakované selhání podporuje stáhnutí se do vlastního vnitřního světa (SYŘIŠŤOVÁ, 1989). SULLIVAN (2006) má podobný pohled na věc. Dle něj jsou lidé se schizofrenií velmi plaší a mívají nízké sebevědomí, což přispívá k podezírání ostatních, do nichž projikují své pocity nedocenění a neuznání.

PONĚŠICKÝ (2004) popisuje, že k záchraně nemocného člověčenství může pomoci pouze společenství za podpory zdravých částí osobnosti v rámci terapeutického působení. Což probíhá pomocí identifikace vzájemné, protože nemocný není schopen komunikace. *„Zprvé do sebe psychotici na základě svého slabého a tudíž i*



*propustného „já“ vstřebávají druhého, zvláště jeho potlačované aspekty („schizofrenik trpí bídou světa“), a tudíž se terapeut setkává v pacientovi se sebou samým, se svým „stínem“. Za druhé se vlastní duševní život pacienta zcela rozvolňuje, s neschopností sebeřízení, sebezpozorování a sebereflexe, a proto ani nemohou pomoci interpretace (objasňování souvislostí) terapeutem (PONĚŠICKÝ, 2004, s. 170). Otázkou tedy zůstává, co tedy pomůže nemocnému, jak k němu máme přistupovat? Nemocný potřebuje pomoci při organizování jeho rozvolněného myšlení, což terapeuti mohou dělat pomocí jednoznačných reakcí, jasného a srozumitelného chování. Díky tomu má možnost nemocný začít sám sobě opět rozumět. Příkladem je když terapeut reaguje klidně a s rozvahou na klienta s agresivními či úzkostnými projevy, tím mu v podstatě říká, že jeho představa je přehnaná.*

U onemocnění schizofrenie se velmi často setkáváme s výraznou stigmatizací. Společnost vnímá lidi se schizofrenií jako „nebezpečné blázny“, kteří jsou především agresivní. Tyto předsudky působí ze začátku téměř na každého z nás. Lidé se schizofrenií jsou ale velmi citliví na sourodost projevu a pocitů u člověka, který s nimi pracuje. Pokud tedy bude odborník pociťovat strach, který se bude snažit při rozhovoru skrýt, tak to u nemocného může vyvolat pocit falše, přetvářky a tudíž i agresivní chování.

V situacích, kdy nemocný nemluví srozumitelně, může být velmi těžké nedat najevo ať pohledem či intonací, že hovořené je „nesmysl“. Je to velmi tenký led, na kterém se můžeme snadno propadnout a vyvolat v nemocném agresivní chování či stažení se do sebe. KUČEROVÁ (2010) popisuje v této souvislosti dvě hlavní zásady při práci s člověkem se schizofrenním onemocněním: „*především se pacienta nebát, a také mu nedávat najevo, že jeho řeč nebo chování není normální*“ (KUČEROVÁ, 2010, s. 23).

Důležité je naladění se terapeuta na stejnou komunikační rovinu, jako klient. Jen za těchto podmínek je možné se potkat v rozhovoru. „*Pacient kvůli své nemoci nemůže komunikovat v rovině zdravého člověka, proto zdravý člověk musí nemocnému vyjít naproti. Podstatné je, a to pacient neomylně vycítí, snažit se nemocnému porozumět. Dát mu najevo, že ne všechno chápeme, co on říká, ale akceptujeme ho jako člověka, jako cizince, který sice mluví jinou řečí, ale je vítán, rádi ho vidíme a snažíme se s ním domluvit*“ (KUČEROVÁ, 2010, s. 24). Významným faktorem při práci s lidmi se

schizofrenií je vytvořit bezpečné prostředí, kde o něj budeme jevit opravdový zájem, který pro něj bude přijatelný.

*„Psychotik se takřkajíc stáhl z říše živých lidí, což znesnadňuje jakoukoli pomoc, psychotherapeutické ovlivnění, práci na znovuvýstavbě (resp. znovufungování) vlastní osobnosti (PONĚŠICKÝ, 2004, s. 171). Pomoc je tedy možná pouze prostřednictvím emočního kontaktu s nemocným a naladěním se na stejnou vlnu. „Terapeuti schizofreniků dobře vědí, že je třeba se dát emočně zcela k dispozici, přesto však je nutno dbát na to, aby intenzivní emoční vztah opět nesešel tak důležité hranice mezi „já“ a „ty“ a tím nezvýšil úzkost ze ztráty sama sebe“ (PONĚŠICKÝ, 2004, s. 171). V praxi to znamená, že terapeut se k nemocnému velmi jemně přibližuje a je plně autentický, pravdivý, angažovaný a co nejvíce citlivý.*

### **3.2 Práce s pozitivními příznaky**

Práce s nemocným, který má narušený kontakt s realitou, trpí halucinacemi ať už auditivními, vizuálními nebo jinými nebo dokonce prožívá úzkost z bludného přesvědčení, je pro terapeuta v každém ohledu náročná a klade na něj ohromné požadavky. Jak navázat kontakt s člověkem, který nedokáže v kontaktu rozeznat co je skutečné a co je externalizace nebo projekce jeho vlastního vnitřního prožívání? Jak pracovat s někým, kdo nevnímá hranice svého vlastního já? A je pro nás zdravé lidi vůbec možné porozumět tomu, co nemocný prožívá, když sami nemáme tuto zkušenost?

Zcela odlišně se může jevit práce s nemocným při první atace, než s nemocným, který má alespoň parciální náhled na svůj stav, kde se můžeme opřít o předchozí zkušenosti. V obou případech se však jako nevýznamnější faktor účinné spolupráce ukazuje pevný a jasný terapeutický vztah, ve kterém se však při snaze o vyvrácení bludného přesvědčení zcela jistě dostaneme na tenký led a můžeme velice rychle ztratit důvěru nemocného.

Díky klinické praxi víme, že není žádný univerzální postup, který bychom mohli při práci s pozitivními příznaky s nemocným uplatnit. Žádná příručka, kde by bylo napsáno, jak se chovat v té a té situaci bohužel není a musíme mít na paměti, že když se snažíme dělat obecné závěry, vždy dojdeme k potvrzení toho, jak důležité je jednat individuálně a podle „přirozené lidské intuice“, protože každý člověk je jiný a na každého platí něco jiného.

V následujícím textu se zaměříme na přiblížení zásad, které se při práci s nemocnými s pozitivními příznaky ukazují jako užitečné a efektivní. Může se tak jednat o základ, nebo o pevnou půdu pod nohama, ze které se můžeme společně s nemocným vydat na terapeutickou cestu.

### 3.2.1 Práce s bludy

Několik důležitých zásad při práci s bludy popisuje SYŘIŠŤOVÁ (1989), která vidí těžiště psychoterapie v izolování bludů od dalších složek psychiky. Izolaci nazývá takzvané opouzdření bludů a považuje jej za účinnou taktiku zejména u lidí s paranoidní schizofrenií. Paranoidní bludy nelze psychotikovi rozbít nebo vyvrátit, opouzdřením bludu je však možné, získat nad bludem určitou kontrolu nebo imunitu. Díky této taktice je blud zničen v jeho účinnosti tím, že je izolován od afektivního náboje.

*„Při opouzdření se osvědčuje opět spíše nepřímý postup: nevyvracet přímo obsah bludu, nepopírat imaginární pronásledovatele, ale měnit pacientův postoj k nim, pomáhat mu jako spojenec vytvářet proti nim vhodnou strategii, paralyzující jejich působení a účinnost, nerozebírat s pacientem přímo obsah a dynamiku vývoje bludů, ale měnit nepřímo jejich motivační kořeny usměrňováním pacientových potřeb a pozornosti k novým pro něho životně významným cílům.“* (SYŘIŠŤOVÁ, 1989, s. 74). Důležitým bodem je zde zásada – nevyvracet. Pokud klientovi jeho prožitek začneme vyvracet, docílíme pouze toho, že klient bude v silném odporu, nebo nás zahrne do bludné produkce. Pokud bychom naopak přímo a detailně s klientem rozebírali základ bludů a halucinací, může to vést k jejich prohloubení a výraznému posílení patologie.

V některých případech stačí změněný postoj k bludům, disimulace chorobných projevů, která nevádí v komunikaci s okolím. Nemocný se potom opět může soustředit na oživení zájmů a soustředění se na reálné cíle.

MÁLÁ a PAVLOVSKÝ (2002) popisují, že klient s bludným přesvědčením nemůže akceptovat svůj omyl v testování reality. Vnímá něco, co druzí nepřijímají a naopak říkají, že to není pravda. To vede ke zmatení a následné zlobě. Terapeut by měl ze začátku přijímat klientovo bludné přesvědčení, jako klientovu nynější realitu, zároveň ale může dát jasně najevo, že objektivně toto přesvědčení neplatí. Komunikace

s klientem má být jasná a konkrétní, aby nevznikl prostor pro klientovi fantazie a popřípadě zahrnutí terapeuta do bludu.

Odlíšný pohled na práci s bludem má KINGDON a TURKINGTON (2002), kteří popsali, že lze diskutovat o pravdivosti bludu a tím oslabit jeho sílu u chování klienta. Obsah bludů údajně není úplně propracovaný tak, aby obstál před některými logickými argumenty. Taktika je taková, že se terapeut ptá na ne tak důležité prvky bludu a postupně se tak dopracovává k jeho jádru. Zároveň nejde do konfrontace s klientem a nezpochybňuje pravdivost jeho přesvědčení. Například pokud je klient přesvědčen o tom, že jsou všichni pracovníci pomáhajících profesí domluveni a předávají si o něm informace a tím ho sledují, tak nezpochybňujeme, že je klient sledován, ale ptáme se, kdo je do toho zapojen a proč si to myslí. Další technikou je společné ověřování si reality pomocí zápisků, které si klient vede a které podporují bludný příběh. Tyto techniky autoři popisují v rámci kognitivně-behaviorální terapie.

### **3.2.2 Práce s halucinacemi**

Při halucinacích je nemocný nevyvratně přesvědčen o jejich reálnosti, a proto mohou ovlivnit jeho chování. „*Například hlasy sdělí nemocnému, co musí udělat, označí nepřítele určeného k likvidaci, doporučí k jeho ochraně výrobu výbušnin a nemocný, který je přesvědčen o reálnosti vlastního ohrožení bude tyto pokyny akceptovat*“ (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 339). V takové situaci nelze nemocnému halucinace vymlouvat nebo ho přesvědčovat o našem pohledu na věc. Takové chování by mohlo vést k vyvolání agresivní reakce, nemocný by se mohl cítit za těchto okolností ohrožen.

Autoři zabývající se kognitivně-behaviorální terapií, především u sluchových halucinací, popsali techniky, díky kterým se klient učí odvést pozornost od hlasů a říká si uklidňující komentáře. Dále se učí sokratovskému dialogu, který vede sám se sebou a snaží se zpochybnit vlastní předpoklady a testuje je potom v realitě. Tímto způsobem nedochází ke konfrontaci s halucinacemi přes vnější osoby ale přímo přes vnitřní dialog, co může být do značné míry pro nemocného akceptovatelnější (CHADWICK, et al., 1996).

SEIKKULA a ARNKIL (2013) se zabývají takzvanými otevřenými dialogy. Pracují s tím, že každý člověk má kolem sebe síť kontaktů. Pokud je klient v krizi je potřeba

shromáždit co nejvíce lidí z klientova okolí a pracovat i s nimi. Týká se to i odborníků, kteří jsou s klientem v kontaktu. Organizují potom mezioborová setkání a klientem a jeho rodinou a snaží se krizi zpracovat. Svou práci popisují na příkladech i s klienty s psychotickým onemocněním. Seikkula zde vnímá problémy psychotického charakteru, jako odpověď na krizi a ne jako stálý stav. Zajímavá je zde práce s halucinacemi. *„Během prvních několika dnů krize lze hovořit o věcech, které jsou později hůře dostupné. V prvních dnech mohou být halucinace zvládnány a reflektovány, ale poté slábnou a příležitost vypořádat se s nimi se nemusí znovu objevit ani během dalších dvou, tří měsíců individuální terapie“* (SEIKKULA a ARNKIL, 2013, s. 51). Zdůrazňují, zda okamžitou odezvu a reakci na klientovo psychotické povídání. Medikace antipsychotiky není zahájena okamžitě, ale například až po třetí společné schůzce. Během schůzek probíhá diskuse o medikaci a o prožitcích klienta a ostatních. Popisují, že medikace sice působí na symptomy, ale zároveň svým sedativním účinkem odjímá psychologické zdroje a proto nelze potom psychologicky pracovat. *„Výzvou je vytvořit proces, který zároveň zvyšuje bezpečí a povzbuzuje k osobnímu nasazení“* (SEIKKULA a ARNKIL, 2013, s. 57). Doporučují neinterpretovat psychotické projevy a nesnažit se je orientovat k realitě. Rozhovor o psychotických zkušenostech může mít úplně stejnou podobu, jako jakýkoli jiný rozhovor. Nakonec zmiňují, že není dobré se držet zkonstatěle určitých technik během rozhovor, ale volně se přizpůsobovat tomu, co bylo řečeno.

MALÁ a PAVLOVSKÝ (2002) popisují, že halucinace jsou pro klienty náhradou za vztahy, které jim chybí. Proto vidí cíl intervence v navozování nových vztahů a snižování úzkosti u klienta. Komunikace by měla být opět jasná a konkrétní a pozor by si terapeut měl dávat na přílišné vyjadřování pomocí neverbální komunikace.

### **3.2.3 Práce s dezorganizací mluvy a chováním**

Z vlastních zkušeností mohu říci, že při komunikaci s klientem, který větvi své myšlenky, nejvíce funguje nechat klienta v klidu mluvit a pokusit se držet hlavní linii rozhovoru a klienta vracet zpět k tomu s čím přišel. Nelze to dělat ale násilně, protože to u klienta může způsobovat tenzi.

TIMULÁK (2006) v takové souvislosti hovoří o ukotvování klienta. Což může mít různé podoby, jednou z nich je jasné a srozumitelné chování terapeuta. Popisuje, že nejdůležitější je, aby takovou situaci pracovník ustál, aby nebyl vystrašený nebo aby nezpánikařil. Platí to jak pro dezorganizovanou řeč, tak i pro dezorganizované chování.

Na závěr lze říci, že člověk, který pracuje s nemocným schizofrenií, mívá velmi zvláštní postavení. Ať už je to lékař, psychoterapeut či sociální pracovník je nutné vytvořit nemocnému bezpečné a akceptující prostředí. Pokud se klient bude cítit dobře a bude cítit podporu ze strany terapeuta, bude i více otevřený rozhovoru, který je potřebný pro produktivní práci. Dle PROCHASKY a NORCROSSE (1999) je nejúčinnější faktor psychoterapie právě bezpečný vztah.

## 4 TERAPEUTICKÝ ROZHOVOR

Jelikož je v samotném názvu práce uveden terapeutický rozhovor, tak je nezbytné si jím zde zabývat. Cílem této kapitoly je poukázat na důležité faktory, které během rozhovoru působí na klienta i terapeuta, dále si popsat strukturu rozhovor a techniky, které je možné v průběhu užívat. Každá technika slouží k jinému účelu, a proto zde klademe důraz na to, aby terapeut věděl, proč a kdy jakou techniku používá.

### 4.1 Terapeutický vztah

Základním předpokladem k navázání dobrého terapeutického vztahu mezi klientem a terapeutem je oboustranné porozumění vzájemně sdílenému obsahu v komunikaci. Při práci s člověkem trpícím schizofrenií je však tento základní předpoklad narušen co značně znesnadňuje spolupráci. Ze strany terapeuta je proto důležité pokusit se naladit na stejnou komunikační rovinu navozením důvěrného a spolupracujícího vztahu (BAŠTECKÁ a GOLDMANN, 2001). Klientovi by v ideálních podmínkách mělo být umožněno prožít „...*pocit, že je tu někdo s námi a pro nás, koho cítíme na své straně, ochotného nás respektovat i našimi nejistotami a potížemi*“ (PĚČ a PROBSTOVÁ, 2009, s. 36).

Lidé se schizofrenií mají problém adekvátně hodnotit realitu, reakce lidí v jejich okolí, uvědomit si vlastní duševní onemocnění a s tím související potřebu léčby. Často se stává, že neužívají léky a neakceptují různá doporučení, jak od lékaře, tak od jiných odborníků. Proto je mnohdy komunikace náročná a v terapeutovi to může vzbuzovat pocity vzteku. Tímto jsou na terapeuta kladené vysoké nároky, z jeho strany je potřeba velká míra trpělivosti, protože nemocný je ovlivněn pocity strachu a bezradnosti a spoustou neorganizovaných myšlenek (MOŤOVSKÝ, 2010). „*Některá slova, která pacient používá, nemusí znát nebo je používá v jiném významu*“ (PĚČ a PROBSTOVÁ, 2009, s. 41). Terapeut potom může mít dojem, že spolu hovoří stejným jazykem, ale přesto si nerozumí.

V literatuře je popsáno spoustu různých typů vztahů, dle terapeutických škol či podle služeb, ve kterých se klient a terapeut setkává. Obecně lze ale říci, že při rozhovoru jde

o společné setkání dvou lidí, které je určitým způsobem uspořádáno. I uspořádání situace má velký vliv na vztah. Setkání má určující rámec (jak se klient a terapeut potkají) a obsah (z jakého důvodu se schází). Rámec spolupráce je zodpovědností terapeuta – v jakém prostředí, v jakém čase, za jakých podmínek. Terapeut má také odpovědnost za to, že vše klientovi na začátku spolupráce srozumitelně a jasně vysvětlí, k objasnění patří i pravidla setkávání a bezpečnostní opatření (mlčenlivost, k čemu to člověku může být apod.). Obsah má již hodně v rukou klient, který přináší téma pro spolupráci, s určením tématu terapeut může pomoci. Jde o vytvoření bezpečného vztahového rámce, na který působí pracovníkova osobnost, určitý pracovní směr, kterým se řídí a cíl setkání (BAŠTECKÁ a GOLDMANN, 2001).

Při kontaktu s klientem je důležité uvědomit si vztahové prvky, které umožňují spolupráci. Jedním z těchto prvků je řád, který určuje hranice a zároveň poskytuje bezpečí setkání. Dalším prvkem je přijetí klienta terapeutem. V chování terapeuta si klienti mohou přechít, jaký o ně má zájem, nebo jestli je v danou chvíli „s nimi“. Jde zde o přijetí člověka takového, jaký je (BAŠTECKÁ a GOLDMANN, 2001). V této souvislosti hovoříme o podpůrných prvcích, které se v rozhovoru vyskytují. Tyto jsou nejvíce popsány v rámci rogersovské psychoterapie. *„Je třeba být citlivý, vteřinu po vteřině, k proměnám pocíťovaných významů plynoucích v nitru druhého člověka, včetně strachu, vzteku, něhy, zmatku nebo čehokoli jiného, co druhý prožívá“* (ROGERS, 1998, s. 126). Dnes již většina terapeutů s těmito aspekty pracuje, protože bezpečné terapeutické prostředí je nutnou a bazální podmínkou dobré terapeutické práce. Mezi podpůrné aspekty v rozhovoru zde řadím empatii, akceptaci a autenticitu.

*„Empatie je schopnost projevující se v tom, že s různou mírou přesnosti zachycujeme aktuální prožívání druhého člověka, které souvisí s určitými obsahy jeho vědomí, tedy i zkušenostmi, spolu s individuálními významy, jež pro něho tyto obsahy a zkušenosti mají“* (VYMĚTAL, 1996, s. 89-90). Jinými slovy lze říci, že se terapeut snaží vžít do klientovy situace, takovým způsobem jako by byla jeho vlastní, představit si klientův vnitřní svět a bezprostředně mu sdělit svůj pohled na věc. Empatie je také popisována jako proces, do kterého vstupují terapeutovi předchozí zkušenosti, které mohou ovlivňovat vnímání klientovy situace (VYMĚTAL, 1996).

Akceptace je přijetí druhého člověka, bez jakýchkoli výjimek. Což znamená *„...základní postoj, kdy terapeut je vůči pacientovi zcela otevřen, vstřícný a přijímá ho*



*bezvýhradně jako hodnotnou bytost zasluhující si úctu a respekt“ (VYMĚTAL, 1996, s. 76). Je to důležitá složka pro vytvoření pevného terapeutického vztahu. Neznamená to ovšem s klientem se vším souhlasit, bez kritického pohledu na věc. Jde o to respektovat názory, postoje a projevy klienta, jako něco, co je pro něj v tu chvíli nezbytné a zároveň si uvědomit, že na to má právo (VYMĚTAL, 1996). „Jen je-li terapeut otevřen zážitkům v klientově prožívání, může klientovi pomoci je vyjádřit, zpracovat, porozumět jim, přepracovat je a nově uchopit“ (TIMULÁK, 2006, s. 41). Pokud nás nějaké projevy klientů rozčilují, není snadné je akceptovat. Každý terapeut má své hranice, které je nutné, aby znal.*

*„Autenticita je rysem osobnosti a znamená, že terapeut je v každém okamžiku ve svém jednání sám sebou, tedy konkrétním, nezáhadným člověkem, jehož projev a komunikace jsou jasné a odpovídají terapeutovu momentálnímu prožívání a smýšlení“ (VYMĚTAL, 1996, s. 108). Být sám sebou souvisí i se zralostí člověka, tudíž se proměňuje v čase. Nestavíme se za masku role a sobě ani druhému nic nenalháváme. TIMULÁK (2006) zdůrazňuje, že terapeut má být svou opravdovostí osobou, která je otevřená vůči svému prožívání a je si vědoma zážitků, které v ní vznikají. Terapeutovo vnější chování není v protikladu s vnitřním prožíváním. Přitom je důležité vědět v jaké situaci a za jakým účelem bude terapeut své prožívání klientovi sdělovat, vždy by to mělo být v situacích, kdy je to důležité pro terapeutický proces z klientova hlediska.*

Klienti většinou přicházejí z nějakého důvodu, tento důvod je vždy potřebné velmi důkladně propátrat a zjistit, co klient očekává a co by rád od spolupráce získal. Často se můžeme setkat s pojmem zakázka, na které se terapeut a klient domlouvají. Na základě této dohody může vzniknout takzvaný kontrakt, kdy je domluvený cíl setkávání a prostředky, které povedou k tomuto cíli (jak často probíhá setkávání, jak dlouho, za jakých podmínek). V každé službě je podoba kontraktu rozdílná, dle možností terapeutů. Jiný cíl budeme mít v centru krizové intervence a jiný v denním stacionáři. V určitých situacích je také možné, že se vůbec nepodaří sestavit zakázku, tlak na pojmenování problému může být naopak kontraproduktivní. Někdy lidé přicházejí pro podporu, terapii nebo pro nic. V takových případech je ještě důležitější bezpečné prostředí. Terapeut by si měl uvědomovat, co dělá a proč to dělá (BAŠTECKÁ a GOLDMANN, 2001).

## **4.2 Vedení rozhovoru**

*„Rozhovor jako celek je pro pracovníka a klienta cestou, po které se společně pohybují, aby dosáhli stanoveného cíle svých setkání“* (BAŠTECKÁ a GOLDMANN, 2001, s. 214). Je to nejpoužívanější prostředek verbální komunikace, prolíná se však i s jinými prvky komunikace, jako například nonverbální a paraverbální komunikací. Terapeut by tedy měl být citlivý i na projevy, které nejsou přímo řečené a měl by je být schopen zachytit a pracovat s nimi. Každý člověk je na tyto projevy citlivý dle svých vlastních možností, lidé se schizofrenním onemocněním jsou většinou hypersenzitivní a vycítí veškeré projevy sympatií i nesympatií. Při rozhovoru je proto dobré myslet i na náš celkový projev a naladění.

Nelze postupovat podle nějakého návodu, protože vedení rozhovoru je velmi individuální a je zde potřeba pružnosti vzhledem k potřebám klienta. Jak již bylo řečeno, do setkání dvou lidí vstupuje i řada faktorů, které si sebou přinášejí z vlastních zkušeností a historie. Týká se to především sociálního vnímání a hodnocení. Do rozhovoru tak vstupují i naše postoje, sociální vnímání a zvláště předsudky. Je náročné ale přesto důležité přistupovat ke klientovi čistě a bez předsudků. Rozhovorem terapeut získává informace o klientově vnitřním světě, o jeho názorech, postojích, obavách a přáních (SVOBODA, 2005).

Rozhovor s klientem vždy někam směřujeme. Na základě tohoto směřování můžeme rozhovor rozdělit například na diagnostický, anamnestický, terapeutický, výzkumný, poradenský či výběrový (SVOBODA, 2005).

### **4.2.1 Struktura rozhovoru**

Obecně lze říci, že rozhovor má svůj řád a děje se v jednotlivých krocích, kdy terapeut reaguje na to, co mu řekne klient. Každý rozhovor se dá rozdělit do tří fází – úvod, jádro a závěr rozhovoru. Samotný průběh je pak ovlivněn používáním určitých cílených technik, které terapeut zvolí.

#### **4.2.1.1 Úvod rozhovoru**

V úvodní fázi rozhovoru jde především o navázání kontaktu a naladění se jeden na druhého. V popředí této fáze je vytvoření bezpečné atmosféry, která pomůže rozptýlit nedůvěru a nervozitu. Klient se pak může uvolnit a v bezpečném prostředí o sobě otevřeně hovořit. V úvodní části tak může jít o naprosto neformální konverzaci k prolomení ledů. V této chvíli se také pracovník ladí na svého spolupracovníka, jak pocitově, tak i úrovní vyjadřování. Slovník je důležitou součástí rozhovoru, jinak budeme hovořit s dospívajícím člověkem a jinak s inženýrem, který používá odborné výrazy (SVOBODA, 2005). Většina terapeutů má vytvořenou svou „úvodní otázku“, kterou zahajuje setkání. Mohou to být otázky typu: Jak se vám daří? Čemu se dnes budeme věnovat? Jak byste rád využil dnešní setkání? (BAŠTECKÁ a GOLDMANN, 2001).

#### **4.2.1.2 Jádru rozhovoru**

Samotný obsah rozhovoru je rozdílný právě podle cílů setkání, což je na jedné straně určeno službou, kterou terapeut poskytuje a na straně druhé tím co klient do rozhovoru obsahově přináší. Obecně lze říci, že v této části jde o získávání informací a práce s nimi. Zde existují určité techniky, které je možné použít, tyto však podrobněji rozvineme níže.

#### **4.2.1.3 Závěr rozhovoru**

Klient by neměl odcházet od terapeuta ve velké tenzi, pokud došlo během rozhovoru k emočnímu napětí. Závěr je proto možné využít k případnému uvolnění tenze a opečování klienta, aby mu stálo za to přijít i příště. Je důležité dodržovat předem stanovený čas, aby byl rámec spolupráce jasně ohraničen (SVOBODA, 2005). Pokud si nejsme jistí, jak klient odchází, lze mu opět položit otázku, s čím odchází.

### ***4.3 Techniky vedení rozhovoru***

Tyto techniky jsou používány například k navázání kontaktu s klientem, vytvoření důvěry ale často jsou nápomocné i při udržování dobrého průběhu rozhovoru (SVOBODA, 2005). Mezi často používané techniky řadíme aktivní naslouchání,

kladení otázek (objasňování), povzbuzování, parafrázování, zrcadlení, shrnutí, ocenění a v neposlední řadě také ticho. Umění naslouchat někteří autoři považují za důležitější nežli hovořit. „*Aktivní naslouchání vyvolává v hovořícím jedinci, jemuž je nasloucháno, pozitivní pocity. Člověk, který se svěřuje, může pociťovat vděčnost za to, že je někdo ochoten ho vyslechnout a neodsuzovat ho či jinak hodnotit*“ (VYBÍRAL, 2005, s. 123). Získáváme možnost porozumět klientovi a zároveň tím v klientovi vzbuzujeme pocit, že se o něj zajímáme. VYMĚTAL (1996) popisuje aktivní naslouchání jako základ pro empatické chování. Terapeut je na klienta plně soustředěný je vstřícný a dává tak najevo, že druhého přijímá. Další funkcí je, že se klient může o své těžkosti podělit s dalším člověkem a už na ně není sám.

Terapeuti se musí aktivnímu naslouchání učit, například v oblasti pozornosti i mlčení. Ze začátku může být obtížné nechat klientovi prostor, zejména když nás napadá spousta komentářů k tématu. V oblasti kognitivní se potom terapeuti trénují ve zbavování se předsudků a stereotypního vnímání (VYMĚTAL, 1996).

Techniky uplatňující se v rozhovoru mohou být využity k různým účelům, podle cíle ke kterému chceme společně s klientem dojít. V následujícím textu jsou uvedeny některé techniky, které jsou dle našeho mínění často využívané v praxi při práci s lidmi se schizofrenním onemocněním, pomáhají terapeutům navázat kontakt s klientem a podporují ho při tom v jeho poznávání se.

#### **4.3.1 Kladení otázek**

Otázky jsou sami o sobě velmi důležitou součástí rozhovoru. Přinejmenším tím klienta vedeme k tomu, aby si některé věci jasně pojmenoval a utřídil. Zároveň se s jejich pomocí ubezpečujeme, zda klient dobře porozuměl řečenému, aby nedocházelo k omylům.

Existuje několik druhů otázek, nejčastěji jsou popisované otázky uzavřené, otevřené a otázky navozující změnu (BAŠTECKÁ a GOLDMANN, 2001).

Uzavřené otázky jsou takové, na které dostaneme odpověď ano – ne, nebo konkrétní údaj. Používají se pro zjišťování neměnných informací. Jsou to otázky typu: Kolik máte dětí? Jaký je váš věk? Kolik je hodin? Těmito otázkami se většinou nepovede rozvinout dialog, dostaneme vždy suchou odpověď, fakt, který jsme po klientovi chtěli.

Pozor bychom si měli dávat na takzvané sugestivní otázky, kterých bychom se měli vyvarovat anebo vědět za jakým účelem je v tu danou chvíli používáme. „*Pozor na sugestivní otázky, které jsou dány výběrem údajů a jimiž klientovi vnucujeme již předem dané možnosti nebo předem daný pohled na věc*“ (BAŠTECKÁ a GOLDMANN, 2001, s. 215). Příkladem takové otázky může být: *Nebývá vám zle, když koukáte na televizi?* Zde již předem nabízíme klientovi velmi omezenou možnost výběru odpovědi. Sugestivně spojujeme horší stav se sledováním televize.

Otevřené otázky mají za cíl rozpovídat klienta. Jsou to například otázky typu: Co vám teď běží hlavou? Nad čím přemýšlíte? Pokud chceme, aby se klient otevřeně rozpovídal, je také potřeba otevřeně přijímat jeho odpovědi, které nemusí být pro nás příjemné (BAŠTECKÁ a GOLDMANN, 2001).

Otázky navozující změnu jsou takové, které pomůžou člověku podívat se na svou situaci z jiného úhlu pohledu a hledat tak nová řešení. Patří sem takzvané konstruktivní otázky, které se ptají na spojitosti, na to co zapříčinilo problém a jaké to má následky. Ptáme se i na určité chování, které problém udržuje. Například: Co byste musel udělat, aby to přestalo? Změnilo se něco od té doby, kdy problém nastal? Znáte tuto situaci z minulosti? Co vám na to funguje? Patří sem i otázka po zázraku: „*Představte si, že třeba dnes v noci se stane zázrak a problém se vyřeší. Vy to ale nebudete vědět, protože jste spala. Co myslíte, všimnete si po probuzení, že je něco jinak? Co se nápadně změní? Kdo první si všimne, že se něco změnilo?*“ (BAŠTECKÁ a GOLDMANN, 2001, s. 217). Je možné sem zařadit i otázky projektivní, které „...*vycházejí z principu identifikace klienta s jinými lidmi, do nichž projikují své postoje, názory apod...*“ (SVOBODA, 2005, s. 40). Taková otázka může znít: Co soudíte o člověku, který nemluví se svou manželkou?

Vždy bychom si měli jako terapeuti uvědomovat účel a způsob, jak klademe klientovi otázky. Někdy je náročné sledovat v průběhu rozhovoru klienta a sebe samotného, v takových případech může být velmi nápomocné využít pomoc prostřednictvím supervize.

### **4.3.2 Zrcadlení**

BAŠTECKÁ a GOLDMANN (2001) popisuje zrcadlení jako porozumění pomocí vcítění se do klientova prožívání. „*Zrcadlení je komunikační jednotkou projevující se*

*tím, že se vciťujícím způsobem opakujeme slovy samotného pacienta, zpravidla část jeho sdělení“ (VYMĚTAL, 1996, s. 101).* Terapeut se snaží vcítit se do situace druhého a vyjádřit daný pocit, přičemž se vyhýbá interpretaci obsahu pod povrchem a formuluje pouze to, co bylo řečené (KRATOCHVÍL, 2006). Cílem zrcadlení je pojmenovat emoce a jejich existenci. Pokud emoce vyslovíme nahlas, sníží se tenze a náboj emoce se oslabí, což dává prostor pro jasnější uvažování.

Jednoduše řečeno terapeut nastavuje klientovi zrcadlo. Jinými slovy sděluje, co vidí a co slyší, bez toho aniž by hodnotil druhého. Pro klienta by to měla být nabídka, nikoli tvrzení (VYMĚTAL, 1996). Tato nabídka pomáhá přijetí či uvědomění si pojmenovaných pocitů, které byly dosud neuchopitelné.

### **4.3.3 Parafrázování**

Při parafrázování terapeut shrne, to co říká klient, ale řekne to vlastními slovy. Přitom je důležité myslet na to, aby sdělení bylo pro klienta srozumitelné. „*Technika slouží k udržování hovoru na živé a spontánní úrovni“ (SVOBODA, 2005, s. 40).* Cílem parafrázování je dát klientovi najevo, že mu s porozuměním nasloucháme. Pomocí parafrázování si také ověříme, zda dobře rozumíme řečenému a dáme tím prostor pro doplnění či upřesnění informací. Začátek věty může vypadat například takto: Jestli tomu dobře rozumím, tak...

### **4.3.4 Povzbuzování**

Vyjádření, že klienta posloucháme a bereme na vědomí. Jsme s ním v rozhovoru a přitakáváme na jeho povídání. Vyjádření přijetí lze projevit verbálně slovy – ano, hm, jistě apod. a také neverbálně mimikou – souhlasným pokýváním hlavy, našimi gesty nebo pozicí našeho těla. Tato technika dává klientovi zprávu, že nás zajímá a má naši pozornost (SVOBODA, 2005). Cílem povzbuzování je projevení zájmu od terapeuta a podpoření klienta v rozvíjení hovoru. Jsou to komentáře typu: ano, chápu, mohl byste to zkusit ještě rozpracovat...

### 4.3.5 Ocenění, uznání (ukotvení)

V určitých situacích člověk nemusí být schopen vnímat závažnost situace, kterou vypráví. V takové chvíli je možné ze strany terapeuta použít techniku ukotvení, což znamená vypíchnout význam těch událostí a pocitů, které by se jinak ztratily v jiných souvislostech a nefungovaly by pro klienta jako opora. V takové chvíli terapeut uznává váhu dané situace a oceňuje, jak to klient zvládl (BAŠTECKÁ a GOLDMANN, 2001). Dáváme tím najevo respekt a uznáváme význam druhého člověka.

TIMULÁK (2006) hovoří o ukotvení v souvislosti se zmateností klienta, která se často objevuje u lidí se schizofrenií, díky poruše kontaktu s realitou. Ukotvení potom slouží jako opěrný bod pro klienta, aby se měl čeho přidržel, což může být i v podobě jasného chování terapeuta. Jako cíl ve zmatenosti autor vnímá to, aby pracovník tento chaos ustál, nezalekl se ho a pomohl klientovi najít v něm nějaký smysl. Klient se tak s pomocí může opět začít orientovat v realitě.

### 4.3.6 Sumarizace

Při rozhovoru není výjimkou, že se objevuje několik témat najednou a vyprávění může být chaotické a pro terapeuta i klienta nepřehledné. Utřídění vyprávění slouží oběma stranám k tomu, aby se v klientově situaci vyznali. „*Jedna ze zásad řešení problémů zní, že hrozivý a nezvladatelný úkol se dá zmocit, pokud se rozloží na části a ty se potom zvládají po krocích*“ (BAŠTECKÁ a GOLDMANN, 2001, s. 214). Vymezení problému a rozložení na dílčí cíle pomůže v odložení dalších věcí stranou a věnování se pouze jednomu tématu. Například: klient přichází s tím, že se doma nudí a nedělá mu dobře, když je doma sám, zároveň nemá žádné kamarády, se kterými by chodil ven, a kdyby nějaké měl, tak je to stejně jedno, protože nemá žádné peníze a proto nemůže chodit ven. V některých případech jsou velmi nápomocné malůvky na papír, či vytvoření linií, o kterých se pracovník a klient baví.

Cílem sumarizace je, aby se klient s terapeutem podívali zpětně na dosavadní pokroky, myšlenky a emoce. Na takovémto základě je možné postavit další spolupráci.

### 4.3.7 Ticho

V rozhovoru je ticho jeden z podpůrných faktorů, díky kterým se klient může zaměřit na svoje prožívání. Tyto okamžiky dávají možnost, aby si jak klient, tak terapeut rozmysleli, co bylo řečeno, a zformulovali, jak navázat dál. Je to také prostor pro vybavení vzpomínek, pocitů, formulaci odpovědí a otázek. Delší ticho můžeme použít k tomu, aby měl klient prostor pro vlastní produkci (SVOBODA, 2005).

TIMULÁK (2006) rozlišuje různé druhy ticha, které mohou vyjadřovat pokaždé něco jiného. Popisuje zde existenci ticha, které může nastat v úvodním sezení, při kterém klient neví, co má říkat. Dále uvádí takzvané ticho plodné, při kterém má klient prostor na vlastní prožívání. Určitý typ ticha může být projevem smutku, nebo kontaktu s intenzivním vnitřním prožíváním. Jak terapeut bude zacházet s tichem, souvisí s jeho formou. „*Pointou tohoto zacházení s tichem je dosáhnout uvolněné atmosféry, která je trochu odlišná od běžné sociální komunikace, v níž není přirozené mlčet*“ (TIMULÁK, 2006, s. 157). Snést ticho může být ze začátku velmi obtížné, jak pro klienta, tak pro terapeuta, už jen z toho důvodu, že to není běžné.

### 4.3.8 Konfrontace

„*Ke konfrontaci dochází, když jedna osoba úmyslně nebo neúmyslně udělá něco, co nutí druhou osobu, aby promyslela, přezkoumala nebo změnila některé aspekty svého chování*“ (KRATOCHVÍL, 2006, s. 239). Nejběžnější formou konfrontace je kritika chování druhého. V této kritice se uplatňují předsudky a zkreslený pohled na věc osoby, která kritizuje. V rovině terapeutické je nutné si uvědomit, že konfrontace v sobě obsahuje vždy prvky ohrožení a trestu. Klient potom může negativně reagovat. Proto je nutné dobře zvážit použití této techniky. Měli bychom mít na paměti, že cílem konfrontace je růst druhého. Nejúčinnější je potom kritika v kontextu akceptování a empatie. Pokud má mít pozitivní efekt, je třeba ji přizpůsobit kvalitě vztahu mezi terapeutem a klientem (KRATOCHVÍL, 2006).

### 4.3.9 Vyjadřování vlastního názoru

V terapii se dlouhou dobu uplatňoval nehodnotící postoj terapeuta, související mimo jiné i s výše zmíněnou akceptací. Terapeut se nijak nevyjadřoval k hodnotám a činům klienta ani jiných důležitých osob v klientově vyprávění. Nicméně při práci s klientem



může být užitečné vyjádřit vlastní postoj k věci, je však nutné si u toho uvědomit, že pozice terapeuta sebou nese i pozici autority. Například při vyjádření obavy o klienta a o důsledky, které by mohlo mít jeho chování v dané situaci, může dojít k ohrožení vztahu, ale zároveň to může být podnětem k důležité diskusi, jak se s takovou situací vyrovnat jiným zralejším způsobem. Terapeut by se ovšem měl vyvarovat pozitivního nebo negativního hodnocení klienta a zaměřit se spíše na charakteristické procesy, které klient dělá. „*V těchto situacích jsem si všiml, že jste zkoušel/a to a ono...- Umíte si představit, že byste tohle zkusil/a tak a tak...?*“ (TIMULÁK, 2006, s. 59). Jasně a konkrétní vysvětlení poslouží vždy lépe, než dobré či špatné hodnocení.

Vyjádření terapeutova pohledu nemusí být pouze ve smyslu klienta, ale také ve smyslu probíraného tématu. Pro klienty může být důležité znát postoj svého terapeuta (například otázka víry). Je však důležité zjistit význam otázky pro klienta, zjistit proč to chce vědět a podle toho citlivě odpovědět. Terapeutovo odhalení pohledu na problematiku či vztah napomáhá klientovi odbourávat pocity ohrožení, nepřijetí a odsouzení v terapeutickém vztahu. Zároveň je důležité dbát na to, za jakým účelem je to poskytnuto, aby se nestalo, že tím bude terapeut obírat klienta o jeho prostor (TIMULÁK, 2006).

### **4. 3. 10 Interpretace**

Interpretace je výklad, či vysvětlení souvislostí, při kterém pracovník vytváří závěry ze získaných údajů. Mezi jednotlivými závěry se vyhledávají vzájemné vztahy. Tato technika je nejčastěji používána v rámci psychoanalytické a psychodynamicky orientované terapie. Jde zde o interpretaci obran, úzkostí, přání, pocitů a způsobů chování (PĚČ a PROBSTOVÁ, 2009). Autoři popisující tuto techniku se shodují na tom, že je třeba dávat si pozor na její použití, pokud pracovník nabídne tímto způsobem svůj pohled na věc klientovi příliš brzo, když na to není ještě připraven, může to ztížit další kontakt s klientem (SVOBODA, 2005).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Ve výzkumné části práce se zaměříme na zmapování využití teoretických poznatků v praxi, přes analýzu polostrukturovaných pohovorů s pracovníky pomáhajících profesí z různých služeb. Praktická část vychází z teoretických poznatků uvedených v první části práce. V rozhovorech se pokusíme najít, jak terapeuti pracují v rozhovoru s jednotlivými pozitivními příznaky a jaké techniky zmíněné v teoretické části využívají při práci se schizofrenními klienty. V neposlední řadě také zmapujeme, v čem vidí terapeuti specifičnost této cílové skupiny, čím se liší práce se schizofrenními klienty od práce s klienty s jinou duševní nemocí.

### *5.1 Cíl výzkumu a metoda sběru dat*

Cílem výzkumné části práce je zjistit, jak se pracuje s pozitivními příznaky u lidí trpících schizofrenií a jaké konkrétní techniky pracovníci pomáhajících profesí využívají během terapeutického rozhovoru. Respektive, zda teoretické poznatky odpovídají poznatkům od pracovníků, kteří přímo pracují s lidmi se schizofrenií. Zaměříme se na ty nejvíce používané, neboli ty, které v rozhovoru popsalo nejvíce respondentů. Dalším cílem je zjistit v čem vidí terapeuti specifičnost cílové skupiny a práce s ní.

Sběr potřebných dat probíhal pomocí polostrukturovaného interview s pracovníky pomáhajících profesí, během jednoho měsíce. Metodu polostrukturovaného interview jsme zvolili kvůli možné flexibilitě během dotazování a zároveň kvůli závaznému jádru témat rozhovoru. Tímto způsobem jsme měli možnost zaměřit se na hlavní tematické okruhy související s výzkumnými otázkami, zároveň jsme však ponechali otevřenost spontánnímu projevu terapeutů a tím nelimitovali případné další témata, která považovali za důležitá. Jako vzorek jsme zvolili terapeuty z různých pracovišť, kde práce se schizofrenními klienty probíhá v různých etapách nemoci. Vzorek je tak pestrý - od léčeben, kde se pracuje zejména s akutními případy, až po

služby chráněného bydlení, kde se předpokládá vysoká kompenzovanost a zaléčení klientů. U každé z těchto skupin se předpokládá, že důraz bude kladen na jiné techniky.

Terapeuty jsme nejprve kontaktovali a zajistili možnost osobního setkání v rámci výzkumu, poskytli jsme jim základní informace o tématu a cílech práce. Průběh interview jsme s jejich souhlasem zaznamenávali na diktafon. Ke sběru dat jsme využili audiozáznam rozhovoru s každým pracovníkem, který jsme posléze přepisovali za účelem identifikace klíčových proměnných (práce s pozitivními příznaky, techniky užívané při práci, specifčnost práce s cílovou skupinou). V práci tyto přepisy přikládám jako přílohu k nahlédnutí. Jednotlivá interview trvala 20-40 minut.

## ***5.2 Výzkumný plán a typ výzkumu***

Vzhledem k cílům, které jsme si pro výzkum stanovili, se nám jako nejvhodnější forma získávání dat jevila kvalitativní metoda polostrukturovaného interview. Kvalitativní metodu jsme zvolili kvůli jedinečnosti a neopakovatelnosti znaků, ale také kvůli její otevřenosti, zahrnutí subjektivity, procesualnosti, reflexivitě a zaměření se na případ v rámci širšího kontextu (HENDL, 1999). V polostrukturovaném interview se opíráme o teoretická východiska technik a specifčnosti práce s cílovou skupinou dle literatury, zároveň se však díky jeho otevřenosti neztratí ani jemné odlišnosti v přístupu různých pracovníků a cenné poznatky z jejich praxe. „*U polostrukturovaného interview tedy máme definované tzv. jádro interview, tj. minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat. Máme tak určitý stupeň jistoty, že všechna tato témata probrána skutečně budou. Liší se tak obvykle pořadí, drobné nuance ve znění a stylu pokládání otázek apod. Na toto jádro se pak nabaluje množství různých doplňujících témat a otázek, které se tazateli jeví jako smysluplné či vhodně rozšiřující původní zadání...*“ (MIOVSKÝ, 2006, s. 160).

Výzkumný plán jsme založili na zapojení co nejširšího spektra pracovníků pomáhajících profesí, protože každé pracoviště se setkává s klienty v různé době průběhu jejich onemocnění. Tímto způsobem neztrácíme možnost vnímat klienty a techniky práce s nimi v celé jejich komplexnosti a specifčnosti a zároveň díky charakteru onemocnění (epizodické onemocnění) je možné se s nimi setkat v akutní fázi, kdy je přítomna produkce pozitivních příznaků.

Při plánování výzkumu jsme nejprve sestavili seznam hlavních okruhů interview, které vychází z cílů výzkumu a výzkumných otázek. Ty jsme definovali takto: práce s pozitivními příznaky, techniky využívané při práci s pozitivními příznaky, specifika práce se schizofrenními klienty. Z hlavních okruhů jsme formulovali základní otázky pro interview a také otázky doplňující, které jsme nepoužili u všech dotazovaných. Formulace otázek jsme v průběhu interview s jednotlivými dotazovanými upravovali dle potřeby, hlavní okruhy ale zůstaly stejné.

### ***5.3 Výzkumný problém a otázky***

Vycházíme zde z předpokladu, že práce s lidmi se schizofrenií je sama o sobě specifická díky porušenému kontaktu s realitou. V akutní fázi onemocnění, kdy je přítomna pozitivní produkce, je komplikované se s nemocným dorozumět. Proto pracovníci pomáhajících profesí používají určité techniky, které jim v kontaktu s nemocným mohou pomoci a sami mají specifický přístup ke klientovi.

Výzkumné otázky jsme tvořili během seznamování se s teoretickými základy. (1) Pracuje se s jednotlivými druhy pozitivních příznaků odlišně? (2) Využívají se v terapeutickém rozhovoru při práci s člověkem se schizofrenií techniky, které jsou uvedené v teoretické části? (3) Je práce s lidmi se schizofrenií specifická v porovnání s jinými cílovými skupinami?

### ***5.4 Výzkumný soubor a jeho charakteristika***

Výzkumný soubor činí šest pracovníků pomáhajících profesí ve věku od 27 let do 55 let. Rozložením jde o specializovanou psychiatrickou zdravotní sestru, psychologa, dva sociální pracovníky a dva socioterapeuty. Respondenti pracují dle své profese v různých zařízeních: v psychiatrické nemocnici (Bohnice, Horní Beřkovice), v občanském sdružení Baobab a v Terapeutické komunitě Mýto. Výběr pracovníků spočíval především v tom, že mají dlouhodobou zkušenost s prací s lidmi se schizofrenií, podmínkou byla zkušenost s prací se schizofrenními klienty nejméně dva roky. I když u některých dotazovaných jejich práce spočívá spíše v práci se skupinou, každý se setkal s klientem i v terapeutickém rozhovoru.

## **5.5 Metoda zpracování a analýza dat**

Jako nejvhodnější metodu zpracování získaných informací jsme volili analýzu dat z polostrukturovaných interview. Samotné analýze předcházela příprava dat. Nahrané rozhovory jsme z diktafonu přepsali do písemné podoby, která tvoří přílohu práce pro lepší dokreslení problematiky. Přepisy rozhovorů jsme vytiskli a v první fázi analýzy jsme označovali pomocí různých barev části textu, které nám podávali informace o problematice související s výzkumnými otázkami. V textu jsme se tedy snažili hledat popis jednotlivých technik práce terapeutů při setkání s klienty s jednotlivými pozitivními příznaky a specifika práce s touto skupinou lidí s duševním onemocněním. Po přípravě dat na analýzu jsme pro další zpracování využili metodu zachycení vzorců. *„Představuje relativně jednoduchý analytický nástroj, jehož základní princip spočívá v tom, že v datech vyhledáváme určité opakující se vzorce (případně témata) a ty zaznamenáváme. V podstatě jde o vyhledávání určitých obecnějších principů, vzorců či struktur, které odpovídají specifickým zaznamenaným jevům vázaným na určitý kontext, osobu atd.“* (MIOVSKÝ, 2006, s. 222). Získaná data jsme dále porovnali s teoretickými východisky, z čehož jsme vyvodili závěr, tedy odpovědi na výzkumné otázky.

## **5.5 Deskriptivní část – analýza polostrukturovaných interview**

V této části popíšeme výsledky analýzy rozhovorů a pomocí ukázek z rozhovorů si odpovíme na jednotlivé výzkumné otázky.

### **5.5.1 Pracuje se s jednotlivými druhy pozitivních příznaků odlišně?**

V rozhovorech jsme se terapeutů ptali, jaké znají pozitivní příznaky u lidí se schizofrenií. Všichni dotazovaní popsali dva nejznámější zástupce a to bludy a halucinace. Dva z šesti potom ještě popsali dezorganizaci mluvy a myšlení, žádný nepopsal dezorganizaci chování.

Po výčtu pozitivních příznaků následovala otázka, jakým způsobem pracovali s klientem v situaci, kdy byly přítomny pozitivní příznaky.

Zde uvádím fragmenty z interview s terapeuti, které v sobě zahrnují odpovědi na výzkumnou otázku, pracuje se s jednotlivými druhy pozitivních příznaků odlišně? Text je členěn dle pozitivních příznaků, které terapeuti uváděli.

Při práci s halucinacemi jsme zjistili, že dotazovaní uplatňují postup, který lze shrnout následujícím způsobem.

- Zklidnění

V intervenci se terapeuti nejprve zaměřují na zklidnění klienta. Po zklidnění přijde v rozhovoru prostor pro další práci.

*„Snažil jsem se jí trochu uklidnit, tak jsem se sám té situaci přizpůsobil, jak pohybově, tak i hlasově. Tím myslím, že jsem se celkově zklidnil, nedělal jsem výrazná gesta a ztišil jsem i hlas.“*

*„Mým cílem bylo v tu chvíli klientku zastabilizovat, proto jsme se společně zklidnili...“*

*„Když jsem se setkala s halucinacemi, tak jsem se snažila toho člověka nějak uklidnit. Nepopírám to, že se něco děje.“*

*„Jinak se mi osvědčilo také dát obě nohy na zem, dýchat v klidu, někdy to také jakoby symbolicky dělám naproti, že sama dýchám zhluboka, a jak to sama dělám, tak se mi podaří toho člověka na sebe navázat, že to dělá podobně.“*

- Mapování situace (co se děje, co slyší)

Pro lepší orientaci v situaci je nutné se nejprve pokusit zjistit, co se s klientem děje, abychom na něj mohli adekvátně reagovat a snažit se mu pomoci.

*„...tam jsem se doptával, co vidí, co slyší, snažil jsem se dopátrat i k tomu, jaký v tom on vidí smysl, jaký to má pro něj význam. Proč si myslí, že mu ty hlasy něco takového říkají.“*

*„Doptávám se, kde to vidí, nevyvracím to ale. Nedělám, že to není, ale zároveň to nepodporuji...“*

*„U těch halucinací se snažím, aby se co nejvíce snažili popsat, co se jim děje, co slyší, jak to slyší, kvalita toho, co slyší – jeden hlas, nebo více, co ty hlasy říkají, jestli jsou podpůrné nebo kritické... Takže toto se snažím s nimi více rozebrat tak,*

*aby to co nejlépe popsali a pak popsali to prožívání, jaké to pro ně je, v čem je to pro ně nepříjemné, v čem příjemné.“*

*„Tou jinou technikou myslím, že jsem s ním mluvila, hodně jsem se ho ptala, co mu vyhovuje, co by teď potřeboval...“*

*„Vlastně jsem mapoval situaci, jak na tom je a co se děje.“*

- Zjištění mechanismů zvládnání

Tím, že klienti již mají zkušenost se svými pozitivními příznaky, tak je potřeba zjistit, co jim pomáhá se zvládnáním. Záleží zde na tom, jaký má klient náhled na své onemocnění a v jaké fázi léčby se nachází (zda jde o první zkušenost s halucinacemi, nebo o opakovanou).

*„...důležitý rozdíl při práci, jestli měli klienti náhled na to, co se jim děje.“*

*„...ve většině už měli svůj plán, kterému já jsem se jen přizpůsobil. Nebylo to o tom, že jsme v ten moment něco hledali.“*

*„Samozřejmě také, kdy to přichází, ty širší okolnosti, jestli to s něčím souvisí a jestli s tím dovedou pracovat. Jestli mají mechanismy, jak to zvládnout nebo utlumit, jak to vyrušit, aby to nebylo tak naléhavé.“*

*„...ptám se přímo klienta, co mu pomůže, jestli už v minulosti má zkušenost, že by mu pomohl nějaký lék, nebo jiné věci, které můžou pomoci.“*

*„... já jsem se jí potom ptal na to, jaké má zvládací mechanismy. Dalo se s ní otevřeně mluvit o tom, že má hlasy.“*

*„V takové chvíli jsme již měli vyzkoušené, že musí chodit. To mu často zabralo a trochu se zklidnil. Někdy to ale nepomohlo a v takových případech jsme byli domluveni, že si vezme SOS prášek, a když nezabral, tak jsme volali komunitní psychiatřičce pro další medikaci.“*

- Odvedení pozornosti

Zde jde o snahu získat nad projevy kontrolu tím, že s klientem zaměřujeme pozornost na něco, co se symptomem nesouvisí. Klient se tak učí své příznaky zvládat.

*„Bavím se pak s klientem o reálných věcech, tady a teď – zima, teplo, jestli má něco k pití. V průběhu se pak vracím k tomu, jestli se ta intenzita zvětšuje, zmenšuje, jestli je to lepší, horší.“*

*„Někdy se mi osvědčilo třeba jít se projít, změnit pozici...“*

*„...a také jsme si povídali o úplně normálních věcech, abych odvedla pozornost od toho nepříjemného stavu.“*

- Potřeba přítomnosti druhého

Někteří z tázaných terapeutů mají zkušenost, že jen samotná přítomnost a sdílení v rámci důvěrného terapeutického vztahu je léčivá, člověk není na zvládnání problému odkázaný sám a vidí, že má lidskou podporu.

*„Někdy mu dokonce stačila jen moje přítomnost, že jsem tam s ním byla.“*

*„...hodně důležitá byla důvěra mezi námi...“*

Při práci s bludy jsme zjistili, že dotazovaní uplatňují postup, který lze shrnout následujícím způsobem.

- Nepotvrzovat, nevyvracet

Jedná se zřejmě o nejrozšířenější teoretickou dovednost, nakolik všichni tázaní v rozhovoru uvedli, že při práci s bludy je klientovi nevyvrací. Zajímavé bylo pojetí, kde v bludu potvrzuje terapeut emoční váhu prožitku pro klienta, obsah bludu však nerozvíjí.

*„Mám to postavené tak, že u bludů se držím poučky nevyvracet a konfrontuji s realitou. To znamená, že se ptám na to, zda je to možné, zda je to reálné. Snažím se poukázat na realitu, a aby se nad tím ten člověk zastavil.“*

*„Nesnažím se jim to zpochybňovat, to jim neberu, samozřejmě jim to nepotvrzuji.“ Je tam ta podpora, aby cítili, že čemu věří, to beru vážně.“*

*„Ten člověk se nejdříve musí vrátit do reality, aby si to mohl zpochybnit.“*

- Nechat klienta vypovídat

Zkušenost, že konfrontace nebo snaha o narušení představ, není funkční z dlouhodobého hlediska, nevede k žádným významným a trvalým změnám.



Rozebírání bludu k ničemu nevedlo... „to jsme se k tomu vrátili 10x a zůstalo to stejné, konzistentní v průběhu několika měsíců, ten člověk se vrátil ještě potřetí na hospitalizaci a zůstal na tom samém. Na něm jsem získal zkušenost, že je to neefektivní, nijak to nepomůže.“

„...nedoptávám se, tam toho člověka netlačím říct své myšlenky, například když má paranoii, že je součástí něčeho nebo tajná služba, tak víceméně o tom nechám toho člověka říct, to co o tom chce, občas se doptám něco upřesňujícího, jako například z čeho má obavu, nebo co ho zúzkostňuje, ale nešťourám do toho, nerozebírám to.“

„Nechávám je tedy říct, co chtějí a moc to nekomentuji.“

„...ten když začal psychotit, tak to bylo většinou o tom, že jsem se jen snažil být s ním a mluvit s ním. Moc jsem se na jeho bludy nedoptával, spíše jsem se ho snažil nějak dostat „na zem“, tím, že se s ním budu bavit o přirozených věcech.“

„...přímou, když je akutní fáze, tak mi přijde, že člověk nic moc dělat nemůže, tam mi přijde nejdůležitější být s tím člověkem.“

- Nabídnutí jiné varianty

Terapeuti, kteří zmínili, že se v průběhu práce s bludy snaží klientovi nabídnout jiný pohled na jeho situaci, využívali tuto techniku zejména u klientů s náhledem na vlastní nemoc, v ostatních případech ji však popisovali spíše jako nefunkční. Pokud však klient integruje schopnost pohlédnout na svou situaci z jiného úhlu pohledu, otevírá to cestu pro zeslabení účinku bludného přesvědčení.

„...když ten člověk nějaký náhled má, tak tam ta skulina pro to je abych nabídla nějaké možnosti, ale zase spíše nabídnout – je možné, že je to nějak jinak, napadá vás jiná varianta, co by to mohlo jiného znamenat. A když ten člověk řekne, že ví, že to vůbec není pravda, že to můžou být opět ty hlasy, tak pak jsem ochotná se toho chopit ve smyslu – a když by to byli ty hlasy, co by to znamenalo, jak by to bylo?“

- Důvěra v klientovo prožívání

Jedná se o akceptaci klientova prožívání bez ohledu na to, že původ prožitků je nereálný, potvrzujeme však jeho závažnost.

*„Je tam ta podpora, aby cítili, že čemu věří, to beru vážně.“*

*„Pak mi přijde důležité ukázat, že ať si už o tom obsahu myslím cokoli, že věřím tomu prožitku.“*

- Podpora klienta

Hledání bezpečí v terapeutickém vztahu, o který se klient v průběhu ataky může opřít s vědomím, že terapeut je na jeho straně. Zároveň se tak terapeut chrání od toho, aby v klientovi nevyvolal pochybnosti o důvěře a nezapojil ho do bludného přesvědčení.

*„Samozřejmě jsem se snažil hledat, co ho mohlo rozhodit, že zrazu teď to vzniklo, ale mám pocit, že to nemělo moc úspěch, takže v tom psychotickom stave akutním, kdy měl ty bludy tak mi přišlo, že tam člověk nemůže nic extra dělat. Možná to zní blbě, ale čeká se, než to odezní a s tím člověkem jen si, aby věděl, že má nějakou podporu.“*

*„...zaměřit se na něco jiného, než je obsah toho bludu.“*

*„...mým cílem není toho člověka zbavit bludu ale spíš právě podpořit v těch ostatních částech, budovat důvěru na tom, že mu věřím ty pocity, i když já sama nemusím považovat za reálné ty myšlenky...“*

*„...měl jsem představu, že tímto propojujeme afekt, který je odtržen a zaplavující poněvadž neví, kam patří a co znamená, takže jsem se snažil mu to takto propojovat. Tam se mi líbí slovo kontejnovat, přijde mi to, že ti psychotici mají nezralou psychiku a co ten terapeut může dělat je něco podobné jako u attachmentu, poskytnout jim tu svou psychiku, která je zralejší a nabízet jim uklidnění tímto způsobem, že jim to pospojuje. Jakoby jim předžvýkal to, co oni pak lehčím způsobem stráví.“*

*„...přímo, když je akutní fáze, tak mi přijde, že člověk nic moc dělat nemůže, tam mi přijde nejdůležitější být s tím člověkem.“*

Práce s dezorganizací mluvy a komunikace jsme zjistili, že dotazování uplatňují postup, který lze shrnout následujícím způsobem.

- Vracení k tématu

Udržování konverzace při dezorganizovaném myšlení je náročné, cílem

terapeuta je pak působit jako filtr pro to, co je skutečně důležité a co ne. Sám se pak stává tím, kdo rozhovor strukturuje, čímž může klienta upokojit a zklidnit.

*„...a pak se ho snažit stáhnout na zem, aby neodbíhal od tématu. Dělat to šetrně, jemně, vnímat chvíle, kdy on vnímá a stáhnout ho zpátky. Princip je zase stejný – zklidnit a navázat.“*

*„Pokud je schopen se mnou komunikovat alespoň trochu, což znamená, že třeba se na chvíli zarazí a naváže na to, co já jsem říkala, tak pak to podpořím. On chvíli zas něco povídá, tak zas se k tomu vrátíme, zas se mu pokusím pomoci přibrzdit ten tok myšlenek, aby mohl říct to, co chce říct. Anebo to soustředit k tomu jádru, kvůli čemu vlastně přišel. Třeba pacient přijde kvůli něčemu zcela konkrétnímu, a jak o tom začne mluvit, tak se mu do toho derou ostatní myšlenky a najednou začne do původního vykládat věci zešíroka.“*

*„Vrátit se tedy k tomu, co byl původní záměr, kvůli kterému se mnou vůbec chtěl mluvit.“*

*„...snažil jsem se držet jednu rovinu, jedno téma, když on odbíhal, tak já jsem ho vracel.“*

- Nechat vypovídat

Pokud výše uvedené strategie nefunguje, je dle terapeutů zbytečné jakékoli úsilí o usměrnění, jako vhodnou metodu pak vnímají poskytnutí prostoru pro sdělení všeho, co z klienta plyne.

*„V takovém případě jsem toho klienta nechal mluvit, aby se vypovídal. Prostě ho chvíli nechat...“*

*„M., který byl schopen dát do jedné věty mnoho nesouvisejících věcí a udělat mezi nima spojitost. Tak jako nejprve jsem se doptával, protože jsem nerozuměl, on mi to vysvětloval, ale čím více mi to vysvětloval, tím více jsem byl ztracený, takže jsem se přestal doptávat. Měl jsem pocit, že se propadáme hlouběji do psychózy. Pak jsem tedy začal vytahovat to, co tam bylo reálné a zdravé.“*

*„...když se to nedařilo držet u jednoho tématu a on se opakovaně rozbíhal, tak jsem ho nechal a jen s ním normálně mluvil.“*

Z těchto výčtů a hlavních společných bodů je vidět, že práce s jednotlivými pozitivními příznaky je opravdu odlišná. U halucinací dotazovaní zmiňovali zkušenosti s lepším náhledem klienta na svou situaci. Díky tomu se dalo rozebírat, co se děje, jaký bude následovat postup. U popisu práce s halucinacemi je škála postupu nejbohatší. Jde zde o zklidnění klienta, mapování situace a o praktické řešení.

U bludů naopak dotazovaní zmiňovali zkušenosti, kdy klient náhled na svou situaci nemá. Zde je popsáno, že se terapeuti drží poučky nevyvracet a zároveň nepotvrzovat, vyslechnou klienta a snaží se ho v té situaci podpořit, tím že mu věří jeho prožívání. U dezorganizace mluvy a komunikace je snaha vracet se k hlavní linii rozhovoru, ne však za každou cenu. Stejně jako u bludu je potom zvolena taktika vypovídání se klienta.

Na otázku, zda je práce s jednotlivými pozitivními příznaky odlišná se dá tedy odpovědět – ano práce s jednotlivými pozitivními příznaky je v postupu odlišná, avšak v komplexnosti přístupu se podobá, především v dodávání podpory, ze strany terapeuta, vytvoření bezpečného prostředí a otevřenost vůči prožitkům nemocného.

### **5.5.2 Využívají se v terapeutickém rozhovoru při práci s člověkem se schizofrenií techniky, které jsou uvedené v teoretické části?**

V teoretické části jsme se zabývali technikami vedení rozhovoru. Zde je výčet technik, které jsme identifikovali z rozhovorů s dotazovanými terapeuty. Techniky jsme se snažili identifikovat z celého záznamu rozhovoru, nebyla zde na to vymezena žádná speciální otázka.

- Sumarizace

Pro lepší orientování se v situaci u dezorganizace mluvy a komunikace.  
*„...pojd'me si to zrekapitulovat, vy jste říkal tohle a tohle, já jsem navrhla tohle a tohle, chcete k tomu ještě něco? Vrátit se tedy k tomu, co byl původní záměr, kvůli kterému se mnou vůbec chtěl mluvit.“*

*„Nebo – mluvil jste o tomto a tomto, tak je to všechno, nebo chcete se k tomu ještě nějak vrátit?“*

- Ocenění a kotvení v realitě

Oceňování klienta může upevnit terapeutický vztah, ale také jím podporujeme

chování, které vede k lepší adaptaci. U kotvení opět vycházíme ze snahy o podporování zdravých částí klienta.

*„Jestli má někdo pocit, že ho všichni pronásledují a přes to třeba přijde a řekne si o pomoc, tak bych ocenila to, že když se takhle ohroženě cítíte, tak je hrozně fajn, že přijdete a řeknete si o něco, nebo že vůbec o tom se mnou mluvíte, že se takto cítíte.“*

*„Tam, kde je možné do toho trochu vstoupit, kde se to jakoby dá, tak to vlastně kotvit v realitě.“*

- Zrcadlení

Pomáhá klientovi vnést do mezilidského kontaktu strukturu přes vlastní zkušenost toho, jak je vnímán druhou stranou.

*„Já myslím, že to někdy zrcadlím, že mluvím ve smyslu - vidím, že toho chcete říct hrozně moc a ono to tak nejde, tak klidně zpomalte, nebo vyberte to, co je teď pro vás nejdůležitější.“*

*„Myslím, že základní strategie je jít přes to – vidím, že jste toho plný, že máte těch myšlenek hodně, že možná se až tlačí ty myšlenky jedna na druhou a ani nestíháte to doříct.“*

- Vyjádření vlastního názoru

Terapeut do vztahu přináší zcela nový způsob, jakým by bylo možné se k problému postavit, nabízí ho klientovi, který rozhodne, jestli má smysl tento pohled dále rozvíjet, nebo ne.

*„...to byla někdy taková nabídka jiného pohledu na věc, kterou popisuje, nebo jiné možnosti, jak by se té situaci dalo rozumět ještě.“*

V terapeutickém rozhovoru při práci s člověkem se schizofrenií se využívají tyto techniky: sumarizace, ocenění a ukotvení, zrcadlení a vyjádření vlastního názoru. Ostatní techniky, které byly uvedeny v teoretické části práce (kladení otázek, parafrázování, povzbuzování, ticho, konfrontace a interpretace) se nepodařilo v záznamech rozhovorů přímo identifikovat.

### 5.5.3 Je práce s lidmi se schizofrenií specifická v porovnání s jinými cílovými skupinami?

Na specifika práce s lidmi se schizofrenií jsme se v rozhovoru ptali otázkou: co je pro vás důležité při práci s lidmi se schizofrenií a zda dotazovaní vidí odlišnost v terapeutickém vztahu s klientem se schizofrenií, od jiných klientů.

Můžeme shrnout, že dotazovaní vnímají tato specifika cílové skupiny:

- Křehkost klientů, díky jinak vnímané realitě

Všichni terapeuti, kteří se zúčastnili interview, uvedli jako nejvýraznější specifika práce s klienty se schizofrenií právě jejich křehkost, propojenou s tím, že nedovedou rozlišovat co je skutečné a co není. Křehkost tedy souvisí s neschopností testování reality, která je pro běžné společenské fungování zcela základním předpokladem.

*„...specifikem toho onemocnění je jinak vnímaná realita a je důležitý vědět, jak se k tomu postavím.“*

*„...odtrhnutý kontakt s realitou a tam nikdy nevíš, jak pevná je ta půda pod nohama. Přijdou mi hodně křehký v tom, že nikdy nevíš, co se může stát.“*

*„Já je vidím, ani ne tak jako nemocní lidi, ale spíše je vnímám, jako ty citlivější ve společnosti, kteří tu zátěž neudrží. Bud' tedy z vlastní psychiky, nebo od nároků okolí a společnosti, takže oni jsou ti, na kterých se ukazuje ta patologie prostředí, tak to je na nich extra.“*

*„...pro mě jsou ty lidi hodně zranitelní, já je vnímám jako hodně zranitelnou skupinu asi zranitelnější z mého pohledu, než jiné skupiny.“*

*„Pak často myslím na to, jak snadno si člověk začne představovat, že ví jak to je s těmi lidmi je, je v nějakém kontaktu tak má představu, že ví, jak to vypadá a to mi přijde hodně zrádné. My jsme si to neprožili, nemáme tu představu. S úzkostí člověk nějakou zkušenost má ale s tím, jaké to je když má hlasy nebo přesvědčení, tak s tím tu zkušenost nemá, proto se neustále snažím udržovat si určitou pochybnost a otevřenost vůči tomu, že vlastně nevím pořádně jak to je, že když to jde, tak je důležité se zeptat klientů, jak to prožívají a co jim pomáhá a nechat si to popsat aby si člověk udělal představu, jak to u kterého konkrétního*

*pacienta je. Mě tedy přijde, že jsou na jednu stranu zranitelnější a na jednu stranu hůř srozumitelný, protože mají prožitek, který mě je hodně vzdálený.“*

*„Také mi přijde důležité je moc „nerozšfourávat“, právě v souvislosti s tou zranitelností.“*

*„...spíše bych byla pro to, ty věci ohlázovat a učit je odkládat, nebo nějak překlenovat, než jít do těch hlubin, jako co ta maminka poskytla, nebo neposkytla, protože tam si myslím, že je daleko větší riziko, že když toto „rozšfouráme“, tak ten člověk to převezme do těch psychotických obtíží a ještě se to celé zbortí, takže to také považuji za důležité, nejit do toho takto, pokud to opravdu nemá ten rámeček, že by jsem si řekli, že teď budeme opravdu psychoanalyticky léčit psychózu.“*

- Potřeba jasné komunikace, autentičnosti, trpělivosti a přijetí

Narušením kontaktu s realitou může u lidí trpících schizofrenií do komunikace vstupovat mnoho zmatku přes vkládání vlastních obsahů do toho, co komunikuje druhá strana. Proto by terapeuti měli mluvit pokud možno co nejsrozumitelněji a nejjasněji, zároveň však obsah sdělovaného musí korespondovat s tím, jakým dojmem působíme.

*„Pro mě je důležitá upřímnost a autentičnost v komunikaci a v chování obecně. Potom také trpělivost a přijetí těch lidí, protože jsou úplně jiní, než všichni ostatní, tak je přijmout bez strachů.“*

*„...dobře vycítí, co se s tím terapeutem děje a to je dokáže rozhodit mnohem více, než obsah rozhovoru.“*

*„...jedná se spíše o vztahovou rovinu - být s tím člověkem, pokavad' je toto pevné tak obsah setkání není tak důležitý.“*

*„Člověk tam musí být jasný.“*

*„Rozdíl je v tom, že ten člověk je trochu pomalejší, takže je to jako s malým dítětem. Myslím, že se na ty lidi musí mluvit klidněji, pomaleji, jednodušeji a srozumitelně.“*

*„Vím, že je to něco, co se mi osvědčilo, být lidská, přirozená, někdy přiznat, že nevím co dál, přiznat, že jsem nervózní. I takovéto hodně otevřené, autentické*

*zprávy o tom, jak se v tom cítím, to se mi opravdu osvědčilo“*

- Potřeba ověřování

Pro vyjasnění komunikovaného je dobré ověřit, zda to, co jsme komunikovali je také to, co klient přijal, zda v komunikaci nedošlo k žádným šumům, které by narušovali průběh práce s klientem.

*„Ujišťovat se, že vše správně pochopil, ty narážky, co jiná cílovka pochopí jako ironii, tak tady nepoužívám ani v kontextu žertu, tomu se tedy vyhýbám.“*

*„Hodně podpůrné to musí být a neustále se ujišťovat, že jsem ne jedné vlně, takže hodně empatie.“*

- Potřeba důvěry, bezpečí a péče

Základní podmínkou jakéhokoli terapeutického vztahu je bezpečí, u lidí se schizofrenií, kteří jsou kvůli omezenému kontaktu s realitou odkázáni často jen na vlastní svět, je toto obtížné, avšak o to více důležité. Často je to právě terapeutický vztah, ne metody, který přináší do terapie smysl.

*„Určitě je tam pro mě rozdíl v tom, že ten vztah je křehký. Není tak zřetelné testování toho, jestli ten člověk to vydrží, nebo to nevydrží, ale spíše mám pocit, že je to z mé strany o upevňování, o tom, že je to v pořádku a všechny věci, které se tady dějí, jsou dobré. Přijde mi, že je to hodně o dělení bezpečí a hnízdečka kolem toho všeho, hodně vysvětlování, hodně jednoduchost, strukturování, ověřování.“*

*„U těch psychotických lidí mám asi větší tendenci je více opečovávat v něčem.“*

*„Pak znovu - ta důvěra - aby ten člověk mohl mít ke mně důvěru a mohl přijít i s těmi divnými prožitky, se kterými může mít zkušenost, že s nikým jiným je sdílet nemůže, nebo se bojí, tak tohle ve vztahu zachovat, i když ne vždy souhlasím s tím, že ty věci jsou tak, jak je vidí, ale ten můj nesouhlas je podán tak, aby nenaboural důvěru.“*

Z uvedených ukázek můžeme vidět, že pro dotazované pracovníky je cílová skupina lidí se schizofrenií specifická nejvíce ve čtyřech společných bodech. Je to křehkost klientů, díky porušenému kontaktu s realitou, potřeba jasné a srozumitelné komunikace, upřímnosti, autentičnosti, trpělivosti a přijetí ze strany terapeuta. Klienti se schizofrenií



vyčítí případnou nesourodost, což způsobuje opět pocit ohrožení. Dále potřebu ověřování, že si rozumíme, že terapeut a klient mají na mysli to samé. Potřeba důvěry, bezpečí a péče, což opět souvisí s porušeným kontaktem s realitou a nedůvěrou ve svět. Práce s lidmi se schizofrenií je dle dotazovaných terapeutů specifická v porovnání s jinými cílovými skupinami.

## 6 Diskuze

Vzorek respondentů je u výzkumné části velmi malý. Z toho důvodu nelze získané závěry aplikovat na veškerou populaci terapeutů pracujících s klienty se schizofrenií. Osobnost, situace i onemocnění každého člověka se schizofrenií je jiná. Všechna tato specifika způsobují omezenou platnost výstupů výzkumného šetření.

Je zde snaha u uspořádání něčeho, co možná uspořádat až tak úplně nejde. Většinou se totiž v praxi nesetkáme pouze s jedním pozitivním příznakem u klienta se schizofrenií. V akutní fázi mají klienti celou škálu pozitivních příznaků, které se různě doplňují a prolínají. Nelze s nimi potom pracovat jednotlivě, ale je potřeba se na ně podívat v celé jejich komplexnosti a jde toho s klientem jednat.

Dále je tu velký rozdíl v tom, zda klient má náhled na své onemocnění, či nikoli. Pokud náhled zcela chybí, tak je možné, že s klientem v tu chvíli neuděláme nic, i když se budeme sebevíc snažit. V takových případech jde potom z našeho pohledu to s klientem vydržet. V případech, kdy náhled na onemocnění již je, tak je potom možné jít do nějaké větší interakce.

V celé práci je kladen důraz na jedinečnost onemocnění, že u každého jedince probíhá jinak a proto je nutné přizpůsobit i přístup terapeuta k jednotlivci. Zároveň je zde snaha o vytvoření obecnějšího pohledu na problematiku a popsání konkrétních technik a specifik. Je nutné, ale myslet na to, že zde tvořím závěry pouze od šesti pracovníků pomáhajících profesí. Je to tedy pouhá ochutnávka a nahlédnutí, do této problematiky.

Data pro výzkumné šetření byla získávána prostřednictvím polostrukturovaného interview. Dva respondenti dávali zpětnou vazbu k rozhovoru, že se cítili, jako u zkoušky. Otázky mohly být tedy formulované přijatelnějším způsobem a informační spád nemusel být tak příkrý. Zároveň jsme prostřednictvím dat získaných z rozhovorů dokázali odpovědět na všechny výzkumné otázky.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá tematikou specifík práce s pozitivními příznaky u lidí se schizofrenií v terapeutickém rozhovoru.

Pro lidi, kteří trpí schizofrenním onemocněním je typické, že vnitřně prožívají silnou úzkost. Nejsou schopni rozlišit podměty, které vycházejí z jejich vnitřního světa a podněty, které přicházejí z vnějšku. To způsobuje u nemocného zmatení a nedůvěru v okolní svět, protože mu nerozumí. V reálném světě se také často dostávají do konfliktů s druhými, kteří jejich pohled na svět nesdílejí a dávají to najevo, proto se stahují do svého vlastního světa, který je pro bezpečný.

Práce s lidmi se schizofrenií je potom založena hlavně na vytvoření bezpečného vztahu s terapeutem. O tento vztah se mohou opřít a skrze něj začít opět někomu důvěřovat a postupně vycházet ze své ulity vnitřního světa. Díky jasným a srozumitelným reakcím terapeuta může člověk se schizofrenií porozumět sám sobě.

V akutní fázi onemocnění se u nemocných objevují pozitivní příznaky, jako jsou halucinace, bludy, dezorganizace mluvy chování. Tyto příznaky způsobují, že člověk vidí, slyší a spojuje si souvislosti, které v reálném světě neexistují. V návaznosti na to se potom i chová jinak než obvykle. Díky tomu je někdy složité se s nemocným dorozumět. Při specifčnosti onemocnění schizofrenie je důležité myslet i na specifický přístup terapeuta při práci s těmito klienty. Zaměřovali jsme se zde na individuální práci v terapeutickém rozhovoru. Takový rozhovor má danou strukturu a je možné používat techniky, které podporují klientovo sdílení s terapeutem.

Ve výzkumné části se nám podařilo zodpovědět výzkumné otázky. S jednotlivými druhy pozitivních příznaků se pracuje odlišně. V terapeutickém rozhovoru při práci s člověkem se schizofrenií se využívají techniky sumarizace, ocenění a ukotvení, zrcadlení a vyjádření vlastního názoru. Ostatní techniky popsané v teoretické části se neprokázaly. Práce s lidmi se schizofrenií je specifická v porovnání s jinými cílovými skupinami.

Pro praktické užití je práce podnětná tím, že se snaží ukázat využití konkrétních postupů při práci s pozitivními příznaky u lidí se schizofrenií v terapeutickém rozhovoru. Může

tedy sloužit jako opora pro terapeuty pracující s touto cílovou skupinou. Je zde ale potřeba dalšího bádání v dané problematice.

## SEZNAM LITERATURY

BAŠTECKÁ, B. a GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001, s. 440. ISBN 80-7178-550-4.

BOUČEK, J. aj. *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, s. 244. ISBN 80-244-1354-X.

DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HONS, J. a HERMAN, E. *Psychóza v životě – život v psychóze. Informace, rady a doporučení*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2010, s. 57. ISBN 978-80-7345-231-5.

HARTL, P. a HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010, s. 67, 172, 174, 477, 506, 524. ISBN 978-80-7367-686-5.

HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1999, s. 278. ISBN 80-246-0030-7.

CHADWICK, P., BIRCHWOOD, M. T and TROWER, P. *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: Wiley-Blackwell, 1996, p. 232. ISBN 978-0471961734.

KINGDON, D. G. and TURKINGTON, D. *Cognitive-behavioral therapy od schizophrenia*. New York: The Guilford Press, 2002, p. 212. ISBN 978-1572308299.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 384. ISBN 80-7367-122-0.

KUČEROVÁ, H. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010, s. 106. ISBN 978-80-247-2045-6.

MALÁ, E. a PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002, s. 144. ISBN 80-7178-700-0.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, s. 332. ISBN 80-247-1362-4.

- MKN 10, Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize), *Duševní poruchy a poruchy chování*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006, s. 251. ISBN 80-85121-11-5.
- MOŤOVSKÝ, B. Manažment liečby pacienta so schizofréniou. *Via Practica*. 2010, 7, 4, s. 174–179. ISSN 1336-4790.
- MÜLLER, L. a MÜLLER, A. *Slovník analytické psychologie*. Přel. Johana BUCKOVÁ. Praha: Portál, 2006, s. 48, 344. ISBN 80-7178-863-5.
- PĚČ, O. a PROBSTOVÁ, V. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 256. ISBN 978-80-7387-253-3.
- PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2007, s. 472. ISBN 978-80-200-1499-3.
- PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton, 2004, s. 215. ISBN 80-7254-459-4.
- PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK, J., MOHR, P. aj. *Léčíme se s psychózou: Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Praha: Medical Tribune, 2005, s. 96. ISBN 80-239-5482-2.
- PROCHASKA, J. O a NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi*. 4. vyd. Praha: Grada, 1999, s. 479. ISBN 80-7169-766-4.
- ROGERS, C. R., *Způsob bytí*, Praha: Portál, 1998, s. 292, ISBN 80-7178-2335.
- SEIKKULA, J. a ARNKIL, T. E. *Otevřené dialogy. Setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Přel. Jitka BALÁŠOVÁ a Kateřina NOVOTNÁ. Brno: Narativ, 2013, s. 220. ISBN 978-80-260-4346-1.
- SULLIVAN, H. S. *Psychiatrické interview*. Přel. Lenka NĚMEČKOVÁ. Praha: Triton, 2006, s. 266. ISBN 80-7254-604-X.
- SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. 3. vyd. Praha: Portál, 2005, s. 342. ISBN 80-7367-050-X.

SYŘIŠŤOVÁ, E. aj. *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžkým somatickým postižením*. Praha: Avicenum, 1989, s. 236.

TIMULÁK, L. *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru: integrativní rámec*. Přel. Jana KRÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2006, s. 186. ISBN 80-7367-106-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 872. ISBN 978-80-7367-414-4.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005, s. 320. ISBN 80-7178-998-4.

VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996, s. 216. ISBN 22-005-96.

Příloha č. 1

BOŽENA

**Jaké jsou tvé pracovní zkušenosti?**

B: Nejdřív jsem pracovala jako sestra na příjmovém psychiatrickém oddělení, převážně na resocializační části, která co navazovala na neklidové oddělení. Tady jsem pracovala asi dva a půl roku.

Potom jsem pracovala taky asi dva a půl roku jako vedoucí linky důvěry a pak jsem pracovala sedm let jako terapeutka v rodinné poradně.

Pak jsem pracovala asi rok a půl v soukromém zdravotnickém zařízení jako trenér call centra a na personálním oddělení, taková to byla zase jiná práce.

Od roku 2006 pracuji v nemocnici v Bohnicích, sedm roků jsem pracovala jako asistentka hlavní sestry a od loňského září v denním stacionáři a komunitním centru.

**Takže konkrétně s psychotickými klienty?**

B: V přímé péči určitě těch dva a půl roku na začátku, pak v rámci telefonického kontaktu také, i když to bylo samozřejmě mnohem méně frekventovaná problematika. V poradně jsem mívala občas psychotické pacienty, kteří chodili po hospitalizaci v rámci podpůrné psychoterapie, takže to bylo možná trošku podobné tomu, co teď děláme ve stacionáři.

V době kdy jsem pracovala jako asistentka hlavní sestry, jsem pracovala spíše s těmi klienty CKI, s těmi psychotiky jsem do přímé péče nepřišla tam.

**Máš zkušenosti s pozitivními příznaky u těchto lidí z psychotické skupiny?**

B: No tak, určitě s těmi klienty z hospitalizace, kteří buď ještě měli ty pozitivní příznaky, nebo byli v té fázi, kdy to tak jako doznívalo, nějak si od toho budovali odstup.

V poradně to bylo spíše v podobě té, že už to nebylo úplně aktuální, spíš se k tomu vraceli jako k nějaké zkušenosti, se kterou se potřebovali nějak srovnat nebo nějak jí třeba porozumět.

Tady ve stacionáři je to tak jako půl na půl, někdy jsou přítomný přímo, nebo je to zase nějaká zkušenost, ke které se ten klient vrací.



### **Ono je to tak nějak rozsáhlé ty pozitivní příznaky, jaké znáš?**

B: Zním třeba hlasy, halucinace, pak asi nějakou dezorganizaci myšlení, takový ty stavy, kdy to myšlení buď je chaotický nebo takový hodně překotný nebo rozvolněný, to bych asi do toho také zahrnula.

### **Zkušeností máš docela dost z různých zařízení, dovedla by sis vzpomenout na příklad, kdy si měla klienta, který měl produkci pozitivních příznaků, tak jak si s ním pracovala? Co jsi dělala?**

B: Vybavuji si hodně různé lidi...

### **To nevadí, klidně jich může být více.**

B: Napadají mě takové situace, kdy ta produkce je tak intenzivní a tak silná, že se nedá dělat prakticky nic. To je zkušenost, která se týká možná více ty linky, kde ten člověk do toho telefonu něco chrlí a prakticky není skoro vůbec možné mu do toho nějak vstoupit, takže je možné to jen nějak vydržet s ním a nechat mu ten prostor pro to, co on zjevně nějak potřebuje ventilovat, než s tím něco dělat jiného. Tam, kde je možné do toho třeba trochu vstoupit, kde se to jakoby dá, tak to vlastně kotvit do reality. Zrovna u toho klienta, který mi napadá, na kterýho myslím, že to byla někdy taková nabídka jiného pohledu na věc, kterou popisuje, nebo jiné možnosti, jak by se té situaci dalo rozumět ještě. Napadá mi, že on říkal: „a ta sestra tam po mně šla, protože mi něco chtěla“ - a možný pohled na tu věc je, že je to práce té sestry, ona takhle se všemi zachází, ne jen s vámi ale se všemi pacienty, není to něco, co by bylo konkrétně proti vám. A pak taková testovací otázka - Mohlo by to takto být, nebo napadá Vás nějaké jiné možné vysvětlení, proč to takto probíhalo, nebo co ta situace mohla znamenat?

Tam kde u toho pacienta není ten přetlak, že to na tebe chrlí, tak tam je větší prostor pro tyhle věci, jakoby poukázat na ten rozdíl mezi tím, co ten člověk popisuje třeba a jaká je ta realita.

Mně připadá smysluplnější spíše toho člověka vést k tomu, aby sám zkusil vymyslet nějakou jinou verzi toho příběhu, který popisuje, než mu dokazovat, že to takhle nemůže být, nebo že to je nesmysl. Někdy se povede, že se to tam nabídne, to mě napadla ta situace tenkrát s Annou, kdy se tam tak hezky vynořilo, že ona slyší ty hlasy, jenom když se týkají jí, ale neslyší ty jiný vyprávění z toho bytu, takže je tady zase nějaký rozpor mezi tím, co to znamená, když slyší jenom něco a něco jiného, co by

teoreticky měla také slyšet tak neslyší, jestli to nemůže poukazovat spíš na to, že je to v její hlavě, než reálně. Ale to je také v situaci, kdy ona byla schopná na to takhle trochu nahlédnout.

Pak si vybavuji pacienta, který chodíval za námi na sesternu, to bylo ještě kdysi na těch neklidech, on byl takový hodně manický a vyprávěl různé fantastické příhody a sliboval nám, jak nás na kajaku sveze po Mississippi a tak, a samozřejmě taková pohodlná cesta je, mu to vše odkývat a nechat ho to říct a jakoby ocenit to, že je takový vstřícný a má takové nabídky a že by byl tak hodný, že by nám všem takové dobrodružství zařídil a s tím jsem se docela často setkala a taky jsem to tak udělala, že jsem to prostě nechala jakoby proběhnout a jenom jsem to vyslechla s tím, že dávám si pozor na to, neříkat tomu pacientovi ano, tak dobře, příští měsíc vyrazíme. Spíš na to reaguji ne ve smyslu obsahu - jestli spolu poplujeme nebo ne, jako spíš na to, že je od něj hezké, že by byl ochotný někoho sebou vzít, že nám tu věc nabídl. Spíš se snažím jít po tom, co si myslím, že je zdravé a to je třeba to, že chci někoho, kdo se ke mně hezky chová nějak ocenit nebo odměnit - to že po Mississippi na kajaku nikdy nepopluje a už vůbec ne se mnou. To mě napadá, že bylo docela často na tom oddělení, přišlo mi, že je potřeba si dávat pozor, ty lidi byli v akutním stavu, ještě bez náhledu a v těch svých představách žili. Tam není dobré jim říkat natvrdo a za každou cenu, že je to ta nemoc, ale spíše na tom udělat takovou okliku, jít bokem a přes něco jiného. Nezabývat se tolik tím obsahem.

### **A když říkáš jít na to oklikou nebo bokem...**

B: To mám na mysli právě zaměřit se na něco jiného než je obsah toho bludu. Jestli má někdo pocit, že ho všichni pronásledují a přes to třeba přijde a řekne si o pomoc, tak bych ocenila to, že když se takhle ohroženě cítíte, tak je hrozně fajn, že přijdete a řeknete si o něco, nebo že vůbec o tom se mnou mluvíte, že se takto cítíte. A spíš to stavím do té roviny, když vy se cítíte takto ohrožený, ne jako když vás všichni pronásledují, ale když se vy takto cítíte. Pak mi přijde důležité ukázat, že ať už si o tom obsahu myslím cokoli, že věřím tomu prožitku. To, že ten člověk se cítí být pronásledovaný, věřím, že je pro něj hrozný bez ohledu na to, jak moc to je, nebo není pravdivý a to mi vždy přijde důležité, potvrdit, že věřím, že se tak cítíte. Tak to myslím tou oklikou, že nejdu po obsahu bludné myšlenky ale po jeho pocitu, který je reálný, na rozdíl od těch myšlenek.

### **Jak máš pocit, že ti to funguje?**

B: Jak kdy, napadá mi, že to posouzení závisí od toho, co si od toho slibuji, že si od toho neslibuji to, že toho člověka zbavím bludu, sice si v zásadě myslím, že je možné pracovat čistě terapeuticky s někým, kdo má psychotické příznaky, ale já to neumím a takhle hluboký terapeut na tyhle věci nejsem, takže se do toho ani nechci pouštět. Čili mým cílem není toho člověka zbavit bludu, ale spíš právě podpořit v těch ostatních částech, budovat důvěru na tom, že mu věřím ty pocity, i když já sama nemusím považovat za reálné ty myšlenky třeba nebo hlasy a tam mám pocit, že je to dobré v tom, že když se to nepovede úplně, když se nechám strhnout do diskuze o obsahu, vidím na těch lidech, že ztrácí důvěru. Ve chvíli, kdy jim začnu být třeba jen velmi slabě rozmlouvat ty věci, že to tak není...

Napadá mi jeden klient konkrétní, který je přesvědčen, že všichni sousedé ho nesnáší a jsou proti němu a někdy když je to silné, tak je to až v rovině, že mají třeba zbraň a on je přesvědčený, že mu tou zbraní chtějí ublížit. Stalo se mi, že když jsem se do toho nechala strhnout v domnění, že má větší náhled, než ve skutečnosti měl a viděla jsem, jak najednou začínám být také podezřelá a vím, že od té doby s tím klientem jsem potřebovala mluvit o jiných věcech. To znamená, jestli je on přesvědčený, že jeho sousedi mají doma schovanou zbraň, kterou mu chtějí ublížit, a chtěl by je dát k soudu, tak já s ním spíše řeším to, jak smysluplné je dát tu věc k soudu, co vše by to znamenalo a že v tuhle chvíli je to něco co se mu vůbec nevyplatí, co nebude mít pro něj žádný efekt a vůbec ne ten, který si od toho slibuje. Snažím se ho takto přichytit v té realitě, ale ne tím, že mu budu rozmlouvat sousedy, ale tím, že mu poukážu na to, že jeho plánované jednání v téhle situaci nepřinese ten efekt a nepřineslo by mu to z mého přesvědčení ten efekt, ani kdyby ti sousedé doma tu zbraň opravdu měli. Ten plán, který on měl, byl nerealistický za každých okolností. Tam mám pocit, že když dám najevo, že chápu, že se hrozně bojí a rozumím, že chce podat žalobu na ty sousedy, protože má o sebe strach a já mu nebudu rozmlouvat to, že je to pitomost, proč by to ti sousedé dělali ale řeším s ním to, že když to uděláte takhle a takhle, tak se to naopak může obrátit proti vám, tak vnímám, že on má víc pocit, že já jsem na jeho straně a je to pro ten kontakt lepší. Já stejně nejsem schopná ho toho bludu úplně zbavit.

**Vnímáš, že různě pracuješ s různými pozitivními příznaky? S halucinacemi, s bludy, u dezorganizace jak si zmiňovala?**

B: Také záleží na tom, s čím ten člověk přijde, když přijde s plánem, že tady bude podávat žalobu, tak to je něco jiného, než když třeba přijde s tím, že má hlasy a chce o nich mluvit, že chce říct, co se mu děje v hlavě, co mu ty hlasy říkají, jak je to hrozné... To je v něčem lehčí situace, protože není problém mluvit o tom, co ty hlasy říkají a jak si s tím má ten člověk poradit, co s tím dělá. Tam vnímám, že můžu i já být daleko otevřenější v tom, co si případně o těch hlasech myslím, když to tam, kde mi ten člověk více sděluje tu hrůzu životní situace tím, že se mu toto děje a já vidím, že on tomu v tuhle chvíli pevně věří, nemůžu to zpochybňovat, tak tam jsem opatrnější a zase je otázka, co chci aby se mi dařilo, jestli chci aby se mi dařilo, že mi ten člověk bude dál důvěřovat, že mě nezahrne do toho bludu, tak pak si myslím, že je to dobrá strategie, že se mi osvědčuje. Kdybych si ale dala za cíl mu ty hlasy zpochybnit, tak tolik úspěšná nikdy nebudu, nedosáhnu na to těmi svými prostředky, ale když ten člověk nějaký náhled má, tak tam ta skulina pro to je abych nabídla nějaké možnosti, ale zase spíše nabídnout - je možné, že je to nějak jinak, napadá vám jiná varianta, co by to mohlo jiného ještě znamenat. A když ten člověk řekne, že ví, že to vůbec není pravda, že to můžou být opět ty hlasy, tak pak jsem ochotná se toho chopit ve smyslu - a když by to byli ty hlasy, co by to znamenalo, jak by to bylo. Nevím, jestli umím říct nebo zhodnotit tu úspěšnost, protože mě napadá, že ten kontakt s těmi lidmi mám roztržštěný, že to není pravidelné jako v individuálním kontaktu. V té poradně, kde jsem ty lidi takto měla, tak se jednalo o lidi, kteří neměli ty příznaky takto akutní a měli náhled na to, že to nebyla realita a pracovali jsme na tom spíše, jak se s tím sžít, že jsou vůbec nemocní, takže to byla jiná situace.

Obecně si ale myslím, že přednost má udržet si důvěru člověka, než mu za každou cenu ukázat, že to co prožívá, nebo to, co říká, není reálné. Myslím si, že je potřeba počkat, až se to přesvědčení srazí s realitou, nebo až se tam udělá ta mezera, do které je možné strčit tu nohu a začít něco dělat.

**Jestli tomu dobře rozumím, je pro tebe důležitá ta důvěra při práci, jak v případě, že má ten člověk hlasy, tak i v případě, že má například vizuální halucinace, anebo to samé i při bludech, ano?**

B: Ano, primárně je pro mě důležité, aby mi ten člověk mohl důvěřovat a abych se nestala součástí toho bludu. Pak se mi zdá, že se ta práce odvíjí od toho, jak se k tomu staví přímo pacient, kolik má nebo nemá náhledu na to co se děje a co ode mne chce.

**Setkala ses někdy v přímém kontaktu s dezorganizovanou mluvou, jak si vzpomínala? Nebo dezorganizovaným myšlením?**

B: To myslím, že zrovna byl ten pán, co nabízel tu plavbu po Mississippi, že byl schopen mluvit prakticky hodinu nepřetržitě a často se stávalo, že nedokončil myšlenku a z mého pohledu se do toho vyprávění zamotal, bylo vidět, že mu v tu chvíli toho v hlavě běží mnohem více, než je schopen říkat, i když mluvil celkem rychlým tempem. Napadá mi, že to byl ukázkový příklad. Pak také někteří pacienti, kteří jsou hodně paranoidní a je vidět jak se snaží těm prožitkům dát logickou kostru, aby se s tím mohli vyrovnat, mně je blízký ten pohled, že ataka v psychóze je kompenzace a to, co je nejdříve tak hrozně nejasné a mlhavé, a tak se trochu uvolní tím, že je tomu dána logická souvislost, ta logická kostra a možná chvíli je potřeba jí mít a není možné ji hned zbořit protože by to znamenalo vrátit se opět do té bezbřehé nejistoty, která je horší, než ten blud jako takový. Takže u těchto pacientů mám někdy pocit, že je to vidět, jak jim ty myšlenky ubíhají na různé strany a oni se je snaží dát dohromady, když o tom povídají a nějak to kloubí.

**A v takových situacích máš nějakou strategii co dělat, říkáš jsi, že jsou oceňovány za konkrétní věci?**

B: Přemyslím, v jaké situaci se to vyskytne. Nevybavím si teď situaci, kde by to bylo přímo předmět toho kontaktu, že by ten člověk za mnou přišel právě kvůli tomu, že má tyhle rozbíhající se myšlenky.

**Když si představím, že se s tebou baví a děje se to, tak co v tu chvíli?**

B: Já myslím, že to někdy zrcadlím, že mluvím ve smyslu, vidím, že toho chcete říct hrozně moc a ono to tak nejde, tak klidně zpomalte, nebo vyberte to, co je teď pro vás nejdůležitější. Nebo mluvil jste o tomto a tomto, tak je to všechno, nebo chcete se k tomu ještě nějak vrátit? Myslím, že základní strategie je jít přes to - vidím, že jste toho plný, že máte těch myšlenek hodně, že možná se až tlačí ty myšlenky jedna za druhou a ani nestíháte to doříct. Pak záleží na tom, co ten člověk, jestli tlačí dál do mě, tak pak to někdy nechám doběhnout až k tomu, kdy to chce on skončit, protože takto na mě také nemluví hodinu, že jo, pak zase jde někam dál a není se mnou schopen komunikovat. Pokud je schopen se mnou komunikovat alespoň trochu, což znamená, že třeba se na chvíli zarazí a naváže na to, co já jsem říkala, tak pak to podpořím. On chvíli zas něco

povídá, tak zas se k tomu vrátíme, zase se mu pokusím pomoci, přibrzdit ten tok myšlenek, aby mohl říct to, co chce říct. Anebo to soustředím k tomu jádru, kvůli čemu vlastně přišel. Třeba pacient přijde kvůli něčemu zcela konkrétnímu, a jak o tom začne mluvit, tak se mu do toho vderou ostatní myšlenky a najednou začne do původního vykládat věci ze široka. Třeba přišel se domluvit na propustce a začne do toho míchat věci ze široka z daleka, tak ho vrátím k tomu, že se chtěl domluvit na propustce, tak nakolik jsme domluvili vše, co jste potřeboval, pojďme to zrekapitulovat, vy jste říkal tohle a tohle, já jsem navrhla tohle a tohle, chcete k tomu ještě něco? Vrátit se tedy k tomu, co byl původní záměr, kvůli kterému se mnou vůbec chtěl mluvit.

**Když si vezmeme tu cílovou skupinu obecně, máš pocit, že je ten kontakt s lidmi s psychotickým onemocněním jiný, než s jinými klienty, nebo je tam něco důležitého co jinde ne?**

B: Určitě ano, pro mě jsou ty lidi hodně zranitelní, já je vnímám jako hodně zranitelnou skupinu asi zranitelnější z mého pohledu, než jiné skupiny. Tak jako mám z krizového centra zkušenost s klienty s poruchou přizpůsobení nebo s nějakými neurotickými obtížemi, tak věřím, že i ty jejich prožitky mohou být těžké a smutné a tak, ale přece jen je vnímám jako silnější a sebe vnímám, že si u nich více troufnu. U těch psychotických lidí mám asi větší tendenci je více opečovávat v něčem. Pak často myslím na to, jak snadno si člověk začne představovat, že ví jak to je s těmi lidmi je, je v nějakém kontaktu tak má představu, že ví, jak to vypadá a to mi přijde hodné zrádné. My jsme si to neprožili, nemáme tu představu. S úzkostí člověk nějakou zkušenost má ale s tím, jaké to je když má hlasy nebo přesvědčení, tak s tím tu zkušenost nemá, proto se neustále snažím udržovat si určitou pochybnost a otevřenost vůči tomu, že vlastně nevím pořádně jak to je, že když to jde, tak je důležité se zeptat klientů, jak to prožívají a co jim pomáhá a nechat si to popsat, aby si člověk udělal představu, jak to u kterého konkrétního pacienta je. Mě tedy přijde, že jsou na jednu stranu zranitelnější a na jednu stranu hůř srozumitelný, protože mají prožitek, který mě je hodně vzdálený.

Pak, protože vesměs jsou to lidé s chronickým onemocněním, tak hrozně vnímám ten moment, že je to na doživotí, že kromě toho, že se musí vyrovnat s tou samotnou zkušeností nemoci jako takové, tak se ještě vyrovnávají s tím faktem, že jim to obrátí celý život naruby. Mnoho věcí už nikdy zpátky nevrátí. Ti lidé s neurózou jsou schopni dočasně, ale prostě vrátet ty věci k původní úrovni jejich fungování, kdežto spousta lidí

s psychózou už to nikdy nevrátí zpátky a spíše ta prognóza je horší, to mi přijde jako dvojnásobná zátěž, proto vnímám, že tato skupina je zatíženější než jiné. Také si uvědomuji, že je to subjektivní a kdybych chtěla pracovat se závislými, tak bych to třeba viděla nějak jinak. Ale tohle si uvědomuji, že na to myslím hodně často, že vlastně se s nimi setkávám v situaci, kdy jsou na začátku cesty a teď jim nevzít tu naději, že to bude dobré a zároveň pomoci zpracovávat to pochopení, že to dobré už nikdy nebude. To mi přijde zároveň jako velká výzva a zároveň něco, co je těžké pro ně samotné, je to hodně náročné.

**To ano. A při práci s nimi, co vnímáš jako důležité?**

B: Vnímám jako důležité podporovat vše to, co je normální. To znamená i to, že ač mají psychózu, tak to neznámá, že jsou šílenci. Takže zabránit nebo zpomalit generalizaci toho onemocnění na celou osobnost člověka, protože z mé zkušenosti je to zřídka, že by ten člověk se rovnou opravdu propadl do hodně špatného stavu, že tam zdravé části dlouho přetrvávají. To mi přijde jako důležité nějak zohlednit, to co je normální, že jsou schopni spouště věci rozumět, že když zrovna nejsou pod vlivem halucinací nebo bludů, že jsou schopni si věci dát dohromady, že jsou schopni se rozhodnout, že jsou schopni si posoudit, že jsou schopni spolupracovat, že není potřeba je invalidizovat předem, nebo dělat věci za ně a je možné jim docela dlouho nechat zodpovědnost. Chcete to takto, nechcete, rozhodněte se vy sám, co bude, když to tak uděláte, co bude, když to tak neuděláte, chcete to riskovat, nebo je to pro vás přijatelné? Tohle jsou dlouho schopni samostatně rozhodovat a to mi přijde důležité jim nechat. To je to, co já vnímám jako to zdravé, jako to normální, že můžou v mnoha ohledech fungovat docela dobře, nebo běžně, i když to není to, co by chtěli, nebo to, co to bývalo ale i tak to jde a to je důležité. Pak znovu - ta důvěra - aby ten člověk mohl mít ke mně důvěru a mohl přijít i s těmi divnými prožitky, se kterými může mít zkušenost, že s nikým jiným je sdílet nemůže, nebo se bojí, tak tohle ve vztahu zachovat, i když ne vždy souhlasím s tím, že ty věci jsou tak, jak je vidí, ale ten můj nesouhlas je podán tak, aby nenaboural důvěru.

Pak mi přijdou důležité opravdu ty informace, vysvětlit těm lidem, o čem to onemocnění je, nebo jak je možné na něj nahlížet a pokud to jen trošku jde tak je naučit, jak si to onemocnění sami můžou zmenežovat, aby se necítili paralyzováni a ochromeni tím, že jim to vstoupilo do života, ale aby nad tím získali nějakou moc a našli způsoby, jak oni můžou kontrolovat tu nemoc, než aby ta nemoc kontrolovala je.

Také mi přijde důležité je moc „nerozšourávat“, právě v souvislosti s tou zranitelností, že nikdy ta psychóza neznamena, že neonemocní člověk, který je osobnostně zralý a vyrovnaný a celistvý, nebo zrovna tak neurotický člověk s problémem. Někdy si uvědomuji, jak je to svůdné se do toho pustit, tady do těch věcí, právě proto, že se s nima leckdy také zachází zvenku trochu lépe, než třeba s těmi hlasy ale myslím si, že je důležité tohle pohlídat a včas se zarazit, protože některé věci právě s ohledem na psychózu oni neustojí tak, jak by je ustál neurotik a je to kontraproduktivní. Spíše bych byla pro to, ty věci ohlázovat a učit je odkládat, nebo nějak překlenovat, než jít do těch hlubin, jako co ta maminka poskytla, nebo neposkytla, protože tam si myslím, že je daleko větší riziko, že když toto „rozšouráme“, tak ten člověk to převezme do těch psychotických obtíží a ještě se to celé zborťí, takže to také považuji za důležité, nejít do toho takto, pokud to opravdu nemá ten rámeček, že bychom si řekli, že teď budeme opravdu psychoanalyticky léčit psychózu, tak to je jiné kafe ale ne moje.

#### **Napadá tě ještě něco k tomuto tématu?**

Spíše teď přemýšlím nad tím, jak často o tom tématu takto přemýšlím vlastně. Je to docela inspirativní, když se mě takhle ptáš, že přemýšlím o těch věcech z jiného úhlu. Je to zajímavé.

Ještě od těch pacientů dál mi napadá, že ten zdravotnický personál není na toto vůbec připravovaný a to je pro ty pacienty špatné, protože existují strategie, jak učit pacienta zvládat hlasy, co doporučit, aby dělal, když se hlasy objeví, tak aby si od nich dovedl udržet distanc, nebo tu situaci jinak zvládnout. Takovéto strategie ty sestry nikdo neučí a přitom to není věc nutně psychoterapeutická, to je metodika, návod. Je to špatné i pro ty pacienty, protože jsou ochuzeni o možnost naučit se s tím nakládat sami, ve chvíli, kdy aspoň trošku získají sílu na to, aby se tomu postavili.

#### **Skvělé, děkuji!**

Jsem zvědavá, co z toho pak sepíšeš,

#### **Myslím, že mám vše, co potřebuji, bezvadné, díky moc.**

Rádo se stalo, ráda bych si to pak přečetla.



Příloha č. 2

MARKÉTA

**Řekneš mi tvoje pracovní zkušenosti?**

M: Nejdřív jsem pracovala v informačním centru pro mládež, kde jsem byla odbornou pracovnící, jedna část mé práce byla na webu, kde jsem zpracovávala různé oblasti sociální a sociálně patologické. Další část byla také poradna, kterou jsem vedla. Jednalo se o lidi přímo z ulice, nejčastěji lidi bez domova, kteří potřebovali rychle najít místo, kde žít, nebo to byli matky, které měli podezření na užívání návykových látek u svých dětí a nevěděli co s tím, kam se s tím obrátit.

Moje druhá práce byla v TK Mýto, kde jsem pracovala jako terapeutka, socioterapeutka, tak tam jsem pracovala se skupinou, individuální práce, plánování, volnočasové aktivity, tvůrčí aktivity, v podstatě program, který postupně vede k osamostatnění těch lidí, aby se naučili organizovat si čas sami. Pomáhání s hledáním práce, návazného bydlení a podobně. Teď pracuji také v TK ale s jinými klienty, s lidmi, kteří jsou závislí na drogách. Ale také se tam objevuje to, že mají nějakou diagnózu schizofrenie, nebo schizoafektivní.

**Takže v práci s lidmi s psychotickým onemocněním si se nejvíce setkala v TK Mýto?**

M: Ano. Před tím jsem dělala různé praxe a také to bylo zaměřené na lidi s duševním onemocněním, to bylo při škole.

**Zeptám se ještě, jaký máš výcvik?**

M: Mám psychoterapeutický výcvik v dynamické dasainsanalýze.

**Víš, co to jsou pozitivní příznaky?**

M: Ano.

**Jaké pozitivní příznaky znáš?**

M: Bludy, halucinace, změny nálad a podobně.

**Při práci s klienty se schizofrenií ses s nimi někdy potkala?**

M: Ano.

**Pokud si ještě vybavíš, jak si s nimi pracovala?**

M: Když jsem se setkala s halucinacemi tak jsem se snažila toho člověka nějak uklidnit, nepopírám to, že se děje něco. Doptávám se, kde to vidí, nevyvracím to ale. Nedělám, že to není, ale zároveň to nepodporuji a jestli je to možné, snažím se o uklidnění. Bavím se pak s klientem o reálných věcech, tady a teď - zima, teplo, jestli má něco k pití. V průběhu se pak vracím k tomu, jestli se ta intenzita zvětšuje, zmenšuje, jestli je to lepší, horší. Někdy se mi osvědčilo třeba jít se projít, změnit pozici a někdo si třeba řekl o to, že potřebuje kontakt, třeba, že se chce držet. Jinak se mi osvědčilo také dát obě nohy na zem, dýchat v klidu, někdy to také jakoby symbolicky dělám naproti, že sama dýchám zhluboka a jak to sama dělám, tak se mi podaří toho člověka na sebe navázat, že to dělá podobně. Je to o stabilizování, uklidňování, když se to pak podaří tak také nezávazné povídání o tom, co jsme společně s tím klientem zažili, kdy se nám v podobné situaci podařilo problém překonat. Těžím tedy z předchozích situací, kdy se nám společně podařilo podobný stav překonat. Dodání naděje, že to skončí, že to není navždy. Někdy také obrátím pozornost a ptám se přímo klienta, co mu pomůže, jestli už v minulosti má zkušenost, že by mu pomohl nějaký lék, nebo jiné věci, které můžou pomoci. Tím tedy většinou začínám. Někteří klienti jsou schopni zvládnout to sami, ale nemají aktuálně kapacitu na to pracovat sám se sebou. Když neví klient, co mu pomáhá, tak vyloučíme, co určitě nepomáhá.

**Popisovala jsi mi, že ses při práci potkala s bludy, halucinacemi a změnami nálad, byl v tom nějaký rozdíl, když srovnáš práci s halucinacemi a práci s bludem. Postupovala si jinak?**

M: Přemýšlím teď nad příklady. Myslím, že zrovna u práce s halucinacemi a hlasy je to dost podobné. U bludů je to spíše o povídání. S halucinacemi je to tak, že když má na to náhled, tak je ta práce jiná, když sděluje, co aktuálně slyší. Je to jiné v tom, že se o tom můžeme bavit a víme oba dva, že to je něco jiného a můžeme se pak dle možností bavit o tom, co se děje, proč by se to tak mohlo dít. Spíš to ale minimalizuji, protože to spíše klienty „rozejždí“. Někdo to ale rád „rozbabrává“ tak se tomu nebráním. Když se pak ale bavíme o tom, jestli to zvyšuje tu intenzitu, tak se můžeme domluvit, že už v tom nebudeme dál pokračovat, někdo to má naopak tak, že když o tom mluví tak se uklidní. Podle těchto polarit pak jednáme dál. U těch bludů je to většinou tak, že cítím, že tam ten blud je, vidím, že na to ten člověk nemá náhled, tak pracuji jinak, ztrácíme možnost se o tom bavit. Zkousím pak oddálit toho člověka - a je to vlastně tak?

**Takže u halucinací ses potkala s tím, že na to měli náhled a u bludů spíše bez náhledu.**

M: Ano, ten blud byl většinou dlouhodobý, který se tím klientovým životem nescelil, mohlo to být něco, o čem často mluvil a nedalo se na to nahlédnout. Pak třeba když jsem s klientem pracovala delší dobu, tak se mi podařilo dát možnost, když už jsme se více znali, aby se zamyslel nad tím, že kdyby byl jeho bratr, tak zdali by to vůči němu také takto cítil nebo ne a dala jsem mu jen možnost se tímto směrem vydat. Pak byl ten klient ochotný připustit, že to tak být může, ale v daném případě to tak není. To jsme se ale znali 9 měsíců a nebylo to ohrožující a stejně jsem to připravila tak, jako bychom si měli zahrát, že by tam tato možnost byla. Opravdu jen taková ochutnávka. On chtěl, aby se mu v tom stavu nějak ulevilo, tak jsem mu dala ochutnávku, že tohle by mohlo být něco, kdyby to tak nebylo, aby se mu lépe komunikovalo. Nakonec to ale nebylo možné, protože to měl nastavené pevně, že mu chce někdo ublížit.

**Nevím, jestli tomu dobře rozumím - při práci s bludem šlo tedy většinou o to, aby se člověk vypovídal. Ještě na něco si vzpomeneš?**

M: V podstatě asi ano. Šlo o vypovídání se ale potom postupy o tom, jak se uklidnit a když to bylo akutní tak také. Jde také ale o to, jaký ten blud je. V akutním stavu nějakého ohrožení nebo paranoidního nastavení je ta práce jiná, než když se jedná o blud, například: „mám pocit, že je tady ufon“, tak jako ten blud se lehce obejde, není to takový problém.

**A v tu chvíli, když se jednalo o akutní blud?**

M: Tam pracuji s představami - tak pojd', uděláme tlustou čáru za tím vším, teď je tahle místnost pro tebe bezpečná. Co můžeme teď udělat, aby to bylo pro tebe bezpečné, bude pro tebe bezpečnější jít jinam? Je to o spolupráci v tomto směru. Je to hodně o komunikaci, vycítit co je to podpůrné v akutní situaci.

**Ptala ses třeba na medikaci?**

M: Ano. Někdo má léky rád, pomáhá mu to, u jiného třeba dát pozor na to, aby se to s léky nepřehnal, nebo je někdo nechce. Tam jde o to, jestli už má ten člověk pozitivní zkušenost s léky nebo negativní. Oni většinou sami ví, co pomáhá a co ne.

**Takže je to rozdílné a individuální?**

M: Přesně tak. Někdy je to ale také o tom bavit se, jestli jsme tento stav společně schopni zvládnout, jestli není lepší volat rychlou záchrannou službu, protože v rámci tohoto zařízení už třeba nejsem schopna nabídnout více, takže budeme muset volat. Pak je to o vyjednávání kam radši, co si sebou vzít a pak už je to hodně o praktických věcech. To se týká hodně zhoršeného stavu.

**Vidíš někde odlišnost, popřípadě v čem, pokud se bavíme o terapeutickém vztahu s klientem s psychotickým onemocněním od jiných klientů. Kde bys viděla odlišnost?**

M: Určitě je tam pro mě rozdíl v tom, že ten vztah je křehký. Není tak zřetelné testování toho, jestli ten člověk to vydrží, nebo to nevydrží, ale spíše mám pocit, že je to z mé strany o upevňování, o tom, že je to v pořádku a všechny věci, které se tady dějí, jsou dobré. Přijde mi, že je to hodně o děláni bezpečí a hnízdečka kolem toho všeho, hodně vysvětlování, hodně jednoduchost, strukturování, ověřování. V tomto je to pro mě jiné, jde o hodně intervencí tímto směrem. Ujasňování, doptávání, jestli to, co se děje, je to co se děje, nebo jestli se děje, ještě něco jiného.

**Je něco, co sama vnímáš jako důležité, co ti pomáhá při práci s psychotickými klienty?**

M: Potřebuji se cítit sama dobře a toho člověka přijmout. To jsou takové fráze ale jak to popsat. Nakonec vlastně zjistit, že když si s tím člověkem sednu, je mi s ním příjemně, zajímá mě, co říká. Musí mi prostě sednout a nakonec zjistit, že to jde. Někdy se mi vyplatí říct něco více o sobě, sama být otevřená v oblastech, kde to jde. Vím, že je to něco, co se mi osvědčilo, být lidská, přirozená, někdy přiznat, že nevím co dál, přiznat, že jsem nervózní.

I takovéto hodně otevřené, autentické zprávy o tom, jak se v tom cítím, to se mi opravdu osvědčilo.

Opravdu jde o to, být autentická, kdykoli jsem řekla něco jinak, než jsem to cítila, tak se mi to v tom vztahu zhoršilo a nebylo to dobře. Ale i takto je dobré zpětně se k tomu vrátit a přiznat se, že jsem něco zkazila, i to je k dobru. Opravdu to vybalit a říct jak to bylo. Takže důvěra a být otevřený ale neupouštět z hranic, držet strukturu, přece jenom si vždy v zařízení kde jsou hranice, které je potřeba držet.

**Napadá tě ještě něco?**

M: Humor, ten mi hodně pomáhá. To je ale také tenká hranice, kdy to může dopadnout blbě. Dobrý příklad ale je opět to, když je možnost se o tom společně pobavit, proč jsem co udělal, že se to například nepovedlo. Je to ale něco, co ten vztah sblíží. Nakonec zjistím, že každý má ten humor a dá se i pobavit společně v tom sezení. Také najít co máme společného je dobré. Mně tedy hodně ještě baví ten jejich svět, který je vždy o něco barevnější, než ten můj, to mě hodně baví, je to inspirativní, něco na co se ptám, co mě zajímá.

Příloha č. 3

JONÁŠ

**Jaké máš pracovní zkušenosti?**

J: Jeden rok jsem pracoval v TK Mýto a teď pracuji v Beřkovickém blázinci, kde pracuji se závislostma. Když jsem nastoupil, tak jsem byl na ochranných léčbách psychiatrických, kde byli většinou schizofrenici, ale teď s nimi nepracuji.

**Takže s cílovou skupinou máš zkušenosti z TK Mýto a z oddělení ochranných léčeb?**

J: Ano.

**Máš nějaký výcvik?**

J: Nemám ještě, ale dělám si ho v analytické psychologii.

**Jakým rokem?**

J: Teď je to čtvrtý rok, co v něm jsem.

**Víš, co to jsou pozitivní příznaky, jaké znáš?**

J: Ano, znám bludy, halucinace a poruchy myšlení, zárazy, to je všechno.

**Setkal ses s tím při práci?**

J: Mám pocit, že ano.

**Vzpomeň si na nějakou konkrétní situaci, a co si v ní dělal?**

J: Jak jsem s nimi pracoval jo? No to je... V TK Mýto jsem se s tím setkal u několika klientů, tam byl celkem důležitý rozdíl při práci, jestli měli klienti náhled na to, co se jim děje. Když si vzpomenu na T., tak ten vždy přišel s tím, že ví moc dobře, že mu začínají nějaké hlasy a ten působil, že má celkem dobré mechanismy k tomu, jak to zvládat ale hlavně to bylo o tom, že věděl, že to jsou hlasy. Jako měl nad tím nějaký nadhled, dokud to nezačalo úplně.

Zcela jiné to bylo u F., který na to náhled neměl, kterého to tak pohltilo, že se s tím nedalo nic moc dělat.

Takže s T. se pracovalo velice dobře, protože ten už byl „zkušený psychotik“, když to tak nazvu, měl za sebou několik atak a sám si řekl, co potřebuje. Vypracovával jsem s

ním krizový plán, kde věděl, že mu pomáhá činnost nebo změna myšlenek, naopak mu nepomáhal odpočinek. S F. to bylo mnohem těžší, protože ten když začal psychotit, tak to bylo hlavně o tom, že jsem se jen snažil být s ním a mluvit s ním. Moc jsem se na jeho bludy nedoptával, spíše jsem se ho snažil nějak dostat „na zem“ tím, že se s ním budu bavit o přirozených věcech. Tím, že jsme byli v TK, tak to šlo. Samozřejmě jsme se snažili hledat, co ho mohlo rozhodit, že zrazu teď to vzniklo, ale mám pocit, že to nemělo moc úspěch, takže v tom psychotickém stavu akutním, kdy měl ty bludy tak mi přišlo, že tam člověk nemůže nic extra dělat. Možná to zní blbě, ale čeká se, než to odezní a s tím člověkem jen jsi, aby věděl, že má nějakou podporu a možná ho trochu... nevím jak to říct. On když přišel tak byl většinou hodně rozhozený, tak jsem se snažil já působit klidně, že je to v pořádku, jakoby tu jeho nervozitu jsem se snažil jako - Filipe a nemohlo by to být tímhle a tímhle a dával jsem mu nabídky ve stylu - opakovaně tě rozhodil příchod nového klienta, teď jeden přišel, nemohlo by to být tím? Nemám pocit, že by to někam moc vedlo, ale měl jsem představu, že tímto propojujeme afekt, který je odtržen a zaplavující poněvadž neví, kam patří a co znamená, takže jsem se snažil mu to takto propojovat. Tam se mi líbí slovo kontejnovat, přijde mi to, že ti psychotici mají nezralou psychiku a co ten terapeut může dělat je něco podobné jako u attachmentu, poskytnout jim tu svou psychiku, která je zralejší a nabízet jim uklidnění tímto způsobem, že jim to pospojuje. Jakoby jim předžvýkat to, co oni pak lehčím způsobem stráví.

To bylo u těch bludů, u těch halucinací jsem se setkal jen s lidmi, kteří na to nějaký náhled měli, takže já jsem tam moc nemusel hledat, oni sami moc dobře věděli, co potřebují, co jim funguje.

Ještě jsem si vzpomněl na jednoho pacienta z PN, jmenoval se D. a měl blud, že je Ježíš. Měl to hodně propracované, ten blud neodezníval, on byl farmakorezistentní, už desítky let byl v PN a tam se mi strašně osvědčilo, i když to nebyla ta typická akutní fáze, která se jakoby nedá zvládat, to byl trvalý blud, tam jsem se nedoptával k tomu bludu, nesnažil jsem se ho rozbít, tam mě spíše zajímala funkce toho bludu. Čistě náhodou se mi pak osvědčila práce s malováním, jakoby externalizací, to jim jde výborně, což ostatně i v TK Mýto bylo dobré, když přes malbu ztvárňovali svojí nemoc, pak o tom dokázali zcela nádherně mluvit a mnoho věci se z toho dalo zjistit pro další práci, ale tam to nebylo v akutní fázi u pozitivních příznaků. Vrátím se k tomu D., ten

když měl blud, že je spasitel, tak bylo hezké vidět, že když jsme pracovali s technikou, ať si představí, jakým zvířetem by chtěli být, pak ho namalují a řeknou, proč si ho zvolili, tak on si vybral lva, protože je to král džungle a všichni ho slyší, když něco říká. Tak jsem si spíše v hlavě začal rozvíjet teorii o tom, jak hezká to může být kompenzace ten blud, ono pak když člověk pracuje i s tou anamnézou, tak mi to přišlo, že ten člověk je delší dobu potlačovaný a tohle, ten blud může být něco, co ho drží pohromadě.

Ale přímo, když je akutní fáze, tak mi přijde, že člověk nic moc dělat nemůže, tam mi přijde nejdůležitější být s tím člověkem. Ono to je v podstatě logické, že když někdo nemá kontakt s realitou, nemá kontrolu nad tím, co se mu děje a nerozlišuje co se děje vně a co je jeho vnitřní prožívání a má to vše nějak promíchaný, tak těžko se tam něco dělá. Mám pocit, že s pozitivními příznaky se velice těžce pracuje akorát je důležité to ustát. Ta práce terapeutická spočívá spíše v tom období, kdy ty pozitivní příznaky nejsou. Celkově mám pocit, že psychoterapie schizofrenie je velice postavená nohama na zem a bohatě stačí navázat s nimi dobrý kontakt. Tím ale nemyslím, že je něco co se dá rychle udělat, myslím si, že je tam na místě spíše dlouhodobá psychoterapie ve smyslu být s nima a být zprostředkovatel mezi reálným světem a jima. To je vše.

**Ty jsi popsal, co jsi dělal při bludech, ještě by měl, zajímala práce s halucinacemi. Tam jsi popsal, že ty klienti měli náhled a věděli co dělat, co jste ale prakticky dělali?**

J: Když měli halucinace? Říkám, ve většině už měli svůj plán, kterému já jsem se jen přizpůsobil. Nebylo to o tom, že jsme v ten moment něco hledali. Cílem toho, když měli halucinace, tedy když spíše věděli, že to přichází - ono to ve většině ten člověk rozpozná, že se něco děje, že něco není v pořádku - takto mi to popisovali, že vědí, že to přijde, tak tehdy mi přišlo na místě - vlastně je tam otázka, jestli už tento stav, když vědí, že něco přijde, bereš jako stav, kde se pracuje s pozitivními příznaky, nebo jestli myslíš už práci s tím, když ty halucinace nastanou...

**Myslím, když už je měli.**

J: Tak tam jsem se doptával, co vidí, co slyší, snažil jsem se dopátrat i k tomu, jaký v tom on vidí smysl, jaký to má pro něj význam. Proč si myslí, že mu ty hlasy něco takového říkají. Ale tam to bylo také o tom, že moc dobře věděli, že to jako není realita. Například s tím T., jsme to rozpracovali tak, že když měl hlasy, tak dokázal velice dobře



rozpoznávat, kdo na něj mluví, on to velice dobře popisoval, že měl v sobě několik živých osob vzadu v hlavě a tyto na něj mluví. On to měl částečně tak pod kontrolou, že je někdy dovedl, stopnou a také si je vyvolat. To ho bavilo, bavit se pak například s Obamou nebo papežem. Já jsem tam upřímně nic moc nedělal.

### **No tak jako minimálně ses doptával, jestli tomu rozumím, ještě něco?**

J: Nevzpomenu si, probíhalo to tak, že když přišel s tím, že chce pomoc, protože to začíná, nebo už se to děje, tak jsem mu nabídl, když to tak řeknu tak svojí psychiku, abychom to zpracovali. Snažil jsem se podobně jako u bludů, hledat v tom nějaký smysl. Vycházel jsem z toho, že zdravý člověk má psychiku v celku a dokáže s ní pracovat a já jsem měl představu, že ty hlasy někdy připomínali výčitky svědomí. Mně to přišlo jako odštěpené části psychiky, se kterými se jim lépe pracovalo ve formě hlasu. Takže cílem bylo ukázat, že se to dá slepit, ale ne cestou hluboké psychoterapie ale vlastně přes to, že jsem zkoumali k čemu to může být, jednoduše dát tomu smysl, aby to nebylo ohrožující. V podstatě získat nad tím kontrolu.

Dokonce jsem si vzpomněl, že se dá využít i práce s paradoxní intencí, když jsme zjistili, že víme, co to zhoršuje, tak jsem nabídl pohled, že tedy nad tím máme kontrolu a můžeme přijít i na to, co to zlepšuje. No ale to také nefunguje u každého.

Pro mě tam není nic jasného, co by se dalo opakovat u všech. Celé to mám založené na tom, že ten člověk s ním je, je to vnější podpora, je to někdo, kdo to vše rámuje, kdo tomu dává smysl a zpřehledňuje to.

### **Popisoval jsi u pozitivních příznaků i poruchy myšlení, dokážeš si vybavit, jak jsi postupoval při práci s poruchami myšlení?**

J: Úplně stejně jako s bludy, to si vzpomínám na M., který byl schopen dát do jedné věty mnoho nesouvisejících věcí a udělat mezi nima spojitost. Tak jako nejprve jsem se doptával, protože jsem nerozuměl, on mi to vysvětloval, ale čím více mi to vysvětloval, tím více jsem byl ztracený, takže jsem se přestal doptávat. Měl jsem pocit, že se propadáme hlouběji do psychózy. Pak jsem tedy začal vytahovat to, co tam bylo reálné a zdravé.

### **Zeptám se, jak konkrétně to probíhalo?**

J: Dobře, on přišel s tím, že v Brandýse je diskotéka, ale on tam nemůže protože je v TK a potřebuje peníze, aby odešel, ale s tou večerí to vypadá fakt špatně a tímhle například

ta věta končila... Tak bylo dost těžké z toho něco udělat. Spíše jsem se doptával, že M., teď tomu moc nerozumím, sdělil jsi mi mnoho informací najednou a přemýšlím nad tím, čemu se budeme věnovat, co je pro tebe důležité. To ale efekt moc nemělo, nevím, jestli to byl slovní salát, nebo měl tak dezorganizované myšlenky, že si propojoval věci, které spolu vůbec nesouvisely, takže spíš jsem se snažil držet jednu rovinu, jedno téma, když on odbíhal, tak já jsem ho vracel, chvílemi mi to přišlo jako souboj, že on to táhne někam a já to neustále vracím, to bylo pro mě nepříjemné. Když jsme našli téma, u kterého se to podařilo udržet tak to šlo, někdy se ale téma nenašlo a bylo to o tom, že jsem tam s ním jen byl, občas se na něco doptal, a když se to nedařilo držet u jednoho tématu a on se opakovaně rozbíhal, tak jsem ho nechal a jen s ním normálně mluvil. To ale také souvisí s tím, jaký náhled už ten člověk má. Mně to přišlo, že v jeho případě on vůbec neviděl, že mluví jinak, než obvykle. Někdy to prostě šlo najít tu jednu linii, což bylo fajn, protože to pak nebylo tak rozlitané a chaotické a někdy to prostě nešlo, tak jsem ho nechal jen vypovídat se.

**V čem vidíš odlišnost v terapeutickém vztahu se schizofrenním klientem v porovnání s jiným klientem?**

J: Asi zásadní odlišnost je, že se dostáváš do zcela jiného světa. Když se budeme bavit čistě o atace, když jsou tu ty pozitivní příznaky, tak mají většinou odtrhnutý kontakt s realitou a tam nikdy nevíš, jak pevná je ta půda pod nohama, když se s nimi bavíš. Na jednu stranu je výhoda, že tam už se není kam hlouběji propadnout, to už je tak roztržité, že mi to přijde, že tam není co zkazit, když to řeknu drsně. Jinak jsou pro mě specifictví tím, že celá ta práce s nimi je strašně přirozená v tom slova smyslu, že se pracuje s tím, co teď je. Terapie je založená na realitě. Jinak mi přijdou ale hodně křehký v tom, že nikdy nevíš, co se může stát. Mám pocit, že oni moc dobře vycítí, co se s tím terapeutem děje a to je dokáže rozhodit mnohem více, než obsah rozhovoru. Mám pocit, že se jedná spíše o vztahovou rovinu - být s tím člověkem, pokavaď je toto pevné tak obsah setkání není tak důležitý. Tohle u jiné skupiny člověk nemá. Například při terapii závislostí se snažím rozvolňovat jejich představy o tom, jak by vše mělo být, jsou takový úzkoprsí. U schizofreniků člověk moc nemá co rozkládat a také by nebylo ideální jít tímto způsobem, i když jsem začínal tak jsem to také s nimi zkoušel, ale efekt to nemělo. Proto mi přijde, že oni jsou jiní tím, že tím cílem je vůbec potkávání se s těmi lidmi. Takže tady je ta zranitelnost, kterou jsou hodně specifický.

Člověk tam musí být jasný, to jsou fáze, že jako být autentický vždy ale i když tě ten člověk štve, tak s ním být.

**Je pro tebe něco důležité při práci s klienty se schizofrenií?**

J: Mně tam vždy přišlo, že hledám něco, čeho se chytout a nikdy není nic, co by se dalo použít opakovaně ve všech případech. Na jednu stranu se to člověku líbí, že hledá, ale ne, když je ten člověk v atace. Byla to taková hledající práce, náročná v tom, že hodně věcí například u neurotiků nebo poruch osobnosti můžeš nechat na práci jim, ať si na to přijdou sami. Tady ale mám pocit, že vlastně mám mnoho věcí udělat za ně, ukázat jim ten výsledek, jako mohlo by to být takto a takto a je na nich nakolik to vezmou.

Příloha č. 4

LUBOŠ

**Jaké jsou tvé pracovní zkušenosti s cílovou skupinou lidí se schizofrenií?**

L: Tak 12 let praxe ve třech organizacích. Teď jsem na pozici koordinátora centra Baobab jako sociální pracovník

**Jaký máš výcvik?**

L: mám výcvik v rogersovské psychoterapii a potom výcvik v krizové intervenci.

**Jaké pozitivní příznaky u lidí s psychotickým onemocněním znáš?**

L: Zním hlasy, zrakové halucinace, střídání nálad, dezorientaci a zmatení, kdy nevědí, kde jsou, proč tam jsou a podobně.

**Setkal ses s tím při práci?**

L: Ano, setkal jsem se všemi.

**Jakým způsobem jsi s tím pracoval?**

L: Dost často si poslední dobou vzpomínám na Půlku, kde jsem pracoval. Byla tam jedna klientka, na které bylo vidět, že má hlasy. Jezdila všude po místnosti s očima. Byla úplně zahlasovaná. Snažil jsem se jí trochu uklidnit, tak jsem se sám té situaci přizpůsobil, jak pohybově, tak i hlasově. Tím myslím, že jsem se celkově zklidnil, nedělal jsem výrazná gesta a ztišil jsem i hlas. To zklidnění jsem tak dělal, abych jí dal možnost to po mě opakovat a aby věděla, že je vše v pořádku. Tím jsem jí vlastně kotvil v realitě. Když to tak shrnu, tak moje intervence spočívala v kotvení v realitě.

**Pamatuješ si nějakou konkrétní větu, co jsi v té situaci říkal?**

L: Hmm. Tak například: „Jste tady sami, můžete mluvit, můžete se posadit...“ Jinak mě nic nenapadá.

**Takto jsi postupoval na úvod rozhovoru. Co jsi dělat potom?**

L: Mým cílem v té chvíli bylo tu klientu zastabilizovat, proto jsme se společně zklidnili a já jsem se jí potom ptal na to, jaký má zvládací mechanismy. Dalo se s ní otevřeně mluvit o tom, že má teď hlasy. Vlastně jsem mapoval situaci, jak na tom je a co se děje. Příznaky potom tím rozhovorem vymizely. Bylo to způsobené stresem za barem. Společně jsme volali jejímu příteli, který si pro ni přijel. Myslím, že tam byla taky

hodně důležitá důvěra mezi náma. Znal jsem ji docela dlouho, tak už mi mohla věřit. A potom ten klidný přístup.

### **Co ti v tom pomáhá?**

L: Pomáhá mi uvědomit si, co je cílem toho mluvení. Cílem je pro mě v takové situaci stabilizovat klienta až do předání péče někomu jinému, ať už zdravotníkům nebo nějaké jiné podpoře. Podle toho co jí může pomoci.

### **Vidíš nějaký rozdíl při práci s bludy a halucinacemi?**

L: Mám to postavené, tak že u bludů se držím poučky nevyvracet a konfrontuju s realitou. To znamená, že se ptám na to, zda je to možné, zda je to reálné. Snažím se poukázat na realitu, a aby se nad tím ten člověk zastavil. Jednou jsem měl klienta, který si dělal velký starosti s tím, že nevrátil někomu 5 korun. Měl pak pocit, že ho kvůli tomu honí mafie. Tak jsem s ním mluvil o tom, jak moc je reálné, že ho bude honit mafie kvůli 5 korunám.

### **A jak pracuješ s hlasy?**

L: To je těžký. Hodně to záleží i na lécích. Při hlasech se to snažím akceptovat věnovat se tomu. Nejde mi o to zbavit je hlasů. Snažím se používat přístup recovery. Klient si povídal sám pro sebe za barem, tak jsem na to poukázal. Domluvili jsme se, že aby nevypadal jako podivín, tak mu to budu v klidu říkat a postupně si zkusí všimnout i reakcí z okolí, když to půjde. Bylo to hlavně z toho důvodu, aby dokázal žít se svými pozitivními příznaky, protože je měl trvale.

### **Na začátku jsi ještě zmiňoval dezorientaci, jak pracuješ s tou?**

L: Začnu popisovat, kde se nachází, kvůli posazení do reálného rámce. Snažím se ho uklidnit: „Jsme tady sami, jsme na Pankráci...“ a dělám to do té chvíle, než se chytí.

K těm pozitivním příznakům mě ještě napadá inkoherentní myšlení. To je teď pro mě relativně čerstvá zkušenost. V takovém případě jsem toho klienta nechal mluvit, aby se vypovídal. Prostě ho chvíli nechat a pak se ho snažit stáhnout na zem a aby neodbíhal od tématu. Dělat to šetrně, jemně, vnímat chvíle, kdy on vnímá a stáhnout ho zpátky. Princip je zase stejný, zklidnit a navázat.

**Děkuji. Ted' další otázka Co je pro tebe důležité ve vztahu ke klientům se schizofrenií?**

L: To, že hrozně klamou tělem, tím myslím, že nemocí nemají omezený intelekt, ale jsou pod práškama, a proto jsou třeba pomalejší. Důležitý v tom pro mě je si uvědomit, že nejsou hloupí. Mám k tomu potom mnohem větší respekt.

**Je něco, co ti pomáhá při práci s nimi?**

L: Rozhodně je to nejvíc praxe. Každý klient mi něco dá a něco nového se s ním učím, takže čím víc klientů, tím víc zkušeností. Taky mi pomáhá snaha porozumět tomu jejich světu, jak vidí svět oni. Je na tom něco fascinujícího, proto mě to baví a dělám tu práci rád. Ta nemoc má obrovský potenciál.

**Napadá tě ještě něco?**

L: Napadá mě, že specifikem toho onemocnění je jinak vnímaná realita a je důležitý vědět, jak se k tomu postavím. Když to shrnu, tak je to fakt o tom upravit řeč těla, hlasitost a styl komunikace, kotvit toho člověka v realitě, snažit se s ním navázat na tu stejnou vlnu. Taky si ošetřit prostor a čas, abychom byli v klidu a na intervenci měli dost času, jinak se do toho nepouštět.

**Děkuji moc, takhle je to za mě všechno. Super.**

Příloha č. 5

MILENA

**Můžu se zeptat, jaké máš pracovní zkušenosti?**

M: Dva roky práce v Terapeutické komunitě Mýto, což je komunita pro mladé lidi s duševním onemocněním psychotického okruhu.

**Jaký máš výcvik?**

M: Mám ukončený psychoterapeutický výcvik v dasainsanalytickém směru, pětiletý, skupinový.

**Jaké pozitivní příznaky znáš?**

M: Tak znám bludy, halucinace - vizuelní, hlasy i tělesné, pak bych tam zahrnula selektivní myšlení a například takové to napojování z kosmu, jiných lidí, aut.

**Setkala ses s nimi při práci?**

M: Ano se všemi.

**Mohla by sis vzpomenout na nějaký příklad a popsat, jak to vypadalo?**

M: Byl to jeden klient v komunitě, který měl poměrně často špatné stavy, při kterých popisoval ty pozitivní příznaky. Byl v tu chvíli úplně dezorientovaný a úzkostný, když se mu nikdo nevěnoval, tak byl naléhavý až agresivní. Popisoval mimo smyslové napojování na lidi a na auta, že mu v tu chvíli všichni vidí do hlavy a on zase jim. Byl hodně úzkostný, bál se, byl stažený a v rozhovoru neklidný. Někdy ho neposlouchalo tělo, když si například chtěl vzít prášek, tak nemohl hýbat s rukou, jako by mezi jeho pusou a tím práškem byla taková neviditelná stěna.

**Co jsi dělala v té situaci?**

M: V takovéto chvíli jsme již měli vyzkoušené, že musí chodit. To mu často zabralo a trochu se zklidnil. Někdy to ale nepomohlo a v takových případech jsme byli domluveni, že si vezme SOS prášek, a když nezabral, tak jsme volali komunitní psychiatřičce kvůli další medikaci. S ním byl trochu problém, že se hodně ubíral směrem k těm lékům, takže jsem se ho vždy snažila přesvědčit, ať zkusí jiné techniky, než si vezme prášek. Tou jinou technikou myslím, že jsem s ním mluvila, hodně jsem se ho ptala, co mu vyhovuje, co by teď potřeboval a také jsme si povídali o úplně

normálních věcech, abych odvedla pozornost od toho nepříjemného stavu. Někdy mu dokonce stačila jen moje přítomnost, že jsem tam s ním byla. Docela si uměl říct, co by v tu chvíli potřeboval. Někdy jsme si povídali a někdy spolu jen byli.

### **Jak pracuješ s bludy a halucinacemi?**

M: V danou chvíli se snažím nic nepotvrzovat, ale ani nevyvracet, což může být někdy dost těžké. Místo toho nabízím reálnou situaci, především, co se děje teď a tady. Hodně v té intervenci myslím i na léky, protože mi to přijde důležité. Potom je nechám vypovídat. Zjišťuji při tom, odkud to pramení, takový životní obraz se dozvídám při rozhovoru. Snažím se jít po linii a zjišťovat, kdy se to děje a co to pro něj znamená.

### **V čem vidíš odlišnost v terapeutickém vztahu s klientem se schizofrenií od jiných klientů?**

M: Oproti jiným klientům? No je to u nich hodně zaměřené na léky, potom terapeuticky, hlavně ve smyslu, jak se naučit pracovat s nemocí a ve smyslu zodpovědnosti, aby měl on nemoc ve svých rukou a na nemoc jeho. Také tam vnímám důležité i stránku sociální, kdy se musí vracet do rozbořeného světa a denní režim. Ze všeho nejpodstatnější mi ovšem připadá potřeba podpory. Mají velmi nízké sebevědomí, proto je ta podpora tak důležitá. Pracovník musí být upřímný a maximálně autentický, protože oni vycítí veškeré nesrovnalosti v komunikaci. Myslím, že jim potom hodně pomáhá, že mohou vidět svůj úspěch, že něco zvládli vlastními silami. To může být ovlivněno i vytvořením vstřícného prostředí, kde budou oceněni a když se jim něco nepovede, tak jim to bude jasně vysvětleno, aby tomu rozuměli.

### **Co je pro tebe důležité při práci s nimi?**

M: Jak už jsem říkala, tak je pro mě důležitá upřímnost a autentičnost v komunikaci a v chování obecně. Potom také trpělivost a přijetí těch lidí, protože jsou úplně jiní, než všichni ostatní, tak je přijmout bez strachů.

### **Napadá tě ještě něco?**

Napadá mě, že je to odlišné podle prostředí, ve kterém se pracuje. V komunitě se sice objevují halucinace a bludy, ale ty ataky tam probíhají celkem dobře, díky společenství ostatních klientů. Vždycky se navzájem podrží, když někomu není dobře. Je to také podle mě dáno i blízkostí a sdílením, je tam bezpečno, a proto mezi sebou mají pevnější vztahy.



MARCEL

**Řekni mi prosím tě tvé pracovní zkušenosti s cílovou skupinou lidí se schizofrenií.**

M: Mám zkušenost přes 3 roky, přičemž pracoviště... dělal jsem s lidmi v ochranné léčbě s psychózou, kde to byli spíše takové aktivizační aktivity, nebyla to psychoterapeutická skupina. Dělali jsme tam různé techniky, nejvíce se mi osvědčilo, nebo nejvíce je bavila biblioterapie, muzikoterapie a trénink kognitivních funkcí, když byl vhodně zvolený. S arteterapií to bylo komplikovanější, protože se s nima těžko dělá nějaká interpretace, těžko to dokážou popsat, hůř o tom mluví, nedokážou si to vztáhnout.

Pak jsem dělal na chroňáku, kde byly dlouhodobě nemocní a tam je také nejvíce bavili tyto aktivity, o kterých jsem mluvil. Tato skupina měla hodně narušené kognitivní funkce, šlo o těžké schizofreniky, víc jsem s nimi dělal trénink kognitivních funkcí, což bylo ve formě článků o něčem, pracovali jsme s pamětí a rozšiřováním tématu, o kterém jsem četli, pak jsem rekonstruovali článek ve smyslu, o čem jsem právě četli. Muzikoterapie je také velice bavila. Zajímavé bylo, že u obou těchto pozic, když jsme pracovali s biblioterapií, tak se vztahovali k těm příběhům dost často zvláštním způsobem. Byli tam hodně slepé místa, v tom příběhu bylo něco, co když se jich týkalo, tak nebyli schopni si na sebe vztáhnout, nebo se jich to netýkalo a neměli k tomu žádný názor. Nedovedli si to představit, tím to bylo specifické, zajímavé.

Jinak z tohoto období a s touto cílovou skupinou jsem zjistil, že se mi mnohem lépe pracuje s chronickými pacienty, více mě to bavilo a více jsem viděl ten smysl a potenciál, který byl původně zanedbaný. Bohužel v tom systému nejsou opečovaní, jsou spíše odloženi někde, aby to překlepalí, a mají ten potenciál zasunutý. Přes tyto aktivity se ukázalo, že jsou hodně sečtělí ale tím, že sami si nic neudělají, nebo sami nejdou do aktivity, nikdo to po nich moc nechce, tak to dřímá a odumírá.

U ochranných léceb byla většinou i jiná patologie, dost často souvisela s poruchami osobnosti a tak. Další důvod byl, že to byli lidé, kteří v rámci psychózy spáchali vraždy a podobně. Často to byli vraždy rodinných příslušníků a ta práce tím byla poznamenaná. Bylo pro ně těžké se s něčím konfrontovat a cítil jsem z nich silné pocity viny. Oni si to kompenzovali, zreflektovali si, co se stalo nebo co to provedli a teď v tom žijí zbytek

života a neví jak to zpracovat. Tímto to bylo náročné a těžší s tím něco dělat, hodně mě to vyčerpávalo.

Když jsem pak přecházel do stacionáře a snižoval si na ochranných léčbách úvazek tak jsem překvapil okolí, protože to působí zajímavěji než chronici, kteří byli po všech stránkách zanedbaní a měl jsem tam i soucit. Byli to zlatíčka, lidé utopeni v té své nemoci, zcela bezvýchodně, a když dostali nějakou možnost aktivity, prozářilo jim to den, z toho jsem měl pocit, že jim to něco dává.

Pak teda další pozice je stacionář, kde jsem měl i kratší zkušenost s duálními dg a vedením skupin, což je zase jiné. S nima mě to moc nebavilo, protože možná to bylo způsobeno tím, že jsou už hospitalizovaní a zaléčení, tak už psychóza byla na ústupu a spíše byli dominantní drogy a tam se projevovaly ty patologie závislosti a mě nebaví být takový direktivní a strukturovaný a vkládat jim pravidla a vychovávat je. V tom jsem se moc dobře necítil, to mě nebavilo.

V denním stacionáři jsem nejdelší dobu, je to tu různorodé jak věkově tak chronicitou. Když bychom počítali počet hospitalizací a chronicitu, tak jsou tady lidé od první akutní ataky a také lidé po desáté atace, mladí a i lidé staršího věku. Tím je to pestré, i když je stacionář zaměřen na prvopobyty a lidé s potenciálem, kde se dá onemocnění podchytit včas. Kdyby to ale byla takto koherentní skupina, mělo by to jiný charakter než takto, tím pestrým složením je to více roztržštěné terapeuticky, nejdu v jednom modu, spíše je to o individuálním přístupu v rámci skupiny. To je typické u psychotiků, oni moc nejsou schopni tu dynamiku skupinovou vytvořit, každý je zavřený ve vlastním světě, takže se musí nějak pracovat více méně individuálně a v rámci možností vtahovat skupinu.

**Zeptám se na tvůj výcvikový směr, jaký máš výcvik?**

M: Dasainsanalytický sebezkušenostní a gestalt, který jsem měl malý - na dva roky, ten byl spíše než sebezkušenostní tak kazuistický, jak pracovat s klienty jak individuálně tak skupinově.

**Zkušeností s psychotiky máš hodně, setkal ses s pozitivními příznaky při své práci?**

M: Ano, setkal.

**A jaké znáš pozitivní příznaky?**

M: Nejvíce se objevují halucinace hlasů, pak nějaké paranoidní bludy.

### **Vybavil by sis nějaký příklad nebo případ práce s halucinacemi a bludy?**

M: U těch halucinací se snažím, aby se co nejvíce snažili popsat co se jim děje, co slyší, jak to slyší, kvalita toho co slyší - jeden hlas nebo více, co ty hlasy říkají, jestli jsou podpůrné nebo kritické, což většinou mají spíše ty kritické hlasy, ale občas jsou i případy, kdy si na hlasy pacienti nestěžují a jsou jim příjemné, protože od nich dostávají podporu, nebo pomáhají orientovat se v realitě. Ten hlas jim radí jak se chovat, co říkat, co dělat a to berou jako podporu jak se zorientovat. Takže toto se snažím s nimi více rozebrat tak, aby to co nejlépe popsali a pak, aby popsali to prožívání, jaké to pro ně je, v čem je to pro ně nepříjemné, v čem příjemné. Samozřejmě také kdy to přichází, ty širší okolnosti, jestli to s něčím souvisí a jestli s tím dovedou pracovat. Když to je něco nepříjemného, jestli mají mechanismy jak to zvládnout nebo utlumit, jak to vyrušit, aby to nebylo tak naléhavé.

Vizuální halucinace si moc nevybavuji, ty zvukové jsou nejčastější, přemýšlím, jestli jsem se s vizuálními setkal, ale nic si nevybavuji.

Ty bludy, tak tam by se dalo říct, že s tím pracuji skoro nějak naopak. Tam se nedoptávám, tam toho člověka netlačím říct své myšlenky, například když má paranoi, že je součástí něčeho nebo tajná služba, tak víceméně o tom nechám toho člověka říct to, co o tom chce, občas se doptám něco upřesňujícího, jako například z čeho má obavu nebo co ho zúzkostňuje, ale nešťourám do toho, nerozebírám to.

Pak jsou takový ti, co mají bludy o své výjimečnosti, co si myslí, že jsou Budha, Ježíš a různé mesiášské bludy.

Nechávám je tedy říct, co chtějí a moc to nekomentuji, nesnažím se jim to zpochybňovat, to jim neberu, samozřejmě jim to nepotvrzuji. Je tam ta podpora aby cítili, že čemu věří, to beru vážně.

### **Jak to děláš? Tu podporu, že jim věříš?**

M: Ujistím je, doptáváním se. Například když mě sleduje tajná policie a hrozí mi nějaké ohrožení, tak se zeptám, jestli tomu rozumím, že z toho má strach o sebe nebo o rodinu, spíše je takto podpořím v tom, že nějak věřím tomu, co hlásá, nezlehčuji to, nekritizuji, nezpochybňuji.

**U halucinací jsi zmiňoval, že chce, aby je popsali aby se tomu dalo rozumět, co následuje po tom popsání?**

M: Spíše se zamýšlím v případě, že je to pro něj nepříjemné tak řešíme mechanismy jak to zvládnout. Například jestli jít si lehnout, vzít si prášek nebo jít se projít, odpoutat pozornost. Strategie jak utlumit.

**U práce s bludem si zmiňoval, že se do toho snažíš nešťourat, tak by mě zajímalo proč?**

M: Protože to je k ničemu. Měl jsem tady klienta, který byl zcela normální, neměl ani schizofrenii, ale měl poruchu s bludy. Byl výborný, aktivní funkční, empatický, citlivý, chytrý, vše prostě fungovalo, ale měl totálně zabludovanou konstelaci rodiny a toho co se v té rodině děje a v těch vztazích v rodině...

Opakovaně se to na skupině objevilo jako téma, a když jsme rozebírali nakolik je to reálné, že by ten jeho sourozenec skutečně měl úmysl takový nebo takový - dle obsahu toho bludu, tak co by z toho měl, proč by to dělal. Takové zpochybňující otázky, i když nemusí to být vždy zpochybňující, může to být i o vyjasnění nakolik to je reálné, nakolik blud. Takže těmi otázkami jsem to relativizoval, že možná je to ještě jinak, aby do toho nebyl tak zažraný. Ukázalo se ale, že je to házení hrachu na zeď. To jsme se k tomu vrátili 10x a zůstalo to stejné, konzistentní v průběhu několika měsíců, ten člověk se vrátil ještě potřetí na hospitalizaci a zůstal na tom samém. Na něm jsem získal zkušenost, že je to neefektivní, nijak to nepomůže. Je možné, že to bylo specifické tím, že u něj to byla porucha s bludy, ale možná kdyby se měl člověk systematicky soustředit na to rozbíjení bludů, možná tam by to bylo lepší. To je případ těch, kteří po medikaci získají náhled a zjistí, že je žádná tajná policie nehoní, tak v takovýchto případech se možná dá těmi otázkami o racionalitě té věci trochu pohnout, ale nedokážu to posoudit. Zejména jaký vliv na to mají ty léky, jestli by to bylo možné i bez nich, nebo ne. Ten člověk se nejdříve musí vrátit do reality, aby si to mohl zpochybnit. To jsem si ale nevyzkoušel.

**Když se tedy akutně setkáš s člověkem, který má bludy, necháš ho tedy vypovídat, podpoříš ho, že mu věříš, že to prožívá.**

M: Ano.

**U případu, který jsi teď popisoval, když jsi zkoušel ty zpochybňující otázky,**

### **změnil se nějak váš vztah?**

M: Ne. Ono se ale možná jedná o konkrétní typ člověka. Toto byl moc sympatický pán, inteligentní, nebyl vztahovačný, popudivý. Charakterově byl velice příjemný, takové zlatíčko k ostatním členům. To bylo i součástí jeho problému, že byl až moc přizpůsobivý, takže necítil jsem podrážděnost, nebo zlobu kvůli tomu, že jsme do toho šťourali, ale myslím, že vztah zůstal nezměněn. Tam se to vyvinulo tak, že obě strany jsme si uvědomily, že tudy cesta nevede. Tím, že byl v pohodě, dokázal si zreflektovat a zironizovat i to, že on je ten divný, co si pořád myslí tyto věci, ale... Dovedl se i sám sobě usmát v tom smyslu, že je v tom směru zabeđený. Takže na racionální rovině byl schopen si to zpochybnit, nebo se pousmát ale v komplexním pohledu nebyla žádná změna v pojetí té situace, ta zůstávala stejná. Byl schopen říct, že ví, že to zní jako blbost, ale co s tím, když to tak je.

### **Dovedl bys mi popsat nějakou zkušenost s terapeutickým vztahem s člověkem s psychózou a člověkem z jiné cílové skupiny?**

M: Já mám zkušenost v té skupině, i když je to tam individuální. Rozdíl je v tom, že ten člověk je trochu pomalejší, takže je to jako s malým dítětem. Myslím, že se na ty lidi musí mluvit klidněji, pomaleji, jednodušeji a srozumitelně. Ujišťovat se, že vše správně pochopil, ty narážky, co jiná cílovka pochopí jako ironii, tak tady nepoužívám ani v kontextu žertu, tomu se tedy vyhýbám.

Hodně podpůrné to musí být a neustále se ujišťovat, že jsem na jedné vlně, takže hodně empatie.

Pak je otázka přístupu a typu člověka jako terapeuta, tam se dá postupovat různými směry, ale mně je nejbližší ten nedirektivní. Chtěl bych, aby si ten člověk na to přišel sám, aby si sám ve svých limitech zreflekoval to, co říká, to, co z toho plyne, aby si to uvědomil. To je podle mě hodnotnější, když se to takto podaří, dá se s nimi ale pracovat i více direktivně, didakticky, strukturovaně a naznačovat i návody nebo směry, za co jsou oni nesmírně rádi. Oni se v tom sami neorientují, ne že by jim chybělo sebevědomí, jde spíše o následek něčeho hrubšího. Uvědomují si, že jsou jiní, že jsou na jiné vlně, z toho mají tu nejistotu, že si netroufají ty věci říkat nebo tvrdit. V tomto je jednodušší pro něj vyjednávat ty návody, ten směr, za který jsou rádi. Ta druhá cesta je pro ně více ohrožující a bolestivější, protože tam ztrácí tu orientaci. Obecně jim chybí ta schopnost

poskládat si ty věci tak, aby získali tvar a díky tomu, že vědí, co je podstatné řešit, co může jít stranou a podobně, tak v tom by spíše chtěli ten direktivnější způsob, kde se více ty věci ukazují, než že by se na nich nechávalo, ať si na to přijdou.

**Je pro tebe něco takové důležité, zásadní při práci s lidmi se schizofrenií, něco co bys vypíchl?**

M: Že je musíš mít rád, nemůžeš k nim přistupovat jen direktivně a být odborník, u nich to nejde, i když oni by si to často přáli a mají tu tendenci si tě do takové role stavět. Pro mě je nutné se na ně naladit a být na ně jemný, mnohem více si uvědomovat, že jsou citlivější. I věc, která by s jinými pacienty přešla, může tady člověka rozhodit, až dekompenzovat, takže nebýt moc radikální. Ještě jsem říkal nepoužívat ten humor ve smyslu ironie, spíše takový ten jednoduchý, průhledný humor, který je jasný, že tohle je vtip. Musí to být srozumitelný. Samozřejmě nejít do konfrontací, do střetů co jinde jde.

**Napadá tě ještě něco?**

M: Ne, už jsem ti toho strašně moc navykládal. Jsou to zlatíčka. Strašně mě to baví, nechtěl bych pracovat s jinou cílovou skupinou, jsou zcela výjimeční. Já je vidím ani ne tak jako nemocné lidi, ale spíše je vnímám jako ty citlivější ve společnosti, kteří tu zátěž neudrží. Buď tedy z vlastní psychiky, nebo od nároků okolí a společnosti, takže oni jsou ti, na kterých se ukazuje ta patologie prostředí, tak to je na nich extra.

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autora/ky:** Martina Husáková

**Studijní program:** Psychologie

**Studijní obor:** Psychologie

**Název práce:** Specifika práce s pozitivními příznaky u lidí se schizofrenií v terapeutickém rozhovoru.

**Počet stran (bez příloh):** 64

**Celkový počet stran příloh:** 31

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 26

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 2

**Počet internetových odkazů:** 0

**Vedoucí práce:** Mg r. Petra Šedivá

**Rok dokončení práce:** 2014

### **Evidenční list knihovny**

Souhlasím s tím, aby má bakalářská/diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

<b>Jméno, přímení</b>	<b>Adresa</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>



**Posudek vedoucího bakalářské  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc.Martina Husáková  
Obor studia: Psychologie  
Název práce: Specifika práce s pozitivními příznaky u lidí se schizofrenií  
v terapeutickém rozhovoru  
Vedoucí/oponent\* práce: Mgr.Petra Šedivá

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 64  
Počet stránek příloh: 31  
Počet titulů v seznamu literatury: 28

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

0				
---	--	--	--	--

Závažnost tématu

0				
---	--	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

**Formální zpracování**

	1			
--	---	--	--	--

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace,

0				
---	--	--	--	--

parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

0				
---	--	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

**Metody práce**

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

---

Využití praktických zkušeností

		2		
--	--	---	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

0				
---	--	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak s člověkem se schizofrenií mluvit o pozitivních příznacích a celé nemoci v období remise?

Co je preterapie a jak je využívána při práci s lidmi v akutní fázi onemocnění?

Názory na psychoterapii u lidí se schizofrenií

Bližší objasnění otevřeného dialogu a jeho využití v běžné praxi (Seikkula)

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Bc. Martina Husáková se ve své bakalářské práci zaměřila na velmi zajímavé, důležité a náročné téma, a to vedení rozhovoru s člověkem se schizofrenií, který má pozitivní příznaky onemocnění.

Martina pracovala na své práci samostatně a vycházela při jejím zpracování i z vlastních praktických zkušeností s touto cílovou skupinou. Z celé práce je patrné, že si Martina uvědomuje složitost tématu a nemožnost stanovit univerzální postup pro vedení takového rozhovoru, nicméně se velmi kvalitně snaží o popsání základních technik a možností, které terapeut při podobném rozhovoru má.

Diplomantka si dala za cíl zjistit, jakými způsoby a technikami je možné pracovat v průběhu rozhovoru s pozitivními příznaky schizofrenie.

Tento svůj cíl naplňuje v teoretické části především popisem a souhrnem specifík terapeutické práce s člověkem se schizofrenií a pojmenováním technik, které jsou standardně využívány v rámci terapeutického rozhovoru.

Martina se v teoretické části opírá o dostupné prameny v české i zahraniční literatuře a zmiňuje i názory, které jsou v současnosti na odborném poli diskutovány. Je patrné, že má diplomantka v tématu své práce přehled o aktuálním dění.

V praktické části diplomantka analyzuje výstupy z polostrukturovaného rozhovoru se šesti pracovníky, kteří se setkávají ve své praxi s lidmi se schizofrenií.

V rozhovoru se Martina zaměřuje na zkušenost těchto pracovníků s rozhovorem s lidmi, u kterých se objevily pozitivní příznaky schizofrenie a následně analyzuje jejich odpovědi prostřednictvím metody zachycení vzorců. V závěru praktické části je krátké shrnutí technik rozhovoru, které pracovníci úspěšně využili ve své praxi.

Praktická část je zpracována pečlivě, nicméně počet respondentů je příliš malý na to, aby se daly vyvozovat nějaké obecnější předpoklady.

Informace uvedené v diplomové práci lze z praktického hlediska využít jako přehled možných technik vedení rozhovoru u lidí se schizofrenií, včetně stručných doporučení pro jejich použití při výskytu pozitivních příznaků. Tuto práci lze vřele doporučit začínajícím pracovníkům s cílovou skupinou lidí se schizofrenií, neboť pojmenovává možné a efektivní techniky v rozhovoru, ale především upozorňuje na důležitost terapeutického vztahu, který je často důležitější.

Bakalářská práce může sloužit jako dobrý podklad pro provedení podrobnější analýzy využívaných technik rozhovoru při práci s pozitivními příznaky.

Diplomová práce je celkově vyvážená a zpracovává důležité a náročné téma, s kterým se setkává každý terapeut pracující s lidmi se schizofrenií.

K diplomové práci nemám významnější připomínky.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis:



*bakalářské* *MAKROENCIA NO*

**Posudek oponenta diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Martina Husáková

Obor studia: psychologie

Název práce: Specifika práce s pozitivními příznaky u lidí se schizofrenií v terapeutickém rozhovoru

Oponent práce: MUDr. Radmila Schneiderová

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 52

Počet stránek příloh: 30

Počet titulů v seznamu literatury: 28

0*	1	2	3	4
----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost  
výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce  
(publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

V čem vidí autorka rozpor, když mluví o potřebě pracovat s jednotlivými příznaky a na druhé straně o nutnosti je uchopit komplexně ?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Studentka si vybrala téma, které je zajímavé pro pracovníky pomáhajících profesí, kteří se setkávají s psychotickými lidmi. Považuji je za podnětné a přínosné.

V teoretické části se studentka věnuje vysvětlování základních pojmů, specifiky v práci s psychotickými lidmi a popisuje své výzkumné metody. V praktické části ukazuje rozhovory se 6 různými odborníky, kteří s psychotickými lidmi pracují.

Metoda polostrukturovaných rozhovorů s lidmi, kteří se schizofreniky pracují, se jeví jako velmi vhodná právě vzhledem ke zmiňované jedinečnosti psychotického onemocnění u různých pacientů.

Práce je čtivá, přehledná, stylisticky dobře psaná. Občas jsem však při čtení narážela na pravopisné chyby, které úroveň celé práce zbytečně snižovaly a v několika případech i ovlivnily srozumitelnost.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 10. září 2014

*Handwritten signature*