

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. lékařská fakulta

Klinika rehabilitačního lékařství
studijní obor Ergoterapie

**Možnosti využití metod kognitivně-behaviorální terapie
v pracovní a sociální rehabilitaci u lidí s krátkodobou
zkušeností s psychózou**

Šetření v rámci pracovní rehabilitačního programu tréninkových kaváren
o.s. Green Doors

diplomová práce

2005

Student: Robert Náhlý


Vedoucí práce: Bc. Jana Pluhaříková Pomajzlová

Oponent práce: Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc.

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval samostatně a že jsem použil jen uvedených pramenů a literatury, které uvádím v příloženém seznamu. Souhlasím s případným zapůjčením této práce pro studijní účely.

V Praze dne 30.11.2005

Podpis: 

Poděkování:

Mé poděkování patří Bc. Janě Pluhařkové Pomajzlové za odborné vedení a podnětné poznámky a připomínky k této práci, všem terapeutům a dalším pracovníkům o. s. Green Doors za obětavost a čas, který mi věnovali a všem ostatním, kteří mi v práci pomáhali a byli mi oporou.

Obsah

1. Úvod.....	3
2. Teoretická část.....	5
2.1. Psychotické onemocnění.....	5
2.2. Vztah psychoterapie a rehabilitace v oblasti péče o duševní zdraví.....	6
2.3. Úvod do kognitivně-behaviorální terapie.....	8
2.3.1. Vznik a vývoj kognitivně-behaviorální terapie.....	9
2.3.2. Charakteristika kognitivně-behaviorální terapie.....	10
2.3.3. Základní pojmy v KBT.....	11
2.3.4. Metody KBT a jejich dělení.....	12
2.4. Kognitivně-behaviorální přístup v ergoterapii.....	14
2.4.1. Terapie – přístup – referenční rámec.....	14
2.4.2. Teoretické pozadí kognitivně-behaviorálního referenčního rámce.....	14
2.4.3. Vyšetření v rámci kognitivně-behaviorálního referenčního rámce.....	15
2.5. Popis vybraných metod KBT a jejich možné využití v rehabilitaci.....	16
2.5.1. Domácí úkoly.....	17
2.5.2. Sledování činností.....	18
2.5.3. Plánování činností.....	19
2.5.4. Metody vytvoření nového chování.....	20
2.5.5. Operantní podmiňování – změna existujícího chování.....	22
2.5.6. Návuk nových dovedností skrze modelování a fyzické vedení.....	22
2.5.7. Řešení problémů.....	23
2.5.8. Využití nezdarů.....	23
2.5.9. Stop technika.....	24
2.5.10. Návuk sociálních dovedností.....	24
3. Praktická část.....	26
3.1. Rehabilitační systém Green Doors.....	26
3.2. Proces rehabilitace.....	27
3.2.1. Příjem.....	27
3.2.2. Patronství a rehabilitační plány.....	27
3.2.3. Práce na směně.....	28
3.2.4. Pracovní hodnocení.....	28
3.2.5. Komunita.....	28
3.2.6. Ukončování rehabilitace.....	29
3.3. Šetření využívání metod vycházejících z KBT v rámci pracovní a sociální rehabilitace v projektech tréninkových kaváren v o.s. Green Doors.....	29
3.3.1. Cíle šetření.....	29
3.3.2. Oblasti zaměření šetření.....	29
3.3.3. Metodologie šetření.....	30
3.3.4. Výsledky šetření.....	30
3.3.4.1. Oblast patronství a rehabilitačních plánů.....	31
3.3.4.2. Oblast práce na směně.....	33

3.3.4.3. Oblast pracovního hodnocení.....	35
3.3.5. Souhrn šetření.....	37
4. Diskuze.....	38
5. Závěr.....	39
6. Použité zdroje (seznam literatury).....	40
7. Přílohy.....	42

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1 - rehabilitační plán a patronství.....	32
Tabulka č. 2 - práce na směně.....	34
Tabulka č. 3 - pracovní hodnocení.....	36

1. Úvod:

Jedním z prvních mezníků ve vývoji ergoterapie bylo 18. a 19. století, kdy francouzský psychiatr Philippe Pinel začal používat v léčbě lidí s duševní poruchou humanitní přístup a důraz kladl na využívání činností, aktivit a na snahu o obnovu normální funkce.

V současné době je jednou z oblastí působení ergoterapie, potažmo celé rehabilitace v psychiatrii, právě rehabilitace pracovní a sociální. Tyto usnadňují lidem se stigmatem psychiatrického onemocnění plnohodnotnou integraci do společnosti a pomáhají znovu získat ztracené sociální dovednosti, pracovní návyky, schopnosti a dovednosti a umožňují jim tak návrat do „normálního“ života.

Ač momentálně v oblasti pracovní rehabilitace osob s duševním onemocněním pracují jako terapeuti spíše sociální pracovníci či psychologové, je zde jednoznačně i prostor pro práci ergoterapeutů.

O. s. Green Doors v rámci rehabilitačního programu tréninkových kaváren pracuje s klienty s krátkodobou zkušeností s psychotickým onemocněním. V rámci těchto projektů vznikla domněnka, že se v procesu rehabilitace využívají některé metody vycházející z kognitivně-behaviorální terapie, ačkoli tak nejsou pojmenovány. To byl důvod k vypracování tohoto tématu a následnému šetření, jsou-li skutečně některé z těchto metod v těchto projektech využívány.

Cílem této práce je vybrat a popsat metody z kognitivně-behaviorální terapie na základě zdrojů z literatury, které by bylo možné použít v rámci ergoterapie při pracovní a sociální rehabilitaci lidí s psychotickým onemocněním.

V teoretické části popíšeme prolínání psychoterapie a rehabilitace v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním, stručný úvod, historii a charakteristiku psychoterapeutického systému KBT. Popíšeme kognitivně – behaviorální přístup v ergoterapii a rozpracujeme metody vycházející ze systému KBT, které lze využít v pracovní a sociální rehabilitaci lidí s psychotickým onemocněním.

Praktickou částí této práce bude šetření o využívání těchto metod v projektech tréninkových kaváren o. s. Green Doors.

Jsme si vědomi toho, že práce může působit kontroverzně ve smyslu, že psychoterapie staví na jiných východiscích než ergoterapie a rehabilitace a že obory často nejsou rády, když se jejich hranice rozměňují a metodiky práce jsou přebírány z jedné oblasti do druhé bez řádného zaučení terapeutů a promyšlení důsledků. Tato práce chce ale upozornit na to, jak jsou si některé obory, obzvláště v oblasti péče o duševní zdraví, blízko a že je možné se od sebe navzájem učit. Pro práci profesionála je lepší být si vědom toho, kdy použiji metodu charakteristickou např. pro KBT a kdy postupuji v rámci rehabilitace a ergoterapie.

2. ::Teoretická část::

2.1. :Psychotické onemocnění:

System kognitivně-behaviorální terapie je použitelný pro velké množství duševních poruch. V této práci se zaměříme pouze na jednu skupinu a to na psychotické onemocnění, potažmo schizofrenii. V úvodu si tedy toto postižení v krátkosti představíme.

Pojem psychotické onemocnění – psychóza – označuje duševní onemocnění s poruchami myšlení, chování i osobnosti. Toto onemocnění mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a k sobě samému. Změny v myšlení, vnímání a citech dosahují takové intenzity, že člověk nedokáže odlišit, co je a co není skutečné.

Psychotické poruchy můžeme rozdělit do několika skupin:¹

- Schizofrenie
- Schizotypální poruchy
- Duševní poruchy s bludy
- Akutní a přechodné psychotické poruchy
- Schizoafektivní poruchy
- Jiné poruchy

Ze skupiny psychotických duševních poruch je nejčastější a nejzávažnější schizofrenie.

Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění s výraznou poruchou myšlení, vnímání, citů a chování. Tato nemoc narušuje schopnost nemocného srozumitelně jednat a chovat se v souladu s okolnostmi. Ze subjektivního hlediska působí schizofrenie hluboké odcizení, napětí a nejistotu, které vedou ke zkreslení skutečnosti. Etiologie nemoci je multifaktoriální, stejně tak i léčba musí být komplexní. Léčba je založena na farmakoterapii, ovšem péče o pacienta se schizofrenií musí být vysoce individualizována a zacílená k postupnému dosažení definovaných cílů. Proto musí být doplněna i o další složky – psychoterapii a rehabilitaci, na které se kromě psychiatra podílejí i další členové týmu – psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci, ergoterapeuti a fyzioterapeuti.

¹ citováno podle <http://www.psychozy.cz/>

Libiger (2004) uvádí rozdělení struktury péče o lidi se schizofrenií do léčebných modulů:

- farmakoterapie – odstranění psychotické tenze a kontrola psychotických příznaků
- psycho-edukace – dlouhodobá spolupráce klienta a upevnění terapeutického vztahu, náhled na nemoc a učení se prevenci a předcházení další ataky.
- práce s rodinou – edukace rodiny o klientově nemoci, rodinná terapie
- pracovní terapie – aktivace zájmů a koníčků, odkrytí a využití skrytých či zanedbávaných dovedností, příp. učení novým dovednostem
- nácvik sociálních dovedností – zvládání společenských situací, aktivní přístup k životu, udržení sebevědomí
- kognitivně-behaviorální modul – zvládání reziduálních příznaků

Psychoterapie je v tomto případě zahrnuta v modulech psycho-edukace, rodinné terapie, nácviku sociálních dovedností a kognitivně-behaviorálním modulu.

Včasným zapojením všech těchto složek a spoluprací celého týmu se může předejít chronifikaci nemoci.

Libiger (2004) uvádí možnost využití technik kognitivně-behaviorální terapie a nácvik sociálních dovedností v terapeutických plánech u lidí s psychózou. Vhodnost uplatnění těchto technik je však individuální a záleží na posouzení ošetřujícího týmu.

2.2. :Vztah psychoterapie a rehabilitace v oblasti péče o duševní zdraví:

Vzhledem k tomu, že tato práce pojednává o metodách vycházejících z psychoterapeutického modelu, uvádíme v této kapitole definice a stručné dělení psychoterapie a rehabilitace a jejich vzájemný vztah v oblasti péče o duševní zdraví.

Psychoterapie

„Psychoterapie je interdisciplinární obor, vědní disciplína, jenž se zabývá léčením psychických onemocnění i poruch. Psychoterapie však může být chápána i jako činnost, léčebné působení psychologickými prostředky a to na nemoc, poruchu nebo anomálii. Jejím cílem je odstranit nebo zmírnit potíže, případně i odstranit jejich příčinu“. (Kratochvíl, 2000)

„Psychoterapie je systematická a záměrná léčba psychosociálních, psychosomatických a

behaviorálních poruch či stavů. Využívá vědeckých metod a probíhá v interakci mezi jednou či více léčenými osobami a jedním či více psychoterapeuty. Cílem je úleva od utrpení, podpora zrání a vývoj nebo zdraví léčené osoby. Vyžaduje jak obecné tak i specializované vzdělání a výcvik.“ Evropská asociace pro psychoterapii, 2003²

Velmi zjednodušeně lze psychoterapii podle příslušnosti k jednotlivým směrům rozdělit na tři odlišné orientace (Kratochvíl, 2000):

1. Dynamická psychoterapie – zabývá se vlivem minulých zážitků a nevědomých procesů na současné problémy a potíže.
2. Kognitivně-behaviorální psychoterapie – učí překonávat současné problémy a potíže nácvikem žádoucího chování a myšlení.
3. Humanistická psychoterapie – zabývající se rozvojem vnitřního prožívání a vlastních možností.

Vyjmenovávat a popisovat všechny psychoterapeutické směry není předmětem této práce a lze je dohledat v uvedené literatuře.

Cílem psychoterapie může být odstranění chorobných příznaků nemoci nebo reedukace, resocializace, reorganizace, restrukturalizace, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti. (Kratochvíl, 2000)

Rehabilitace

WHO definuje rehabilitaci jako „včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se ~~na~~ řádným postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků.“ (Votava a kol., 2003) Definice vydaná Ministerstvem práce a sociálních věcí ještě přidává maximální důraz na pracovní začlenění.

Ucelená rehabilitace se skládá ze čtyř základních složek (Votava a kol., 2003):

1. Rehabilitace léčebná – je zajišťována zdravotníky ve zdravotnických zařízeních. Léčebná rehabilitace zajišťuje zlepšení funkčního stavu, odstraňuje nebo zmírňuje poruchu či disabilitu.

2 citováno podle: <http://www.psychoterapeuti.cz> [online 2.11.2005]

2. Rehabilitace sociální – úzce navazuje na léčebnou rehabilitaci, pomáhá lidem se zdravotním postižením zvládat sociální vztahy a vazby. Cílem je nácvik sociálních dovedností a sociální integrace lidí se zdravotním postižením do společnosti.
3. Rehabilitace pracovní – příprava na pracovní uplatnění a vlastní zařazení do pracovního procesu. Cílem je nácvik pracovních návyků a dovedností a s tím spojená příprava na pracovní uplatnění, a udržení klientova sebevědomí a perspektivy.
4. Rehabilitace pedagogická – uplatňuje se u dětí a mládeže se zdravotním postižením. Cílem je dosáhnout u těchto osob co nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace.

Rehabilitace v oblasti psychiatrie má za cíl pomáhat lidem s psychiatrickými problémy a postiženími zvýšit jejich fungování tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory. (Project MATRA III).

Psychoterapie a rehabilitace

Přestože se v pracovní a sociální rehabilitaci lidí s psychiatrickým onemocněním uplatňují určité psychoterapeutické prvky a některé metody a prostředky vycházejí z psychoterapeutických systémů, nejedná se o klasickou psychoterapii.

Základní konceptuální rozdíl mezi terapií a rehabilitací je, že terapie se zaměřuje primárně na problém – poruchu (impairment), jejich příčiny a odstranění. Rehabilitace je naopak primárně zaměřena na funkci – aktivitu. Zjišťuje zbylý funkční potenciál, sleduje dovednosti klienta a potřebné dovednosti se v rehabilitaci učí.

Samozřejmě, že existují i psychoterapeutické systémy a modely, které se více orientují na rozvíjení funkčních dovedností klienta, ale hlavní zaměření je na odstranění problému.

2.3. :Úvod do kognitivně-behaviorální terapie:

V této kapitole představíme kognitivně-behaviorální terapii (dále jen KBT) jako jeden ze základní směrů současné psychoterapie. Uvedeme si historii KBT, její charakteristiku a základní rysy.

2.3.1. Vznik a vývoj kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je směrem poměrně mladým. Zformovala se v 70. letech 20. století a to propojením do té doby dvou samostatných psychoterapeutických směrů – terapie behaviorální a terapie kognitivní. Za průkopníky integrace bývají považováni A. Bandura, D. Meichenbaum a M. J. Mahoney.

Behaviorální terapie je založená na přesvědčení, že poruchy chování jsou naučenými reakcemi a lze je tedy ovlivnit experimentálně ověřenými postupy jako přecvičování a odučováním. Soustředí se tedy na ovlivňování chování. Naproti tomu kognitivní terapie věnuje prvořadou pozornost nikoli chování, nýbrž poznávacím procesům, především myšlení.³

Možný a Praško (1999) uvádějí, že nový terapeutický směr převzal z behaviorální terapie metodu – podrobnou analýzu a sledování podnětů, které předcházejí a následují daný problém. Kognitivní terapie pak doplnila obsah terapie o další aspekty, které umožnily lépe porozumět problému a předvídat účinek terapie.

Možná indikace KBT je u těchto psychických problémů:

- Úzkostné poruchy
- Deprese
- Bipolární afektivní porucha
- Schizofrenie⁴
- Mentální retardace
- Poruchy chování u dětí
- Sexuální dysfunkce
- Závislost na alkoholu, drogách
- Poruchy příjmu potravy
- Chronické somatické bolesti

3 Kratochvíl (2000) uvádí, že doposud existují tři odlišná pojetí kognitivně-behaviorální terapie. První ji chápe jako jednu z forem terapie kognitivní, druhé pojetí ji vidí jako formu terapie behaviorální. Třetí pojetí spočívá v chápání KBT jako přístupu, který má ve srovnání s terapií kognitivní a behaviorální zcela specifické rysy.

4 V 90. letech 20. století se začalo využívat metod KBT u lidí s psychózou při terapii bludů a halucinací. Možný a Praško (1999) ve své publikaci uvádějí několik studií, které úspěšnost těchto metod prokazují. Stejně tak Grant et al. (2004) uvádí KBT jako jednu ze současných hlavních psychoterapeutických přístupů k ovlivnění bludů a halucinací ve Velké Británii. Další přehled studií zaměřených na úspěšnost KBT metod uvádí Hirsch a Weinberger (2003) /str. 667-670/. Vzhledem k tomu, že se však jedná o klasickou psychoterapii, nikoli o rehabilitaci, kterou by bylo možné vztáhnout k ergoterapii, nebudeme se tímto ve této práci zabývat.

- Poruchy osobnosti

U nás se začala KBT prosazovat až po roce 1989. První výcvik v KBT začal v roce 1991 a vedli ho lektoři z Anglie, Německa a Rakouska. V roce 1992 vznikla sekce KBT při psychoterapeutické společnosti a posléze samostatná Česká společnost kognitivně-behaviorální terapie. Prvním prezidentem byl P. Možný, současným prezidentem je J. Praško. Tato společnost je členem Evropské asociace behaviorální a kognitivní terapie (EABCT). V roce 2003 se v Praze konal Kongres EABCT, jehož se zúčastnilo 850 účastníků ze 41 států.

V současné době je v České republice KBT Institut, který pořádá výcvikové kurzy v KBT. Více informací lze dohledat na webových stránkách <http://www.kbtinstitut.cz>.

2.3.2. Charakteristika kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie je komplexním psychoterapeutickým systémem. Pro provádění tohoto typu terapie je nutné, aby byl terapeut v daném systému vyškolen. Terapie pak má danou strukturu – vyšetření, behaviorální, kognitivní a funkční analýza, formulace problému, stanovení cílů v KBT, vytvoření terapeutického plánu a jeho praktické uplatnění a ukončení terapie.

Pro terapii jsou typické domácí úkoly a bodování (sebehodnocení).

KBT je charakterizována následujícími rysy (Možný, Praško, 1999):

1. KBT je krátká, časově omezená (většinou max. 20 sezení, jednou až dvakrát týdně).
2. KBT je strukturovaná a terapeut je aktivní a direktivní (terapeutické sezení má pevnou strukturu a jasný program, terapeut je aktivní, diskutuje s klientem, nacvičuje konkrétní dovednosti, dává domácí úkoly).
3. KBT se opírá o vztah otevřené aktivní spolupráce mezi klientem a terapeutem (terapeut informuje klienta o svých hypotézách týkajících se příčin a udržujících faktorů jeho problému, vysvětluje teoretický model, z něhož při léčbě vychází).
4. KBT vychází z teorií učení a teorií kognitivní psychologie (použití terapeutické metody vychází z analýzy problému klienta).
5. KBT se zaměřuje na přítomnost (hlavní důraz je kladen na analýzu současných faktorů, které problémové chování spouštějí a udržují).

6. KBT se zaměřuje na konkrétní, jasně definované problémy (tyto musí být popsány v pojmech zjevného pozorovatelného chování, nikoli jen neurčitě nebo metaforicky).
7. KBT si stanovuje konkrétní, funkční cíle (formulace cíle je výsledkem dohody mezi terapeutem a klientem).
8. KBT se zaměřuje na pozorovatelné chování a vědomé psychické procesy.
9. KBT uplatňuje vědeckou metodologii (začíná se pozorováním a zaznamenáváním konkrétních faktů souvisejících s problémem, tyto se pak měří a analyzují a vyvozují se hypotézy o vztazích mezi těmito fakty).
10. Konečným cílem KBT je dosažení soběstačnosti klienta (klient získává znalosti o svém problému, procvičováním získává určité dovednosti jak problém zvládat).

2.3.3. Základní pojmy v KBT

Chování

Pojem chování (behavior) je v rámci KBT chápán jako jakákoli činnost, kterou živý organismus koná. Možný a Praško (1999) uvádějí rozlišení na čtyři základní modality chování:

1. motorické (zjevné) chování
2. kognitivní procesy
3. emoce (afektivní procesy)
4. fyziologické procesy

Všechny čtyři modality tvoří jeden systém. Změna jedné složky tedy ovlivní ostatní tři složky. Všechny uvedené modality chování se řídí stejnými zákony učení, tzn. že všechny složky jsou určitými metodami v rámci KBT ovlivnitelné.

Jako kognitivní procesy se označují všechny mentální procesy, které zpracovávají a uchovávají informace z vnějšího prostředí i z vnitřního prostředí organismu. Patří sem tedy procesy vnímání, pozornosti, paměti, myšlení, hodnocení, přisuzování, očekávání apod. (Možný, Praško, 1999).

Teorie učení

KBT vychází z předpokladu, že psychické pochody jsou jednak vrozené – pudové,

instinkty a jednak naučené v průběhu života. Klasická behaviorální terapie rozlišovala tři hlavní způsoby učení – klasické podmiňování, operantní podmiňování a sociální učení, čili učení nápodobou. Kognitivní terapie doplnila tyto formy o učení kognitivní.

Klasické podmiňování je založeno na párování neutrálního (podmíněného) podnětu s nepodmíněným podnětem spouštějícím reflexní reakci. Všeobecně známým příkladem jsou Pavlovovy pokusy s vyvoláním slinění u psů. Této formy učení se využívá v metodě expozice, „zaplavení“ (flooding) a dnes již nepoužívané averzivní terapii.

Operantní podmiňování – podnět vyvolá určité chování. Následek tohoto chování se organismus učí a důsledkem je, že se dané chování buď zpevní nebo oslabí. Rozlišují se čtyři základní typy operantního podmiňování: pozitivní zpevnění, negativní zpevnění, pozitivní oslabení a negativní oslabení. Dobře patrná je tato metoda při drezůře zvířat v cirkuse, kdy pomocí systematické manipulace formou odměn (např. potrava) a trestů (např. rána el. proudem) lze zvířata naučit nepřírozeným formám chování.

Sociální učení (učení nápodobou) vychází z poznání, že chování člověka je do značné míry ovlivněno pozorováním chování jiných lidí, nebo i slovním sdělením této zkušenosti. Příkladem je přejímání chování či vystupování teenagerů podle svých idolů.

Kognitivní učení je založeno na modelu učení Podnět – Organismus – Reakce – Následek. Kognitivní procesy mají zprostředkující funkci mezi podnětem a chováním. Není to tedy podnět sám, který vyvolá určité chování, nýbrž význam, který člověk tomuto podnětu přisoudí. Dva různí lidé můžou tedy na stejný podnět reagovat zcela odlišně.

2.3.4. Metody KBT a jejich dělení

V rámci KBT bylo vytvořeno velké množství terapeutických metod, technik a postupů. Některé jsou velmi specifické a konkrétní (např. negativní trénink k léčbě tiků a koktavosti), jiné jsou komplexnější a zahrnují další submetody (např. nácvik sociálních dovedností zahrnuje hraní rolí, instruktáž, učení podle vzoru, formování chování a další).

Dělení metod KBT je vždy nedokonalé, neboť jednotlivé metody nelze vždy od sebe zcela rozlišit a oddělit. Uvedené rozdělení vychází z toho, na kterou modalitu chování daná metoda převážně působí.

Dělení metod KBT podle Možného a Praška (1999):

1. Metody zaměřené na ovlivnění tělesných příznaků
2. Metody zaměřené na ovlivnění zjevného chování
3. Metody zaměřené na ovlivnění kognitivních procesů
4. Komplexní kognitivně-behaviorální programy

1. Metody zaměřené na ovlivnění tělesných příznaků

Používají se u poruch, kde hraje důležitou roli strach a úzkost. Jejich cílem je dospět ke stavu tělesného uvolnění tím, že sníží aktivitu sympatického a aktivizují parasympatický nervový systém. Metody: nácvik svalové relaxace, autogenní trénink, nácvik zklidňujícího dýchání, použití biofeedbacku (pomocí jednoduchého přenosného přístroje, který snímá změny svalového tonu), atd.

2. Metody zaměřené na ovlivnění zjevného chování

Hlavní využití těchto metod je u úzkostných poruch, fobií, poruch chování u dětí, u pacientů s psychotickým onemocněním) apod.

Metody: systematická desenzibilizace, expozice, zábrana rituálům, sledování činností, plánování činností a sebeodměňování, metody vytvoření nového chování a operantní podmiňování.

3. Metody zaměřené na ovlivnění kognitivních procesů

Tyto metody se zaměřují především na ovlivnění pozornosti, automatických negativních myšlenek, hodnocení situace i sebehodnocení. Cílem těchto metod je ovlivněním kognitivních procesů dosáhnout žádoucí změny emocí a chování.

Metody: zastavení myšlenek (tzv. stop technika), odvedení pozornosti, kognitivní restrukturalizace, určení a zpochybňování dysfunkčních kognitivních schémat, změny kognitivních procesů v imaginaci a sebeinstruktáž.

4. Komplexní kognitivně-behaviorální programy

Výše zmíněné metody se nikdy nepoužívají samostatně, ale vždy se kombinují v rámci léčebného plánu. Někteří autoři pak vytvořili komplexní programy, které umožňují zvládnout

určité oblasti problémů. Patří sem např. nácvik zvýšení odolnosti vůči stresu, nácvik zvládnání úzkosti, nácvik sociálních dovedností a nácvik řešení problémů.

2.4. :Kognitivně-behaviorální přístup v ergoterapii:

Následující kapitola vychází z publikace autorů Bruce a Borga (1993), kteří uvádějí kognitivně-behaviorální přístup jako jeden z referenčních rámců v ergoterapii a z publikace Occupational Therapy and Mental Health (Creek, 1997).

2.4.1. Terapie – přístup – referenční rámec

Referenční rámec je systém teorií sloužící k lepší orientaci, vztahují se k určitému jevu, teoretické oblasti. Aplikované rámce vztahů jsou pak chápány jako verze teorie přizpůsobené a aplikované v ergoterapeutické praxi. (Hagedorn, 2001)

Přístup je definován jako způsoby a prostředky zavádějící teorii do praxe. (Hagedorn, 2001) Přístupy jsou často spojeny s aplikovaným referenčním rámcem a mívají často identické názvy a poskytují techniky, hodnocení nebo postupy.

Kognitivně-behaviorální přístup v ergoterapii lze tedy chápat jako aplikovaný referenční rámec vycházející z psychoterapeutického systému kognitivně-behaviorální terapie.

2.4.2. Teoretické pozadí kognitivně-behaviorálního referenčního rámce

Ergoterapeut pracující s tímto referenčním rámcem pohlíží na klienta jako na bytost s kognitivním a psychosociálním aspektem, jejíž vědomosti a znalosti se v průběhu života mění a vyvíjejí. Tyto znalosti v sobě zahrnují i **schémata**, kterými člověk pohlíží sám na sebe a na ostatní lidi, **vzorce** a postupy pro interakci s druhými lidmi v prostředí a **chování** a **dovednosti**, kterými člověk reaguje na okolí. V případě klientů s psychózou či jiným psychiatrickým onemocněním může být vývoj těchto znalostí zbrzděn, přerušen nebo se může vyvinout maladaptivní chování. Jako kognitivní dysfunkce se pak označuje rigidní chování, omezení v poznávání okolí, nevyvinutí samostatné osobnosti, nesprávný výklad reality a

omezené schopnosti řešit problémy.

Velmi důležitý je i vývoj sebepojetí. To se vyvíjí spolu s poznáváním okolí a ovlivňuje emoční vývoj jedince. Optimální emoční vývoj předpokládá rovnováhu mezi závislostí a nezávislostí, osobním názorem a schopností empatie, mezi identifikováním se s ostatními a vlastní identitou, schopností projevat a ovládat emoce a pocity. Jako dysfunkce bývá v tomto případě považována nerovnováha v těchto aspektech, kdy se vyskytnou extrémní hodnoty, což bývá provázeno pocitem neschopnosti. Takový člověk si myslí, že není schopen být samostatný, nemá sebevědomí a je nesmělý. Často se u lidí s poruchou v sebepojetí vyskytuje dogmatická a nerealistická argumentace, myšlenky jsou spíše jednorozměrné než holistické, objevuje se zevšeobecňování apod. Tyto myšlenky jsou jen velmi těžko zvrátitelné.

Kognitivně-behaviorální přístup, stejně jako i jiné přístupy, klade velký důraz na důležitost bezpečného a stimulujícího prostředí pro správný vývoj jedince a jeho učení.

Titíž autoři (Bruce a Borg, 1993) uvádějí předpoklady, které musí brát terapeut v úvahu při uvádění kognitivně-behaviorální terapie do praxe v rámci ergoterapie.

- Terapie neeliminuje patologie, ale umožňuje pomocí kognitivních a behaviorálních technik naučení dovedností, metod a strategií jednání.
- Člověk se vyvíjí jako výsledek interakce kognitivního systému, naučeného chování, sociálního a fyzického prostředí.
- Terapie je účinnější pokud se při ní klient naučí i konkrétní techniky či dovednosti, než jen používání verbálních metod.
- Pokud se klient učí novým kognitivním strategiím pro zvládnutí současných problémů, připravuje se zároveň na zvládnutí problémů budoucích.
- Během terapie může klient změnit negativní sebepojetí v pozitivní.

2.4.3. Vyšetření v rámci kognitivně-behaviorálního referenčního rámce

Stejně jako v jiných přístupech v ergoterapii i v kognitivně-behaviorálním přístupu je důležitou složkou terapie vyšetření a hodnocení k získání informací o klientově kognitivních strukturách a procesech a k zjištění rozsahu klientových schopností a dovedností.

Pro vyšetření terapeut používá pozorování, testování a rozhovor.

Základní vyšetření je založeno na čtyřech otázkách, zaměřujících se na to, co chce klient

změnit.

1. V jakých situacích by se klient chtěl cítit víc kompetentnější?
2. Které myšlenky či postoje potřebuje přehodnotit?
3. O čem potřebuje klient vědět více, mít více informací?
4. Jaké dovednosti se potřebuje naučit?

Při pozorování se terapeut soustředí na:

- Klientovy schopnosti zapamatování a chápání.
- Klientovu schopnost všimnout si vlastního chování a dokázat jej interpretovat, stejně jako použít minulých zkušeností k řešení daného problému, dokázat identifikovat stimuly, které k danému chování vedou a schopnost identifikovat vlastní problémové oblasti.
- Přiměřenost klientových vědomostí a znalostí nutných pro vykonávání ADL (Activities of Daily Living - běžné denní činnosti), pracovních činností a volnočasových aktivit.
- Strategie, které klient používá k řešení problémů a jejich efektivnost.

Podstatnou složkou hodnocení je i interakce klient – prostředí. Toto je opět možno rozdělit do čtyřech kategorií.

1. Klientův obraz sebe sama – jaké jsou jeho zájmy? Osobní cíle? Jaká je jeho úroveň sebevědomí? Dokáže tolerovat vlastní chyby? Riskuje? Jsou jeho sebepojetí odůvodnitelná? apod.
2. Klientův pohled na okolí – uvědomuje si a zajímá se o své prostředí? Jak prostředí vnímá (nepřátelské/náročné/přijímající/odmítající/...)? Jaké situace preferuje? Co očekává od ostatních? Je jeho vnímání okolí realistické? apod.
3. Způsob učení klienta – je aktivní v získávání nových znalostí? Jaké strategie mu pomáhají v učení (verbální instrukce, diagramy,...)? V jakém rozpoložení se učí nejnadhěji? Dokáže zobecnit co se naučil? apod.
4. S jakými současnými a očekávanými nároky se klient momentálně potýká? Jaké vědomosti a specifické dovednosti dané nároky vyžadují?

2.5. :Popis vybraných metod KBT a jejich možné využití v rehabilitaci:

V této kapitole rozpracujeme vybrané metody KBT a jejich možné využití v pracovní a sociální rehabilitaci. Výběr metod jsme stanovili na základě výběru Bruce a Borge (1993),

kteří tyto metody označili jako využitelné v rehabilitaci. Dále jsme vybrali metody či komplexní programy, které další autoři (Možný, Praško, 1999) označují jako využitelné v rehabilitaci.

Jak je již uvedeno výše, systém KBT má zpracované velké množství metod a postupů. Některé metody vyžadují zcela specifické terapeutické prostředí a odborný výcvik terapeuta v KBT. V rámci rehabilitace nelze vždy dodržet přesnou metodiku a postup podle teorie KBT, ale je možné využívat modifikace těchto metod.

Popis následujících metod je volně zpracován podle publikací: Možný, Praško (1999), Praško, Šlepecký (1995), Praško, Kosová (1998), Kratochvíl (2000).

Bruce a Borg (1993) uvádějí, že v rámci ergoterapie lze využívat následující metody KBT:

- domácí úkoly
- sledování činností
- plánování činností
- metody vytvoření nového chování
- operantní podmiňování – změna existujícího chování
- nácvik nových dovedností skrze modelování a fyzické vedení
- ovlivňování sebepojetí klienta
- ovlivňování myšlenek a chování
- stop technika

2.5.1. Domácí úkoly

Domácí úkoly jsou pro KBT typickým rysem, který ji odlišuje od ostatních psychoterapeutických systémů. Smyslem domácích úkolů (DÚ) je, že se tím klient na terapii aktivně podílí a přebírá zodpovědnost za její průběh. Dále plnění DÚ umožňuje osamostatnění klienta a jeho zvládnutí problémů po skončení terapie či rehabilitace.

Pro zadávání domácích úkolů je třeba brát na vědomí následující doporučení:

- Úkoly zadává terapeut a tyto vyplývají logicky z právě probíraných témat při terapii/rehabilitaci.
- Jsou jasně a konkrétně formulované, čili je možné určit, na kolik byl klient při jejich

plnění úspěšný.

- Klient musí chápat jejich smysl a musí věřit, že je dokáže splnit.
 - Měly by být formulovány tak, aby byl vyloučen neúspěch.
 - Již při zadávání by se měly probrat překážky, které by mohly splnění DÚ zabránit.
 - Je vhodné aby si zadání zapsal klient i terapeut písemně, zvýší se tím pravděpodobnost splnění úkolu.
 - Úkoly se zadávají tak, aby byly splnitelné do příštího terapeutického sezení, kde musí následovat reflexe splnění či nesplnění těchto úkolů.
 - V případě nesplnění úkolu je potřeba zjistit proč k tomu došlo.
 - zda-li to bylo nepochopením zadání, či smyslu úkolu
 - zda-li je splnění úkolu pro něj důležité a je-li k tomu motivován
 - zda mu ve splnění nezabránilo nepředvídané okolnosti
 - zda nebyl úkol v daný okamžik příliš náročný
 - Nesplnění úkolu tedy nemusí apriori znamenat projev odporu klienta.

Využití v rehabilitaci:

Domácí úkoly lze v rehabilitaci používat přesně podle schématu KBT. Úkoly vyplývají nejčastěji z individuálních setkání klienta s terapeutem, kdy je potřeba ověřit si, jestli je schopen probírané téma řešit sám, bez terapeuta.

Určitou modifikací je také zadávání klientům úkoly, které je třeba se naučit (např. seznam kódů pro účtování objednávek v kavárně, náplň práce apod.).

2.5.2. Sledování činností

Cílem sledování činností je zapojit klienta co nejvíce do aktivit, které mu zlepšují náladu. Tato metoda se používá především u klientů, kteří trpí depresí.

Klasická forma sledování činností spočívá v detailním záznamu činností prováděných během dne a to pro každou hodinu dne zvlášť. Toto je navíc doplněno hodnocením na číselných škálách. Hodnotí se „výkon“ - jaké úsilí klient při činnosti vynaložil a „potěšení“ - jaké potěšení při tom pociťoval. Případně se zaznamenává pouze činnost a klientova nálada během činnosti. Pro takovýto záznam se využívá formulář⁵. Aby informace z této metody byly relevantní, je nutné, aby klient prováděl záznamy průběžně několikrát během dne, nikoli až

5 Ukázky formulářů pro sledování činností viz Příloha č. 1

zpětně.

Výstupem je zjištění souvislosti mezi prováděnou aktivitou a náladou klienta, které činnosti mu přinášejí potěšení a co mu brání, aby svou aktivitu zvýšil.

Využití v rehabilitaci:

Určitou modifikací pro pracovní a sociální rehabilitaci pak může být méně detailní hodnocení denních aktivit a shrnutí aktivit do čtyřech oblastí a to:

- Spánek
- Péče o sebe sama
- Práce (studium)
- Volný čas

Sledujeme časové rozložení těchto oblastí během dne, poměr aktivit vzájemně k sobě a klientovu spokojenost v daných oblastech a stanovujeme možné oblasti, ve kterých si klient přeje změnu.

Vhodným a přehledným záznamem může být kruh, kde klient jednotlivé oblasti barevně označuje.

Je možné také pracovat na cílovém stavu, který klient chce a srovnat současnou situaci, jak ji klient vnímá s „ideálem“, jak by to chtěl. To může sloužit jednak k navržení a plánování kroků jak tohoto ideálního stavu dosáhnout, a taky pro vyhodnocení změn po nějakém období.

Metoda sledování činností je hodně využívaná i ergoterapeuty při práci s klienty s psychiatrickým onemocněním. Existuje formulář⁶, do kterého klient po dobu např. dvou týdnů vyplňuje, co během dne dělal a jakou měla daná aktivita pro něj kvalitu (práce, rekreace, hra, základní denní činnosti). Analýzou pak terapeut zjistí složení průměrného dne klienta a na základně této analýzy může spolu s klientem navrhnout cíle a kroky ke změně daného stavu.

2.5.3. Plánování činností

Plánování činností navazuje na sledování. Klient si spolu s terapeutem naplánuje a zapíše program svých činností, které chce během následujícího dne dělat. Do stejného formuláře si pak zaznamenává, jestli danou aktivitu skutečně dělal, či nikoli a opět zapisuje i hodnocení nálady. Cílem je zvýšit míru aktivity klienta a zvýšit míru potěšení z prováděných aktivit, příp. vybrat takové aktivity, ze kterých má klient potěšení, které klienta baví. Plán

6 Viz příloha č. 1.

činností musí být realistický a odpovídat aktuálnímu stavu klienta. Důležitou složkou je i odměňování se za provedení naplánované činnosti buď formou materiální odměny, nebo odměny duševní (sebeocení).

Využití v rehabilitaci:

Modifikace pro pracovní a sociální rehabilitaci může spočívat v plánování si kroků pro řešení určitého problému, nebo k naplnění konkrétního cíle klienta, např. hledání nového zaměstnání. Plán by měl mapovat případná rizika, které mohou při jeho plnění vzniknout a měl by být sestaven co nejkonkrétněji, aby se dal následně vyhodnotit. I v tomto případě je vhodné, aby byl plán zaznamenán písemně. Na tvorbě takového plánu se podílí klient spolu s terapeutem. Terapeut analyzuje situaci, navrhuje možná řešení, podporuje klienta a pomáhá mu věci formulovat.

Je vhodné, aby byl určen i realistický časový rozvrh plánu, příp. limit, do kdy by měl být plán splněn. Následovat by pak mělo společné zhodnocení provedení, či neprovedení naplánovaných činností.

Ergoterapeuti využívají jako modifikaci této metody formulář⁷ na plánování dne. Klient spolu s terapeutem si stanoví konkrétní cíl, kterého chce během dne dosáhnout a do formuláře zapisuje, jak se mu dařilo tento cíl plnit.

2.5.4. Metody vytvoření nového chování

Nepřiměřenost chování v určité situaci může být způsobena buď nedostatkem dovedností (člověk se jim doposud nenaučil, příp. špatně „přečetl situaci“), nebo nedostatkem v provedení (člověk má schopnost chovat se správně, ale něco tomu brání, např. úzkost). Z uvedeného vyplývá i následná intervence. Je-li u klienta nedostatek dovedností, je třeba se jim naučit. Je-li nedostatek v provedení, je třeba najít a odstranit překážky, které provedení brání. KBT používá pro nácvik nového chování učení podle vzoru, pobízení, řetězení a hraní rolí.

- Při učení podle vzoru je využíván tzv. „model“, což je osoba, jejíž chování slouží jako vzor. Důležitý je vztah klienta k „modelu“. „Model“ musí předvádět žádané chování, nikoli však být neomylný, neboť takový model pak není pro klienta přínosný. Model by měl mít při řešení problému potíže, ale měl by je umět zvládnout. Takovým „modelem“ je často, někdy i nevědomě, terapeut.

7 Viz příloha č. 2.

- Při pobízení terapeut slovně vede klienta, radí mu, co má udělat, případně jej i fyzicky vede.
- Řetězení se používá při nácviku zvládnání komplexnějších činností vyžadujících přesnou sekvenci určitých dovedností. Někdy klient jednotlivé kroky zvládá, ale problém mu dělá jejich správné pořadí. To se nacvičuje tím, že danou činnost předvedeme a požádáme klienta, aby zopakoval jen poslední krok činnosti. Postupně pak přidáváme další kroky od posledního k prvnímu, až klient zvládne celou činnost sám. V této formě se daná metoda uplatňuje zejména u lidí s mentálním postižením, nebo u pacientů s chronickým průběhem psychotického onemocnění.
- V metodě formování vybíráme u klienta takové složky chování, které se aspoň v některých rysech podobají žádoucímu chování. Tyto pak zpevňujeme a postupně další žádoucí složky chování přidáváme.
- Hraní rolí je asi nejrozšířenější metoda uplatňovaná v rámci KBT. Slouží jak k analýze klientova chování v určité situaci, tak i k nácviku vhodného chování. Tato metoda představuje základ nácviku sociálních dovedností a nácviku asertivního chování. Před vlastním hraním rolí je třeba si ujasnit cíl této metody a roli jednotlivých aktérů a přesná pravidla, kdy lidi vstupují a vystupují z rolí. Někdy je vhodné, když klient nejprve pouze pozoruje a danou situaci přehrávají na základě jeho popisu jiní lidé. Klient pak popisuje čeho si všiml. V dalším kroku pak klient sám do dané situace vstupuje a pokouší se předvést vhodné chování. Jednou z typických variant hraní rolí je tzv. převrácení rolí, kdy terapeut hraje klienta a ten hraje druhou osobu.

Využití v rehabilitaci:

V rehabilitaci se využívá, někdy i nevědomě, učení podle vzoru, kdy modelem je pro klienta jak terapeut, tak i ostatní kolegové. Tímto se klient může učit jak pracovním dovednostem („odkouvává“ efektivnější pracovní postupy) tak i sociálním dovednostem v kontaktu se zákazníky. Velmi důležitým prvkem v rehabilitaci, zejména při práci na směně je pobízení a chválení klienta. Hraní rolí se využívá v pracovním hodnocení, kdy klienti s terapeutem přehrávají problémové situace a hledají možnosti řešení. Tuto metodu lze stejně využít i při individuálních schůzkách klienta s terapeutem.

2.5.5. Operantní podmiňování – změna existujícího chování

Jedná se o klasickou metodu vycházející z behaviorální terapie založenou na principu odměn a trestů. Podle teorie operantního podmiňování lze změnit každé existující chování tím, že měníme bezprostřední následky tohoto chování. Pomocí nežádoucích následků se frekvence tohoto chování snižuje a naopak. Tyto jsou v případě terapie aplikovány záměrně.

Zpevňování existujícího chování provádíme pokud chceme zvýšit frekvenci vhodného chování. Podmínkou je vždy jasný popis sledovaného chování a určení situace, kdy by se mělo objevit. Dalším krokem je určení zpevňujících podnětů – odměn. Tyto je nutné zpočátku dávat vždy, když se žádoucí chování objeví. Chceme-li však toto zafixovat, postupně odměňujeme nepravidelně a odměny snižujeme.

Odstranění nežádoucího chování je opakem předchozí metody. Po nežádoucím chování následuje „trest“. V současné době se však již klasické tresty⁸ nepoužívají. Využívá se spíše tzv. „pasivních trestů“, čili odebrání nějaké žádoucí hodnoty. Důležité je, aby si klient uvědomoval smysl a oprávněnost trestu. Ovšem i pokud si toto uvědomuje, je účinek této metody zcela individuální.

Využití v rehabilitaci:

V případě rehabilitace lze tuto metodu využít u nácviku pracovních návyků, např. včasných příchodů do práce, při odstraňování nežádoucího chování u klientů (např. „somrování“ peněz od zákazníků, či od kolegů na službě), při motivaci klientů pro lepší/maximální výkon (finanční odměny) apod.

2.5.6. Nácvik nových dovedností skrze modelování a fyzické vedení

Tato metoda je již do určité míry modifikována pro rehabilitaci. V klasické KBT se jedná o metody vytvoření nového chování. My ji zde však uvádíme zvlášť, neboť v rehabilitaci má tato metoda trochu jiné využití, než zmíněné metody.

Nácvik skrze modelování a fyzické vedení se uplatňuje v pracovní rehabilitaci při učení se novým pracovním dovednostem. Terapeut by měl nejprve danou aktivitu/dovednost analyzovat a následně sestavit kroky pro nácvik dané činnosti, případně stupňování nácviku činnosti.

Modelování slouží k nácviku dané činnosti na modelu „nanečisto“. Jedná se o první

⁸ V počátcích klasické behaviorální terapie se v této metodě užívalo skutečně trestů, které vyvolávaly bolest, či strach. Ukázalo se však, že účinek takovýchto trestů je velmi individuální, nejistý a dočasný.

krok stupňování. Důležitou roli pro stupňování hraje jednak zadávání instrukcí klientovi a jednak míra asistence terapeuta.

Během nácviku se využívá jak instrukcí slovních, písemných tak i fyzického vedení.

2.5.7. Řešení problémů

Strukturované řešení problémů je podle teorie KBT dovednost, kterou se lze naučit a která vyžaduje úsilí a procvičování. KBT má vypracované obecné schéma řešení problémů, které lze aplikovat na jakýkoli problém.

Skládá se z šesti kroků:

1. Určení a popis problému, který chceme řešit
2. „Brainstorming“ - nalezení co největšího množství možných řešení
3. Zhodnocení výhod a nevýhod jednotlivých řešení
4. Zvolení určitého řešení a naplánování konkrétních kroků
5. Uskutečnění zvoleného řešení
6. Zhodnocení účinnosti zvoleného řešení

Nutno podotknout, že tato metoda již patří do tzv. komplexních kognitivně-behaviorálních programů a že v sobě zahrnuje i některé z výše uvedených metod.

Využití v rehabilitaci:

Tuto metodu lze uplatnit v rehabilitaci při nácviku řešení problémů (např. změna psychiatra, problémy s kolegou na směně apod.) při individuálních schůzkách klienta s terapeutem. Tato metoda předpokládá od terapeuta znalost jednotlivých kroků při řešení problémů.

2.5.8. Využití nezdarů

Metoda využívání neúspěchu v terapii, či během rehabilitace vychází z přirozenosti nezdarů. Je potřeba klientovi zdůraznit, jak je výskyt takovýchto věcí v životě přirozený a dokonce nevyhnutelný v procesu učení. Nezdary je tedy nutno chápat jako příležitosti pro klienta k dalšímu nácviku.

Využití v rehabilitaci:

Tato metoda se může aplikovat i při nácviku pracovních dovedností při pracovní

rehabilitaci, kdy záměrně necháme klienta si určitou věc pokazit a následně sledujeme a diskutujeme, jak tuto věc vnímá a jak na něj působí. Cílem je jednak učit se z chyb a jednak umět chyby přijímat.

2.5.9. Stop technika

Zastavení myšlenek tzv. stop technikou je metodou zaměřenou na ovlivnění kognitivních procesů. Jedná se o pomocnou metodu, která se používá u komplexnějších metod. Principem je nácvik zastavení nepříjemných či trýznivých myšlenek.

Aby byla tato technika účinná, musí klient znát princip a smysl této metody. Cílem je zkrátit dobu trvání negativních myšlenek či představ.

Nejprve si klient sestaví seznam nutkavých, nebo nepříjemných myšlenek. Pak jej vyzveme, aby si je vybavil a jakmile se objeví, dal znamení terapeutovi, který zakřičí STOP! Klient se obvykle lekne a myšlenky zmizí. Dalším postupem je, že si klient pokyn „stop“ říkal sám, nejprve nahlas, postupně jen v imaginaci. Po zvládnutí se učí tuto metodu aplikovat i v běžných denních situacích. Jako možnou alternativou pokynu „stop“ je nějaký nenápadný fyzický úkon, např. štípnutí se do ruky.

Využití v rehabilitaci:

Přestože Bruce a Borg (1993) tuto metodu uvádějí jako využitelnou v rehabilitaci, domníváme se, že se jedná o natolik specifickou metodu, že pro její nácvik je třeba mít výcvik v KBT. Během rehabilitace lze do určité míry s negativními myšlenkami pracovat, ne však tímto postupem. Určitou modifikací stop techniky může být, zastavení klienta v nezvladatelné situaci, vytvoření náhledu na situaci spolu s klientem, navržení možného řešení a následné řešení situace.

2.5.10. Nácvik sociálních dovedností

Jedná se opět o komplexní program. Nejpropracovanější systém nácviku sociálních dovedností u lidí s psychózou vytvořil v 70. letech v Kalifornii R. P. Liberman. Jeho systém rozlišuje tři základní složky sociálních dovedností: schopnost vnímat, schopnost vnímanému správně porozumět a schopnost sdělovat své vlastní pocity a potřeby druhým.

Cílem nácviku sociálních dovedností není redukce psychotických příznaků, ale rozvíjení schopností klienta řešit své problémy v běžném životě.

Nácvik se provádí obvykle ve skupině, ale je možné ho provádět i individuálně.

V rámci nácviku se využívá celé řady metod, např. instruktáž, hraní rolí, vysvětlování, učení podle vzoru, zpětná vazba apod.

Liberman uvádí následující postup při nácviku sociálních dovedností:

1. zvolení problému, který chce klient řešit – problém určuje terapeut s klientem, měl by se týkat současného života klienta a jeho vyřešením by se měla zlepšit klientova životní situace
2. formulace tohoto problému na konkrétní mezilidské situaci
3. přehrání situace nanečisto – klient hraje sám sebe, bez zásahu terapeuta
4. zhodnocení scény
5. znovu přehrání scény, kdy klienta hraje „model“ - klient má funkci pozorovatele
6. zopakování scény s klientem za vedení terapeuta
7. zhodnocení dosaženého zlepšení
8. zadání domácího úkolu – vyzkoušení si nacvičované situace v běžném životě

Využití v rehabilitaci:

Nácvik sociálních dovedností podle KBT vycházející z Libermana má přesně dané kroky a tzv. moduly zaměřené na jednotlivé oblasti, v nichž lze sociální dovednosti uplatnit. Využívání tohoto modelu vyžaduje odborný výcvik, či výbornou znalost této metody a přesného postupu. Kompletní návod tohoto výcviku je v publikaci Liberman (1989).

3. ::Praktická část::

V praktické části si nejdřív ve stručnosti představíme rehabilitační systém o. s. Green Doors a popíšeme proces rehabilitace v projektech tréninkových kaváren, které jsou příkladem pracovní a sociální rehabilitace lidí s psychotickým onemocněním. Součástí praktické části je taky šetření o využívání metod vycházejících z KBT v rámci pracovní a sociální rehabilitace v projektech tréninkových kaváren v o.s. Green Doors.

3.1. :Rehabilitační systém o. s. Green Doors:

„Občanské sdružení Green Doors je nestátní, nezisková organizace, která se zabývá pracovní a sociální rehabilitací lidí, kteří onemocněli schizofrenií. Zaměřujeme se především na práci s mladými, krátkodobě nemocnými klienty, které podporujeme v úsilí překonat krizi způsobenou nemocí a zařadit se co nejrychleji do běžného života.“⁹

V rámci pracovní a sociální rehabilitace nabízí toto sdružení několik tréninkových a chráněných míst v oblastech, které spojují pracovní trénink se službami pro širokou veřejnost.

V současné době základní pracovně rehabilitační programy tvoří:

- Café na půl cesty – intenzivní trénink pracovních dovedností a nácvik pracovní zátěže srovnatelné se zaměstnáním v běžných podmínkách
- Úklidová dílna – nácvik základního pracovního režimu a jednoduchých pracovních dovedností
- Klub v Jelení – program předpracovního hodnocení a pracovní trénink s intenzivnější terapeutickou podporou
- Klub V. kolona – aktivizační trénink před propuštěním z psychiatrické léčebny a chráněná místa pro dlouhodobě nemocné klienty

Na tyto programy navazují další projekty:

- Job Club – kurz přípravy na zaměstnání
- Program osobního pracovního rozvoje
- Tréninková skupina sociálních dovedností
- Terénní sociální práce a sociální poradna

⁹ Webové stránky www.greendoors.cz [online, 20. 10. 2005]

3.2. :Proces rehabilitace v rámci projektu tréninkových kaváren o.s. Green

Doors:

3.2.1. Příjem

Příjem do rehabilitace pro klienty začíná vstupním informačním pohovorem s příjmovým pracovníkem kavárny. V případě zájmu se domlouvá další schůzka, kde se zjišťují očekávání klienta, jeho přání a potřeby. Nutnou podmínkou pro vstup do rehabilitace je souhlas ošetřujícího psychiatra a krátká písemná zpráva od něj.

Po uvolnění místa v rehabilitaci je klient zařazen do zkušebních služeb. Po absolvování zkušebních služeb v případě, že se tým terapeutů z projektu dohodne s klientem, že je rehabilitace vhodná, o. s. Green Doors s klientem sepíše rehabilitační smlouvu, která vymezuje cíl rehabilitace, její délku, zkušební dobu, podmínky průběhu, přerušení a ukončení rehabilitace, práva a povinnosti obou stran. Její přílohou je náplň práce a pravidla, které se klient/ka podpisem smlouvy zavazuje dodržovat.

S pomocí terapeuta se klient/ka během zkušební doby zaučuje v základních pracovních dovednostech, zpočátku hlavně na méně náročných směnách. Množství a délku služeb lze domluvit s terapeutem podle individuální potřeby. Rehabilitace je omezena maximálně 1 rokem. Rehabilitaci je možné přerušit a po dohodě s terapeutem se do rehabilitace zase vrátit.

V případě, že se klient po zkušebních službách rozhodne v rehabilitaci pokračovat, uzavírá se sdružením také dohodu o provedení práce, na základě které, v případě, že není v pracovní neschopnosti nebo v evidenci na Úřadě práce, pobírá symbolickou odměnu.

3.2.2. Patronství a rehabilitační plány

Během prvního měsíce je klientovi přidělen jeden z terapeutů jako jeho patron. Ten má za úkol provázet klienta v průběhu celé rehabilitace, pravidelně se s klientem vídá, řeší aktuální potíže a sestavuje s klientem rehabilitační plány.

Rehabilitační plán je strukturovaný rozhovor terapeuta s klientem o tom, jak rehabilitace probíhá, jaké má klient očekávání, plány a cíle, jak je možno těchto cílů dosáhnout a jak v tom může rehabilitace pomoci. Nejvíce se věnuje oblasti pracovní, ale i bydlení, volnému času a zdraví.

Výstupem z těchto plánů je seznam zakázek, který dostanou k dispozici i ostatní

terapeuti, aby věděli na čem chce daný klient pracovat a mohli podle toho volit své intervence v rámci rehabilitace, služeb v kavárně.

3.2.3. Práce na směně

Během samotné práce na směně má klient vždy k dispozici terapeuta. Je zde prostor pro nácvik konkrétních pracovních i sociálních dovedností a na ověřování si již naučených dovedností v praxi.

3.2.4. Pracovní hodnocení

Po každé pracovní směně si společně terapeut a klienti, kteří na směně pracovali, povídají o tom, jak směna probíhala, jak se jim pracovalo, co dle jejich mínění zvládali dobře a na čem by ještě chtěli pracovat. Pracovní výkon pak klient ohodnotí na číselné stupnici. Terapeut se k tomu vyjádří, dá zpětnou vazbu. Výsledné ohodnocení je dohodou terapeuta a klienta.

Hodnocení má 3 základní stupně:

1. stupeň – hodnocení pracovních dovedností – hodnotí se jak klient zvládá pracovní dovednosti popsané v náplni práce, jak je klient samostatný a nakolik potřebuje asistenci terapeuta
2. stupeň – hodnocení kvality práce – do tohoto stupně nastupuje klient po dohodě s patronem tehdy, když zvládá základní pracovní činnosti. V tomto stupni se soustředí na kvalitu a provedení práce. Jde o dojem z práce klienta, který by mohl mít případný budoucí zaměstnavatel.
3. stupeň – má-li klient zájem, může postoupit po dohodě s patronem a provozním do třetího stupně. Zde si může vyzkoušet vést pracovní směnu, zaučovat nové zaměstnance a zapojit se do provozu kavárny.

Hodnocení pracovní směny, její průběh, docházka klientů a stručné závěrečné hodnocení se zaznamenává do pracovního deníku. Ten slouží především ostatním terapeutům, aby měli přehled, jak probíhaly jednotlivé pracovní směny.

3.2.5. Komunita

Součástí rehabilitace je i účast na pravidelných komunitách. Komunita je setkání všech zaměstnanců (klienti, terapeuti, provozní, vedoucí rehabilitace atd.). Náplní komunit bývá

vítání nových klientů, probírání provozních věcí a povídání o tom, jak se jednotlivým klientům v rehabilitaci daří.

3.2.6. Ukončování rehabilitace

Poté, co klient přestane pracovat v některém z programů o. s. Green Doors, má stále možnost podpory od svého patrona. Této fázi rehabilitace se říká provázení. Obvyklá doba je 3 měsíce. Po této době předává patron klienta jinému pracovníkovi, zpravidla sociálnímu pracovníkovi, psychologovi či psychiatrovi.

Po ukončení provázení udělá patron s klientem vyhodnocení celého průběhu rehabilitace, závěrečný dotazník a sepíše závěrečnou rehabilitační zprávu.

Klienti mají ještě možnost navázat na pracovní trénink v tzv. spřátelených kavárnách. Jedná se o mezistupeň mezi pracovní rehabilitací a běžným zaměstnáním. Spřátelené kavárny jsou běžné soukromé kavárny či restaurace, se kterými o. s. Green Doors spolupracuje při zaměstnávání svých klientů.

3.3. Šetření využívání metod vycházejících z KBT v rámci pracovní a sociální rehabilitace v projektech tréninkových kaváren v o.s. Green Doors:

3.3.1. Cíle šetření

Cílem tohoto šetření je zjistit, nakolik používají terapeuti o. s. Green Doors v pracovní a sociální rehabilitaci při práci s klienty metody, postupy a strategie vycházející z kognitivně-behaviorální terapie.

3.3.2. Oblasti zaměření šetření

Vzhledem k tomu, že tato práce pojednává o metodách vycházejících z kognitivně-behaviorální terapie a jejich možné využití v rehabilitaci, soustředíme se na průběh samotné intervenční práce s klienty, tedy pouze na tři části celého procesu rehabilitace:

- A) Oblast patronství a rehabilitačních plánů
- B) Oblast práce na směně
- C) Oblast pracovního hodnocení

V původním plánu šetření byla zahrnuta i komunita jakožto součást rehabilitace, ale poté, co jsem se zúčastnil komunit ve všech kavárnách, nevypozoroval jsem, že by se tam cíleně pracovalo s metodami vycházejícími z KBT a proto není komunita zařazena v popisu výstupů.

3.3.3. Metodologie šetření

Prvním krokem pro šetření bylo vybrat a rozpracovat metody z KBT, které je možné využít v rehabilitaci. Na základě těchto znalostí bylo možné provést šetření skutečného praktického využívání těchto metod.

Metody sběru dat jsme zvolili s ohledem na zpracovávané téma šetření.

Pro sběr dat a informací byly použity tři postupy:

1. Semi-strukturovaný rozhovor¹⁰ s terapeuty. Rozhovor jsem vedl téměř se všemi pracovními terapeuty o. s. Green Doors.
2. Zúčastněné pozorování na směnách, rehabilitačních plánech a pracovních hodnoceních. Celkem jsem měl možnost zúčastnit se šesti rehabilitačních plánů, patnácti pracovních směn a deseti pracovních hodnocení.
3. Studium materiálů o. s. Green Doors.

Analýzu výstupů ze semi-strukturovaných rozhovorů jsem zpracovával statisticky, kdy jsem porovnával opakující se odpovědi v jednotlivých oblastech šetření. Výstupem z rozhovorů pak byly i konkrétní příklady využívání metod KBT v rehabilitaci terapeuty. Během pozorování bylo možné si tyto výstupy do určité míry ověřit. Studium materiálů jsme si ověřili, na kolik jsou tyto metody zahrnuty v náplni práce terapeutů a v manuálu pro pracovníky Green Doors.

3.3.4. Výsledky šetření

Výsledky jsou sestavené na základě analýz rozhovorů a dále jsou doplněné o výsledky z pozorování a o informace získané na z materiálů o. s. Green Doors.

Výsledky jsme rozdělili do 3 oblastí podle zaměření výzkumu. V každé oblasti stručně popíšeme, co je náplní práce terapeuta v dané oblasti, dále bude uvedena tabulka s výsledky z

¹⁰ Otázky semi-strukturovaného rozhovoru uvádíme v příloze č. 3

rozhovorů s terapeuty a následně výpis metod, které terapeuti používají, jaké využívají modifikace.

Do šetření byly zahrnuty metody uvedené a rozpracované v kapitole 2.5. Do šetření jsme nezařadili metodu Náviku sociálních dovedností (2.5.10.), neboť se jedná o komplexní metodu, která vyžaduje zcela specifické terapeutické prostředí a není možné ji v rámci pracovní a sociální rehabilitace v námi zvolených oblastech uplatnit.

V tabulkách budeme metody uvádět pod číselným označením, korelujícím s číslem podkapitoly jednotlivých metod v teoretické části práce. Pro přehlednost zde ještě jednou tento seznam uvádíme:

1. Domácí úkoly
2. Sledování činností
3. Plánování činností
4. Metody vytvoření nového chování
5. Operantní podmiňování – změna existujícího chování
6. Návik nových dovedností skrze modelování a fyzické vedení
7. Řešení problémů
8. Využití nezdarů
9. Stop technika

3.3.4.1. Oblast patronství a rehabilitačních plánů

Popis

Každý terapeut je zároveň patronem pro určitý počet klientů v projektu. Úkolem patrona je klienta provázet v průběhu celé rehabilitace. To obnáší pravidelné setkávání se s klienty na individuálních schůzkách, řešení problémů vzniklých během rehabilitace, vyplnění dotazníku mapujícího připravenost klienta pro rehabilitaci a sestavování rehabilitačních plánů. Rehabilitační plány se sestavují s frekvencí přibližně jednou za měsíc. Na základě rehabilitačních plánů sestavuje spolu s klientem seznam zakázek klienta, který mají k dispozici i ostatní terapeuti v projektu, aby věděli na čem s daným klientem pracovat. Patron

taky vede dokumentaci o klientovi, kde zaznamenává jednotlivé schůzky.

Rehabilitační plán je strukturovaný rozhovor terapeuta s klientem o tom, jak rehabilitace probíhá, jaká má klient očekávání, plány a cíle, jak je možno těchto cílů dosáhnout a jak v tom může rehabilitace pomoci. Největší důraz je kladen na oblast pracovní, je ale možné se věnovat i oblastem bydlení, volného času a zdraví. Pro záznam slouží speciální formulář, který uvádíme v příloze č. 4.

Metody

Tabulka č. 1 - rehabilitační plán a patronství

	<i>používané metody</i>
<i>terapeuti Café na půl cesty</i>	
<i>A</i>	2, 3, 4, 5, 6, 7
<i>B</i>	2, 3, 4, 5, 6
<i>C</i>	2, 3, 4
<i>terapeuti Klub v Jelení</i>	
<i>D</i>	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
<i>E</i>	1, 2, 3, 5, 6
<i>F</i>	2, 3
<i>G</i>	1, 2, 3, 4, 6
<i>terapeuti Klub V. Kolona</i>	
<i>H</i>	2, 3, 4, 6

Z šetření vyplynulo, že nejpoužívanějšími metodami při individuálních schůzkách terapeutů s klienty a tvorbě rehabilitačních plánů jsou sledování a plánování činností, metody vytvoření nového chování a nácvik nových dovedností skrze modelování a fyzické vedení. Část terapeutů využívá i domácí úkoly a operantní podmiňování.

Sledování a plánování činností je v určité modifikaci součástí dotazníku mapujícího připravenost klienta pro rehabilitaci, který terapeuti s klienty vypracovávají. Klient se zamýšlí nad strukturou svého typického dne. Ten pak má za úkol rozdělit do 4 oblastí – spánek a odpočinek, práce a/nebo vzdělávání se, volný čas (koníčky, zájmy apod.) a běžné denní činnosti (hygiena, vaření, nákupy, úklid apod.). Tyto oblasti pak zakresluje do kruhu a přidává barevné odlišení, jestli je s danými oblastmi spokojený, nespokojený nebo ani nespokojený ani spokojený (neutrální odpověď). Výstupem jsou oblasti, které by klient rád ve svém životě změnil, se kterými je naopak spokojený ve stávající podobě. Většina terapeutů ještě přidává jeden kruh, kde klient zakresluje stejným způsobem, jak si představuje svůj ideální typický

den. Porovnáním stávajícího a ideálního stavu pak opět vyvstanou oblasti, na kterých může klient spolu s terapeutem během rehabilitace pracovat.

Z metod vytvoření nového chování se při rehabilitačních plánech využívá zejména hraní rolí, kdy terapeut společně s klientem přehrávají problémové situace, se kterými se během rehabilitace setkali. Terapeuti využívají i metodu pobízení, čímž motivují klienty přemýšlet nad sestavovaným rehabilitačním plánem a jednotlivými kroky k dosažení stanovených cílů.

Nácvik nových dovedností skrze modelování a fyzické vedení využívají terapeuti při nácviku sociálních dovedností, případně při nácviku konkrétních situací. Příkladem je nácvik postupu při hledání zaměstnání, modelové přehrání telefonického hovoru při shánění práce, postup při změně psychiatra apod.

Individuální schůzky přinášejí i možnost využívat domácích úkolů. Někteří terapeuti je využívají pravidelně, jiní občas, někteří vůbec, nebo nad možností využívat tuto metodu uvažují. Úkoly bývají dvojího druhu. Buď jsou velmi konkrétní a přímo se týkají práce v kavárně (př. naučení se seznamu kódů a ceníků) nebo jsou otevřenější a vyžadují od klienta zamyšlení nad určitým problémem, určitou situací, příp. vypracování možných řešení („brainstorming“ - klady a zápory).

Na individuálních schůzkách s klientem se může domluvit možnost použití metody operantního podmiňování během rehabilitace. Cílem je změna existujícího problémového chování u klienta, příp. upevnění žádoucího chování. Je nutno stanovit podmínky a přesně definovat, co je oním chováním, které chceme změnit či upevnit a jaké budeme využívat „tresty“ případně odměny. Je důležité, aby tyto podmínky měli k dispozici i ostatní terapeuti z projektu, aby mohla být metoda uplatňována při všech službách klienta.

3.3.4.2. Oblast práce na směně

Popis

Jedná se o samotnou intervenci terapeuta během pracovní směny v kavárně. Patří sem:

- Zaučování nových klientů
- Učení a nácvik pracovních a sociálních dovedností
- Pomáhání klientům s pracovními dovednostmi
- Koordinace práce klientů na směně

- Pozorování klientů při pracovních dovednostech a sociálních interakcích
- Řešení krizových situací

Metody

Tabulka č. 2 - práce na směně

	<i>používané metody</i>
<i>terapeuti Café na půl cesty</i>	
<i>A</i>	4, 5, 6
<i>B</i>	4, 5, 6
<i>C</i>	4, 5, 6
<i>terapeuti Klub v Jelení</i>	
<i>D</i>	3, 4, 5, 6, 8
<i>E</i>	4, 5, 6, 8
<i>F</i>	4
<i>G</i>	4, 5, 6
<i>terapeuti Klub V. Kolona</i>	
<i>H</i>	4, 5, 6

Z této tabulky poměrně jednoznačně vyplývá, že terapeuti v práci na směně s klienty využívají metody vytvoření nového chování, operantní podmiňování a nácvik nových dovedností skrze modelování a fyzické vedení.

Nácvik nových dovedností skrze modelování a fyzické vedení je stěžejní metodou při nácviku pracovních dovedností potřebných pro práci v kavárně (např. točení piva, příprava kávy, pokrmů apod.), ale i v rámci nácviku novým sociálním dovednostem, neboť práce za barem staví klienty do pozice, kterou často neznali (obsluha, přijímání objednávky, manipulace s penězi apod.), učení se pracovním vztahům apod. Zejména při zaučování nových klientů se využívá jak modelování (nácvik „nanečisto“) tak i fyzické vedení, kdy terapeut klientovi danou činnost předvádí, případně mu s činností fyzicky pomáhá.

Z metod vytvoření nového chování se při práci na směně používá učení podle vzoru, kdy „modelem“ je jednak terapeut, ale i zkušenější klient, jehož pozorováním se nový klient učí. Záměrem terapeuta může být, že zaučování nového klienta přenechá zkušenému klientovi, což má pozitivní efekt na oba klienty (zkušenější si ověří, že dané dovednosti umí a umí jim naučit kolegu, nový klient vidí, že to kolega zvládá bez problémů, někdy se víc osmělí ptát se na podrobnosti, než při práci s terapeutem), navíc umožňuje rychlejší navázání

vztahu mezi klienty. To vyžaduje odhad terapeuta, jsou-li zkušenější klienti schopni nové kolegy adekvátně zaučit a ujistění nového klienta, že v případě jakýchkoli problémů mu je k dispozici. Velmi často terapeuti používají pobízení a i určitou modifikaci metody řetězení při nácviku složitějších činností, které vyžadují přesnou sekvenci určitých dovedností (složitější pracovní postup, např. příprava kávy latté).

Při nácviku pracovních návyků se uplatňuje metoda operantního podmiňování. Principem je udělování „trestných bodů“ za pozdní příchody do práce, či za jiné porušení pracovních povinností. Dále se tato metoda uplatňuje při odstraňování nežádoucího chování u klientů (např. „somrování“ peněz od zákazníků, či od kolegů na službě) a při motivaci klientů pro lepší/maximální výkon (finanční odměny).

Při nácviku pracovních dovedností někteří terapeuti využívají i metodu využití nezdaru, kdy záměrně nechají klienta si určitou věc pokazit. Důležité je sledovat reakci klienta a zpětně se k tomuto kroku vrátit a probrat s klientem, jak tuto věc vnímá a jak na něj působí, neboť se stává, že klienti v takovýchto situacích mívají pocit provinění. Cílem této metody je učit se z chyb a umět chyby přijímat.

3.3.4.3. Oblast pracovního hodnocení

Popis

Pracovní hodnocení následuje po každé směně. Terapeut spolu s klienty, kteří na směně pracovali, hodnotí průběh směny, pracovní výkon jednotlivých klientů a je zde prostor pro rekapitulaci problémových situací na směně a nácvik případných možných řešení těchto situací.

Cílem je přimět klienty, aby dokázali svůj výkon realisticky ohodnotit, aby získali náhled na své dovednosti a na svůj výkon.

Metody

Tabulka č. 3 - pracovní hodnocení

	<i>používané metody</i>
<i>terapeuti Café na půl cesty</i>	
A	3, 4, 6
B	4, 5
C	3, 4, 5
<i>terapeuti Klub v Jelení</i>	
D	1, 2, 3, 4, 5
E	4
F	<i>žádné z uvedených metod</i>
G	1, 4, 5
<i>terapeuti Klub V. Kolona</i>	
H	3, 4, 5, 6

Oblast pracovního hodnocení je z hlediska využívání metod poměrně rozmanitá. Přesto se v odpovědích terapeutů opakovaly metody vytvoření nového chování, operantní podmiňování a plánování činností.

Z metod vytvoření nového chování se v pracovním hodnocení využívá pobízení. Cílem je, aby byl klient získal náhled na své pracovní schopnosti a dovednosti a aby byl schopný hodnotit svůj pracovní výkon. Stejnou metodou se pracuje na sebepojetí klienta, kdy terapeuti velmi často vyzývají klienty, aby se sami za něco konkrétního z proběhlé směny pochválili, případně i pokárali. Hraní rolí se využívá v pracovním hodnocení při přehrávání problémových situací na směně a hledání možných řešení.

Samotné pracovní hodnocení mnozí terapeuti vnímají jako určitou modifikaci metody operantního podmiňování. Pracovnímu výkonu se přiřazuje číselné ohodnocení a terapeut má právo

Někteří terapeuti využívají modifikaci plánování činností, např. u klientů, kteří mají problém rozvrhnout si pracovní směnu. Na pracovním hodnocení pak spolu s terapeutem plánují jak si ji lépe rozvrhnout, aby se jim lépe pracovalo.

Domácí úkoly zadávají někteří terapeuti při postupu klienta do vyššího stupně hodnocení tím, že mu dají k nastudování informace a podmínky tohoto vyššího stupně hodnocení.

3.3.5. Souhrn šetření

Šetření prokázalo, že v rámci pracovní a sociální rehabilitace je skutečně prostor pro využívání terapeutických metod vycházejících z KBT.

Vůbec nejpoužívanějšími metodami se ukázaly metody vytvoření nového chování, operantní podmiňování a nácvik nových dovedností skrze modelování a fyzické vedení. Všichni dotazovaní terapeuti taky uvedli, že využívají metod sledování a plánování činností zejména v oblasti patronství a rehabilitačního plánu.

V rámci šetření se neprokázaly výrazné rozdíly mezi jednotlivými projekty. Využívání metod vycházejících z KBT spíše záleží na osobnosti terapeuta, jeho zkušenostech s danými metodami a taky na klientech. Z rozhovorů s terapeuty vyplynulo, že nejvíce se tyto metody hodí při práci s klienty, kteří potřebují pevnou strukturu rehabilitace, a kteří potřebují pracovat na hranicích sociálního chování, ale i při nácviku nových dovedností, ať už pracovních či sociálních. Využívání domácích úkolů uvedli převážně terapeuti z projektu Klub v Jelení. To je pravděpodobně dáno skladbou klientů a intenzivnějším tréninkem v tomto projektu.

Metody, které terapeuti v Green Doors používají, jsou modifikovány zejména ve smyslu většího zaměření na klienta, kdy on sám má velmi důležité slovo při tvorbě rehabilitačních plánů a samotné rehabilitace, terapeut je spíše facilitátor a poradce.

Jako nepoužitelnou se ukázala stop technika ve smyslu jak ji definuje KBT. Tato metoda pracuje s negativními myšlenkami a její nácvik je předmětem psychoterapie. Přesto někteří terapeuti s negativními myšlenkami pracují tak, že si o nich s klienty povídají a to buď přímo na pracovní směně, nebo při pracovním hodnocení. To však nelze považovat za modifikaci stop techniky.

Komplexní program nácviku sociálních dovedností taky vyžaduje specifické prostředí a vedení ze strany terapeuta, které není možné během samotné rehabilitace v kavárnách realizovat. Pro nácvik sociálních dovedností nabízí o. s. Green Doors speciální terapeutickou skupinu, ta je však orientována spíše dynamicky a dramaterapeuticky, proto se jí v této práci nevěnujeme.

4. ::Diskuze::

Tato bakalářská práce poukazuje na prolínání rehabilitace a psychoterapie v pracovní a sociální rehabilitaci lidí s psychózou co se používaných metod a postupů týče. Práce vznikla na zakázku o. s. Green Doors, pro jejíž terapeutů bude mít největší význam. Myslím, že díky této práci a zejména díky šetření, které jsme prováděli se terapeuti měli možnost zamyslet nad metodami, které během své práce používají a pokusit se je popsat a definovat.

Přestože žádný z terapeutů nemá výcvik v KBT nebo není momentálně v tomto výcviku, potvrdila tato práce a uvedené šetření původní předpoklad, že se v rámci pracovní a sociální rehabilitace skutečně využívají metody vycházející z KBT ač často ve specifické modifikaci. V rámci práce jsem bohužel neměl možnost mluvit s žádným terapeutem, který by byl v KBT vycvičen a mohl se k tématu kompetentně vyjádřit.

Práce může posloužit terapeutům, kteří pracují s klienty s psychotickým onemocněním pro lepší orientaci v metodách KBT a případných možnostech jejich využitelnosti a může přispět k definování a popsání metodologie, kterou terapeuti v projektech tréninkových kaváren používají.

Studentům ergoterapie může práce posloužit k lepší orientaci v kognitivně-behaviorálním referenčním rámci patřícím do psychosociálních přístupů a k zejména k představě o možnostech praktického využití tohoto referenčního rámce.

Z této práce bude možno následně vycházet při případném dalším šetření o využívání metod KBT či ergoterapeutického kognitivně-behaviorálního referenčního rámce u klientů s jinými diagnózami ať už v oblasti psychiatrie, či u klientů s jiným typem postižení.

5. ::Závěr::

Kognitivně-behaviorální terapie je jedním ze základních směrů současné psychoterapie, který se v posledních letech stále více dynamicky rozvíjí. Tento systém má vypracované celé množství metod, postupů a komplexních programů pro celou škálu diagnóz v oblasti psychiatrie. V rámci psychosociálních přístupů v ergoterapii se využívají tzv. aplikované rámce vztahů, které vycházejí z teorie jiného oboru, kterou přizpůsobují a aplikují v ergoterapeutické praxi. Jedním z takovýchto referenčních rámců je i kognitivně-behaviorální rámec. Práce popisuje, jak lze tento rámec v ergoterapii využít a jak lze na podkladě tohoto rámce vyšetřovat klienta.

Stěžejní částí této práce je popis metod vycházejících z KBT, které se využívají v pracovní a sociální rehabilitaci lidí s krátkodobou zkušeností s psychózou.

Šeření, které jsme provedli v rámci projektů tréninkových kaváren o. s. Green Doors potvrdilo využívání těchto metod a jejich specifických modifikací. Nejpoužívanějšími metodami se ukázaly metody vytvoření nového chování, operantní podmiňování, nácvik nových dovedností skrze modelování a fyzické vedení a sledování a plánování činností.

Snad tato práce poslouží terapeutům pracujícím v oblasti pracovní a sociální rehabilitace k lepší orientaci v metodách KBT a k jejich případnému využívání v rámci rehabilitace.

6. :: Použité zdroje::

: Publikace a články:

Andrlová, M. (2005): *Současné směry v české psychoterapii*. Praha, Triton.

Bradshaw, W.: *Integrating cognitive-behavioral psychotherapy for persons with schizophrenia into a psychiatric rehabilitation program: Result of a three year trial*. Community Mental Health Journal, New York, Oct. 2000, vol. 36, Iss. 5, pgs. 491-501

Bruce, M. A., Borg, B. (1993): *Psychosocial Occupational Therapy: Frames of Reference for Intervention*, 2nd edition. Thorofare, SLACK Incorporated.

Creek, J. (1997): *Occupational Therapy and Mental Health*. London, Churchill Livingstone.

Finlay, L. (1997): *The practice of psychosocial occupational therapy*. Cheltenham, Nelson Thornes.

Grant, A., Mills, J., Mulhern, R., Short, N. (2004): *Cognitive Behavioral Therapy in Mental Health Care*. London, SAGE Publications.

Hagedorn, R. (2001): *Foundations for Practice in Occupational Therapy*. London, Churchill Livingstone.

Hirsch, S. R., Weinberger, D. (Editors). (2003): *Schizophrenia*, 2nd edition. Velká Británie, Blackwell Publishing.

Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (2004): *Psychiatrie*, 2. vydání. Praha, Tigis.

Hučín, J. (2001): *Hovory o psychoterapii*. Praha, Portál.

Jacobs, K. (1991): *Occupational Therapy: Work-Related Programs and Assessments*. second edition, Boston/Toronto/London, Little, Brown and Company.

Kalina, K. (1987): *Jak žít s psychózou?*. Praha, Avicenum.

Kratochvíl, S. (2000): *Základy psychoterapie*. Praha, Portál.

Liberman, R. P., Derisi, W. J., Mueser, K. T. (1989): *Social Skills Training for Psychiatric Patients*. New York, Pergamon Press

Libiger, J. (2004): Schizofrenní poruchy, In: *Psychiatrie*. Ed. C. Höschl, J. Libiger, J. Švestka. Praha, Tigis.

Možný, P., Praško, J. (1999): *Kognitivně-behaviorální terapie – úvod do teorie a praxe*. Praha, Triton.

Murdoch, D., Barker, P. (1996): *Základy behaviorální terapie*. Brno, Vydavatelství Masarykovy univerzity.

- Novák, P., Pachtová, M., Skučková, J. (1999): *Pracovní rehabilitace – příručka k programům pracovní rehabilitace a podpory zaměstnávání duševně nemocných*. Praha, FOKUS.
- Praško, J., Horáček, J., Škrdlantová, L.: Psychoterapeutické přístupy v léčbě psychóz. *Psychiatrie, ročník 7, 2003, Číslo 4*.
- Praško, J., Kosová, J. (1998): *Kognitivně – behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha, Triton.
- Praško, J., Šlepecký, M., (1995): *Kognitivně – behaviorální terapie depresivních poruch*. Praha, Psychiatrické centrum Praha.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999): *Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi*. Praha, Grada.
- Raboch, J., Pavlovský, P. (2003): *Psychiatrie – minimum pro praxi*, 3. vydání. Praha, Triton.
- Roder, V., Brenner, H. D., Kienzle, N., Hodel, B. (1993): *Schizofrenie: Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty*. Praha, Triton.
- Votava, J. a kol. (1997): *Základy rehabilitace*. Praha, Karolinum.
- Votava, J. a kol. (2003): *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha, Karolinum.
- Vymětal, J. (2004): *Obecná psychoterapie*. Praha, Grada.

:Elektronické zdroje a webové stránky:

Project MATRA III – komunitní psychiatrie v praxi. CRPDZ, 2005 [CD-ROM]

<http://www.kbtinstitut.cz/> [online 11.11.2005]

<http://www.eacbt.com/> [online 11.11.2005]

<http://www.greendoors.cz/> [online 15.11.2005]

<http://www.mpsv.cz/> [online 10.11.2005]

http://www.psychoterapeuti.cz [online 2.11.2005]

7. ::Přílohy::

Seznam příloh:

1. Formulář sledování denních činností využívaná ergoterapeuty. Zaznamenává se činnost a jakou má tato činnost pro klienta kvalitu (základní, hra, rekreace, práce).
2. Formulář vyžívaný pro plánování denního cíle a sledování jeho plnění.
3. Semi-strukturovaný rozhovor – metoda sběru dat pro šetření v praktické části práce.
4. Záznamový formulář pro rehabilitační plány využívaný v projektu tréninkové kavárny o. s. Green Doors – Klub v Jelení.
5. Ukázky záznamů metody sledování činností, ve formě jak je využívají psychoterapeuti pracující s KBT. (Praško, Šlepecký, 1995, str. 104-105)

Příloha 1

DENNÍ ČINNOSTI. RUTINA. ZVYKY:

Vyplň činnosti, které děláš během dne

Činnosti	Základní	Hra	Rekreace	Práce
0.00				
1.00				
2.00				
3.00				
4.00				
5.00				
6.00				
7.00				
8.00				
9.00				
10.00				
11.00				
12.00				
13.00				
14.00				
15.00				
16.00				
17.00				
18.00				
19.00				
20.00				
21.00				
22.00				
23.00				
24.00				

Příloha 2

Datum :

Cíle dne :

Vybavit, zařídit , udělat :

Ráno

.....
.....
.....
.....
.....

Odpoledne

.....
.....
.....
.....
.....

Večer

.....
.....
.....
.....
.....

Cíle pro zítřek

.....
.....
.....
.....

Příloha 3 - Rozhovor s terapeutu

1. Myslíte si, že vaše metody vycházejí z nějakého psychoterapeutického (či jiného) systému či modelu?
2. Využíváte některou z těchto metod? (příp. určete pořadí, podle frekvence použití)
 - (1) domácí úkoly
 - (2) sledování činností
 - (3) plánování činností
 - (4) metody vytvoření nového chování
 - (5) operantní podmiňování – změna existujícího chování
 - (6) nácvik nových dovedností skrze modelování a fyzické vedení
 - (7) řešení problémů
 - (8) využití nezdarů
 - (9) stop technika

Oblast rehabilitačního plánu a patronství:

- a) Které z metod uvedených v otázce č. 2 v rhb. plánu využíváte?
- b) V čem se liší první rehabilitační plán od následujících? (z hlediska používaných metod)
- c) Používáte v rhb. plánu domácí úkoly? Jakým způsobem? Jak často? Jak a kdy provádíte reflexi těchto úkolů?
- d) Pomáháte klientům nějakým způsobem strukturovat si činnosti/volný čas?

Oblast práce na směně:

- a) Které z metod uvedených v otázce č. 2 při práci na směně využíváte?
- b) Jakým způsobem zaučujete nového klienta?
- c) Využíváte fyzického/slovního/psaného vedení?
- d) Věnujete se klientovi sám, nebo to necháte záměrně na ostatních zkušených klientech?
- e) Jak reagujete, když vidíte, že klient dělá některou z činností nesprávně?
- f) Co děláte, když klient reaguje v soc. interakcích neadekvátně?

Oblast pracovního hodnocení:

- a) Které z metod uvedených v otázce č. 2 při pracovním hodnocení využíváte?
- b) Jaký volíte nejčastěji postup pracovního hodnocení?
- c) Necháte klienty mluvit spontánně, nebo se vyptáváte každého konkrétně?
- d) Necháváte klienty hodnotit se mezi sebou navzájem?
- e) Necháte klienty se samy sebe pochválit?

REHABILITAČNÍ PLÁN Č.:**prac. místo:**

V klubu "JELENÍ" chci být zaměstnán do (měsíc, rok)

JMÉNO KLIENTA :	DATUM :		zahájení		uskutečnění
	DLOUHODOBÉ CÍLE :	KRÁTKODOBÉ CÍLE (DĀK NA TO) - KROKY	zanýšl. skuteč.	zanýšl. skuteč.	
Oblast pracovní 1. CÍL (zaměstnání) 2. CÍL (vzdělávání) 3. CÍL 4. CÍL					
Oblast sociální 1. CÍL (bydlení) 2. CÍL (komunikace, vztahy v rodině a okolí) 3. CÍL (finance)					
Soběstačnost, běžné denní činnosti 1. CÍL (nákup, vaření, praní, úklid apod.) 2. CÍL (osobní hygiena, péče o zevnějšek)					
Oblast volného času 1. CÍL (zájem, koníčky) 2. CÍL					
Oblast zdraví 1. CÍL (dýchání) 2. CÍL (tělesný)					
Souhlasím s tímto rehabilitačním plánem					
PODPIS KLIENTA :			PODPIS PATRONA :		DAT. DALŠÍHO PLÁNU :

Příloha 5

* Příklady *
Jednodušší forma zápisu, aktivity a nálada v rozmezí -4 až +4.

Čas	Pondělí	Úterý	Středa	Čtvrtek	Pátek	Sobota	Neděle
5-6	ležení -4	ležení -4	ležení -4	ležení -4	ležení -4	ležení -4	
6-7	ležení -4	ležení -4	ležení -4	ležení -4	hygiena, -2 rozvíčka	ležení -4	
7-8	ležení -4	snídaně -2	snídaně -2	snídaně -2	snídaně -2	ležení -4	
8-9	komunika-3	komunita-2	komunita-2	komunita-2	komunita-2	ležení -4	
9-10	program-3	aktivita-2	kognitiv-2	kognitiv-2	pracovka-2	ležení -4	
10-11	program-2	dtto -2	dtto -2	dtto -2	aktivita-2		
11-12	program-3	skupina-2	skupina-2	skupina-2	aktivita-2		
12-13	oběd, -2	oběd, -2	oběd, -2	oběd, -2	oběd, -2		
13-14	program-2	nádobí -2	nádobí -2	ležení -3	ležení -3		
14-15	program-2	program-2	program-2	vizita -2	vizita -2	dále jsem	
15-16	ležení -3	ležení -3	ležení -3	ležení -3	ležení -3	stojně nic	
16-17	ležení -4	ležení -4	ležení -4	relaxace-2	odjezd -2	nedělní	
17-18	večeře -2	večeře -2	večeře -2	večeře -2	ležení -4	jen ležela -4	
18-19	ležení -3	ležení -3	ležení -3	ležení -3	ležení -3		
19-20	ležení -4	ležení -4	ležení -4	ležení -4	ležení -4		
20-21	ležení -4	ležení -4	ležení -4	ležení -4	ležení -4		
21-22	ležení -4	ležení -4	ležení -4	ležení -4	ležení -4		
22-23	ležení -4	ležení -4	ležení -4	ležení -4	ležení -4		

*

Sledování činnosti s hodnocením příjemnosti a výkonu

Hod.	Pondělí	Úterý	Středa	Čtvrtek
8-9	spala	vstala, snídaně (P 2, V 3)	vstala, udělala jsem snídani (V4)	spala
9-10	vstala, snídaně (P2, V2)	umyla, snídala (P1, V3)	zpět do postele (P0, V0)	vstala, sama udělala snídani (P2, V3)
10-11	nákup (P2, V5)	nákup (P1, V3)	spala (P4, V0)	šla do banky a do obchodu (P3, V5)
11-12	hledala účet pro reklamaci (P0, V3)	umyla nádobí (P0, V3)	spala (P4, V0)	poslouchala rádio (P2, V0)
12-13	seděla na balkoně na slunci (P2, V0)	poslouchala rádio (P1, V0)	připravila jsem polévku (P2, V3)	šla k přítelkyni do Libně (P1, V5)

13-14	poslouchala rádio v pokoji (P1, V0)	obědvá a umývá nádobí (P1, V3)	obědvá a umývá nádobí (P1, V3)	leží v posteli (P1, V0)	navštěvuje u přítelkyně (P3, V1)
14-15	leží v posteli (P1, V0)	spala (P4, V0)	mluvila s přítelkyní tel. (P5, V1)	dtto	dtto
15-16	učela prach (P1, V2)	spala (P4, V0)	četla jsem si román (P3, V3)	dtto	dtto
16-17	poslouchala rádio (P2, V0)	procházka v parku - slunce (P3, V3)		cesta domů, kavárna (P3, V3)	
17-18	dívala se na televizi (P1, V0)	příprava večeře (P1, V3)	šla s přáteli na večeři, do kina (P4, V3)	dtto	kavárna (P4, V2)
18-19	jedla večeři (P1, V2)	Dívala se na televizi (P1, V0)	dtto	dtto	jedla večeři (P2, V1)
19-20	dívala se na televizi (P1, V0)	dívala se na televizi (P1, V0)	dtto	dtto	dívala se na televizi (P3, V0)
20-24			dtto	dtto	dtto

*

Sledování aktivity s hodnocením výkonu, příjemnosti a nálady

čas	hodinový popis aktivit	VI-5	PI-5	nálada
7-8	ležení v posteli	1	1	-3
8-9	mytí, snídani udělal Ota	1	1	-3
9-10	odvedení Jitky do školky	2	1	-2
10-11	nákup	3	1	-2
11-12	ležení v posteli	1	1	-3
12-13	umytí nádobí od rána	2	1	-2
13-14	poslech hudby z rádia	1	3	-1
14-15	žehlení košile Otovi	3	2	-1
15-16	ve školce, procházka s Jitkou	2	3	-1
16-17	žehlení dětských věcí	3	2	-1
17-18	příprava studené večeře	2	2	-1
18-19	poslech: Ota říká pohádku Jitce	1	3	-1
19-20	povídání s Otou, káva	1	3	0
20-21	četba krátkých povídek	3	3	0
21-22	televize	1	2	-1
22-23	televize	1	3	0