

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní obor: Ergoterapie – bakalářské studium



Ergoterapie – psychosociální přístupy

Rámce vztahu vycházející z psychologických přístupů

- **Psychodynamický rámec vztahu**
- **Behaviorální rámec vztahu**
- **Kognitivně-behaviorální rámec vztahu**
- **Kognitivní rámec vztahu**

Vyučující: Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová

Akademický rok: 2019/2020

Kapitola 8 .

Psychosociální přístupy – rámce vztahu vycházející z psychologických přístupů

Příklad: Příběh Kateřiny

Kateřina, 25 let, vystudovala střední ekonomickou školu a začala pracovat jako asistentka. V zaměstnání ale nevytrvala dlouho, často střídala pracovní místa, vždy v oblasti svého vzdělání. Kromě práce Kateřina trávila čas většinou díváním se na televizi nebo procházkami po městě. Neměla příliš přátel, čas trávila většinou sama. Její dvě nejbližší kamarádky ze střední školy vídala jen zřídka. „Kluci jí vždycky zajímali“, ale nikdy se neodvážila rozvinout bližší intimní vztah.

Její posledním zaměstnáním byla administrativní práce v zahraniční firmě. Začala mít pocit, že nemůže naplnit nároky práce, měla pocit, že je sledována svými kolegy a nadřízenými a že se jí vysmívají. Přestala se na práci soustředit a začala dělat chyby, její výkonnost klesla. Doma navíc nastaly problémy s její matkou, která jí začala vyhrožovat, že jí brzy vyhodí z domu, že nedělá nic pořádného a že je jen zátěží. Kateřina chodila z práce hodně unavená, často dělala přesčas, aby splnila požadovanou práci. Vyčítala si, že nedokáže dobře pracovat, že je k ničemu, že jí nechtějí ani v práci ani doma, začala mít pocit, že se na ní vše valí. Pocity pronásledování gradovaly, začala mít dojem, že jí sledují i lidé na ulici, začali na ní promlouvat a hodnotit ji, objevily se hlasy, které komentovaly její chování a činnosti. Situaci Kateřina začala řešit pitím alkoholu, její matka se k této strategii také uchýlovala. V práci začala jednat na základě bludných přesvědčení a halucinací a vznikala řada problémových situací, přestala svou práci zvládat, a nakonec dostala výpověď. Doma se situace vyhrotila a po konfliktu, při kterém došlo i k fyzickému napadení, na Kateřinu zavolala matka policii.

Kateřina byla hospitalizovaná s diagnózou paranoidní schizofrenie. Po hospitalizaci Kateřina navštěvovala denní program v sanatoriu, ale nedokončila jej vzhledem k narůstajícímu užívání alkoholu a k přetrvávajícím bludným představám a sluchovým halucinacím, které jí zrazovaly z navazování nových kontaktů. Tyto „hlasy“ komentují její chování jako nevhodné a namlouvají jí, že „za nic nestojí“ a „že je ošklivá“. Kateřina nyní pravidelně chodí k psychiatrovi, užívá antipsychotika a anxiolytika. Bydlí u matky, kde se situace příliš nezměnila, zatím ale nemá jinou možnost bydlení. Začala navštěvovat také sociální rehabilitaci – program tréninkové kavárny, kde začala pracovat s ergoterapeutkou. Pracovní činnosti zvládá poměrně dobře, přetrvávají ale problémy s užíváním alkoholu, díky kterým má Kateřina opakované absence. Lidem Kateřina příliš nevěří, naučila se věci zastírat, aby neměla problémy. Není se sebou spokojená, má pocit, že nic nedělá dobře. Nevěří tomu, že by se její situace mohla zlepšit.

Psychodynamický přístup

Vychází z psychoanalytické teorie S. Freuda, jež byla dále rozvinuta mnoha dalšími autory. Tento přístup obsahuje více různých teorií, ale v souhrnu můžeme říci, že se „zabývá nevědomou podstatou chování jedince, jeho emocemi, myšlenkami a symboly, které spojuje s lidmi, událostmi nebo předměty“ (Krivošíková, 2011, str. 154). Základním přesvědčením je to, že chování jedince je významně ovlivňováno nevědomým materiálem. Svým jednáním se člověk snaží uspokojit své potřeby, které ale nejsou nezbytně nutně uvědomované. „Zaměřuje se na to, jak se člověk vztahuje sám k sobě, ale také na to, jak se vztahuje k jiným lidem. Pro ergoterapeuty je pak významná třetí dimenze – jak se

jedinec vztahuje k aktivitě, jak využívá aktivitu, aby vytvářel sám sebe, vyjádřil sám sebe a interagoval se světem“ (Creek, 2008, str. 70). Tento přístup pracuje s nevědomými obrannými mechanismy, které chápe jako způsob vyrovnávání se s vnitřními nevědomými konflikty či úzkostmi (mezi něž patří vytěsnění, regrese, izolace, projekce, popření, přesunutí, přeměna v opak, racionalizace či projektivní identifikace).

Sigmund Freud formuloval určitá psychosexuální vývojová stadia člověka, která dle psychoanalytické teorie ovlivňují život v dospělosti, jak popisuje např. Prochaska, Norcross (1999). Finlay (2004) shodně s dalšími autory uvádí, že tuto teorii následně pozměnil a rozšířil o sociální dimenzi Erikson (2002), který argumentoval, že člověk se vyvíjí a mění v průběhu života a prochází určitými stadii, které jsou spojeny s vývojovým konfliktem, který musí být překlenut.

Moderní psychodynamické teorie dle Finlay (2004) argumentují, že naše mysl je utvářena v dětství internalizováním reprezentací podob jiných lidí (objektů) a jejich vztahů (objektní vztahy) k nám a k sobě navzájem. Přístup pak vychází z teorie, že vztahy a interakce v dospělosti často reflektují vzory utvořené hluboko v dětství.

Bion (1961 in Finlay, 2004) aplikoval psychodynamické myšlenky na situaci **skupinové terapie**. Inicioval myšlenku, že skupina může být nahlížena jako celek, a ne pouze jako soubor jedinců. Domníval se, že v rámci skupiny jsou dvě agendy, na kterých skupina paralelně pracuje, jedna otevřená, vědomá a druhá skrytá, nevědomá. Užívání skupinové dynamiky je pro ergoterapeuty významným prvkem v jejich práci.

Aplikaci tohoto rámce vztahů do ergoterapie přinesli manželé Fidlerovi, kteří zdůrazňují význam teorie objektních vztahů (Fidler, Fidler, 1963). Krivošíková (2011) uvádí určitá vodítka pro výběr činností v kontextu psychodynamického rámce vztahů dle těchto autorů, které mohou být v praxi velice užitečné. Hagedorn (2000) uvádí tento rámec pod pojmem analytický a shrnuje, že pro ergoterapeuty je **podstatné uvědomovat si potenciál aktivit a potenciál prostředí** („objektů“, tedy předmětů i lidí), které mohou **pomoci v odkrývání nebo interpretování nevědomého materiálu nebo ve vyřešení vnitřních konfliktů**.

Kromě využití aktivity jako prostředku pro porozumění psychodynamice klientovy nemoci, Fidlerovi užívají také psychoanalytický koncept přenosu jako další dimenze ergoterapie v psychiatrii, jak uvádí Stein, Cutler (2002). **Pět základních oblastí, které se vztahují k přenosovým dějům**, jsou dle Fidler, Fidler (1963 in Stein, Cutler, 2002, str. 131):

- „Představa o sobě: Jak klient vykresluje sám sebe v rámci vztahování se k terapeutovi?
- Koncept ostatních: Jak klient vnímá ostatní a jak se k nim vztahuje?
- Ego organizace: Jak klient rozumí a reaguje na jeho nejbližší okolí?
- Nevědomý konflikt: Jak klient vyjadřuje, překonává nebo potlačuje pocity v jeho vztahu k terapeutovi a ostatním?
- Komunikace: Jak se klient vyjadřuje či vztahuje k terapeutovi a ostatním?“

Jak shrnují Stein, Cutler (2002, str. 131): „v psychoanalytické teorii přenosové děje poukazují na silné emoce, které si klienti vytváří směrem k terapeutovi a které jsou spojeny s předešlými vztahy s rodiči, příbuznými, přáteli či jinými významnými autoritami v životě klienta“. Objevovat se může samozřejmě také protipřenosová reakce terapeuta. Je proto třeba, aby terapeuti byli schopni uvědomovat si v rámci své reflexe tyto možné děje a adekvátně s nimi pracovat. Oproti psychoterapeutům, ergoterapeuti tyto procesy cíleně neprovokují nebo nerozvíjí, ale v rámci individuální či skupinové práce tyto děje reflektují a skrze využití aktivit nebo prostřednictvím vztahu

mohou pomoci klientům tyto děje odkrýt a umožnit jim tak získat vhled, který přináší první krok k vědomému rozhodování a potenciální změně chování.

Finlay (2004) shrnuje dle Fidler, Fidler (1963) tři základní procesy, které jsou v rámci tohoto přístupu zdůrazňovány:

- **Komunikace** je podstata ergoterapie. Autoři vidí neschopnost efektivní komunikace jako klíč psychiatrické disability. V ergoterapii je proces a výsledný produkt aktivit vytvářen tak, aby podporoval jedince ve vyjádření svých myšlenek/pocitů, které nemohou vyjádřit na verbální úrovni (např. aktivita vaření (a jedení!) může reprezentovat a vyjadřovat potřebu péče k uspokojení potřeb spojených s orální fází vývoje).
- Je zdůrazňován význam **interpersonálních vztahů** v terapii. V terapeutickém procesu je jak vztah mezi klientem a terapeutem, tak interakce klientů v rámci skupiny, považována za ústřední pro posilování ega a pro testování reality (např. tam, kde je klientka stravována fantaziemi a pocity, že může ztratit kontrolu a „všechno zničit“, terapeut může vzít tuto příležitost a ujistit klientku tím, že řekne „Já Vás nenechám zranit sebe nebo mě“.).
- Autoři dále vyzdvihli **symbolický potenciál aktivit** pro možné odkrývání vnitřních konfliktů, jak jsme již zmínili. Aktivity jsou považovány jako užitečné pro zacházení se sebe-konceptem, sexuální identitou, dětskými, orálními a análními potřebami (tedy potřebou a schopností přijímat, ale také pouštět), závislostí, hostilitou a testováním reality (např. hrát si s mokrou hlinou může na symbolické rovině umožňovat regres. V bezpečném prostředí také poskytuje možnost zažívat zároveň být konstruktivní i destruktivní).

Sheffer, Harlock (1980 in Cara, MacRae, 2005, str. 102) doporučují, že využití projektivních technik může ergoterapeutům pomoci dozvědět se více o klientově sebedůvěře, přítomnosti neuvědomovaných vnitřních konfliktů (např. kontrola vyjádření hněvu), schopnosti se vztahovat k terapeutovi a o užívání obranných mechanismů během takových aktivit, jako je vytváření keramické mozaiky, malování, vytváření sochy z hlíny nebo koláže z časopisů.

Je třeba říci, že psychodynamický rámec vztahů není psychoanalýzou a ergoterapeuti nejsou psychoanalytici. Pro hlubší práci s dynamickými obsahy či při interpretaci projektivních technik je jistě zapotřebí spolupráce s dalšími profesionály a pokračování ve vzdělávání terapeutů v tomto přístupu. Otázkou je, nakolik a zda vůbec ergoterapeuti mají a potřebují „interpretovat“. Osobně si myslíme, že **úlohou ergoterapeuta je podněcovat, ukazovat, umožňovat, reflektovat a ve velice dobře zvážených situacích také umocňovat**. Pokud se terapeut rozhodne k podání **interpretace, chápeme ji jako vyslovení nabídky určitého pohledu klientovi, který klient může svobodně přijmout, ale i odmítnout, neboť jde o jednu z možných perspektiv**.

I přes některé své nevýhody, které jsou do značné míry odvislé od dovedností terapeuta (jako nerovnováha ve vztahu, expertní pozice terapeuta, riziko mylných nebo nešetrně podaných interpretací, nereflektované nebo nevhodné rozvíjení přenosových a protipřenosových reakcí) může být použití tohoto rámce vztahů v praxi ergoterapeutů užitečné. Jak uvádí Cara, MacRae (2005, str. 102) „znalost psychoanalytického konceptu může pomoci ergoterapeutům být vnímaví k intrapsychickým faktorům (např. psychologické faktory, které nejsou okamžitě dostupné vědomí) a ke zkušenostem z raného dětství, které mohou mít vliv na fungování jedince v dospělosti. Uvědomování obranných mechanismů a maladaptivních způsobů vyrovnávání se se zátěží mohou být pro ergoterapeuty také užitečné. Navíc, sebereflexe, „analytický“ způsob uvažování o sobě samém jako o terapeutovi, vyrostl z psychoanalytického modelu. Hodnocení těchto faktorů může podpořit terapeutický proces stejně tak, jako vytvořit efektivnější terapeutický plán s klientem“.

Jak je nazírána funkce/dysfunkce:

Je více způsobů, jak je konceptualizována dysfunkce, v závislosti na psychodynamické teorii. Obecně a zjednodušeně však můžeme shrnout, že dysfunkce je chápána jako důsledek nezpracovaného vnitřního konfliktu. Tyto konflikty mohou vést k rozvoji úzkosti, na kterou člověk reaguje různými obrannými mechanismy. „Dysfunkce se pak rozvíjí tehdy, pokud jedinec není schopný obsáhnout danou úzkost, protože konflikt je příliš velký nebo ego obranné mechanismy nefungují efektivně a materiál z nevědomí interferuje s fungováním jedince“ (Creek, 2008, str. 71).

Jak je dosahováno změny:

„Přístup se zaměřuje na posilování zdravých ego mechanismů skrze podporování jedince ve vyjádření, objevování a práci s nevědomými potřebami a emocemi. Klíčem je získat náhled či vhled. Pokud si člověk začne být vědom toho, jak nevědomé potřeby ovlivňují jeho chování, může se začít rozhodovat a zkoušet nové cesty chování“ (Finlay, 2004, str 106). Zaměření je na proces během aktivity, nikoli na výsledek aktivity jako takový. Jak upozorňuje Creek (2008), Mosey (1986) vyzdvihla myšlenku, že rozeznání konfliktu klientem nemusí nezbytně vést ke spontánnímu učení dovedností, potřebných pro úspěšné fungování, a proto by měl být psychoanalytický rámec vztahů doprovázen nebo by měl navazovat rámec vztahů více pragmatiký, který podpoří klienta v získání potřebných dovedností.

Hodnocení a intervence:

Mezi hodnocením a intervencí není důsledně rozlišováno, užívá se pozorování vztahů ve skupině, pozorování chování klienta, rozhovor o významu objektů, reflektování vlastních emocí a protipřenosových obsahů. Aktivity jsou voleny a využívány s ohledem na jejich symbolický potenciál. Creek (2008, str. 71) popisuje dva základní přístupy, spojené s tímto rámcem:

- „Explorativní přístup, který usuzuje, že nejlepším způsobem, jak zpracovat nevědomý materiál, je jeho vynesení na vědomou úroveň, kde může být sdílen a prozkoumán. Jedinec tak může najít cesty k vyřešení konfliktu a přijmout těžké a bolestné pocity. Může tak být dosaženo více adaptivních způsobů k naplnění těchto potřeb.
- Podpurný přístup má za cíl udržet nevědomé či nevyřešené konflikty a bolestné pocity skryty v nevědomí a posílit klientovy ego obranné mechanismy tak, že nevědomý materiál nebude propuštěn do vědomí, kde by způsobil problémy“.

Příklad Aplikace psychodynamického rámce vztahu

Pojďme se vrátit k příběhu Kateřiny, co by řekl či zdůraznil v jejím příběhu terapeut, využívající psychodynamický rámec vztahu?

„Proto, abych Kateřině mohl skutečně pomoci, potřeboval bych ji lépe poznat, abych více pochopil, co se ve vnitřním světě Kateřiny děje. Z toho, co o Kateřině zatím vím, mohu usuzovat, že prožívá konflikt v přijetí sebe sama a její obranné mechanismy popírání nedokáží překlenout hluboký zármutek nad tím, že jí její matka v jejích očích nepřijímá a nemiluje. Tuto interpretaci bych si však musel ověřit v rámci interakcí mezi mnou a Kateřinou a v rámci jejích reakcí s ostatními klienty. Zaměřil bych se na to, jaké emoce ve mně Kateřina vyvolává a v jakých situacích používá obranné mechanismy.

Stejně tak je významné, v jakých situacích se objevují hlasy a jakou symbolickou rovinu a smysl pro Kateřinu nesou. V rámci ergoterapie bych vytvářel příležitosti, kde by Kateřina mohla být přijímaná a zažívat úspěch. Doporučil bych psychoterapii, kde by Kateřina mohla v bezpečném prostředí po prvotní stabilizaci pracovat na uvolnění těžkých emocí, které jí jistě provází a možné by bylo také

používání projektivních technik či jiných expresivních terapií (např. taneční terapie), které by jí pomohly v přijetí a integraci sebe sama.

Ověřil bych si v rámci aktivit, zda v pozadí problémů nestojí odmítání dozrát do dospělosti, jako reakce na nenaplněné potřeby dítěte. Uchylování se ke zneužívání alkoholu tomu může nasvědčovat, neboť na symbolické rovině může znamenat potřebu sycení, aby se zaplnila vnitřní prázdnota. V pozadí mohou být také nezpracované konflikty matky, které se mohou na Kateřinu přenášet. Zrcadlení chování Kateřiny podle její matky může nasvědčovat snaze Kateřiny se jí přiblížit.

V rámci pracovního tréninku v kavárně bych Kateřinu vystavoval pouze takovým úkolům, které může zvládnout, na které je vývojově zralá. Příliš velká zátěž by mohla vést k dekompenzaci. Přiměřeně bych také volil podporování Kateřiny v navazování nových vztahů, přílišná intimita by mohla Kateřinu zúskostnit, v rámci skupinových aktivit by však mohla Kateřina zvědomit, co stojí v pozadí jejích obav v navazování vztahů (např. obava z opětovného odmítnutí, jež zažívá ve vztahu s matkou a jež si „ověřila“ v zaměstnáních) a tak by mohla začít hledat účinné cesty, jak tyto své obavy překlenout.

Behaviorální rámec vztahů

Jak uvádí Krivošíková (2011, str. 147): „behaviorální rámec vztahů v ergoterapii vychází z psychologického směru behaviorismu, v jehož centru zájmu stojí chování, jeho pozorování a analýza“. „Behaviorální teoriím můžeme rozumět jako kontinuu, které začíná behaviorální modifikací a končí kognitivně-behaviorální terapií“ (Cole, Tufano, 2008, str. 141). „Behaviorální přístup se zaměřuje na **učení jako na klíč k vývoji a socializaci**“ (Finlay, 2004, str. 109). Stále přetrvává perspektiva, že veškeré chování člověka je naučené a získané během života. Maladaptivní způsoby chování, kterým jsme se naučili, se proto také dají odnaučit.

Podle behavioristů, jako J. Watson a B.F. Skinner, učení nastává skrz **stimulaci a odměny v prostředí**. Častokrát takové intervence užíváme běžně v životě nevědomě, automaticky, např. během zpětné vazby, při učení dítěte jak se samostatně obléci či jezdit na kole atd. Při používání tohoto rámce vztahů je však kladen důraz na jejich uvědomělé a cílené používání. Jak uvádí Finlay (2004), mezi základní behaviorální techniky patří:

- **Klasické podmiňování** – spočívá na učení se pomocí **asociací** (např. cítíme bolest zubů, když slyšíme zvuk zubní vrtačky, nemůžeme snést vůni rumu poté, co jsme se jím opili a bylo nám neskutečně zle).
- **Operantní podmiňování** – v rámci operantního podmiňování dochází k učení třemi způsoby - **pozitivní upevňování** – opakujeme to chování, které je odměňováno, **negativní upevňování** – ukončení nějakého chování vyvolá pozitivní následky nebo odměnu a třetím způsobem je **vyhýbavé učení** – určité chování pomůže člověku vyhnout se negativním následkům nebo ztratě odměny.

Možností, jež je behaviorálně orientovanými terapeuty používána zcela výjimečně v případě, že jiné, pozitivní alternativy selhaly, je učení skrze **aplikování negativních stimulů nebo odebrání těch pozitivních**, tedy „trest“. S použitím tohoto způsobu práce jsou však spojena přesná pravidla, jak popisuje Prochaska, Norcross (1999) a výzkumy ukazují, že „trest“ (např. i formou kritiky), má pouze krátkodobý účinek a negativní chování se vrací tak dlouho, dokud není nahrazeno nabídkou jiného, vhodného chování. „Jinými slovy, operantní podmiňování tvrdí, že pokud chceme změnit způsob, jakým se druhý člověk chová, musíme posilovat nové, žádoucí chování“ (Finlay, 2004, str. 110).

- **Teorie sociálního učení** – navrhuje, že učení nastává v sociálním kontextu skrze imitaci a modelování ostatních. Ve skutečnosti pouze nekopírujeme, ale vybíráme si, co, jaký model chceme napodobit a učíme se prostřednictvím ostatních. Nekomírujeme všechno chování, které vidíme, takže zde musí být element myšlení a výběru chování, které si přejeme napodobit, jak shrnuje Finlay (2004). Bandura (1977) podotýká, že chování, které si pro napodobování vybíráme je to, kde očekáváme pozitivní následky. Vzhledem k tomu, že tato teorie pracuje i s vnitřními procesy, bývá některými autory řazena již ke kognitivně behaviorální teorii.

Mezi konkrétní **metody léčby, které jsou rozšířené v praxi**, Finlay (2004) shodně s jinými autory uvádí:

- **Systematická desenzibilizace** – základním principem je postupné vystavování člověka podnětu, kterého se obává, za současné snahy o jeho relaxaci (např. při práci na agorafobii má klient postupné cíle - nejprve dojít ke vstupní bráně, potom dolů po ulici 50 m, 100 m atd.). V ideálním případě jsou tyto první kroky doprovázeny přímou podporou a asistencí terapeuta.
- **Hospodaření s kupony (token economy)** – je spojené s hmatatelnými odměnami (např. sladkosti, známky, symboly – jako hvězdička, červený a černý puntík), které jsou systematicky dávány, aby posilovaly pozitivní chování. Ačkoli je tato technika zpravidla užívána v práci s dětmi a dospívajícími, a to zvláště v institucionální péči, může u některých jedinců dobře fungovat i v dospělosti (např. motivační kalendáře stojí na této myšlence).
- **Řetězení a zpětné řetězení (chaining)** - zde jsou dovednosti učené v propojené posloupné sekvenci. Technika se užívá zvláště u lidí s mentálním postižením nebo výrazným kognitivním deficitem pro učení běžných denních činností, např. jedení, oblékání, kdy je činnost rozložena do jednotlivých komponent, jež na sebe navazují a jsou učeny postupně (např. nejprve učíme, jak si srolovat ponožku, poté jak ponožku na nohu nasadit, poté jak ji na noze natáhnout a upravit). K dalšímu kroku je možné přistoupit až po zvládnutí kroku předchozího či po zvládnutí určité sekvence. Zpětné řetězení je přistupování k učení od posledního kroku k prvnímu, aby se zvýšila motivace klienta (neboť je dosaženo okamžitého úspěchu) a klientovi byl jasný smysl/cíl učení (také viz Krivošíková, 2011, str.291). Jak uvádí Cole, Tufano (2008), ergoterapeuti ve své praxi velice často modifikují a zjednodušují jednotlivé úkoly pro klienty. Když klient dosáhne určitého zlepšení, postupně zvyšujeme složitost, zátěž a komplexitu úkolů, aby mohlo docházet k dalšímu rozvoji.
- **Tvarování (shaping)** – v rámci této techniky je odměňováno přiblížení se k požadovanému chování, postupně se zvyšuje standard, až je nakonec dosaženo žádaného chování (např. klienta oceníme, že pozdravil, ačkoli forma pozdravu nebyla ještě vhodná či přiměřená, postupně oceňujeme další známky zlepšení, jako např. že dokázal pozdravit a usmát se u toho nebo se při tom podíval do očí apod.).
- **Vytváření kontraktů** – kontrakty či dohody znamenají písemný souhlas klientů, že změní určité své chování. Výměnou za to dostanou něco, čeho si cení, co je pro ně významné. V rámci takové dohody musí být chování přesně popsáno (např. v rámci párové terapie manželka souhlasí, že bude „sociálněji“ (bude se zajímat o to, jak se manžel měl v práci, udělá mu masáž zad alespoň jednou týdně) výměnou za to, že manžel více pomůže v domácnosti (pravidelně jednou týdně vyluxuje a vynesou koše).
- **Time-out** – zahrnuje odejmutí zdroje pozitivního upevnění od jedince (např. pokud je dítě odměňováno pozorností při jeho záchvatu vzteku, time-out bude zahrnovat přesunutí dítěte do „zóny bez pozornosti“, dokud záchvat vzteku nepřejde).

Ergoterapeuti ve své praxi aplikují řadu behaviorálních principů v rámci učení klientů novým dovednostem nebo chování. Jak uvádí Krivošíková (2011, str. 147): „pro ergoterapii upravila behaviorální principy Moseyová, ve svém akvizičním rámci vztahů“. Zde zdůrazňuje hlavně operantní podmiňování (tvarování, modelování, sociální nápodobu, desenzibilizaci) a z teorie učení pak opakování, praxi a posilování (Krivošíková, 2011, Stein, Cutler, 2002).

„Akviziční (růstový) rámec vztahů je založený na získávání dovedností a kompetencí, které umožňují jedinci zvládat a funkčně se adaptovat na jeho prostředí“ (Stein, Cutler, 2002, str. 132). Finlay (2004) poukazuje, že práce Moseyové (1986), týkající se adaptivních dovedností a procesu učení nás upozorňuje na důležitost brát v úvahu širší motivační a sociální faktory (zvláště vztah mezi učitelem a učícím se). „Terapeut může pomoci klientovi skrze vytváření vhodných situací učení jediné tehdy, pokud se klient chce sám učit“ (Mosey, 1986, str. 218 in Finlay, 2004, str. 112).

Kritika tohoto přístupu stojí především na zdůrazňování nerovnosti ve vztahu mezi terapeutem a klientem, neboť role terapeuta jako toho, který posiluje žádoucí chování, je spojena s velkou kontrolou a mocí. Externí stimuly navíc mohou vést klienta k nesamostatnému jednání. V ergoterapii se snažíme dosahovat rovného, partnerského vztahu a umožňujeme klientům zažívat úspěchy, které jim poskytnou příležitost posunout se ze závislosti na vnějších odměnách k vnitřnímu posilování, založenému na kompetenci a sebeřízení. Jak uvádí Cole, Tufano (2008), v současné době jsou behaviorální principy aplikovány v rámci **strategií seberegulace a sebeřízení** spíše než v „klasické“ behaviorální modifikaci, což je blíže a je více kompatibilní preferovanému na klienta orientovanému přístupu. Jak zmiňuje dále Krivošíková (2011, str. 151): „redukcionistické zaměření přístupů může opomíjet jiné problémy, např. sociální, emoční, nebo podporuje hodnoty dominantní skupiny. Ačkoliv je v behaviorálním přístupu zdůrazňován také vliv prostředí, v praxi není příliš zohledňován. Hlavní zaměření terapie je na změnu chování jednotlivce, nikoli na změny chování v nejbližším okolí, např. v rodině“.

Jak je nazírána funkce/dysfunkce:

V behaviorálním pohledu je pro označení dysfunkce používán pojem maladaptivní (nevhodné, nežádoucí či neproduktivní) chování. Jak shrnuje Cole, Tufano (2008), v tomto rámci je zdravotní stav nahlížen pouze v souvislosti s pozorovatelnými a měřitelnými výsledky, nehledě na vnitřní faktory jedince. Výkon zaměstnávání spadá také do této kategorie, proto je ergoterapeut tento přístup hojně využíván. Behaviorální rámec se také zaměřuje na kontextuální vlivy, které jsou hlavní v posuzování stimulů a bariér při zapojení člověka do činnosti. Funkce zahrnuje růst adaptivního chování, které je definované a požadované ostatními nebo zahrnuje specifické dovednosti, které chce klient získat. Funkce je pak definovaná skrze stanovení behaviorálních cílů a výstupů. Tyto cíle jsou spojeny se specifickými dosaženými úspěchy, které mohou být **pozorovatelné a měřitelné**.

Jak je dosahováno změny:

„**Role terapeuta je pomoci klientovi v učení a udržení adaptivního chování** tím, že organizuje faktory, které ovlivňují chování jedince (které jsou jinak ponechávány náhodě)“ (Giles, Clark-Wilson, 1999 in Giles, 2003, str. 258). Jak uvádí Cole, Tufano (2008, str. 143): „změna i motivace jsou přičítány jednoduše posilování, **upevňování**“ žádoucího chování. Jakmile je u klienta pozorováno žádoucí chování, přichází jeho posílení (ocenění, potvrzení, odměna) ze strany terapeuta nebo jiných osob (rodičů, učitelů). Jak autoři dále uvádí, je však významné, aby terapeut plně porozuměl tomu, co je „posilou“ pro klienta (např. odměna, ocenění a uznání, které má pozitivní efekt u jednoho klienta, u

druhého nemusí mít efekt žádný, u někoho mohou být stimulem vnější podněty a ocenění, zatímco u jiného mohou být významné vnitřní stimuly a odměny). Ergoterapeut, využívající tento přístup, potřebuje dostatek času pro **poznání skutečných motivátorů klienta**.

Hodnocení a intervence:

Hodnocení v tomto rámci vždy zahrnuje **identifikaci a definici cílového žádoucího chování**. Jak shrnuje Cole, Tufano (2008), tomuto rámci nejlépe odpovídá metoda pozorování, díky které podrobně definujeme problémy v chování nebo přítomnost a/nebo absenci dovedností. Jak uvádí Giles (2003, str. 259): „přesné hodnocení je v rámci behaviorálního přístupu zásadní a usiluje o **rozpoznání faktorů, které napomáhají vytvářet a udržovat maladaptivní chování**. Chování je pozorováno objektivně, přesně a bez zdůrazňování posuzování. Detailní popis problematického chování zahrnuje analýzu spouštěčů (co předcházelo události), samo chování jedince a jeho následky pro daného jedince (záznam spouštěč-chování-důsledky)“.

Pro přesnější stanovení ergoterapeutických intervencí mohou pomoci sebehodnotící dotazníky, zaměřené na identifikaci dysfunkčních oblastí/dovedností, záznamy klienta o jeho chování a důsledcích takového chování (např. vedení deníku, záznamy žádoucího a nežádoucího chování a odměn či „trestu“, které si klient uložil) nebo výběr preferovaných rolí či úkolů. Příkladem konkrétního nástroje, jež je v praxi ergoterapeutů často používaný, je Steinův Stress Management Questionnaire.

Během hodnocení by také **měly být identifikovány pozitivní stimuly**, které mají na výkon jedince vliv. Tyto všechny externí faktory (výzvy) nebo interakce (pochvaly, uznání) by měl klient nacházet jako podnětné a/nebo smysluplné.

Vzhledem k tomu, že tento přístup vychází z teorie učení, je další významnou oblastí hodnocení zaměřená na **schopnosti učení se a na schopnosti přenesení naučeného do jiných situací** a kontextů. Giuffrida, Neistadt (2003) poznamenávají, že ergoterapeuté mohou vyhodnocovat kapacitu klienta se učit skrze hodnocení jejich schopností přenést naučené dovednosti do různých aktivit. Pokud klient není schopen splnit naučený úkol při jednoduché změně v rámci úkolu, není schopný ani komplexnějšího nebo abstraktního učení. Pro evaluaci přenesení zkušenosti klienta terapeut může např. pozměnit určitý úkol z jednoho sezení na druhé (např. nejprve pomůcky potřebné pro splnění úkolu umístit na stůl v řadě, v druhém sezení je dát dohromady do košíku, poté je umístit do polic a skříní, či jinak upravit prostředí či úkol, následně daný úkol přenést do jiného kontextu atd.). Sledujeme při tom prokazování kapacity asociačního, reprezentačního a abstraktního učení klienta.

Pokud jsou přesně stanoveny oblasti dysfunkce, je možné, aby terapeut spolu s klientem stanovil **behaviorální cíle a požadované výstupy**. Ty musí být pro klienta významné a smysluplné a je třeba důsledně dbát na to, aby jejich **splnění bylo možné pozorovat na úrovni změny chování** (např. nevhodná formulace cíle je „chci se cítit lépe“, behaviorálně formulovaný cíl by zněl „chci zařadit 15 minut cvičení do svého každodenního režimu, abych posílil svou kondici a cítil se tak lépe, začnu s tím toto pondělí“ nebo „chci se naučit samostatně uvařit 5 základních jídel (bramboračku, řízek, pečené kuře, těstoviny s omáčkou a rizoto) během tohoto měsíce, abych pro nás zvládl uvařit společný oběd v chráněném bydlení“ apod.). Cíle mohou být dlouhodobé nebo krátkodobé, vždy jsou ale „rozloženy“ na jasně formulované splnitelné kroky, které klient musí udělat pro jejich dosažení. Klient s terapeutem sestavují určitý seznam plánovaných výstupů, jednotlivých kroků, častokrát také s formulací přesných kritérií, podle kterých mohou společně vyhodnotit, zda byl úkol a následně cíl naplněn. Takto vytvořené seznamy pro záznam plnění jednotlivých kroků mohou být pomocí jak pro klienta, tak pro terapeuta.

Mezi základní intervence, používané ergoterapeuty v rámci tohoto rámce, uvádí Giles (2003):

- **Intervence řízeného chování** (*behavioral-management interventions*), které jsou zaměřené na zvýšení prosociálního a zdraví rozvíjejícího chování a na snížení zdraví poškozujícího a asociálního/nevhodného chování. Můžeme sem řadit přístup modifikovaného chování (nověji nazývaného analýza chování), jež popisuje např. Prochaska, Norcross (1999).
- **Intervence pro rozvíjení dovedností** (*skills building interventions*) jsou zaměřené na pomoc klientům s nedostatečnými funkčními dovednostmi nebo dovednostmi pro zvládnání situací (*coping skills*) a pomáhají získat potřebné žádoucí dovednosti (např. trénink přípravy jídla, trénink asertivity, komunikačních dovedností, trénink sociálních dovedností, relaxace, ale také sebeřízení, sebeovládání, management stresu atd..

Jak autor dodává, ergoterapeuti mohou být ve své praxi vedeni behaviorálními principy i mimo formalizovaný tréninkový/nácvikový program, např. v situaci, kdy posilují samostatnost ve funkčním chování a omezují pozornost klienta, personálu a rodiny od symptomů nemoci. Finlay (2004, str. 112) dodává, že „při aplikování behaviorálních principů může hrozit, že ztratíme „člověka“ díky zaměření na redukcionistické uvažování o malých kouscích chování. Bez širší týmové strategie nebo programu, který udržuje holistický, na klienta orientovaný přístup, je užívání těchto metod nevhodné. Spíše proto ergoterapeuti nacházíme při vytváření skupinových léčebných situací (jako trénink asertivity nebo management úzkosti), které nabízí příležitosti pro sociální učení, než při užívání mechanistických, na odměnách postavených programů“.

Příklad Aplikace behaviorálního rámce vztahu

Jaké by mohly být závěry behaviorálně orientovaného terapeuta v příběhu Kateřiny?

„U Kateřiny bych se jednoznačně zaměřil na trénink komunikačních dovedností, neboť jejich nedostatečné zvládnání pravděpodobně stojí v pozadí většiny pracovních i sociálních neúspěchů Kateřiny. Proto, abych mohl Kateřině skutečně pomoci, potřeboval bych mít příležitost sledovat její chování v různých sociálních situacích, abych mohl dobře odhalit nefunkční nebo nevhodné způsoby chování a motivační faktory. Skupinový trénink komunikačních dovedností by pro Kateřinu mohl být velice vhodný. Vzhledem k tomu, že se Kateřina obtížně prosazuje a v konfliktních situacích se stahuje, bylo by jistě třeba zaměřit se také na nácvik asertivity. S Kateřinou bychom si přesně stanovili situace, ve kterých potřebuje posílit a určili bychom jednotlivé menší kroky. Vzhledem k tomu, že při neúspěchu či větší zátěži Kateřina z předešlých služeb „vypadla“, je třeba začít kroky, které Kateřina s jistotou zvládne a postupovat po malých krocích. Doporučoval bych tedy před zapojením Kateřiny do skupinového tréninku začít s nácvikem v rámci individuálních sezení a teprve po dostatečném posílení Kateřiny bych přistoupil k nácviku skupinovému.“

Jasně problémovým chováním je zneužívání alkoholu jako způsobu řešení zátěže či neúspěchu a podléhání sluchovým halucinacím. V rámci tréninku v kavárně (kromě individuální terapeutické práce), bych doporučil systematické oceňování žádoucího chování, a to:

- ocenění Kateřiny vždy, pokud zvládne přijít na pracovní směnu střízlivá
- ocenění vždy, pokud Kateřina i přes přítomnost „hlasů“ dokáže pokračovat v práci.

Pozornost by měla být Kateřině vždy dáвана v situacích, kdy se chová správně a když splní požadované úkoly. V případě, že by tyto pozitivní strategie selhávaly, bylo by nutné přistoupit i k omezování, např. vyloučení Kateřiny ze směny nebo odložení individuální konzultace v případě, že by přišla pod vlivem alkoholu. V tréninkové kavárně by bylo také vhodné vytvářet příležitosti, ve kterých by se mohla Kateřina učit vhodnému chování od zkušenějších kolegů a terapeutů (zvláště řešení

sociálních situací (např. konflikt se zákazníky, vyžadování občanského průkazu u nezletilých) a způsoby, jak se chovat, když se něco nepovede). Na některých behaviorálních cílech a krocích by Kateřina pracovala s terapeutky přímo v kavárně během pracovních směn (např. jak pozdravit, oslovit zákazníka, jak rozvinout a udržet konverzaci atd.)“.

Kognitivně-behaviorální rámec vztahů

Kognitivně-behaviorální rámec staví na předchozích behaviorálních teoriích, ale rozpoznává také vnitřní procesy, které jsou behavioristy ignorovány, jako významné. Meichenbaum (1977) jej definuje jako **aplikaci metod a strategií seberegulace, aby bylo dosaženo změny myšlení a chování**. Tento rámec tedy zdůrazňuje, že vnitřní myšlenkové procesy, motivace, záměry, přesvědčení, emoce, postoje, kulturní očekávání či sociální kontext jsou vzájemně propojeny, mají vliv na formování chování jedince a jsou významné v rámci procesu učení.

Zatímco v behaviorálním přístupu je kladen důraz na externí zdroje jako na podněty pro změnu chování, **v kognitivně-behaviorálním rámci jsou jako „významnější chápány kognitivní procesy a vnitřní děje, které jsou mediátory změny chování“** (Kazdin, Wilson, 1978, str. 6 in Stein, Cutler, 2002, str. 137). Kendal, Pinachelli-Mindel (1995, str.108) shrnují, že kognitivně-behaviorální terapie se „zaměřuje na to, jak lidé reagují na jejich kognitivní interpretace zkušeností, spíše než na prostředí nebo zkušenost jako takovou. Kombinuje postupy kognitivní změny s behaviorálním podmiňováním a zkušeností učení, aby pomohl změnit zkreslené nebo deficitní informační procesy“.

Jak uvádí Krivošíková (2011), tento přístup je ergoterapeuty používán již řadu let. „Pro ergoterapeuty je však kognitivně-behaviorální rámec více než jen korekce zkresleného či pokřiveného myšlení a zahrnuje učení - učení se a sebeřízení, které kombinuje kognitivní a behaviorální strategie“ (Cole, Tufano, 2008, str. 149). Tento přístup vychází ze tří základních oblastí: **teorie sociálního učení** (Bandura, 1977, také viz výše), **kognitivní terapie** (Beck, 1976, 2005, viz níže) a **racionálně-emoční terapie** (Ellis, 1962, 1979, 2005), jak shrnuje Krivošíková (2011), Stein, Cutler (2002).

Teorie sociálního učení – jak jsme již zmínili výše, tato teorie vychází z předpokladu, že učení nastává v sociálním kontextu skrze imitaci a modelování ostatních. Cole, Tufano (2008) ji chápou jako určité přemostění mezi behaviorální modifikací a kognitivním behaviorismem. Pro ergoterapeuty je významné zvláště to, že teorie se zaměřuje na „interakce mezi jedincem, chováním a prostředím za současného potvrzení role kognitivních procesů v zprostředkování interakcí mezi jedincem a prostředím“ (Cole, Tufano, 2008, str. 150). Takový pohled se významně přibližuje chápání interakcí popsaných ve většině na výkon zaměstnávání orientovaných ergoterapeutických modelů. Bandura (1977, 2004) obohatil kognitivně-behaviorální teorii o řadu podnětů a terapeutických postupů, jako je modelování, učení napodobováním, hierarchie podněcování, sebe-kontrola, sebe-regulace, odhad vlastní zdatnosti (*self-efficacy*), sebe-uvědomění a vhléd (podrobněji tyto popisuje např. Praško, Možný, Šlepecký, 2007).

Kognitivní terapie – je spojována především s prací A. T. Becka (1976, 2005), kterou následně rozvinul Ellis (1962, 1979, 2005) ve své **racionálně-emoční (racionálně-emoční behaviorální) terapii**. „Stejně jako A. T. Beck a ostatní kognitivní terapeuti, i Ellis vychází ze základní premisy, že emoční dopad určité události (podnětu, antecedentu) a reakce na ně ve formě zjevného chování jsou **způsobeny kognitivním zpracováním těchto událostí**“ (Praško, Možný, Šlepecký, 2007, str. 34). Dle autorů Ellis dodal významnou myšlenku, že mezi událost (aktivující událost A)-kognitivní proces

(přesvědčení B)–důsledek (důsledek na úrovni emocí, chování C), je třeba ještě vmezeřit jednu proměnnou, kterou je **přesvědčení** (tj. představa, myšlenka), kterou jedinec interpretuje nebo hodnotí danou událost.

Specifickým směrem terapie, který rozvinula Linehan (1993), je **dialektická behaviorální terapie**, která kombinuje individuální psychoterapii s tréninkem psychosociálních dovedností. Tato terapie byla původně navržena pro léčbu jedinců, kteří opakovaně projevovali suicidální nebo parasuicidální chování. Je doporučována pro léčbu komplexních a obtížně léčitelných duševních onemocnění, zvláště se však rozvinula jako metoda léčby pro lidi trpící hraniční poruchou osobnosti, jak uvádí Scheinholz (2011).

Stein, Cutler (2002, str. 137) dodávají, že „i přes značné rozdíly mezi výše zmíněnými směry je možné rozpoznat tři základní principy tohoto přístupu“, které jsou shodné všem kognitivně-behaviorálním terapiím:

- „kognitivní děje ovlivňují chování
- kognitivní aktivity mohou být monitorovány a pozměněny
- požadované změny chování může být dosahováno skrze změnu kognitivních procesů“ (Dobson, 1988, str. 4 in Stein, Cutler, 2002, str. 138).

Tyto výše zmíněné základní teorie byly adaptovány pro ergoterapeuty mnoha autory, např. Duncombe (2005) a Stein, Cutler (2002), jako efektivní model pro psychosociální intervence. Duncombe (2005), jak uvádí Cole, Tufano (2008), diskutuje mnoho podobností mezi současnou kognitivně-behaviorální terapií a na výkon zaměstnávání zaměřenými modely ergoterapie. Podobnosti nachází v důrazu na fenomenologii (význam popisu subjektivní zkušenosti klienta), ve významu spolupráce mezi terapeutem a klientem, ve využívání aktivity, nejen slovních interakcí, v používání empirických metod, které zdůrazňují schopnost klienta uvažovat nad situacemi v jeho životě a v generalizaci získaných dovedností v reálném životě klienta.

V rámci tohoto rámce Cole, Tufano (2008) shrnují specifické ergoterapeutické přístupy:

- Přístup psychoedukační skupiny (Cole, 2005, Crist, 1986 in Cole, Tufano, 2008) – ergoterapeuté jsou v roli učitelů-facilitátorů, kteří se zaměřují na edukaci a nácvik dovedností, kde vybízejí klienty k používání racionálního uvažování a aplikaci nových znalostí a dovedností skrze řešení problémů ve skupině. Zaměření může být např. na oblast managementu medikace, management financí, plánování a přípravu jídla, využívání veřejné dopravy, bezpečnost v domácnosti, rodičovské a partnerské dovednosti, udržování vztahů atd.
- Model sebe-regulace (Stein, 1987, Stein, Cutler, 2002, Stein, Nicolich, 1989, Stein, Smith, 1989 in Cole, Tufano, 2008) – programy zaměřující se na sebeřízení, např. trénink zvládání stresových situací, trénink asertivity, zdravý životní styl.
- Model tréninku sociálních a životních dovedností (Salo-Chydenius, 1996 in Cole, Tufano, 2008) – zaměřuje se na získání dovedností potřebných pro každodenní situace sociálních interakcí a pro dosažení přiměřeného chování. Známý a rozšířený je trénink sociálních dovedností dle Libermana (1990).
- Model strategií zvládání (Coping model of Pediatric Occupational Therapy, Williamson, Szczpanski, 1999 in Cole, Tufano, 2008) – zdůrazňuje užívání vnitřních a vnějších zdrojů pro zvládání nároků prostředí. Užívá strategie jako stupňování nároků prostředí dle adaptivních schopností dítěte,

intervence rozvíjející odhad vlastních schopností (self-efficacy), dávání pravidelné a explicitní zpětné vazby pro podporu úsilí strategií zvládnání dítěte, povzbuzování dítěte v aktivitách, které rozvíjí dovednosti zvládnání a které dítě samo iniciovalo.

Ergoterapeuté by měli zvážit **užití tohoto rámce, kdykoli jsou přítomny psychologické bariéry v zapojení do aktivit**, jak shrnují Cole, Tufano (2008), protože je zvláště účinný pro zacházení s emocemi a motivací. Fyzické a duševní zdraví však v rámci na klienta orientované, holistické praxe nesmí být oddělováno, proto se ergoterapeuti současně zaměřují také na kognitivní funkce, které mohou mít vztah ke všem oblastem výkonu zaměstnávání. Cole, Tufano (2008) dodávají dle AOTA (2002) také jako významné zabývat se zvyky jedince, které mohou interferovat s aktivitami běžného života.

Kognitivně behaviorální rámec, který nabízí řadu technik pro sebeřízení, sebekontrolu a seberegulaci, může být vhodný právě k ovlivnění těchto zvyků, jež mohou být bariérou ve výkonu zaměstnávání. McCraith (2011, str. 270) shrnuje, že „primárním cílem ergoterapie není zaměřovat se na změny v emocionálních či behaviorálních symptomech v rámci různých psychiatrických diagnóz, i když ergoterapie může nepřímo přispět ke zlepšení těchto oblastí. **Ergoterapeuté se typicky zaměřují na změnu přesvědčení a myšlenek jen tehdy, pokud tyto interferují s dosažením požadovaného výkonu zaměstnávání**, což odpovídá ergoterapeutickému přístupu „shora-dolů“.

Jak uvádí Krivošíková (2011, str. 153): „význam kognitivně-behaviorálního rámce vztahů v praxi stoupá“. Řada výzkumů potvrzuje jeho účinnost a platnost zvláště v práci s lidmi s psychosociálními obtížemi (např. kognitivně-behaviorální terapie je jednou ze základních evidence-based intervencí v práci s lidmi trpícími depresí nebo schizofrenií). Přístup nabízí řadu velice konkrétních technik a postupů, které mohou být dobře aplikovány a přináší rychlé pozorovatelné výsledky. Na druhou stranu však může docházet k přílišné redukci pohledu pouze na racionální myšlenkové procesy jedince a k opomíjení jiných významných složek. I přes větší zapojení klienta do terapeutického procesu a větší zaměření na jeho vlastní kompetence a sebeřízení, v rámci tohoto přístupu zůstává terapeut v nerovnovážném postavení vůči klientovi, neboť je pro něj zpravidla především učitelem-facilitátorem. Další nevýhodou tohoto přístupu může být to, že ačkoli je povaha problémů uvažována jako multifaktoriální, ve skutečnosti jsou intervence směřované pouze k ovlivnění klienta samotného a není pracováno s úpravami či změnami v okolí.

Jak je nazírána funkce/dysfunkce:

Jak shrnují Cole, Tufano (2008, str.153), „funkce zahrnuje schopnost užívat kognitivní procesy k uvažování, testování hypotéz, vytváření správného sebe-uvědomění a realistického vnímání ostatních a prostředí. Jedinec tak dokáže kontrolovat a řídit své vlastní myšlenky, pocity a chování, aby se dokázal vyrovnat se stresem, řídil svůj čas a vytvářel rovnováhu mezi životními rolemi a zaměstnáváním“. Jak shrnuje Prochaska, Norcross (1999), teorie, jež formuloval Ellis (1962), spojuje psychopatologii s iracionálními přesvědčeními a dysfunkčními postoji, které tvoří osobní filozofie a narušují vlastní duševní zdraví jedince. Ty obsahují „rigidní, dogmatické, naléhavé požadavky, vyjadřované obvykle slovy „musím, měl bych, mám“.. a filozofie vycházející z těchto požadavků umožňují vznik nereálných a příliš zobecňujících atribucí“ (Prochaska, Norcross, 1999, str. 262), jež se projeví jako katastrofizující úsudek. Psychopatologie denního života je pak vysvětlována pomocí ABC schématu lidského fungování (viz výše). Teorie A. T. Becka a Ellise se v mnohém potkává, i když používají rozdílný slovník, jak poznamenává Prochaska, Norcross (1999). „Beck místo iracionálních

přesvědčení či názorů mluví o maladaptivním myšlení, dysfunkčních postojích nebo v případě jeho raného výzkumu deprese o depresogenních myšlenkách“ (Prochaska, Norscross, 1999, str. 272).

Ergoterapeuti se zaměřují především na to, jak kognitivní limity dopadají na výkon zaměstnávání jedince a identifikují specifické problémy, které narušují výkon zaměstnávání. Disabilita pak není definována skrze diagnózu nebo symptomy nemoci, ale jako přítomnost maladaptivního chování, které vzniklo, dle předpokladů přístupu, z maladaptivního učení.

Jak je dosahováno změny:

V souladu s teorií učení je hlavním prostředkem změny **upevňování**, jak uvádí řada autorů. V tomto rámci jsou klienti motivováni jak externími (peníze, jídlo, sociální ocenění, přijetí a uznání, sociální důsledky), tak vnitřními silami (představami o úspěchu a neúspěchu, vnitřní spokojenosti utvářenou pocitem vlastní kompetence, viz Bandura (2004)). Kombinují se behaviorální a kognitivní strategie. Jak shrnují Cole, Tufano (2008), v tomto rámci sledujeme také vlivy prostředí, které podněcují specifické chování, které chce klient změnit. Navíc zaměření na kognitivní aspekty vede ergoterapeuty k hledání vnitřních myšlenek a možných vnitřních podnětů maladaptivního chování. „Klienti s sebou nesou iracionální ponaučení, které získali na základě negativní zkušenosti v minulosti, které natolik narušilo jejich sebe-obraz či vnímání sebe sama, že pokračují v upevňování chování (např. přejídání, sebepoškozování, zneužívání alkoholu, fobie), které jinak nedává smysl. Někdy je nutné nejprve odstranit tyto bariéry, aby bylo možné postoupit směrem k cílům zaměřeným na výkon zaměstnávání“ (Cole, Tufano, 2008, str. 153-154).

Hodnocení a intervence:

Hlavní zaměření hodnocení v tomto rámci je na myšlenkové procesy ve vztahu k emočnímu prožívání a chování. Dle Hagedorn (2000, str. 14) je pro terapeuty významné v tomto rámci zvažovat „subjektivní vnímání úkolu/aktivity jedincem, známky pozitivních nebo negativních myšlenek a pocitů vyjadřovaných skrze/během výkonu úkolu a potenciál úspěšného zvládnutí úkolu pro podpoření pozitivního cyklu myšlenek a chování“.

Ergoterapeuti by měli porozumět, jak určitá přesvědčení a myšlenky klienta omezují nebo podporují v dosažení na výkon zaměstnávání orientovaných cílů a měly by být identifikované takové myšlenky a přesvědčení, na které je třeba se zaměřit pro dosažení žádoucích výstupů (McCraith, 2011).

V rámci prostředí je pak dle Hagedorn (2000), McCraith (2011) významné zabývat se komponenty prostředí, které mohou působit jako stresory (či přispívat nebo rušit zkrácené či narušené představy a přesvědčení), vlivem ostatních na klienta a situacemi, které posilují negativní myšlenky nebo chování nebo naopak rozvíjí pozitivní reakce.

V rámci hodnocení máme řadu možností. Ergoterapeuti používají jak neformální, semistrukturované rozhovory, pozorování, tak řadu formálních standardizovaných či publikovaných nástrojů. Významné je poznamenat, že „hodnocení je kontinuální proces a pozorování afektivních, kognitivních a behaviorálních bariér ve výkonu zaměstnávání pokračuje během intervenčního procesu“ (Bruce, Borg, 2002 in Cole, Tufano, 2008, str. 155). Významné zaměření ergoterapeutů v rámci tohoto rámce vztahů je na fenomenologii, tedy na porozumění klientově perspektivě a subjektivní zkušenosti, která ho přivedla do terapie. Oblasti, na které se v rámci hodnocení zaměřujeme, Cole, Tufano (2008) shrnuli takto (pozn. popis nástrojů podrobně viz příloha - tab. Přehled ergoterapeutických nástrojů):

- Sebe popisující testy (např. Role Checklist).
- Testy hodnotící úroveň mentálního stavu (např. Mini - Mental State).

- Dotazníky a škály měřící náladu (např. Beckova sebesuzovací škála depresivity (Beck Depression Inventory BDI-II)).
- Škály měřící míru úzkosti (např. Stress Management Questionnaire).
- Dotazníky na kvalitu života (např. Dotazník subjektivní kvality života, SQUALA).
- Kognitivní testy (např. Allen Cognitive Levels Screen, Loewenstein OT Cognitive Assessment LOTCA).
- Testy zaměřující se na specifické problémy v zapojení v zaměstnávání (např. Bay Area Functional Performance Evaluation).
- Testy aktivit běžného denního života (např. Kohlman Evaluation of Living Skills, KELS, Bartel Index).

McCraith (2011) uvádí, že i přes řadu existujících nástrojů, zaměřených na hodnocení přesvědčení a systémů přesvědčení, vytvořených v rámci oboru psychologie, vzdělávání či duševního zdraví, prakticky neexistují psychometricky podložené formální testy, které by se specificky věnovaly odhadu vlastní zdatnosti (self-efficacy) v kontextu výkonu zaměstnávání. Jako jediný příklad uvádí autorka Self Efficacy Gauge (Gage, Noh, Polatajko, Kaspar, 1994), který je specificky navržen pro ergoterapeuty pro tyto účely. Nicméně dodává, že je mnoho nástrojů zaměřených na hodnocení výkonu zaměstnávání, které umožňují odkrývat také přesvědčení klienta (např. Canadian Occupational Performance Measure, Occupational Self Assessment, Assessment of Occupational Functioning - Collaborative version, Occupational Performance History Interview, viz příloha - tab. Přehled ergoterapeutických nástrojů).

Kognitivně-behaviorální rámec je spojen především se strukturovanou, krátkodobě orientovanou prací, s jasně definovanými cíli, úkoly a jednotlivými kroky. Klient je aktivním účastníkem v procesu a obsah spolupráce je s ním pečlivě dojednáván. Cíle jsou stanovovány tak, aby byly relevantní, srozumitelné, měřitelné, dosažitelné a zaměřené na chování. Jedním z klíčových elementů je také to, že „zdůrazňuje, co klient dokáže dělat nebo čeho může dosáhnout vzhledem ke svému potenciálu, spíše než by se zaměřoval na deficity nebo disabilitu klienta“ (Stein, Cutler, 2002, str. 145).

Dle McCraith (2011) má typicky při používání tohoto rámce vztahů terapeut připravený program pro každé setkání, který je sestavován ve spolupráci s klientem. Formát takového programu, ať se jedná o individuální či skupinovou práci, zahrnuje následující kroky: revize domácího úkolu, didaktická edukace odpovídající zaměření (požadovaným výstupům) programu, modelování a demonstrace technik nebo dovedností, zpětná vazba pomocí sebe-reflexe klienta, od terapeuta a/nebo ostatních klientů a dohoda o domácím úkolu, který je formulován ve spolupráci s klientem.

Mezi **rozšířené intervence** patří:

- nácvik relaxace (nácvik kontrolovaného dýchání, progresivní svalová relaxace, např. autogenní trénink podle Schulze, bývá zařazována i jóga, meditace)
- nácvik strategií zvládání stresu či nácviky jiných, např. asertivních či komunikačních dovedností
- biofeedback
- sebe-instruktaž či nácvik jiných strategií sebe-řízení a sebe-regulace
- dekatastrofizace představy (tedy nepřipuštění si či zastavení rozvoje katastrofických scénářů zvědoměním reality a připomenutím minulých zkušeností, kdy klient situaci zvládl)
- zaplavení v představě (tedy expozice nejhorší možné situaci, které se klient obává, pouze v jeho představě)

- vizualizace
- stop technika (technika pro zastavení negativních myšlenek, tedy technika umožňující zastavení či přerušování cyklu nefunkčních automatických myšlenek) atd.

Velice často je také **využíváno modelování, hraní rolí, sledování a plánování činnosti, formování, řetězení a pobízení, odvedení pozornosti a významná je metoda kognitivní restrukturalizace**, jež se zaměřuje na co nejrychlejší identifikaci a změnu nefunkčních, iracionálních automatických myšlenek. Intervencí, které využívá kognitivně-behaviorální terapie, je však daleko více. Podrobněji je popisuje Praško, Možný, Šlepecký (2011). Je třeba zmínit, že pro jejich vhodné a efektivní užívání je třeba dostatečného vzdělání a výcviku terapeutů. Ergoterapeuti tyto techniky mohou v praxi využívat, pokud jsou s nimi dobře obeznámeni, vždy je však jejich užití spojeno se záměrem ovlivnit výkon zaměstnávání klienta směrem k jeho větší participaci.

Příklad Aplikace kognitivně-behaviorálního rámce vztahu

Pojďme zpátky k příběhu Kateřiny - jaký komentář by k němu pravděpodobně podal terapeut, využívající kognitivně-behaviorální rámec vztahů?

„Z příběhu Kateřiny je zřejmé, že chování této dívky je ovlivňováno vnitřním přesvědčením, které však není plně postavené na reálném základě a které zasahuje do jejích vztahů i výkonu činnosti. Proto, abych mohl Kateřině pomoci, potřeboval bych více prozkoumat, jaké myšlenky a pocity ji provází před, během a po ukončení činnosti nebo interakce, jaké činnosti či situace má spojené s obavami, že je nebude zvládat, jaké jsou podmínky prostředí, které tyto obavy umocňují a také s ní rozkrýt spouštěče nefunkčních automatických myšlenek. V historii Kateřiny je řada situací, kdy Kateřina odešla, aby se vyhnula neúspěchu. Je proto třeba, abychom spolu plánovali takové konkrétní cíle, které může sama skutečně zvládnout.“

Kateřina sebe hodnotí jako „neschopnou“, „nevidí pro sebe naději na zlepšení“, což je umocňováno halucinacemi, které jí to našeptávají. Tyto představy o sobě jistě narušují její schopnost se aktivit účastnit. Kateřina prací v kavárně dle terapeutů ale zvládá, tedy tyto její představy o sobě jako o „neschopné“, souvisí pravděpodobně s předešlými zkušenostmi nebo s tím, co zažívá aktuálně v rodině. Kateřina si pravděpodobně již tuto představu plně internalizovala a je potřeba ji změnit.

Problémem je také zneužívání alkoholu. Z toho, co o Kateřině vím, je toto jednání spojené se situacemi zátěže, kterou Kateřina nedokáže zvládat. Je třeba rozkrýt spouštěcí mechanismus a pomocí některých technik (jako stop technika) umožnit Kateřině zastavit cyklus automatických myšlenek, které jí ve výsledku dovádí k řešení situací prostřednictvím alkoholu. Posílení strategií zvládnání (včetně posílení sebe-řízení a managementu nemoci) v rámci individuální práce a program skupinového stress managementu by byl vhodnými intervencemi. V případě, že by se prokázalo, že je tento problém spojený především s nedostatečnými komunikačními dovednostmi, a historie ve vztazích Kateřiny tomu může nasvědčovat, by byl pak samozřejmě vhodný trénink komunikačních dovedností. Vzhledem k tomu, že se ukazují potřeby Kateřiny na více rovinách, bylo by třeba společně s ní určit priority, aby nedošlo k zahlcení.

Pro začátek bych doporučil, abychom s Kateřinou prozkoumali a označili, jaké myšlenky a její představy jsou nefunkční, Kateřina by si poté zaznamenávala situace, ve kterých se tyto myšlenky objevily, jaké pocity je doprovázely a jak na ně dokázala reagovat. Společně bychom pak mohli stanovit jiné, funkční myšlenky, kterými by mohla Kateřina ty nevhodné nahradit a postupně by je v obávaných situacích mohla zkoušet uplatňovat. Každé takové přerušování iracionálního řetězce myšlenek a použití myšlenek funkčních, bych vždy oceňoval minimálně slovně. Bylo by případně možné domluvit i

s Kateřinou jinou formu odměny, kterou by si sama mohla udělit, dokud by se nestaly funkční myšlenky automatické a uspokojení z dosaženého úspěchu pro Kateřinu dostatečnou odměnou samo o sobě. Prostředí tréninkové kavárny je vhodným místem pro trénování získaných dovedností v reálných situacích. Kateřina by zde mohla zkoušet uplatňovat jak strategie zvládnání, sebe-řízení, stress managementu, tak získaných komunikačních dovedností. Terapeut by navíc mohl Kateřině pomoci v rozkrývání nefunkčních myšlenek přímo během aktivity, pomáhat jí přerušit cyklus těchto myšlenek prostřednictvím různých technik a podněcovat a upevňovat žádoucí myšlenky a chování. Jako důležité vnímám, aby terapeut pomohl Kateřině vidět, že není „neschopná“ a prostřednictvím zvládnání činností jí mohl ukazovat, že Kateřina má možnost volby a že může svůj život vědomě a cíleně směřovat k lepšímu“.

Kognitivní rámec vztahů

Jak shnuje Krivošíková (2011, str. 142): „kognitivní rámec vztahů má svůj základ v oblasti neurověd, ale čerpá i z teorií učení“, mohou tedy do něj být zařazovány poměrně nesourodé teorie. Finlay (2004), chápe tento rámec jako širší a řadí do něj jak **kognitivně rehabilitační přístup** zaměřený na léčbu jedinců, kde došlo k nějakému organickému poškození, tak na druhé straně spektra stojící **kognitivní terapii**, zaměřující se na změnu negativních, sebekritických a nerealistických vzorů myšlení. I přes řadu rozdílů v těchto teoriích však Finlay shledává spojitost v tom (2004, str. 112), že „kognitivní přístupy mají za cíl porozumět struktuře a procesům naší mysli. I když se pod tímto „deštníkem“ schovávají rozdílné teorie, všechny sdílí základní pohled, že kognice – např. naše schopnost myslet, vnímat, být pozorný, pamatovat si, řešit problémy a uvažovat – tvoří základ našeho veškerého chování a lidských aktivit“.

Vzhledem k tomu, že se kognitivní dysfunkce projevují různým způsobem, je třeba, aby tomu diverzita přístupů odpovídala. Např. při organickém poškození mozku může být kognitivní porucha difúzní (jako porucha vnímání, ztráta paměti, zmatenost či dezorientace), u lidí trpících psychotickým onemocněním jsou umocněny problémy myšlení v akutní fázi onemocnění (projevující se zmateným, iracionálním myšlením), lidé s dlouhodobým průběhem tohoto onemocnění zažívají spíše dopad negativních symptomů nemoci, který se projevuje sníženým výkonem (např. snížená pozornost, zhoršená schopnost řešit problémy) a důsledky stigmatu onemocnění a sociálního vyloučení, jež mají vliv na formování představy o sobě a vznik některých nerealistických očekávání a představ. Lidé s neurotickými a afektivními poruchami zažívají různé typy kognitivních poruch, navíc často doprovázených zkresleným vnímáním (jako zkušenost depersonalizace) a nerealistickými, negativními, sebezničujícími a repetitivními myšlenkami, jak shrnuje Finlay (2004).

Většina autorů však chápe kognitivní terapii jako součást kognitivně-behaviorálního rámce vztahů a kognitivní rámec vztahů (nazývaný také kognitivně-percepční, Hagedorn, 2000) spojuje s přístupem kognitivní rehabilitace (např. Creek, 2008, Cole, Tufano, 2008, Krivošíková, 2011). Jak uvádí Krivošíková (2011, str. 143) „kognitivní rámec vztahů se primárně zabývá subjektivní zkušeností člověka, ale také tím, jakým způsobem formuje a interpretuje okolní svět“. Dle našeho názoru tedy zařazení perspektivy kognitivní terapie do tohoto rámce vztahů může mít v určitých případech své opodstatnění. V textu se však dále soustředíme na přiblížení **přístupu kognitivní rehabilitace**, neboť možnosti využití kognitivní terapie v ergoterapeutickém rámci jsou nastíněné v předešlé části.

Poruchy kognice doprovází většinu psychiatrických onemocnění a pro některé klienty reprezentují právě tyto poruchy hlavní rys jejich onemocnění, jak poznamenává Brown (2011). Je proto důležité, aby ergoterapeuté byli dobře seznámeni s kognitivními poruchami, které jsou spojené s psychiatrickou disabilitou, aby mohly být tyto bariéry ve výkonu zaměstnávání zaměřeny.

Krivošíková (2011) popisuje 2 základní přístupy v rámci kognitivního rámce vztahů: **léčebný (restituční)**, který se zaměřuje primárně na zvýšení schopností jedince a **adaptační (funkční)**, který se zaměřuje spíše na kompenzaci, hledání řešení problémových situací a strategií, které by usnadnily život člověka s kognitivním deficitem. Autorka dodává také třetí, nově se rozvíjející přístup **multikontextový**, který se primárně zaměřuje na kontext (prostředí) (Toglia, Abreu, 1987).

Jak shrnuje Finlay (2004), ergoterapeuti používají široké spektrum kognitivních a kognitivně-behaviorálních technik. „Pokud jsme zahrnuti do kognitivní rehabilitace, zaměřujeme se zvláště na hodnocení kognitivních a procesních dovedností jedince v kontextu jejich každodenního fungování a zaměstnávání. Z naší perspektivy samotná skutečnost, že klient má např. poruchu paměti, není daným problémem. Problémem se stává jedině, pokud problémy s pamětí interferují s fungováním jedince“ (Finlay, 2004, str. 115). Např. deficit paměti se stává problémem, pokud je pro klienta významné, aby si uvařil sám, ale vzhledem k poruše paměti toho není schopený a potřebuje přítomnost druhého člověka. Pokud je však pro tohoto člověka přijatelné a je schopený zajistit si teplé jídlo tím, že jde do restaurace, dojedná si donáškovou službu jídla nebo mu pravidelně vaří rodina a zbytek dne je na „studené stravě“, „problém se samostatným vařením“ se ztrácí. Terapeut se v tomto přístupu snaží najít spektrum různých strategií řešení problémů, aby to co nejvíce odpovídalo potřebám a preferovanému způsobu života jedince.

Giles a kol. (2013) shrnují některé ergoterapeutické modely pro intervence a kognitivní rehabilitaci, které jsou užívány ergoterapeuty pro ovlivňování kognice a vedou k poskytování důkazy podložené (evidence-based) kognitivní rehabilitace, která ovlivňuje výkon zaměstnávání jedince:

- Dynamický (multikontextuální) interakční model (Dynamic Interactional Model, Toglia, 2005, Toglia, Abreau, 1987 in Giles, 2013).
- Model kognitivní rehabilitace (Cognitive Rehabilitation Model, Averbach, Katz, 2005 in Giles, 2013).
- Model kognitivní disability (nebo také Model funkčního zpracování informací - Functional Information Processing Model, Cognitive Disabilities Model, Allen, Earhart, Blue, 1992 in Giles, 2013)
- Model kognitivní orientace na výkon běžného zaměstnávání (Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance model, CO-OP, Polatajko, Mandich, 2005 in Giles, 2013).
- Neurofunkční přístup (Neurofunctional Approach, NFA; Giles, 2005, 2010; Giles, Clark-Wilson, 1993; Parish, Oddy, 2007 in Giles, 2013).

Jak autoři uvádí, výčet modelů není absolutní a v praxi se teoretické modely stále vyvíjí a upřesňují svou platnost v rámci práce se specifickými skupinami klientů.

Jak je nazírána funkce/dysfunkce:

Kognitivní dysfunkce se může ukazovat různými cestami. Obecně můžeme říci, že funkce zahrnuje přítomnost potřebné míry kognice, resp. jedinec je schopený v uspokojivé míře vykonávat zaměstnávání v prostředí dle vlastního výběru a dysfunkce ukazuje na snížení kognice, na její omezení či narušení, resp. na omezení či snížení fungování jedince v rámci výkonu zaměstnávání. Dle Giles a kol.

(2013, str. 2) může být „kognitivní dysfunkce (nebo kognitivní porucha) definována jako fungování pod očekávanou normativní úrovní nebo ztráta schopnosti v jakékoli oblasti kognitivního fungování“.

Kognice zahrnuje procesy, které jsou spojené s vnímáním, s vytvářením smyslu a užíváním informací. Jak uvádí Brown (2011), je možné jí nejlépe porozumět skrze popis jednotlivých komponent, které jsou také v rámci kognitivního rámce hodnoceny a ovlivňovány. Mezi tyto komponenty patří pozornost (včetně specifických aspektů jako jsou automatické a kontrolované procesy, selektivní pozornost, rozdělená pozornost, bdělost), paměť (krátkodobá, dlouhodobá – sémantická, epizodická, procedurální, pracovní paměť) a exekutivní funkce (konceptualizace, kategorizace, schémata a scénáře, řešení problémů, dělání rozhodnutí a metakognice). Úroveň těchto komponent se následně projeví ve schopnosti myslet, vytvářet porozumění dějů a událostí, ve vytváření kognitivních přesvědčení, představ o sobě samých a o jiných lidech atd. Souhrnně můžeme říci, že „výsledkem kognitivních procesů je myšlení a cílená činnost“ (Krivošíková, 2011, str. 216).

Na kognitivní deficit můžeme nazírat také z biologické perspektivy, kdy jsou příčiny symptomů duševního onemocnění vysvětlovány na podkladě biologických faktorů (kauzálními příčinami může být např. virová infekce, neuroanatomický deficit, biochemická nerovnováha (neurotransmitery, hormony) nebo genetická predispozice), jak shrnuje Cara, MacRae (2005). Kognitivní rámec vztahů se však soustředí na povahu myšlení, učení, citění a vnímání, nikoli na biologické komponenty či mechanismy, které je vytváří.

Jak je dosahováno změny:

Zjednodušeně můžeme říci, že ke změně dochází přímým ovlivněním, tréninkem, posilováním dané porušené části kognice tak, aby došlo k jejímu zlepšení a následně ke zvýšení výkonu zaměstnávání klienta (léčebný přístup). V případě, že dlouhodobě není možné tuto část kognice ovlivnit nebo je narušení natolik veliké, že se nedaří dosáhnout její funkční úrovně, přistupuje ergoterapeut ke kompenzačním a adaptačním strategiím, a to jak v rámci úpravy prostředí (např. odstranění rušivých předmětů, přehledné uspořádání, signální zařízení upozorňující např. na nedovřenou lednici, zapnutý vaříč apod.), úpravy aktivit (zjednodušení a rozložení aktivit, jednokrokové instrukce apod.), ale také pomáhá ve vytváření osobních kompenzačních strategií (např. kontrolní seznamy, kartičky s upozorněním, obrázkový průvodce posloupnosti činnosti) (adaptační přístup). Ergoterapeuti mají široké množství technik a strategií, jež ve své praxi užívají, ať již směrem k ovlivnění dané kognitivní funkce nebo k vytváření potřebných adaptačních mechanismů.

Hodnocení a intervence:

Kognice je hodnocena neuropsychology pomocí řady různých standardizovaných testů, ale také ergoterapeuty, kteří se zaměřují na hodnocení kognice v kontextu výkonu zaměstnávání. Jak uvádí Brown (2011, str. 247), „hodnocení kognice může být velice užitečné ve stanovování faktorů, které mohou ovlivňovat úspěšný výkon zaměstnávání“. Některé z výše zmíněných modelů jsou přímo spojeny se specificky vytvořenými nástroji hodnocení. Ergoterapeut ve své praxi využívá pozorování při výkonu činnosti, rozhovor, sebe-posuzovací škály a dotazníky, které vyplňuje klient sám či jeho rodina, a také standardizované testy. Standardizované nástroje, typicky používané ergoterapeuty, jsou založeny na funkčních úkolech a/nebo na využití předmětů každodenních činností, jak poznamenává Brown (2011).

Mezi nejznámější standardizované testy patří: Test každodenní pozornosti (Test of Everyday Attention), Ergoterapeutické kognitivní hodnocení dle Loewensteina (The Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment, LOTCA), Dynamické ergoterapeutické kognitivní hodnocení pro děti,

jež je úpravou testu LOTCA (Dynamic Occupational Therapy Cognitive Assessment for Children, DOTCA-Ch), Test výkonu exekutivních funkcí (Executive Function Performance Test), hodnocení spojené s Dynamickým interakčním modelem dle Toglia (Contextual Memory Test, Toglia Category Assessment), hodnocení spojené s modelem kognitivní disability (Allen Cognitive Level Test, ACL, Allen Diagnostic Module, Routine Task Inventory atd.) či měření spojené s určením míry demence, jako Mini-Mental State Examination nebo Test kreslení hodin. Více hlavně viz příloha - tab. Přehled ergoterapeutických nástrojů.

Mezi základní intervence **léčebného přístupu** můžeme řadit dle Krivošíkové (2011) **trénink transferu** (přenosu), který předpokládá, že zlepšení v jednom konkrétním percepčním úkolu povede ke zlepšení výkonu v podobných percepčních úkolech.

Adaptační přístup je pak spojen s **funkčním tréninkem, kompenzací a adaptací**. „Adaptivní přístup může pomoci klientům úspěšně se zapojit v běžných denních činnostech díky kompenzací kognitivního deficitu. Tyto přístupy mohou zahrnovat změnu prostředí nebo vytváření kompenzačních strategií myšlení“ (Brown, 2011, str. 254).

Jak shrnuje Giles (2013), ergoterapeutické modely intervence jsou multimodální a obsahují různé strategie, které terapeut volí s ohledem na potřeby klienta.

V oblasti péče o duševní zdraví ergoterapeuté využívají dle Brown (2011) kromě výše zmíněných modelů:

- Kognitivní remediace (trénink specifických kognitivních funkcí).
- Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty (skupinový formát tréninku poskytující hierarchickou kognitivní remediaci, zaměřující se na kognitivní diferenciaci, sociální percepci, verbální komunikaci, sociální kompetenci a interpersonální řešení problémů, Integrated Psychological Therapy, IPT, Brenner a kol., 2010, Roder, 1993 in Brown, 2011).
- Kognitivní adaptace – adaptace úkolů a prostředí, trénink kognitivní adaptace (užívající nácvik specifických kompenzačních strategií k ovlivnění apatického nebo naopak rozrušeného chování, Cognitive Adaptation Training, Velligan a kol., 1996, 2000, in Brown, 2011).
- Techniky kompenzačního myšlení (např. učení série otázek či kroků, které umožní klientovi během činnosti monitoring sebe sama a vedou ho ke splnění úkolu, Meichenbaum, 1977, Meichenbaum, Cameron, 1973 in Brown, 2011).
- Učení „bez chyb“ (*errorless learning*).
- Orientace realitou, reminiscenční aktivity, metoda validace (Feil, 1989, 1993, Feil, Klerk-Rubin, 2012 in Brown, 2011) a další.

Giles a kol. (2013, str. 5-6) sestavili souhrn určitých společných prvků, jež se objevují napříč různými zmíněnými modely a mohou pomoci ergoterapeutům ve výběru vhodného přístupu, tyto pak doprovází podrobnými konkrétními příklady aplikace:

- „Globální strategie učení a přístupy uvědomění (Global Strategy Learning and Awareness Approaches) – se zaměřují na zlepšení uvědomění kognitivních procesů a pomáhají klientovi rozvinout kompenzační přístupy na vyšší úrovni (např. vnitřní strategie řešení problému a uvažování) oproti snaze ovlivnit základní kognitivní deficit.
- Trénink strategií specifických pro určitou doménu (Domain-Specific Strategy Training) – se zaměřuje na učení zvláštních strategií ke zvládnání specifických percepčních nebo kognitivních deficitů oproti učení úkolu jako takového (např. strategie pro zvládnání interpersonálních situací,

používání kontrolních listů, učení postupného prohlédnutí prostředí a rozpoznání významných a nevýznamných objektů v něm).

- Kognitivní „přeškolení“ zakomponované ve funkčních aktivitách – kognitivní procesy jsou zaměřovány v kontextu aktivity, toto „přeškolení“ je specifické pro určitý kontext (např. trénink pozornosti v rámci reedukace řízení auta).
- Trénink specifických úkolů (Specific-Task Training) – pomáhá klientům ve výkonu specifického funkčního chování (pokouší se obcházet kognitivní deficit, který brání výkonu, učení se aktuálního funkčního úkolu. Intervence jsou vytvářeny tak, aby pomohly klientovi dosáhnout cíle prostřednictvím získání rutiny tak, že kognitivní deficit už více neinterferuje s výkonem zaměstnávání).
- Modifikace prostředí a používání asistivní technologie (Environmental Modifications and Use of Assistive Technology) – jsou komponenty většiny zmíněných přístupů. Částí procesu ergoterapeutických intervencí je zaměřovat se na komplexitu nároků aktivity a upravovat kontext prostředí k posílení shody mezi klientovými schopnostmi a nároky prostředí.“

Brown (2011) shrnuje několik doporučení pro ergoterapeutické intervence, jež jsou podloženy výzkumy:

- V rámci ergoterapeutické praxe je třeba, aby pokud možno ergoterapeuti vytvářeli takové příležitosti či využívali takové techniky, které podporují generalizaci získaných dovedností v běžném životě (ačkoli byla v rámci výzkumů prokázána účinnost kognitivní remediace ve zlepšení izolované kognitivní funkce, jsou jen mizivé důkazy o přenesení této dovednosti do aktivit běžného života a o zvýšení sociálního fungování a fungování v komunitě).
- Prostředí může být zpřehledněno, zjednodušeno odstraněním rušivých elementů, což zahrnuje vizuální a sluchové podněty a organizování materiálu (např. nástěnka přeplněná informačními letáky, našimi poznámkami, telefonními čísly na kolegy atd. může být v kanceláři významně rušivým elementem).
- Sociální podpora jako přátelé, rodina, mohou být zahrnuti do intervenčního procesu a mohou sloužit jako nástroj kompenzace nebo pro připomínání, upozorňování klienta na významné body v rámci výkonu zaměstnávání.
- Ergoterapeuti mohou využívat strategie sebe-monitorování, aby pomohli klientům s kognitivním deficitem zůstat zaměřeni na vykonávání úkolu, používat strategické myšlení a pracovat směrem ke stanovenému cíli.
- V případě, že ergoterapeut učí nové informace, je třeba u lidí s poruchou paměti vyhnout se přístupu, který podněcuje učení skrze „pokus-omyl“ nebo dotazování, které může vést k nesprávným odpovědím. Pro lidi s poruchou paměti se jednoznačně ukazují jako efektivnější strategie učení „bez chyb“ (*errorless learning*).
- Pro jedince s poruchou paměti může ergoterapeut vytvářet intervence, které zahrnují opakování praxe s přesnými instrukcemi a zajištění různých metod zpracování stejné informace (podávání stejné informace různými cestami) tak, že je nová informace přijata správně.

Z přehledu modelů, možností hodnocení a intervencí je zřejmé, že v této oblasti mají ergoterapeuti široké pole možností a zdrojů, ze kterých mohou čerpat. Vzhledem k tomu, že určitý kognitivní deficit doprovází většinu duševních onemocnění, je vhodné kognitivní rámec vztahů v rámci ergoterapeutické praxe zvažovat. Vzhledem k jeho zaměření samozřejmě hrozí možná redukce úhlu pohledu pouze na

problémy v oblasti kognitivního deficitu. Je proto nutné, aby si ergoterapeut zachovával holistickou perspektivu, a i při používání tohoto rámce stavěl na respektujícím a spolupracujícím vztahu s klientem.

Příklad Aplikace kognitivní rámec vztahu

Pojďme zauvažovat, jak bychom mohli použít kognitivní rámec vztahů v práci s Kateřinou? Čeho by si všímal terapeut, který ve své praxi tento rámec preferuje?

„Kateřina trpí paranoidní schizofrenií. Vzhledem k povaze nemoci a současným výzkumům se dá odhadovat, že Kateřina může mít problémy na úrovni kognice. Vzhledem k tomu, že u Kateřiny přetrvávají reziduální příznaky onemocnění, je zřejmé, že k narušení kognice dochází minimálně v případech, kdy se objevují sluchové halucinace nebo bludná přesvědčení, kdy je její vnímání narušeno. Pokud přihlédnu k historii Kateřiny, objevují se zde známky možných problémů v této oblasti ještě před propuknutím onemocnění, kdy Kateřina mluvila o postupném zhoršování pracovního výkonu, snížení schopnosti se soustředit a navýšení chybovosti v práci. Je velice pravděpodobné, že v pozadí problémů, které Kateřina zažívá, je právě snížení nebo narušení kognitivních funkcí, které se projevuje jak na úrovni výkonu zaměstnávání, tak v rámci sociálních interakcí.

Proto, abych mohl Kateřině účinně pomoci, by bylo třeba důkladného a přesného vyšetření úrovně kognitivních funkcí. Jednak pomocí rozhovoru a pozorování, kdy bychom se zaměřili na stanovení možných problémových oblastí, ale také následně pomocí cíleného funkčního vyšetření za použití některého ze standardizovaných testů. Z toho, co o Kateřině zatím vím, se zdá, že možné omezení kognice neinterferuje s činnostmi sebeobsluhy, sebepečce a vzhledem ke zprávám z kavárny se zdá, že ani základní pracovní dovednosti nejsou narušeny. Přesto Kateřina popisuje problémy v sociálních interakcích a ve zvládnutí komplexnějších náročnějších úkolů. Dle mého odhadu mohou být problémy ve vnímání (které může být zkreslené, zostřené, Kateřina může být zahlcena vjemy a obtížně rozeznávat reálné a podstatné podněty), v interpretaci podnětů (tedy v tom, jaký význam událostem Kateřina dává, jak si je vysvětluje), ale narušeny mohou být také základní kognitivní funkce jako pozornost či paměť. Vzhledem k obtížím s komplexními úkoly lze uvažovat také o problémech na úrovni vyšších kognitivních funkcí, jako jsou exekutivní funkce a schopnost řešit problémy. Tyto předpoklady by však bylo třeba ověřit v rámci hodnocení. Otázkou samozřejmě je, co sama Kateřina považuje za problémy a v jakých oblastech výkonu zaměstnávání by chtěla pomoci.

Zneužívání alkoholu je jistě závažným problémem a prohlubuje problémy s narušenou kognicí. Je možné, že se Kateřina touto nevhodnou cestou snaží problémy s kognicí vyrovnávat (např. opít se, aby se síla hlasů snížila, aby se zaplašily tísnivé a sebeodsuzující myšlenky, dodat si tak odvalu k navázání komunikace s ostatními atd.). Bude proto třeba tuto situaci s Kateřinou řešit a pomoci jí najít vhodné kognitivní strategie, které jí pomohou zastavit se a zvolit jiný způsob vyrovnávání se s problémem (např. pomocí kartiček, sebemonitorováním a řízením sebe sama, instrukcemi typu - „chci se napít“ - „zastav se a myslí“ - „co se teď děje?“ - „co můžeš v téhle situaci změnit?“ - „odejdi do jiné místnosti, na jiné místo“ apod.). Pokud by Kateřina pokračovala v tomto chování, lze uvažovat o zapojení jejích blízkých, aby ji podpořili. Ovšem vzhledem k problematickému vztahu s matkou, která má sama problémy s alkoholem je na zvážení, kdo by takovou podporou pro Kateřinu mohl být (možností je např. zapojení kamarádky, které by Kateřina mohla např. zavolat, když by na ni přišla „chuť se napít“, aby ji kamarádka posílila ve využití jiného řešení situace nebo dodržení domluveného postupu).

Na základě vyšetření bych Kateřině doporučil vhodný trénink kognitivních funkcí. Vzhledem k obtížím v sociálních interakcích by se mi zdál zvláště vhodný trénink, který kombinuje kognitivní remediaci a učení v sociálních situacích, jako např. IPT. Účinná ale samozřejmě může být i jiná forma

tréninku, zaměřená na konkrétní oblasti postižení. V rámci individuální práce bych se s Kateřinou zaměřil na prozkoumání okolností, faktorů prostředí, které poruchy kognice prohlubují a zvažili bychom možné úpravy prostředí nebo aktivit, aby mohlo být dosaženo většího výkonu zaměstnávání (např. vypnutí rádia, přehledné uspořádání pomůcek). Paralelně bych však s Kateřinou rozvíjel strategické uvažování vedoucí k zvědomování vlastních kognitivních procesů, aby Kateřina mohla své jednání sama více řídit. Vypracování pomocných vodítek (které by Kateřina mohla postupně internalizovat) pro sebeřízení během zvládání komplexnějších úkolů nebo v rámci sociální interakce by bylo myslím vhodné a účinné (např. formou sebe-instruktaže, kontrolních seznamů).

V rámci tréninkové kavárny by bylo vhodné tyto strategie testovat, rozvíjet a upevňovat. Zvláště vhodné by bylo vytvářet pro Kateřinu takové příležitosti, zapojovat ji do takových aktivit, kde by mohla omezené kognitivní funkce přímo cvičit během dané aktivity (např. zaměřit se na trénink soustředění při kontrolování dodaného zboží, inventuře či počítání pokladny, reflektovat způsob řešení situací a myšlenkových postupů, které Kateřina použila, pomoci Kateřině rozložit komplexnější úkol do menších na sebe navazujících kroků atd.). Ke zvažení je jistě také prostředí kavárny a možné rušivé elementy. Bylo by vhodné s Kateřinou uvažovat nad tím, jaké prostředí jí umožňuje zvýšit svůj výkon a jaké faktory jí naopak kladou překážky. Primárně bych se zaměřoval na to pomoci Kateřině tyto překážky překonávat a usilovat o zvýšení úrovně kognitivních funkcí. Zátěž je však třeba stupňovat, aby Kateřina mohla v daném prostředí a úkolech uspět. Pokud by se však ukazovalo, že kognitivní deficit je příliš velký, je samozřejmě vhodné uvažovat o dlouhodobé úpravě prostředí a úkolů“.

Seznam literatury:

BANDURA, A. *Social Learning Theory*. 2nd ed. USA: Prentice Hall, 1977. 247 p., ISBN 0138167516, 9780138167516.

BANDURA, A. *Model of causality in social learning theory*. In FREEMAN, A.; MAHONEY, M.; DEVITO, P.; MARTIN, D. *Cognition and psychotherapy*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, Inc., 2004. 385 p. ISBN 0-8261-2225-6.

BECK, A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. 1st ed. New York: International Universities Press, 1976.

BECK, A. T. Překlad: Možný, P. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. 1 vyd. Praha: Portál, 2005. 252 s. ISBN 80-7367-032-1, EAN 9788073670320.

BROWN, C. *Cognitive Skills*. In BROWN, C.; STOFFEL, V. C.; MUÑOZ, J. P. *Occupational Therapy in Mental Health, A Vision for Participation*. 1st ed. Philadelphia, USA: F. A. Davis Company, 2011. 811 p. ISBN 987-0-8036-1704-9.

CARA, E.; MacRAE, A. *Psychosocial Occupational Therapy: A Clinical Practice*. 2nd ed. New York USA: Thomson Delmar Learning, 2005. 745 p. ISBN-10: 1-4018-1232-5, ISBN-13: 978-1-4018-1232-4.

COLE, M. B.; TUFANO, R. *Applied Theories in Occupational Therapy. A practical Approach*. 1st ed. Thorofare, USA: SLACK Incorporated, 2008. 290 p. ISBN 978-1-55642-573-8.

CREEK, J.; LOUGHER, L. *Occupational Therapy and Mental Health*. 4th ed. London: Churchill Livingstone Elsevier Health Sciences, 2008. 601 p. ISBN 978-0-443-10027-7.

DUNCOMBE, L. *The cognitive-behavioral model in mental health*. In KATZ, N. (Ed.) *Cognition and occupation across the life span: Models for intervention in occupational therapy*. 2nd ed. Bethesda, MD: AOTA Press, 2005. 425 p. ISBN 1569001987, 9781569001981.

ELLIS, A. *Reason and emotion in psychotherapy*. 8th ed. New York, USA: L.Stuart, 1962. 442 p.

ELLIS, A. *The theory of rational–emotive therapy*. In ELLIS, A.; WHITELEY, J. M. *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. 1st ed. USA: Brooks/Cole Pub. Co., 1979. 274 p. ISBN 081850336X, 9780818503368.

ELLIS, A.; MacLAREN, C. Překlad: MÜLLER, I. *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Praha: Portál, 2005. 135 s. ISBN 807178947X, 9788071789475.

ERIKSON, E. H. *Dětství a společnost*. 1.vyd. Praha: Argo, 2002. 387 p. ISBN 8072033808, 9788072033805.

FIDLER, G. S.; FIDLER, J. W. *Occupational Therapy: a communication process in psychiatry*. 1st ed. New York: Collier MacMillan, 1963. ISBN 978-0023371905, 0023371900.

FINLAY, L. *The Practice of Psychosocial Occupational Therapy*. 3rd ed. Cheltenham UK: Nelson Thornes Ltd., 2004. 290 p. ISBN 074877257X/978-0-7487-7257-5/0-7487-7257-X.

GILES, G. M. *Behaviorism*. In CREPEAU, E. B.; COHN, E. S.; SCHELL, B. A. B. *Occupational therapy*. 10th ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2003. 1056 p. ISBN 0-7817-2798-7.

GIUFFRIDA, C. G.; NEISTADT, M. E. *Overview of Learning Theory*. In CREPEAU, E. B.; COHN, E. S.; SCHELL, B. A. B. *Occupational therapy*. 10th ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2003. 1056 p. ISBN 0-7817-2798-7.

HAGEDORN, R. *Tools for Practice in Occupational Therapy. A Structured Approach to Core Skills and Processes*. 1st ed. London: Churchill Livingstone, 2000. 326 p. ISBN 978-0-443-06159-2.

KENDALL, P. C.; PINACHELLI-MINDEL, S. M. Cognitive-behavioral Treatments. *Journal of Abnormal Psychology*, 1995, Vol.61, p. 235-247. ISSN 1939-1846.

KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

LIBERMAN, R. P. *Social and independent living skills: Basic conversational skill module*. Los Angeles, CA: Clinical Research Center for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation, 1990.

LINEHAN, M. M. *Cognitive Behavioral Treatment for Border-line Personality Disorder*. 1st ed. New York: Guilford Press, 1993. 558 p. ISBN 0898621836, 9780898621839.

LINEHAN, M. M. *Skills Training Manual for Treating Border-line Personality Disorders*. 1st ed. New York: Guilford Press, 1993. 180 p. ISBN 0898620341, 9780898620344.

McCRAITH, D. B. *Cognitive Beliefs*. In BROWN, C.; STOFFEL, V. C.; MUÑOZ, J. P. *Occupational Therapy in Mental Health. A Vision for Participation*. 1st ed. Philadelphia, USA: F. A. Davis Company, 2011. 811 p. ISBN 987-0-8036-1704-9.

MEICHENBAUM, D. *Cognitive behavioral modification: An integrative approach*. 1st ed. New York: Plenum Press, 1977. 313 p. ISBN 0-306-31013-9.

MOSEY, A. C. *Psychosocial components of occupational therapy*. 1st ed. New York: Raven Press, 1986. 606 p. ISBN 0890043345, 9780890043349.

PRAŠKO, J.; MOŽNÝ, P.; ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Triton, 2007. 1063 s. ISBN 978-807254-865-1.

PROCHASKA, J. O.; NORCROSS, J. C. Překlad: ŠTĚPO, J. *Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 479 s. ISBN 80-7169-766-4.

SCHEINHOLZ, M. *Emotion Regulation*. In BROWN, C.; STOFFEL, V. C.; MUÑOZ, J. P. *Occupational Therapy in Mental Health. A Vision for Participation*. 1st ed. Philadelphia, USA: F. A. Davis Company, 2011. 811 p. ISBN 987-0-8036-1704-9.

STEIN, F.; CUTLER, S. K. *Psychosocial Occupational Therapy, A Holistic Approach*. 2nd ed. New York USA: Delmar Thomson Learning, 2002. 666 p. ISBN 0-7693-0032-4.

TOGLIA, J. P.; ABREU, B. C. Cognitive Rehabilitation: A Model for Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 1987, Vol. 41, No. 7., p. 439-448. ISSN 1943-7676.