

Socioterapie u afektivních poruch

Mgr. Eliška Hrbková

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Článek shrnuje základní definice socioterapie. Prezentuje metody socioterapie v léčbě afektivních poruch pomocí socioterapeutického programu na specializovaném oddělení pro léčbu afektivních poruch v Psychiatrické léčebně Bohnice.

Klíčová slova: socioterapie, afektivní poruchy, sociální vztahy.

Sociotherapy of affective disorders

This article summarizes basic definitions of the sociotherapy. It presents methods of sociotherapy in the treatment of affective disorders by means of sociotherapeutic scheme on specialized department for treatment of affective disorders in Psychiatric Hospital Bohnice.

Key words: sociotherapy, affective disorders, social relations.

Psychiatr. praxi 2012; 13(3): 130–132

Úvod

Afektivní poruchy jsou duševní onemocnění, u kterých dochází k poruchám emocí na úrovni nálad. Ta se mění ve směru deprese nebo manie. Emoce vyjadřují subjektivní vztah člověka k jeho vlastním projevům i k jevům a situacím z jeho okolí. Mají hodnotící význam, a proto jimi vyjadřujeme, zda je nám něco příjemné či nepříjemné, svůj kladný či záporný postoj, uspokojení či neuspokojení. Nálada je déletrvající pohotovost k emočním reakcím určitého směru. Nálady mají výrazný charakter zaměřující, facilitující nebo inhibující další psychické děje, jako je pozornost, paměť, myšlení, chování aj. (1). Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci. Ovlivňuje prožívání, uvažování i chování nemocného (2). Důsledkem jsou pak adaptační poruchy a sociální selhávání, které se snaží socioterapie napravit.

Definice socioterapie

Socioterapie je terapie nežádoucích sociálních vztahů prostřednictvím žádoucích sociálních vztahů, postojů a aktivit vedoucích k uzdravné korektivní zkušenosti a pozitivní změně. Má multidisciplinární charakter. Aplikuje zejména poznatky sociální práce, psychoterapie, psychologie, speciální pedagogiky, práva, sociologie a medicíny. Cílem socioterapie je zvýšit kvalitu života jednotlivce, zmobilizovat jeho vnitřní kapacity a kapacity jeho sociálních vztahů směrem ke zmírnění napětí v jednotlivci a v jeho sociálním systému. Socioterapie je práce se sociálními skupinami i jednotlivci, kteří jsou znevýhodnění, ohrožení nebo ve vzájemném konfliktu. V této práci se považují zúčastněné strany za rovnocenné partnery a žádá ze zú-

částněných stran se nepovažuje za nositele problému (3).

Vymětal definuje socioterapii jako přístupy a opatření, v nichž se využívá léčivého potenciálu lidské pospolitosti, lidského společenství. Je to tedy působení lidským prostředím a společenskými aktivitami v rámci primární, sekundární a terciální prevence poruch zdraví. Dále uvádí nejčastější typy socioterapie: léčba prostředím, léčebné společenství, sociorehabilitační programy, svépomocné programy, socioterapie v přirozeném prostředí (4). Úlehl považuje socioterapii za samostatnou odbornost, která se zaměřuje na působení v hraniční oblasti mezi psychoterapií a sociální prací. Pro výkon socioterapie podle něj nestačí psychoterapeutické vzdělání, ale je nutné vzdělání v sociální práci. Socioterapeut musí umět přímo s klientem zařídit věci, které psychoterapie nedělá – jít s ním do jeho prostředí, zapojovat osobní sociální okolí klienta, vyřizovat praktické věci (7). Téma vhodná k socioterapii mohou být z chronologického hlediska dvojího typu. Jednak mohou být psychosociálním faktorem přispívajícím ke vzniku onemocnění (stresové a negativní životní události), dále mohou ovlivňovat průběh a vývoj onemocnění. A nakonec vznikají jako následek onemocnění, které může přinášet snížení sociálních kompetencí.

Průběh onemocnění a socioterapie

Sociální faktory svým dílem průběh onemocnění ovlivňují. Mohou přispět ke zlepšení či naopak zhoršení zdravotního stavu i dalšího vývoje. Zpětně pak i průběh onemocnění ovlivňuje rozsah narušení sociálních vztahů a určuje oblasti, kde bude třeba působit. Například u bipolární poruchy se střídají manické a depresivní fáze v různém poměru. Průměrná doba trvání

depresivní fáze je 4–6 měsíců se značnou variabilitou. Plné remise trvají měsíce nebo roky. Depresivní fáze se rozvíjejí dny až týdny a mívají prodromální příznaky. Manické fáze začínají zpravidla náhle. Trvají dny až týdny, méně často měsíce (1). Delší doba trvání epizody ohrožuje zásadním způsobem životní situaci nemocného. Může způsobit vleklou nepřítomnost v zaměstnání nebo ve studiu, včetně zhoršení pracovního výkonu v prodromálním stadiu. Nemocný je ohrožen zhoršením finanční situace či omezením perspektivy. V horším případě až existenční nouzi, ukončením studia apod. Déle trvající epizoda dále způsobuje dlouhodobou zátěž pro jeho rodinu a izolaci v sociálních kontaktech. Dlouhodobá remise naopak zvyšuje šanci na úspěšnou resocializaci nemocného. Pokud dlouhodobě dobře pracuje a má funkční sociální síť, další ataka tolik nenaruší jeho životní situaci. Má se kam vracet a na co navazovat. Manická fáze může narušit životní situaci nemocného následky jeho jednání. Rozpad rodiny, finanční krach, přestupek, trestný čin nebo ostudné excesy ho mohou stavět před velmi těžko řešitelný problém. V jeho řešení ho pak navíc paralizují pocity viny, studu a zoufalství. Nejtěžší úkol v socioterapii přináší chronifikovaná forma onemocnění.

Program socioterapie na specializovaném oddělení PL Bohnice

V únoru 2011 bylo v Praze v Psychiatrické léčebně Bohnice pod vedením primářky MUDr. Věry Strunzové a vedoucího lékaře MUDr. Matěje Kollára otevřeno oddělení specializované na léčbu afektivních poruch. Oddělení je koedukované, uzavřené, s kapacitou 17 lůžek. Při tvorbě koncepce tohoto oddělení byl kladen

velký důraz na bio-psycho-sociální pojetí nemoci. Cílené léčebné působení zaměřené na psychosociální faktory a resocializaci bylo zahrnuto v socioterapeutickém programu. V širším smyslu se na něm podílí všichni členové terapeutického týmu (lékaři, psychologové, sestry, sociální pracovníci a terapeutka). Kontinuita a multiprofesní spolupráce je zajištěna pravidelnými poradami. V užším smyslu vede socioterapeutický program vysokoškolsky vzdělaná terapeutka. Forma programu je převážně skupinová práce, která využívá bohatý potenciál skupinové dynamiky. Ve skupině vznikají modelové vztahy, nemocní navzájem sdílí svoje zážitky a zkušenosti, dávají si zpětnou vazbu, ve skupině vzniká koheze různé úrovně projevující se nárůstem soudržnosti, vzájemnou podporou, ale i spory a uvolňováním pozitivních vazeb mezi jejími členy. Skupina vytváří příležitost ke změnám chování, pocitů, postojů. Účast ve skupině nabízí mnoho příležitostí k učení ze sociálních interakcí. Dovednosti mohou být nacvičeny v bezpečí skupiny. V jejím prostoru mají účastníci bohatý zdroj zkušeností lidí, kteří jsou v podobné situaci (5). Skupinová socioterapie na oddělení se zaměřuje na dva základní okruhy témat: **sociální situace a sociální vztahy**. Sociální situací je například oblast práce, bydlení, finanční záležitosti či úřední jednání. Témata sociálních vztahů se zabývají vztahy a událostmi v rodině, mezi přáteli, v širším okolí. Celkově se zaměřují na budování sociální sítě. Výběr konkrétního tématu socioterapie probíhá dohodou mezi členy skupiny a terapeutkou. Tím také dochází ke společné formulaci cíle společné práce. Formulace cíle je nutná, má-li tato práce přinést změnu (6). Časová dotace skupinové socioterapie (1–3 skupiny týdně) se musí aktuálně přizpůsobovat personálním možnostem léčebny, a nemůže být proto vždy optimální.

Pracovní tematika

Zaměstnání bývá velmi naléhavé a emočně nabitě téma. Souvisí s nutností obživy, existenčními starostmi a zároveň je to do značné míry měřítko úspěšnosti a smysluplnosti života pacienta. V případě ztráty zaměstnání nemocný ztrácí také svoji sebeúctu, jistotu či nezávislost. Situace zasahuje nejen jeho, ale i jeho rodinu. Pokud nemocný zaměstnání má, připravuje se většinou na návrat. Bojí se ztráty zaměstnání, a proto často s návratem hodně spěchá. Pro lékaře je to potom náročná volba. V každém případě je nemocný povzbuzován, aby byl s pracovištěm v kontaktu. Ve skupině se připravuje na tento kontakt. Sdílí s ostatními jejich zkušenosti, dostává se mu podpory, může

proběhnout nácvik komunikace s nadřízeným. Jestliže je nemocný již v poměrně dobrém stavu, osvědčilo se navštívit několikrát pracoviště ještě v době pracovní neschopnosti. První návštěva bývá nejtěžší. Nemocní se obávají reakce kolegů a nadřízených, ostudy a odmítnutí. Je dobré si uvědomit, že i kolegové v práci mohou mít obavu ze setkání. Mohou mít zkreslenou představu o duševním onemocnění nebo jen nevědí, jak se chovat, co říct, co neříkat. Jejich nejistotu pak může nemocný vnímat jako odstup či odmítnutí. Při přípravě nemocný hledá osobu, která je mu na pracovišti alespoň trochu blízká. U ní bude hledat při první návštěvě oporu. V těchto chvílích také zvažuje citlivou otázku, zda v zaměstnání přiznat duševní nemoc. Deprese bývají v zaměstnání přijímány s větší tolerancí než manie. Pokud nemocný o svém onemocnění v zaměstnání promluví a má štěstí na tolerantní přístup, výrazně se mu uleví. Ovšem je třeba, aby se pokusil na základě osobní zkušenosti odhadnout úroveň zaměstnavatele a rozhodnutí učinil sám. Negativní zkušenosti s reakcí zaměstnavatele či kolegů nejsou výjimkou. V zásadě platí, že pokud byl nemocný před nemocí osvědčený pracovník, má větší šanci na vstřícný přístup. Ve zkušební době jsou naopak šance velmi malé. U přijímacího pohovoru, jak ukazuje zkušenost, je zpravidla lepší informace o nemoci nesdělovat. Při dalších návštěvách pracoviště je dobré začít se zajímat o pracovní dění, vzít si domů ke studiu případné nové materiály. Pokud to náplň práce dovoluje, osvědčilo se nabídnout nějakou drobnou práci z domova. Zaměstnavatel tak dostává dobrou zprávu o lepším se zdravotním stavu, ochotě a schopnosti nemocného pracovat. Nemocný má zase možnost pomalu a v klidu začít obnovovat svoji práceschopnost. Jedná se samozřejmě o aktivitu oboustranně dobrovolnou, s ohledem na vystavenou pracovní neschopenku. Také je třeba informovat nadřízeného o předpokládaném termínu návratu do zaměstnání. Je lepší udávat reálné termíny, byť je třeba v práci neradi uslyší. Opakované posouvání termínu nástupu vzbuzuje nedůvěru.

Po poradě s lékařem je někdy třeba zvážit úpravu pracovní doby nebo pracovní náplně. Není to vždy možné, pokud je práce ve směnách podmínkou zaměstnavatele. Noční práce je zase lépe placená a nemocný se bez ní může dostat pod hranici svých životních nákladů. V socioterapii je pak třeba rozšiřovat nemocnému představu, kde by se mohl jinde pracovně uplatnit či jak by si mohl rozšířit vědomosti a dovednosti. Stejně tak je to v případě, že nemocný práci nemá a chce si ji hledat. Nacvičuje si ve skupině

proces hledání zaměstnání, zvážení možností a finančních požadavků. V nabídce je příprava na pohovor nebo pomoc s psaním životopisu. Velmi cenné jsou zkušenosti a návrhy ostatních. Pocit sounáležitosti působí podpůrně a ti úspěšní mohou být zdrojem inspirace a naděje. Důležitá je podpora v aktivitě i vytrvalosti v případě, že opakovaně přicházejí bolestivé neúspěchy.

V rámci léčebny je pro pacienty k dispozici Pracovní poradna s možností pomoci při hledání zaměstnání. Pracovní rehabilitaci v rámci komunitních služeb využívají spíše nemocní v chronickém stadiu nemoci. Není to ale ve velké míře, protože tyto služby mívají jako hlavní cílovou skupinu nemocné s psychotickým onemocněním a ti jsou umísťováni přednostně.

Finanční situace

Mnohdy je nutné věnovat se hledání řešení finančních problémů pacientů. Problémy bývají dlouhodobě neřešené a narůstají. Ohrožují nemocného sociálním debaklem. Dluhy, neplacené nájmy, půjčky, exekuce. Příčinou špatné situace je ztráta zaměstnání nebo to může být následek manického jednání. Ale zároveň problémy souvisí s nedostatečnou finanční gramotností a neuváženým nakupováním na úvěry a půjčky. V rámci socioterapie je poskytováno i základní finanční poradenství, ve složitějších situacích i ve spolupráci s různými bezplatnými poradnami. V těžkých životních situacích nemají nemocní často odvalu problému čelit a popírají ho. Utíkají k marným nadějím nebo v nejhorším případě se nechají zlákat službami lichvářů a vyděračů. Důležité je vedení k zodpovědnému postoji a dodání odvahy k dlouhodobému řešení. Specificky bývá tento problém obzvláště náročný u pacientů, kteří mají kromě afektivní poruchy ještě poruchu osobnosti.

Bydlení

Problematika bydlení souvisí zejména s finanční situací pacienta, zaměstnáním, vztahy v rodině a se sousedy. Nemocní s chronickou formou těžší deprese mohou využít sociální službu chráněného bydlení. Služba je časově omezená, určená k nácviku samostatného bydlení. Cílem služby není řešit problém, že nemocný nemá kde bydlet. V rámci léčebny je pacientům k dispozici Poradna pro bydlení, která koordinuje kontakt s různými typy chráněného bydlení. Dále připravuje pacienty na přechod do chráněného bydlení či na návrat do vlastního bydlení formou nácviku praktických a sociálních dovedností.

Poradna také pomáhá hledat bydlení na ubytovně nebo v pronajatém bytě.

Aktivity a nácvik zvládání zátěže

Na oddělení je kladen důraz na edukaci pacientů, kterou provádí lékař nebo sestra. Při socioterapii je možné hledat reálné uplatnění poznatků. Nemocní si například vytvářejí harmonogram aktivit, zvláště pro všední den, zvláště pro víkend. Učí se plánovat pravidelnou zátěž i odpočinek s ohledem na spánkový rytmus. Plánují si povinnosti i příjemné věci. Zátěž je třeba přidávat systemticky, ale pomalu. V nabídce je nácvik technik zvládání stresu, zejména relaxací, které vedou sestry.

Sociální vztahy

Každý člověk je součástí nějakého sociálního prostředí a vytváří si v něm tzv. sociální síť. Ta je tvořena vzájemnými vztahy mezi lidmi. Funkční sociální síť je zdrojem pocitu bezpečí, sounáležitosti, praktické podpory, ale není v životě člověka samozřejmostí. Je třeba ji budovat a udržovat. Pokud je vše v pořádku, sociální síť se rozvíjí více méně spontánně, pomocí vývojových pravidel souvisejících s věkem a životními etapami lidského jedince. Vlivem afektivní poruchy dochází k sociální disfunkci, síť může být narušena i zcela

zničena. Je třeba ji napravit či nově vybudovat. To už není v dospělosti tak jednoduché. Pokud se začne s nápravou včas, bývá možné navázat a obnovit původní vztahy. Když tento problém zůstane dlouhodobě neřešený, může vést k utrpení v osamělosti a k sociální izolaci. Socioterapie zde nabízí metody mapování sociální sítě a plánování obnovy sociálních kontaktů. Užitečný je nácvik komunikace a zpracování změny či ztráty sociálních rolí. To vše s důrazem na práci s nejbližším okolím pacienta. Zejména s jeho rodinou, která bývá nemocí vždy také zasažena. Toto socioterapeutické téma se do značné míry překrývá s působností psychoterapie. Situace ve skupině mívají psychoterapeutický potenciál a vyžadují alespoň podpůrnou psychoterapeutickou intervenci. Pro využití v systematické psychoterapii jsou pak informace o vzniklé situaci předávány na poradě týmu psychologům. V rámci komunitních služeb patří téma úpravy vztahů v rámci socioterapie k různým formám denních stacionářů a volnočasových aktivit.

Závěr

Socioterapie je poměrně mladý hraniční obor. Klade nároky na širokou vědomostní i dovednostní úroveň terapeuta. Kvalitní výkon socioterapie

u afektivních poruch závisí zejména na dobré spolupráci mezi obory, mezi jednotlivými členy terapeutického týmu, ale také mezi jednotlivými články psychiatrické péče – ambulancí, lůžkovým zařízením a případnou službou komunitní péče.

Literatura

1. Höschl C, Libiger J, Švestka J, et al. Psychiatrie. Praha, Tigris 2004; 314–317, 444.
2. Vágnerová M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha, Portál 2002: 200.
3. Lozsi L. Socioterapia – rozdiely a styčné body socioterapie, psychoterapie a sociálnej práce in Socioterapia č. 2, r. I, Bratislava, ASP 2011: 2.
4. Vymětal J. Psychoterapie, socioterapie a farmakoterapie, z rukopisu knihy Úvod do psychoterapie, Praha, Portál 2003.
5. Navrátil P. Teorie a metody sociální práce, Brno, Zeman 2001: 125–126.
6. Úlehla I. Umění pomáhat, Praha, Sociologické nakladatelství 2001: 80.
7. Úlehla I. Manifest socioterapie, 2011, www.g-i.cz/cz/clanky/233-manifest-socioterapie.

Článek doručen redakci: 30. 3. 2012

Článek přijat k publikaci: 22. 5. 2012

Mgr. Eliška Hrbková

Psychiatrická léčebna Bohnice – Denní stacionář PLB
Ústavní 91, 181 02 Praha 8
Eliška.Hrbkova@plbohnice.cz
